

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2012

Mgr. Lucie Rolantová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit**  
**Disertační práce**

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Autor práce:

Mgr. Lucie Rolantová

2012

## **Abstrakt**

Disertační práce se zabývá problematikou poskytování kulturně diverzifikovanou ošetrovatelské péče o příslušníky vybraných náboženských minorit. Teoretická část práce se věnuje transkulturnímu ošetrovatelství a dále charakteristice vybraných náboženství.

Praktická část zahrnuje zpracování a vyhodnocení dat získaných během výzkumného šetření. Na začátku byly stanoveny tři cíle. První cíl byl zaměřen na specifika v oblasti ošetrovatelské péče u příslušníků vybraných náboženských minorit. K naplnění tohoto cíle byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru s představiteli jednotlivých náboženských minorit žijících na území České republiky (Ústředí muslimských obcí, buddhismus Diamantové cesty a Pravoslavná církve v českých zemích). Rozhovoru se zúčastnilo z každé minority sedm respondentů.

Z výsledků vztahující se k prvnímu cíli vyplynula řada nedostatků při poskytování ošetrovatelské péče příslušníkům různého náboženského vyznání. Právě oblast hospitalizace byla jedna z klíčových témat celého rozhovoru. Většina respondentů měla s pobytem v nemocničním prostředí špatné zkušenosti. Ve všech případech pak byly zapříčiněny jejich náboženským vyznáním. Z rozhovorů dále vyplynula řada nových informací, nezbytných pro poskytování ohleduplné ošetrovatelské péče. Tato důležitá zjištění vyplynula z rozhovorů u každé minority, ať už se jednalo o oblast stravování, hygieny, umírání nebo v odmítání léčebných výkonů.

Druhý cíl práce měl zmapovat zkušenosti sester s multikulturním ošetrovatelstvím a poslední cíl zjišťoval informovanost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit v ČR specifika. K naplnění cílů, které se vztahují ke kvantitativní části výzkumu, byla použita technika dotazníku. Ten byl určen pro sestry ze všech nemocnic Jihočeského kraje.

Na základě statistické analýzy byly potvrzeny následující hypotézy:

- Důležitost mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání sester.
- Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu specifika, se liší podle vzdělání.

- Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty specifika, se liší podle vzdělání.
- Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve specifika, se liší podle vzdělání.
- Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle délky praxe.
- Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání.

Výsledky této oblasti poukázaly na zkušenosti sester s multikulturním ošetrovatelstvím a na jejich znalosti o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit svá specifika. I přesto, že většina sester se již s multikulturním ošetrovatelstvím setkala, oblasti specifik v ošetrovatelské péči u vybraných náboženství stále ještě zcela neznají. Z analýzy výsledků je přesto zřejmé, že se stále více multikulturní ošetrovatelství dostává do podvědomí právě poskytovatelům ošetrovatelské péče, což bude mít v budoucnosti jistě pozitivní vliv na uspokojování potřeb v souvislosti s vírou každého pacienta.

Na základě výsledků výzkumu byl připraven informační materiál určený právě sestřám, kde jsou stručně popsány jednotlivé vybrané náboženské minority žijící na území České republiky a jejich specifika v oblasti poskytování kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče. Dále byly vytvořeny standardy ošetrovatelské péče ke každé vybrané náboženské minoritě. Také proběhla příprava materiálu k akreditaci vzdělávacího kurzu pro sestry, který je zaměřen na multikulturní ošetrovatelství a vybrané náboženské minority. Pro další zkvalitnění poskytované péče příslušníkům odlišného náboženského vyznání, byl vytvořen návrh ošetrovatelské anamnézy, která se také věnuje potřebám v oblasti víry.

## **Abstract**

The subject of this dissertation is culturally diversified nursing care provided to adherents of the selected religious minorities. The theoretical part of the dissertation is concerned with transcultural nursing care and also with the characteristics of the selected religions.

The practical part of this dissertation includes processing and evaluation of the data acquired during the conducted research. There were three objectives set at the beginning. The first objective was to explore the particularities of nursing care provided to adherents of the selected religious minorities. In order to achieve the set objective, a method of half-structured interview with representatives of different minorities (Centre of Muslim Communities, Diamond Way Buddhism and Czech Orthodox Church) living in the Czech Republic was utilized. Seven representatives of each minority took part in the interview.

The results of the research related to the first objective showed that there is a range of defects when it comes to providing nursing care to adherents of different religion. Hospitalization in particular was one of the main subjects of the whole interview. Most of the respondents had negative experience when it comes to staying in hospital environment. All the negative experience resulted from and was connected to their religion. The interview also disclosed new information needed for providing considerate nursing care. The new information were disclosed as a result of the interview conducted with each minority and relate to catering, hygiene, dying or refusing medical treatment.

The second objective was to monitor nurses' experience with multi-cultural nursing care and the last objective was to determine the nurses' awareness of nursing care fields, in which the adherents of the selected religious minorities in the Czech Republic are particular. In order to achieve the objective related to the quantitative part of the research, a method of survey (questionnaire) was utilized. The questionnaire was given to the nurses from all the hospitals in South-Bohemian Region.

Based on a statistic analysis, the following hypotheses were confirmed:

- Importance of having a field of multicultural nursing in nursing documents varies according to the education of nurses.
- Nurses' knowledge of nursing care fields, in which the adherents of Islam are particular, varies according to their education.
- Nurses' knowledge of nursing care fields, in which the adherents of Diamond Way Buddhism are particular, varies according to their education.
- Nurses' knowledge of nursing care fields, in which the adherents of Orthodox Church are particular, varies according to their education.
- Nurses' interest in educational courses focused on the field of multi-cultural nursing care varies according to the length of their experience.
- Nurses' interest in educational courses focused on the field of multi-cultural nursing care varies according to their education.

The results in this part showed experience of nurses with multi-cultural nursing and their knowledge of nursing care fields, in which the adherents of the selected religious minorities are particular. Although the most of the nurses have come across multi-cultural nursing, they still do not know the particularities of the selected religions completely. The analysis of the results shows that providers of nursing care are getting more and more aware of multi-cultural nursing, which will certainly have a positive impact, in the future, on satisfying the needs connected to religion of individual patients.

Based on the results of the research, an informational material intended for nurses was prepared, which contains brief descriptions of the selected religious minorities living in the Czech Republic and their particularities in the field of providing culturally considerate nursing care. Furthermore, standards for nursing care were created for each one of the selected religious minorities. Preparation of material for accreditation of educational courses for nurses also took place. The material is focused on multi-cultural nursing and the selected religious minorities. In order to further improve the care provided to the adherents of different religions, a nursing anamnesis draft was created, which also focuses on needs connected to religion.

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem svou disertační práci na téma: „Respektování zvyklostí a rituálů“ 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....  
Mgr. Lucie Rolantová

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce paní prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., za odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při psaní této disertační práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části této práce.



## OBSAH

ÚVOD.....	4
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Ošetřovatelství a holismus .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Transkulturní ošetřovatelství.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Kulturní kompetence .....	8
1.2.1.1 Model pro rozvíjení kulturní kompetence .....	9
1.2.2 Modely pro získávání kulturních dat .....	10
1.2.3 Mezikulturní komunikace .....	11
<b>1.3 Náboženství .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Současná společnost, jedinec a náboženství.....	17
1.3.1.1 Víra v životě jednotlivce.....	18
1.3.2 Zdraví a nemoc v náboženství.....	19
<b>1.4 Náboženství, spiritualita a ošetřovatelství .....</b>	<b>21</b>
<b>1.5 Ústředí muslimských obcí.....</b>	<b>22</b>
1.5.1 Historie a základy náboženství .....	23
1.5.1.1 Povinnosti muslima.....	25
1.5.1.2 Kulturní zvyky a význam rodiny v islámu .....	28
1.5.2 Ústřední muslimských obcí v České republice.....	31
<b>1.6 Buddhismus Diamantové cesty.....</b>	<b>33</b>
1.6.1 Historie a základy buddhismu.....	33
1.6.1.1 Buddhické společenství .....	36
1.6.2 Buddhismus Diamantové cesty .....	37
1.6.2.1 Karmapa .....	38
1.6.2.2 Meditační praxe v linii Karma Kagjü.....	40
1.6.2.3 Buddhovo učení a vegetarianismus .....	41
1.6.3 Pronikání buddhismu Diamantové cesty na západ.....	42
1.6.3.1 Buddhismus Diamantové cesty v České republice.....	43
<b>1.7 Pravoslavná církev v českých zemích.....</b>	<b>45</b>

1.7.1	<i>Historie pravoslavné církve</i> .....	46
1.7.1.1	<i>Posvátné tajiny</i> .....	47
1.7.1.2	<i>Modlitba a svátky v pravoslavné víře</i> .....	49
1.7.1.3	<i>Půsty v pravoslavné církvi</i> .....	50
1.7.2	<i>Pravoslavná církev v českých zemích</i> .....	51
1.7.2.1	<i>Hierarchie církve</i> .....	52

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

<b>2.</b>	<b>Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>54</b>
2.1	<i>Cíle práce</i> .....	54
2.2	<i>Výzkumné otázky</i> .....	54
2.3	<i>Hypotézy</i> .....	55
<b>3.</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>56</b>
3.1	<i>Použité výzkumné metody</i> .....	56
3.1.1	<i>Použité výzkumné metody v první fázi výzkumu</i> .....	56
3.1.2	<i>Použité výzkumné metody v druhé fázi výzkumu</i> .....	57
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	58
3.2.1	<i>Charakteristika prvního souboru (soubor A, B, C)</i> .....	58
3.2.2	<i>Charakteristika druhého souboru</i> .....	58
3.3	<i>Realizace výzkumu</i> .....	59
3.4	<i>Statistické zpracování dat</i> .....	60
<b>4.</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>61</b>
4.1	<i>Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru</i> .....	61
4.1.1	<i>Identifikační údaje respondentů (soubor A, B, C)</i> .....	61
4.1.2	<i>Vyhodnocení rozhovoru – soubor A</i> .....	63
4.1.3	<i>Vyhodnocení rozhovoru – soubor B</i> .....	82
4.1.4	<i>Vyhodnocení rozhovoru – soubor C</i> .....	95
4.2	<i>Vyhodnocení dotazníkového šetření</i> .....	113
4.3	<i>Třídění druhého stupně pomocí Pearson Chi-Square testu</i> .....	124
<b>5.</b>	<b>Diskuse</b> ..	<b>143</b>
5.1	<i>Diskuse k polostrukturovanému rozhovoru</i> .....	143

5.1.1	<i>Diskuse k rozhovoru – soubor A</i> .....	143
5.1.2	<i>Diskuse k rozhovoru – soubor B</i> .....	155
5.1.3	<i>Diskuse k rozhovoru – soubor C</i> .....	161
5.2	<i>Diskuse k výsledkům dotazníkového šetření</i> .....	170
6.	<b>Závěr</b> .....	178
7.	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	181
8.	<b>Klíčová slova</b> .....	190
9.	<b>Seznam zkratk</b> .....	191
10.	<b>Přílohy</b> .....	192

## ÚVOD

*„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství.“  
(M. Leiningerová)*

Ošetrovatelství je humanitní věda, jejíž filozofií je holistický přístup k člověku a jeho potřebám. Jeho hlavní úlohou je snaha o docílení optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka. Je důležité si uvědomit, že se nemoc projevuje ve všech dimenzích lidské osoby, a to jak biologické, psychické, sociální, tak i spirituální. Spirituální aktivity jsou v hierarchii potřeb nejhluběji uložené, neboť jsou nejbližší středu osobnosti – pacientovu já.

Padesát let vývoje společnosti s sebou přineslo i teorii multikulturalismu, která se nevyhnula ani oboru ošetrovatelství. Zdravotnický personál, a to především pak sestry, se najednou častěji setkává ve své praxi s pacienty odlišného náboženského vyznání, než je v dané společnosti tradiční. Mnohdy si ale neuvědomuje souvislosti s oblastí transkulturního ošetrovatelství a ani podle nich nejedná. Proto je nutné uznat, že znalosti kulturních souvislostí jsou potřebné k tomu, aby ošetrovatelská péče o rozmanité kultury světa byla legitimní a účinná. Kulturně kongruentní ošetrovatelská péče je významným faktorem podpory a zachování zdraví i jeho navrácení. Je důležité si uvědomit, že k tomu, aby se sestry naučily a respektovaly potřeby pacientů různých etnik, musí mít samy zájem se s touto problematikou seznámit.

## 1. Současný stav

V současné době je středem zájmu eliminovat rozdíly ve zdravotnické péči pro zajištění efektivní péče i pro osoby z jiného kulturního prostředí. V posledním desetiletí se zejména sestry aktivně zapojily do odstraňování rozporů v poskytování zdravotnické péče menšinám. Zdůrazňovaly význam poskytování kulturně kompetentní péče o pacienta. Jestliže sestra poskytuje péči v souladu s kulturním přesvědčením pacienta, v souladu s jeho hodnotami a praktikami, předpokládá se, že pacient bude ochotnější dodržovat léčebný režim, než kdyby jeho kulturním potřebám vyhověno nebylo (1).

Transkulturní ošetřovatelství je v denní ošetřovatelské praxi nezbytné. Stále rostoucí počet pacientů z různých kulturních prostředí vytváří pro sestry velký prostor k poskytování individualizované a holistické péče, která je založena na základě potřeb každého pacienta. To vyžaduje, aby sestry rozuměly kulturním rozdílům v oblasti péče o zdraví, co se týče hodnot, přesvědčení a rituálů. Sestry musí být otevřené. Musí být bez předsudků, mít zájem a upřímnou touhu poznat jiné kulturní zvyky. Důležité je osvojení si transkulturních znalostí, pro citlivé vnímání potřeb pacientů obzvláště proto, že společnost je stále více globální a komplexní. Jelikož jsou sestry ve velmi těsném kontaktu s pacientem a jsou zodpovědné za vytvoření pečovatelského plánu, který pomáhá uspokojovat individuální potřeby pacienta, je nezbytné, aby porozuměly, uznávaly a reagovaly na kulturní preference pacienta. Nejefektivnější způsob jak toho docílit je zvýšit povědomí ošetřujícího personálu ohledně kulturních rozdílů a znalost kulturních preferencí pacientů o které pečují.

Sestry potřebují integrovat víru a hodnoty, které pacient uznává do individuálního plánu ošetřování. Tím, že jsou ochotné provádět péči s ohledem na pacientovu kulturu, demonstrují svoji flexibilitu, která nás ujišťuje o tom, že péče je individualizovaná a to zpětně působí na dosažení vzájemně stanovených cílů. Otevřenost k jiným kulturním hodnotám ukazuje pacientovi, že sestry důkladně zvažují své postupy. Ti pak budou více důvěřovat sestřím a budou se cítit spokojenější, protože poskytovaná péče odpovídá jejich kulturním hodnotám a zvykům. Budou lépe spolupracovat s pocitem, že jejich odlišné kulturní zvyky a rituály jsou respektovány a výsledky budou pozitivní (2).

## ***1.1 Ošetřovatelství a holismus***

Je až s podivem, jak se poslední desítky let obor ošetřovatelství rozvíjí. Jak se stále nacházejí a zároveň uvádějí do praxe nové metody a postupy, jak ošetřovat člověka, aby se zároveň zachovala jeho důstojnost. Jak se profesionálové z oboru ošetřovatelství snaží pečovat o staré, dlouhodobě nemocné. Čím dál častěji se pořádají odborné konference, semináře a přednášky na problematiku uspokojování potřeb, které nahlížejí na pacienta jako na holistickou bytost, která má svoje bio-psycho-sociálně-religiózní potřeby. Ano, také na duchovní neboli spirituální potřeby, které si přeje pacient uspokojovat a které mnohdy mohou hrát v jeho životě významnější roli, než ty ostatní.

V minulosti se kladl důraz především na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Až odstupem času se začalo spekulovat, zda pacienta v době zdraví i nemoci neovlivňují ještě další potřeby, na které se předtím nebralo tolik zřetel. A jaký jiný obor než právě ošetřovatelství, by mělo brát člověka jako celek (3).

Ošetřovatelská praxe zahrnuje poskytování holistické péče. Tento holistický přístup v ošetřovatelství se týká fyzických, psychologických, sociálních, emočních a duševních potřeb pacienta. Je důležité zdůraznit, že sestra musí rozpoznat tyto potřeby za účelem poskytování individuální péče, na kterou má pacient právo a která je základním znakem profesionální ošetřovatelské praxe (4).

Holistická péče je plánovaná péče podle individuálních potřeb pacienta. Za účelem poskytování holistické péče musí sestry zvážit také možné kulturní rozdíly mezi některými pacienty. To napomáhá k tomu, že poskytovaná péče je skutečně holistická, protože plán péče je formulován na základě jednotlivých potřeb a kultur. K tomu musí být sestry kulturně kompetentní, aby mohly takovou péči poskytovat. Nejdůležitější je, aby zvládaly kulturní kompetentnost v běžné denní praxi tak, aby měl pacient pocit, že v rámci procesu velmi komplexního systému zdravotní péče a v rámci kulturně různorodé společnosti se o něho pečuje jako o jednotlivce (1, 5).

## **1.2 Transkulturní ošetřovatelství**

V posledních letech se v ošetřovatelství objevuje podstatně nový termín, a to transkulturní ošetřovatelství. Je to teoretický a praktický obor holisticky zaměřený na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s přihlédnutím na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytnout kulturně vhodnou, citlivou a kompetentní péči. Kulturně vhodná péče znamená, že poskytovatel používá základní znalosti při své profesi, které by měl mít pro poskytování co nejlepší péče. Kulturně citlivá péče, je taková, kdy má poskytovatel určité znalosti, postoje týkající se zdravotních tradic různých kulturních skupin a kulturně kompetentní péče znamená, že poskytovatel chápe a zohledňuje celý kontext pacientovy situace. Tento obor má za cíl zkoumat a aplikovat vědomosti z výzkumu jednotlivých kultur za účelem poskytování kulturně diferencované ošetřovatelské péče lidem z různých kultur (2, 6).

Transkulturní ošetřovatelství se stalo klíčovým prvkem ve zdravotnické péči a také jedním z požadavků na dnešní sestry, a to z důvodu stoupajícího fenoménu multikulturality. Z důvodu eskalace multikulturality společnosti se transkulturní ošetřovatelství stává základním prvkem ošetřovatelské péče, směřujícím ke kulturní kompetentnosti sester v jejich každodenní praxi. Kulturně kompetentní sestry mají znalosti o jiných kulturách, jsou schopny identifikovat specifické kulturní znaky a podle toho je zpracován individuální plán péče o pacienta, který vede k dosažení cíle ve zdravotnické péči (7, 8).

U zrodu transkulturního ošetřovatelství stála americká profesorka Madeleine Leiningerová, která stále je jeho aktivní představitelkou. Leiningerová představila koncepci transkulturního ošetřovatelství a rozvinula Teorii kulturní péče. Byl to první krok v oblasti ošetřovatelské profese ke zdůraznění potřeby kulturně kompetentních sester. Leiningerové Teorie kulturní péče může být považována za hlavní přínos k podpoře transkulturního ošetřovatelství jako disciplíny a taky jako základní složky každodenní ošetřovatelské praxe. Její teorie se používá jako holistický a spolehlivý model, který kontinuálně zahrnuje nové zdokonalené znalosti o transkulturním ošetřovatelství, které jsou založené na vědeckém výzkumu (1, 102).

Leiningerová zdůrazňovala, že sestry musí získat hluboké znalosti o různých kulturách za účelem poskytování péče lidem z různých etnik. A co navíc, je to jediná teorie explicitně zaměřená na vztah mezi kulturou a péčí o zdraví. Leiningerová upozorňuje na to, že účelem a cílem její teorie je, aby ošetřovatelky porozuměly těm činitelům péče, které se zakládají na porozumění pro diversitu a universální kulturu. Tyto faktory ovlivňují zdraví a pohodu jiných. Porozumění těmto činitelům umožňuje sestřím poskytovat péči, která je individuální a smysluplná pro jedince z různých kulturních prostředí (9, 10).

V běžné praxi se sestry setkají s pacienty z mnoha kultur. Je velmi nepravděpodobné, že sestry budou znát kulturní pozadí a s tím spojené zdravotní praktiky u všech těchto osob. Avšak mohou získat znalosti a dovednosti v mezikulturní komunikaci, které jim pomohou poskytnout individuální péči založenou na kulturních praktikách. Sestry školené v mezikulturní komunikaci jsou pak lépe vybaveny k poskytování kulturně diferencované ošetřovatelské péče svým pacientům (1, 11).

### *1.2.1 Kulturní kompetence*

Ošetřovatelství si definici kulturní kompetence vypůjčilo z oboru sociální práce. Sociální pracovníci popisují kulturní kompetenci jako kontinuální proces, kdy usilujeme o sebeuvědomění, jsme schopni ocenit diversitu a máme znalosti o moci a přesvědčivosti kultury. Ošetřovatelská profese si adaptovala tento koncept. Sestry líčí kulturní kompetence jako schopnost porozumět kulturním rozdílům za účelem poskytování kvalitní péče lidem z různého prostředí. Kulturně kompetentní sestry jsou citlivé k záležitostem vztahujícím se k různým kulturám, rasám, etnikům, pohlaví a sexuálním orientacím. Navíc, kulturně kompetentní sestry mají komunikační dovednosti, umí zhodnotit různé kultury a mají znalosti o zdravotních praktikách různých kultur. Kulturní kompetence vedou k neustálému zlepšování poskytované péče v rámci kulturního omezení u jednotlivých pacientů (1, 12, 13).

Nejrozsáhlejší definice kulturní kompetence uvádí, že je to probíhající proces s cílem dosáhnout schopnosti pracovat efektivně s lidmi z různého kulturního prostředí a navíc pečovat o tyto individuality s ohledem na diversitu na základě dobrých znalostí



a dovedností v oblasti transkulturního ošetrovatelství a zejména s hlubokým a profesionálním respektem k těmto různým kulturám (14, 15).

#### *1.2.1.1 Model pro rozvíjení kulturní kompetence*

Zatímco ve Spojených státech amerických rozvoj transkulturního ošetrovatelství v 50. letech 20. století formovala Leiningerová, v Evropě to byla Irena Papadopoulou. Spolu s Mary Tilki a Ginou Taylor začaly v Británii v 80. letech pracovat na rozvoji výzkumné studie transkulturního ošetrovatelského vzdělání. V roce 1994 pak vytvořily model kulturních kompetencí s cílem podpořit začlenění transkulturního vzdělávání do profesní přípravy sester a pomoci studentům rozvinout kulturní kompetence. Kulturní kompetence je jednak proces, ale i výsledek, který vzniká spojováním znalostí a dovedností získaných během osobního a profesionálního života (16, 17).

První etapou modelu je kulturní uvědomění, které začíná zkoumáním našich osobních hodnot a přesvědčení. Právě tyto hodnoty ovlivňují myšlení, chování a postoje jednotlivce. Kulturní identita je důležitá pro lidské vnímání sebe sama a proto, jak vycházíme s ostatními lidmi. Při srovnání vlastních hodnot s hodnotami jedince z jiné kultury je možné pozorovat mnoho společného, ale i mnoho odlišného.

Další etapou modelu jsou kulturní znalosti, které se mohou odvozovat od řady vědních oborů, jako např. antropologie, která vytvořila řadu teorií popisujících tuto problematiku. Antropologie se soustředí na kulturní podobnosti a rozdíly mezi kulturními skupinami. Zároveň nám objasňuje příčiny vzniku těchto rozdílů a jejich působení na naše názory a praktiky. Vědní obory nejsou však jedinými zdroji pro získávání kulturních znalostí. Důležité je také získávání znalostí přímo od jednotlivých příslušníků z různých kulturních a etnických skupin (18, 19).

Třetí etapou je kulturní citlivost, která se vztahuje na mezilidské vztahy s pacienty. Je důležité, aby bylo na pacienty pohlíženo jako na rovnocenné partnery a vzájemný vztah zahrnoval důvěru, přijetí, respekt a účinnou komunikaci. Odborníci v oblasti ošetrovatelství musí získávat a rozvíjet transkulturní komunikační kompetenci. Jedním z prvků této kompetence je kulturní komunikační kompetence, která vyžaduje od sester znalost kulturních hodnot, vzorců chování a pravidel pro interakci ve

specifických kulturách. Druhým prvkem je interkulturní komunikace, což znamená obecnou schopnost vnímat výzvy komunikace napříč kulturními hranicemi (16).

Poslední etapou je kulturní kompetence. Dosažení této fáze vyžaduje propojení a uplatnění předtím získaného kulturního uvědomění, znalosti kultury a kulturní senzitivity. Další zaměření je již na praktické zručnosti, kam patří schopnost posouzení potřeb pacienta, diagnostika a další ošetrovatelské dovednosti (17, 18).

Dosahováním a rozvíjením kulturní způsobilosti se také věnuje Josepha Campinha – Bacote, která vytvořila model rozvoje kulturní způsobilosti. Tento model tvoří pět kulturních kompetencí a je zařazen do osnov multikulturní výchovy v ošetrovatelství na celém světě. Sestry jsou s jeho pomocí schopny poskytovat kulturně kompetentní péči. Jako kulturní kompetence je popisován proces, ve kterém se sestra snaží o efektivní interakci a spolupráci v rámci kulturního kontextu klienta, rodiny nebo komunity. Aby se sestra stala kulturně kompetentní, musí se aktivně věnovat pěti oblastem, kam patří kulturní přání – jedná se o motivaci sestry mít vědomosti a zručnosti v oblasti kultury; kulturní uvědomění – je to prozkoumání kulturního pozadí; kulturní vědomosti – zahrnují získávání vědomostí o různých kulturních a etnických skupinách; kulturní zručnost – jde o schopnost zajistit kulturní údaje vztahující se k aktuálním pacientovým problémům, včetně kvalitního fyzikálního hodnocení a v neposlední řadě kulturní setkání, což je proces, kdy dochází k interakci sestry a pacienta z kulturně odlišného prostředí (20, 21, 22, 23).

### *1.2.2 Modely pro získávání kulturních dat*

K hodnocení potřeb pacientů existují i další modely, které byly vytvořeny pro sběr kulturních dat. Jedním z těchto modelů je model „vycházejícího slunce“, který vytvořila Madeleine Leininger jako koncepční holistický výzkumný průvodce pro rozbor mnohočetných teoretických faktorů. Model ukazuje potencionální vlivy (ne příčiny), které mohou vysvětlit vztahy mezi fenomény péče a historií, kulturou, sociální strukturou, světovým názorem, prostředím a jinými faktory. Model prezentuje v kruhové podobě světonázorové a sociální faktory, které prostřednictvím jazyka a prostředí ovlivňují samotnou péči i zdraví jako takové (viz příloha 1). K faktorům,

začleněných do schématu, patří lidové i profesionální ošetrovatelské systémy a subsystemy (9, 24, 25).

Model „kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče“ autorek J. N. Gigerové a R. Davidhizarové je dalším modelem, kterým lze získávat kulturní data (viz příloha 2). Byl vytvořen pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišné kultury. Usnadňuje a urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb pacienta, a tím zefektivňuje praktickou péči. Zdůrazňuje také, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů. K těmto fenoménům patří komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace (26, 27).

K provádění kulturního hodnocení můžeme využít i Purnellův model získání kulturních kompetencí (viz příloha 3). Purnellův model je zobrazen jako kružnice se vzdálenými lemy, kdy nejvzdálenější lem reprezentuje globální společnosti. Druhý pak představuje společenství, třetí rodinu a poslední vnitřní prezentuje osobu. Interiér kružnice je pak rozdělen do dvanácti domén znázorňující kulturní oblasti a jejich pojetí. Purnell (28) uvádí, že jednotlivé domény nestojí osamocně, všechny se vzájemně ovlivňují a jsou společné pro všechny kultury. Jádrem modelu je prázdné, což představuje neznámé aspekty týkající se kulturní skupiny. Mezi jednotlivé domény patří komunikace, rodinné role a organizace, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství a porody, rituály spojené se smrtí, spiritualita, praktiky zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče a dědictví (28).

### *1.2.3 Mezikulturní komunikace*

Mezikulturní komunikace obsahuje určité faktory, které musí být zvažovány při styku sester s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, především pokud pocházejí z kulturního prostředí, které se liší od jejich vlastního. Je však důležité, aby sestry nejdříve porozuměly jejich vlastním kulturním hodnotám, postojům, víře a praktikám, které získaly ve svých rodinách předtím, než se začnou učit o jiných kulturních způsobech. To jim velice pomůže pochopit možné předsudky. Ty musí být rozpoznány,

aby nedošlo k stereotypizaci a diskriminaci, a které by mohly ohrozit schopnost sester učit se akceptovat jinou společenskou víru a jiné praktiky, a to zejména ve vztahu ke zdraví (2, 29).

Andrews a Boyle (2) uvádějí, že mezikulturní komunikace zahrnuje několik aspektů, kterým by mělo být porozuměno kvůli dosažení kulturní kompetence, která je nezbytná k poskytování optimální ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu je důležité prozkoumat způsoby, jak lidé z různého kulturního prostředí komunikují. To ovšem zahrnuje více než pouhou ústní a písemnou komunikaci. Neverbální komunikace hraje důležitou roli ve zprostředkování vzkazů a ty se mohou v rámci různých kultur značně odlišovat. Porozumění těchto komunikačních gest a jejich významu je pro lidi z odlišných kultur nezbytné proto, aby sestra získala a ovládala kulturní kompetence (2).

Nedávné studie ukázaly, že komunikační problémy byly hlavním důvodem toho, že sestry nebyly schopny poskytovat kulturně kompetentní ošetrovatelskou péči. Uváděly, že se necítily dobře u pacientů z jiných kultur kvůli jazykové bariéře. A co je důležitější, nebyly schopné porozumět signálům, které pacienti používali ke komunikaci. Sestry vyjadřují potřebu vzdělávání a tréninku v mezikulturních komunikačních dovednostech, aby mohly poskytovat efektivní péči pacientům z různých kultur. Ačkoliv je nepravděpodobné, že budou ovládat hodně jazyků, porozumění významu určitých nonverbálních signálů používaných v jiných kulturách by mohlo být přínosem při poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče (30, 31).

Oční kontakt je významný neverbální prostředek komunikace. Podle Kanadské sesterské asociace se také mezi mnoha kulturami nejvíce liší. Sestry jsou vedeny k udržování očního kontaktu při rozhovoru s pacientem. To je v přímém rozporu s osobami pocházejících z arabských zemí, které považují přímý oční kontakt za nezdvořilý a agresivní. Podobně i původní obyvatelé Severní Ameriky také považují přímý oční kontakt za nevhodný. V jejich kultuře upřený pohled do země při rozhovoru ukazuje, že pozorně posloucháte toho, kdo hovoří. Toto jsou pouze některé případy uvedeny pro ukázkou toho, jak osoby s různou kulturou přijímají oční kontakt odlišně. Je

nutné, aby si sestry uvědomovaly několik významů, které můžeme spojit s přímým očním kontaktem za účelem účinné komunikace s pacientem (32).

Vzdělávací instituce vedou sestry k tomu, aby používaly u pacientů dotek jako terapeutický prostředek. Avšak sestry si musí uvědomit, že dotek pro lidi z jiného kulturního prostředí nemusí mít stejný pozitivní význam jako pro ně. Některé kultury zakazují nebo omezují dotýkání se jiných osob. Pacienti z arabských nebo hispánských kultur nedovolují zdravotníkům mužského pohlaví dotýkat se určitých částí těla ženského pohlaví. Ženám z obou těchto kultur může být také zakazováno pečovat o pacienty mužského pohlaví. Asiáté nedovolují dotýkat se hlavy, protože ta je považována za zdroj lidské síly (1).

Ticho je další neverbální znamení, které má odlišný význam pro osoby z různých kultur. Sestry se mohou cítit nespokojeně v případě ticha, když hovoří s pacientem. Mohou si vysvětlovat ticho záporně a to z několika důvodů. Mohou se domnívat, že ticho je znamením špatné komunikace, nebo že je pacient v depresi a není ochoten reagovat. Mohou si dokonce klást otázku, zda-li pacient nemá poškozený sluch. Toto jsou důležitá vysvětlení pro ticho a ošetřovatelka vše musí zvážit při mluvení s pacientem, ale musí si také uvědomit, že v komunikaci mezi osobami u jiných kultur se ticho používá rozdílně. Ticho může v komunikaci mezi osobami v jiných kulturách znamenat pozitivní neverbální prostředek. Pro domorodé obyvatele Severní Ameriky je ticho běžně používáno pro vyjádření respektu k osobě, která hovoří. Používají ticho jako přestávku poté co byla položena otázka. To znamená, že nad vyslovenou otázkou přemýšlejí a pečlivě zvažují odpověď, věnují tomu pozornost. To je běžné u Číňanů a Japonců. V asijských kulturách je ticho závazné při komunikaci se staršími osobami. Je to znakem respektu k starším lidem. Jak Angličané, tak Arabové vyjadřují mlčením respekt k soukromí druhého. Francouzi, Španělé a Rusové mlčením vyjadřují souhlas (1, 2, 31).

Obvykle si jednotlivci neuvědomují prostor a vzdálenost jeden od druhého, pokud nejsou v přímém kontaktu s lidmi z jiné kultury. Pak si ale uvědomí, jaké mají požadavky na prostor a vzdálenost od jiných osob. Potomci s evropskou rodovou linií se cítí daleko lépe, když nejsou v těsném kontaktu s jinými lidmi. Přesně naopak,

Hispanci, Asiaté a lidé z Blízkého východu, se cítí velmi dobře v těsné blízkosti jiných. Sestry by si měly také uvědomit, že při poskytování péče jedincům z jiné kultury je velmi důležité zvážit prostor a vzdálenost mezi nimi a pacienty. Pacienti by mohli považovat pozici sester za neobvykle blízkou nebo vzdálenou a to na základě jejich kulturních potřeb na prostor a vzdálenost. Dodržovat vzdálenost u pacientů, kteří vyžadují velký odstup, je velmi obtížné, protože ošetřování vyžaduje těsný kontakt s pacienty. Klíčovým bodem u transkulturního ošetřovatelství je však porozumění a respektování potřeb pacientů z různého kulturního prostředí s ohledem na požadavky, které mají na prostor a vzdálenost (1, 31, 33).

Co se týče péče o zdraví, v názorech se jednotlivé kultury liší. Tyto různé názory jsou založeny na jiném vnímání vztahu jednotlivce a prostředí. Osoby, které věří, že mohou určitým způsobem řídit svůj život, budou také věřit, že mohou nějak řídit i péči o své zdraví. Tito jednotlivci jsou ochotnější v dodržování předepsaného léčebného režimu a ochotněji přijímají zdravé životní návyky. Tito pacienti mohou pak méně spolupracovat při dodržování předepsané diety a při užívání léků (1).

Kulturně kompetentní sestry mají pochopení pro tyto odlišné názory a poskytují péči, která bere v úvahu tyto různé názory. Například sestry jsou trpělivější při zavádění diety a léků u pacientů, kteří mají pocit, že jejich kontrola nad zdravím je menší. Kulturně kompetentní sestry respektují zvyky jiných kultur, zejména v oblasti péče o zdraví a jejich ošetřovatelský plán by měl být individualizován tak, aby zahrnul tyto kulturní odlišnosti. Rozvíjení kulturní kompetence vyžaduje na prvním a nejdůležitějším místě zájem o to, stát se kulturně kompetentním, za druhé, k dosažení tohoto cíle musíme podniknout určité nezbytné kroky (31).

### **1.3 Náboženství**

Přesný původ slova „religiozita“ není známa, nicméně je známo, že pochází z latiny a že všechny jazyky latinou ovlivněné mají pro tento výraz ekvivalenty. To, co se v britském bádání kdysi nazývalo „srovnávací náboženství“, je v Německu známo jako *Religions-wissenschaft*, systematické studium náboženství (věda o náboženství) a ve Francii jako *les science religieuses*. Starověké slovo, z něhož se odvozuje anglické

„religion“, pravděpodobně nemá nic společného s dnešními významy. Pochází buď ze slova *religere*, které znamenalo „být obzvlášť dbalý nějaké činnosti“ nebo ze slova *religie*, „být s něčím pevně svázán. Dnes má obvykle označovat ona přesvědčení, způsoby chování a společenské instituce, které se nějak dotýkají některé z následujících otázek: toho, co se děje po smrti; existence a přání mocných bytostí, jako jsou duchové, předkové, démoni a bohové a jak toto vše působí na lidské jednání (34, 35).

Existuje nespočet náboženství, která jsou tak rozmanitá, že ani odborníci nejsou schopni se shodnout na společné definici. Přesto je mezi sociology populární definice, která náboženství popisuje jako jednotný systém víry a praktik vztahující se k posvátným věcem; systém víry a praktik, které sjednocují všechny své přívržence ve společenství nazývaném církev. Tato definice není založena na koncepci bohů a ukazuje náboženskou praxi jako dynamickou a sociálně vymezenou (36, 37).

V západní společnosti si většina lidí představuje náboženství podle křesťanského modelu. Vnímá ho, jako víru ve vyšší bytost, jež přikazuje dodržování určitých mravních pravidel. Bylo by však velkou chybou se domnívat, že něco podobného platí pro všechna náboženství. Všem náboženstvím je naopak společné používání soustavy symbolů, které jsou spojeny s kolektivními rituály a ceremoniály. Bez ohledu na existenci bohů se v každém náboženství vyskytují bytosti nebo předměty, které lidé považují za posvátné a stávají se předmětem uctívání. Náboženské rituály jsou velice rozmanité. Za rituální činy se považují zpěvy, modlitby, bohoslužby, půsty a další. I když některé rituály provádí jedinec sám, znají všechna náboženství také kolektivní ceremoniály. Sociologové považují existenci těchto ceremoniálů za jeden z hlavních faktorů, jímž se odlišuje náboženství od magie, i když hranice mezi nimi není úplně zřetelná (35, 38, 39).

### *Funkce náboženství*

Kromě přístupu, jenž předpokládá vnitřní zkušenost stojící v základu náboženského chování, používají badatelé termín „náboženství“ k označení nezvyklého lidského chování, které vyžaduje vysvětlení. Tito učenci vytvářejí teorie, které mají vyloučit, proč si lidé například myslí, že neviditelná část jejich těla (zvaná „duše“) tělo

přežije, že mocné bytosti ovládají univerzum, že existuje něco více než to, co lze vidět. Takové teorie jsou převážně funkcionalistické: snaží se určit sociální, psychologickou nebo politickou roli věcí, které označujeme jako „náboženské“. K takovým funkcionalistům patřil jednak Karel Marx, jehož úvahy chápou náboženství jako nástroj, jenž umrtvuje pocit bolesti a odcizení utlačovaných lidí a zároveň jim zabraňuje, aby se svými životy něco udělali, protože zodpovědnost v posledku spočívá na bytosti stojící mimo dějiny. Dále k nim patří Émile Durkheim, jehož sociologická definice chápe náboženství jako soubor přesvědčení a praktik, který jedincům umožňuje vytvořit sdílenou, společenskou identitu. A v neposlední řadě musíme uvést Sigmunda Freuda, jehož psychologické výzkumy jej přiměly připodobit náboženství tomu, jakým způsobem dávají sny průchod lidským antisociálním úzkostem, aniž by to ohrozilo jejich místo ve společnosti (35, 36, 40).

#### *Studium náboženství*

Důležitým tématem současného studia náboženství představuje problém „uvnitř/vně“. Do jaké míry může ne-věřící, který je „vně“, porozumět způsobu víry člověka věřícího, který je „uvnitř“. Někteří lidé tvrdí, že ti, kteří jsou „vně“, nikdy plně nepochopí zkušenost toho, kdo je „uvnitř“. Dokonce i ti, kteří zakusí tutéž událost ve stejném čase, interpretují tuto zkušenost odlišně. Někteří badatelé ovšem trvají na tom, že je mnohem prospěšnější studovat náboženství zvnějšku. Zastánci určitého náboženství mohou být ovlivněni jednotlivým a často omezeným chápáním své víry. Zatímco ten, kdo je „vně“, takto ovlivňován není.

Jakkoli má učenecká nezaujatost nepochybnou hodnotu a badatelé mohou lépe znát dějiny, texty, filosofii, strukturu a sociální implikace určitého vyznání než průměrný věřící, nezakoušet víru zevnitř znamená pro jádro porozumění dosti velkou mezeru. Mnoho lidí, kteří jsou „uvnitř“, skutečně trvá na tom, že racionální poznání má ke smyslu jejich víry pouze okrajový vztah. Jiní badatelé proto uznávají hodnotu studia náboženství „zevnitř“ nebo se alespoň značnou měrou opírají o názory samotných věřících (35, 37).



Studium náboženství je podnětné a náročné, neboť klade velké nároky na sociologickou imaginaci. K analyzování náboženských praktik je důležitá také snaha porozumět mnoha různým přesvědčením a rituálům, s nimiž se setkáváme v různých kulturách. Musíme být citliví k ideálům, jež jsou zdrojem hlubokého prožitku věřících, a přitom nezapomínat, že náboženské skupiny sledují i veskrze světské cíle. Je důležité mít na zřeteli rozmanitost náboženských přesvědčení a způsobů jejich vyjadřování (36).

### *1.3.1 Současná společnost, jedinec a náboženství*

Sociologie náboženství patří mezi nejpoutavější a nejrychleji se rozvíjející oblasti teoretické i empirické sociologie. Prakticky každý den při otevření novin či zapnutí televize, narazíme v médiích na náboženskou problematiku. O náboženství se hovoří v souvislosti s americkým evangelikálním hnutím a politikou, v západní Evropě v souvislosti se vztahem k imigrantům a otázkám hranic Evropské unie, s postupem vůči novým náboženským hnutím a o mnoha dalších případech (41).

Působení náboženství ve společnosti není omezeno na to, co se jako náboženské explicitně vymezuje – v tuto chvíli se tím nemyslí jenom nejruznější dočasné nebo částečné náhražky standardní religiozity. Náboženství se projevuje ve všech sférách sociálního jednání, politikou a ekonomikou počínaje, přes skupinové a rodinné chování až po vztah k mrtvým a problematiku pohřbů konče. Vytrácení morálních hodnot, dříve spojovaných s kapitalistickými ctnostmi a jejich nábožensko-etickým základem, se stalo zdrojem současné koroze charakteru, ovlivňující například vztah k práci. Religiozita proto pro sociology neznamena jenom „chození do kostela“, nelze ji spojovat pouze s tradičními církvemi a úzkým pojetím náboženství (36, 39, 42).

Náboženství je společenská záležitost, která nemá význam pro samotného jedince, pokud jej s nikým nemůže sdílet. Společné praktikování rituálů upevňuje pocit sounáležitosti. Je také významnou součástí života společenství a pomáhá náboženství udržet si důležité postavení v životě jedince i společnosti. Pro existenci náboženství je také nutné, aby byly rituály vykonávány. Pokud dochází k tomu, že se lidé v pravidelných intervalech nesetkávají a nepraktikují tyto rituály, náboženství může zaniknout. Lidé udržují vztahy s posvátným a tím umožňují posvátnému existovat.

Durkheim uvádí, že náboženské představy dosahují své maximální intenzity v okamžiku, kdy jsou všichni jedinci pohromadě a v bezprostředním vzájemném vztahu, když je spojuje stejná myšlenka nebo pocit. Náboženství tedy potřebuje věřící stejně tak, jako věřící své náboženství. Lidé se shromáždí, vzájemně si připomenou své náboženské potřeby a intenzivnější prožitky v průběhu společenského náboženského setkání (40).

Zásadním prvkem náboženství je pro Durkheima (40) společná víra. Individuální víra není náboženstvím, tím se stane až poté, co tuto víru sdílí jedinec s někým dalším. Navzájem vyměňované a porovnávané pocity, představy a očekávání umožňují život náboženským představám. Člověk by nedokázal vytvořit společnost ani náboženství bez schopnosti sdílet myšlenky či hodnoty.

#### *1.3.1.1 Víra v životě jednotlivce*

Je známo, jakou významnou úlohu v lidském životě sehraje už po staletí náboženská víra. Říká, že Bohu záleží na každém z nás. Dává lásku a útěchu, obživu i přístřeší. Pokud budeme chválit Boha a důvěřovat v Jeho dobrotu, dočkáme se odměny v příštím životě. I přesto, že všechna náboženství neslibují odměnu v posmrtném životě, s určitou formou religiozity se však setkáváme v každé lidské společnosti. I u těch nejstarších kultur se nachází zřetelné pozůstatky náboženských rituálů a symbolů. Od úsvitu lidstva patřilo náboženství k základním součástem lidského bytí a mělo ohromný vliv na to, jak lidé vnímali okolní svět a jak na něj reagovali (43, 44).

Vědecký výzkum, navzdory Freudovu názoru, že náboženství je formou neurózy, ukazuje, že často existuje pozitivní korelace mezi náboženstvím a zejména duševním zdravím. Je tedy velmi pravděpodobné, že náboženství skutečně zlepšuje duchovní zdraví, byť to lze jen obtížně dokázat. Náboženství zřejmě pomáhá tím, že poskytuje rámec smyslu a podpůrného společenství, což lidem umožňuje lépe se vyrovnat se stresovými zkušenostmi (45).

Systém norem a pravidel obsažený v náboženství poskytuje oporu věřícímu ve všech oblastech jeho života. Ví, jak se v které situaci zachovat a co udělat pro to, aby se mu vedlo lépe. Rituály rozdělují jeho čas a dodávají mu pravidelnost. Náboženství

mu umožňuje sdílení vlastní víry s ostatními a vyměňování si zkušeností. Ke svému náboženství se lidé obrací i v případě nečekané, nepříjemné či nebezpečné situace. Pokud nastane nějaká krize, příslušníci náboženství se kolektivně snaží dovolat pomoci od své bytosti (35, 46).

### *1.3.2 Zdraví a nemoc v náboženství*

Náboženství hraje ve vnímání zdraví a nemoci nesmírně významnou roli. Stejně jako jsou silné determinanty v interpretaci prostředí jednotlivce a událostí, v tomto prostředí kultura a etnická příslušnost, je takovou determinantou i náboženství. Často je obtížné rozlišovat mezi těmito aspekty systému víry člověka pramenícími z náboženského základu a těmi, které pocházejí z národního a kulturního dědictví. Někteří lidé mají stejnou národní příslušnost, ale mohou náležet k různým náboženstvím. Opak je skupina lidí, kteří mohou mít společné náboženství, ale pocházet z různých národních a kulturních základů. Nikdy se nedá předpokládat, že všichni příslušníci etnické skupiny praktikují nebo věří ve stejné náboženství. Náboženství silně ovlivňuje způsob, jakým si lidé vykládají příznaky a symptomy nemoci a jak na ně reagují. Náboženství je natolik všudypřítomné, že i strava mnoha lidí je určována jejich náboženským přesvědčením. Náboženství a pieta člověka určuje nejen roli, kterou hraje víra v procesu uzdravování, ale v mnoha případech i reakci na určitou léčbu a proces uzdravování. A právě ze všech těchto nití, jako je náboženství, etnická příslušnost a kultura, je spředená tkanina konkrétní reakce každého člověka na léčbu a uzdravování (44).

Zdraví a nemoc je obvykle považováno za něco, co souvisí pouze s fyzickým stavem těla. Jak by něco takového mohlo souviset se širšími vlivy společenského charakteru? Společenské faktory mají ve skutečnosti výrazný vliv na výskyt nemoci a také na to, jak na ní reagujeme. Mnohé kultury nesdílejí ani samotné pojetí „nemoci“ jako tělesné poruchy. Nemoc i smrt jsou v některých kulturách považovány za výsledek působení duchovních sil, nikoli fyzických příčin, jež by se daly léčit. I v naší společnosti existují sekty jako Křesťanská věda, které odmítají většinu obvyklých představ o nemoci. Člověk je podle nich ve skutečnosti spirituální bytostí, dokonalým

obrazem Božím, a nemoc důsledkem nepochopení reality, „omylem“. Společenské poměry mají také výrazný vliv na to, s jakou délkou života můžeme počítat a jak pravděpodobné je, že dostaneme nějakou těžkou chorobu (2, 47, 48).

### *Představy o zdraví a nemoci*

Hodnota lidského života je rovněž ústřední hodnotou podmiňující rozvoj systémů zdravotní péče v moderních společnostech. Zdraví a nemoc jsou definovány kulturně a sociálně. Různé kultury se liší v tom, co považují za zdravé a normální. Každá kultura má své pojetí fyzického zdraví a nemoci. Převážná část ale toho, co dnes obvykle rozumíme pod pojmem medicína, vznikla v průběhu vývoje západní společnosti za poslední tři staletí (44).

V předmoderních kulturách se s chorobou či postižením musela vypořádat především rodina. Každá společnost však měla také jedince, kteří zastávali role léčitelů. Ti obvykle používali směs fyzických a magických prostředků. Mnohé z těchto tradičních systémů léčení v různých oblastech světa dodnes přežívají. Tak například tradiční ajurvédická medicína v Indii, která se úspěšně praktikuje už téměř dva tisíce let. Tato medicína vychází z teorie rovnováhy mezi psychologickými a fyzickými aspekty osobnosti. Narušení této rovnováhy je třeba napravit dietními opatřeními a léčivými bylinkami. Podobnou koncepci celkové harmonie osobnosti zastává i tradiční čínská medicína, kdy kromě používání bylin, je její součástí i akupunktura (47, 48).

Moderní lékařství přišlo s novým pohledem na původ a léčbu nemocí. Nachází u nich fyzické příčiny a k jejich objasnění používá vědeckých pojmů. Využití vědy v diagnostice a léčení chorob bylo základním rysem rozvoje moderních zdravotnických systémů. Souběžně se prosadila nemocnice jako vhodné prostředí pro péči o choroby. Upevnila se také pozice lékařů jako profese dodržující určitý etický kodex a disponující značným společenským vlivem. Přestože je profesionální lékařská péče poskytována i v „terénu“, právě nemocnice poprvé umožnily lékařům sledovat a léčit velký počet pacientů s využitím medicínských technik (47, 49).

#### **1.4 Náboženství, spiritualita a ošetřovatelství**

Ošetřovatelství mělo tradičně silné vazby na náboženství. Uvádí se, že právě náboženské zanícení bylo důležitou motivací pro reformu ošetřovatelství, která proběhla v devatenáctém století a v níž hrály významnou roli náboženské sesterské řády.

Tradice služby a poslání podporovaná ranými reformátory ošetřovatelství má pro řadu sester stále velký význam. Nicméně někteří autoři píšící o ošetřovatelství kritizují způsob, jakým se ošetřovatelství posunulo od své dřívější náboženské tradice ve smyslu služby a poslání k náboženstvím zaměřeným na vlastní osobnost (49).

Například současná popularita myšlenek hnutí New Age v ošetřovatelství, by mohla být projevem novodobé verze tradiční vazby mezi ošetřovatelstvím a náboženstvím. Ideje New Age jsou spojené s úvahami o zdraví a nemoci, které jsou v dnešním ošetřovatelství vyjádřeny ve formě zájmu o „holismus“ a subjektivní svět pacienta. Vliv myšlenek New Age a náboženství zaměřených na vlastní osobnost je zjevný zejména v současných představách sester o „duchovní péči“. Zároveň se v ošetřovatelství projevuje enormní zájem o doplňkové terapie, z nichž mnohé odvozují svůj filozofický základ z náboženství (47).

Současná zdravotnická literatura o duchovní péči obsahuje rozsáhlé úvahy o charakteru spirituality. Výsledný konsensus dosažený v literatuře je takový, že spiritualita stojí odděleně od náboženství. Podle literatury je duchovní péče základním kamenem holistické ošetřovatelské praxe. Konkrétní koncepce holismu vnímá jednotlivce jako bio-psychologicko-spirituální bytost. Literatura o duchovní péči tedy běžně vymazává sociální kontext jednotlivce s individualistickým pojetím spirituality (49).

Můžeme říci, že cokoliv, co člověk považuje za nejvyšší hodnotu života je možné definovat jako jeho Boha, což mohou být i peníze či osobní zisk. Z toho důvodu se souvislost mezi zdravotnickou literaturou o spiritualitě a náboženstvími zaměřenými na vlastní osobnost jeví jako samozřejmé. Sociologové ztotožňují spiritualitu se „zdravou sebeláskou“. Tento pohled na spiritualitu se nemusí zamlouvat pacientům, kteří nadále spojují spiritualitu s tradičními náboženskými hodnotami. Paradoxně by snahy sester o uplatňování vlastní definice spirituality a následně o oddělení spirituality

od náboženství mohly představovat další snahy o sekularizaci a medializaci v této oblasti.

Náboženství se zabývají smyslem života a vysvětlením utrpení a smrti. Jejich význam pro sociology zdraví a nemoci se proto může jevit jako samozřejmý. Přesto se náboženství překvapivě ocitá na samém okraji zájmu sociologů nemoci. Literatura uvádí, že tomu tak je kvůli značné sekularitě medicíny a sociologie, které považují náboženství za nedůležité. Pokud kdy sociologové zaměřili svou pozornost na náboženství, souviselo to často pouze s tím, že předpovídali jeho zánik. Mezitím se zdravotní péče stala stále sekulárnější doménou s ojedinělými pozůstatky náboženských základů. Nicméně protože to byly zejména sestry, kdo začal charakterizovat svůj zájem o pacienta jako o holistickou bytost, objevil se nový zájem o náboženství a spiritualitu. Tato skutečnost se projevuje v šíření knih pojednávajících o duchovních otázkách. Tyto změny vyjadřují jak měnící se roli ošetřovatelství, tak měnící se roli náboženství v soudobé společnosti (36, 47, 49).

### **1.5 Ústředí muslimských obcí**

V současné době je islám nejrychleji rostoucím světovým náboženstvím. S více než jednou miliardou věřících je po křesťanství druhým největším náboženstvím světa. Vznikl původně na Blízkém východě a přizpůsobil se místním podmínkám od Maroka na západě až k Indonésii na východě. Islám je monoteistické náboženství, které v sobě spojuje náboženství, kult, tradici, životní zásady a myšlenku života v komunitě. Je založené na učení proroka Muhammada, náboženského a politického vůdce působícího v 7. století. Slovo *islám* znamená „podrobení se Bohu“ (50, 51).

Muslimské náboženství bývá definováno jako náboženská instituce a společenství založené na dvojí náboženské referenci, a to na normách odhalených v Koránu a na náboženských praktikách ustanovených prorokem Muhammadem (52).

### *1.5.1 Historie a základy náboženství*

Islám vznikl v geografickém prostoru, který byl na formování náboženství už dříve velice plodný, což přirozeně souvisí s tím, že byl celá staletí civilizačním centrem, v němž se rozvíjely, křížily i zápasily nejrůznější kultury.

Islám je založen na Alláhových příkázáních, která jsou zaznamenána v Koránu, o němž muslimové věří, že je skutečným Božím Slovem tak, jak je Alláh předal svému vyvolenému poslu – proroku Muhammadovi (asi 570 – 632 n. l.). Islámu tak hraje ústřední roli dvojnásobné vyznání víry, které zní: Není božstva kromě Boha „Alláha“ a Muhammad je posel Boží (53).

Muhammad se narodil na území dnešní Saudské Arábie v Mekce, jejíž obyvatelé uctívali Boha – Alláha. Podle tradičního vylíčení Muhammadova života zemřel jeho otec ještě před jeho narozením a jeho matka pak v jeho šesti letech. Od té doby se o něho staral jeho velmi zbožný dědeček, který zemřel za dva roky a jeho výchovy se potom ujal strýc. Až do svých 25 let žil Muhammad relativně skromným životem. Přibližně v roce 610 n.l. byl během soustředění v horách nedaleko Mekky navštíven andělem Gabrielem (arabsky Džibrílem). Ten mu sdělil, že se stane poslem Božím. Muhammad nejprve trpěl silnou nejistotou, pak se ale podrobil a začal zvěstovat poselství lidem v Mekce. Až do své smrti roku 632 n.l. přijímal další zjevení, která byla posléze sepsána v knize Korán (54, 55).

Muhammad získal množství stoupců, ale také odpůrců z řad kupců z Mekky, kteří vytvořili mocnou opozici. Z důvodu pronásledování se Muhammad se svými přívrženci rozhodli odejít do Mediny (622 n.l.). Tímto obdobím emigrace (hidžra) nastala nová éra, která se stala základem nového letopočtu (první rok islámského kalendáře). Právě v Medině se začalo utvářet islámské náboženství. Muhammad, kromě toho že byl hlavou přistěhovalců z Mekky, neměl výraznou politickou moc. O dva roky později však jeho stoupenci vstoupili do válečného stavu a roku 630 n.l. byl Muhammad natolik silný, že Mekku dobil. Muhammad zemřel roku 632 n.l. a jeho prvním zástupcem se stal Abú Bakr (45, 56).

Několik dalších staletí pokračoval prudký rozvoj islámu. Muslimové na západě ovládli severní Afriku, vstoupili do Španělska a několik let měli v moci francouzskou

oblast kolem města Narbonne. Na severu se muslimové dostali až do Konstantinopole (dnešní Istanbul). Na východě po dobytí Persie a Afgánistánu pronikli do střední Asie a překročili řeku Indus. Většina obyvatel těchto zemí byla ochraňovanými menšinami a obecně se s nimi dobře zacházelo. Cílem vojenských výprav nebylo obracení na víru. Členové těchto menšin začali vnímat sami sebe jako druhořadé občany a během staletí se raději začali obracet k islámu. Po roce 750 n.l. vojenské rozpínání ochablo a jediná expanze směřovala dále do Indie. Islám se šířil rovněž mírovou cestou. Muslimští obchodníci jej zanesli do západoafrické stepi a námořní kupci na východoafrické pobřeží. Z Indie se islám dále rozšířil do Malajsie, Indonésie a na Filipíny. Ze střední Asie pak putoval do východní Číny. Před rokem 1500 n.l. se islám musel stáhnout ze Španělska. Křesťanský vojenský tlak postupně vytlačil z oblasti muslimskou moc (57).

Kolem roku 1500 n. l. začala nová epocha dějin islámu. Vasco de Gama, portugalský námořník, jenž narušil muslimské obchody na východním pobřeží, dospěl roku 1498 n. l. do Indie. To byl počátek evropského vlivu na východní část islámského světa. Evropa však začala islám plně ovlivňovat až během průmyslové revoluce. Významným datem je vpád Napoleona do Egypta (1798 n. l.).

Vliv Evropy na islámský svět byl mnohostranný. Jednak byl ekonomický, politický, duchovní, ale i náboženský. Začal zaoceánským obchodem a pokračoval politickými zásahy a nakonec kolonizací (58, 59).

Ve dvacátém století si vzdělaní muslimové dobře uvědomovali svou situaci. Vznikala hnutí za politickou nezávislost, která nakonec slavila úspěch.

Objevení ohromných zásob ropy na Středním východě nejprve využili lidé ze Západu. Později však po převzetí do moci muslimské vlády, se stala zbraní světové politiky. Před koncem druhé světové války se muslimské země spojily k boji za osvobození od kolonialismu (60).

### *Korán*

Kulturní zvyky, víra, morální učení a společenské chování každého muslima jsou utvářeny svatou knihou, Koránem. Muslimové věří, že Korán obsahuje Boží slovo,



jehož se Muhammadovi dostalo prostřednictvím archanděla Gabriela. Arabská literární forma Koránu je nenapodobitelná a nepřekonatelná.

Sesílání veršů trvalo dohromady 23 let. Korán byl první uchovávan v paměti Muhammeda a muslimů. Lze však předpokládat, že ještě před odchodem z Mekky začala být jeho slova zapisována. Po smrti Muhammeda se vyskytla potřeba stanovit jednoznačnou verzi, aby bylo zjevení uchráněno deformacím a odlišným interpretacím (59, 61).

Podle ortodoxního islámu nesmí, a ve své podstatě ani nemůže, být Korán vykládán v jiných jazycích, protože žádný jiný jazyk nevystihne jeho bohatost a také každý překlad sebou nese zkreslení. V tomto jazyce byl sepsán a v arabštině jej také všichni muslimové recitují, čímž současně udržují čistotu tohoto jazyka a identifikují islám do značné míry s arabsky hovořícími národy (50, 54).

#### *1.5.1.1 Povinnosti muslima*

Zásadní náboženské úkoly muslima vyjadřuje „arkán ad-dín“, tj. pět sloupů víry, v některých případech pět pilířů. Těchto pět sloupů víry se vyvinulo jako soubor rituálních povinností každého muslima (54).

První z povinností muslima se nazývá „šaháda“. Jde o zásadní věroučné přihlášení k Bohu v muslimském chápání a má dvě větné části. První část zní „vyznávám se, že není boha kromě Boha“. Druhá část zní „a vyznávám se, že Muhammad je Posel boží“ (23, s. 152). Spojení těchto dvou částí vytváří celek šahády. Obě části vytvářejí dvě základní části muslimovy víry a mají v jeho víře zcela stěžejní postavení. Jejich pronesením v jazyce Koránu se totiž člověk stává muslimem. Šaháda má z tohoto hlediska funkci jako v křesťanství křest. Zcela podstatným požadavkem šahády je, aby byla pronesena upřímně, s vnitřním přesvědčením a ve skutečné víře. Věřoučný akt šahády se může na první pohled zdát evropskému nemuslimovi příliš prostý. Avšak právě tím je pro muslima silně zavazujícím (58, 62).

Druhým ze sloupů víry je pro muslima „salát“, tj. modlitba, či lépe přesně stanovený soubor každodenních modliteb, jež se řídí pevně formalizovanými pravidly. Jedná se o povinnou modlitbu na rozdíl od volné osobní modlitby. Muslim se modlí

pětkrát denně, a to vždy se zachováním rituální očisty. Stupeň znečištění a postup rituální očisty jsou v islámu velmi detailně propracovány. Omýváním se odstraňuje buď těžké znečištění, které nastává např. při sexuálním styku, menstruaci či porodu nebo lehké znečištění, které nastává např. dotekem nečisté věci, na toaletě, spánkem apod. Těžké znečištění lze odstranit jen úplným omýváním, lehké částečným omýváním, jehož postup je závazně stanoven. Pouze tehdy, pokud nemá k dispozici vodu, může nahradit omývání „tajammumem“, tj. očištěním čistou hlínou nebo pískem (54, 63).

Modlitby jsou pro islám velmi důležité. Zřejmý je jejich smysl navázání přímého a osobního kontaktu s Bohem. Rituální postup modliteb je stanoven velmi podrobně. Muslim musí být tvář obrácen k Mekce. Přesně je stanoven i další postup při modlitbě, jednotlivé další formule apod., stejně jako to, kdy muslim stojí, kdy se skloní, kdy poklekne, kdy padne na tvář, jaká gesta dělá rukama aj. Ranní modlitba se koná v době mezi rozedněním a východem slunce, polední modlitba co nejdříve od chvíle, kdy je slunce nejvýš na obloze, odpolední modlitba kdykoliv po poledni před západem slunce, večerní modlitba od západu slunce do setmění, noční modlitba kdykoliv po setmění a před východem slunce (59, 64).

Kromě stanovených denních modliteb tvořící pět pilířů víry, zná islám i řadu dalších modliteb. Například páteční modlitbu, při níž musí být alespoň čtyřicet mužů, pohřební modlitbu, modlitbu při strachu, která je zároveň modlitbou před bojem, modlitbu za déšť, dále při zatmění Slunce a Měsíce. V měsíci ramadánu se muslim modlí zvláštní noční modlitbu. Kde je to možné, má se modlitba provádět skupinově, nejlépe v mešitě. Před vstupem do mešity se muslim musí zout. K modlitbě přichází už očištěn. Tyto spirituální aspekty modlitby, jež jsou v islámu zřetelně výraznější než jinde, nemohou nicméně odsunout její sociokulturní a interpersonální dosahy. Už to, že se všichni muslimové na celém světě modlí arabsky, ačkoliv zdaleka všichni samozřejmě Arabové nejsou, posiluje pozici modlitby jako faktoru kosmopolitního sjednocení – v prostoru modlitby si každý muslim bezpochyby uvědomuje světové společenství své víry jako společenství nejen duchovní, ale i světské (53, 65).

Třetím sloupem je „zakát“, což znamená almužna či dobročinnost. Zakát je vskutku podle koránu dobročinnost, dáváním almužny, či lépe, rozdávaním přebytků

ostatním věřícím. Korán je v chápání pojmu „majetek“ svým způsobem pozoruhodný a osobitý a v této kategorii dost odlišný od judaismu, jež se tématem moc nezabývá. Muslim může být bohatý, pokud svého majetku nabyl poctivě a nikoli např. na úkor sirotků nebo jinak hříšným způsobem. Sociální aspekt muslimského společenství je pak zohledněn kategorií „přebytku“. Přebytek je to, co muslim nepotřebuje, a tento přebytek má být předmětem zakátu, tj. rozdán mezi potřebné. Majetek, jenž přesahuje potřebu, je nežádoucí, naopak jeho rozdělení je dobrá investice do budoucna, neboť skutečné bohatství a přepych života čeká muslima v životě posmrtném. V principu koránu to bylo míněno tak, že jde o majetek potřebný ke spokojenému životu, k udržování důstojného postavení a k dalšímu konání dobra (66, 67).

Vysloveně náboženská je čtvrtá povinnost muslima, a to „saum“, tj. půst. Nábožensky znamená půst něco zásadně jiného než např. dodržování diet či půst ze zdravotních důvodů. Půst je aktem víry, je výrazem očisty a prohloubením sebeobrazu ve víře. V islámu jsou tyto funkce půstu vlastní většině náboženských systémů výrazně posíleny dvěma skutečnostmi. První z nich je, že muslim přistupuje k půstu po rituální očistě a musí napřed vyslovit předsevzetí jako před modlitbou, což je předsevzetím dobrého úmyslu. Druhou je, že půst konaný v posvátném devátém měsíci islámského kalendáře, v ramadánu, koresponduje s postupným předčítáním Koránu během tohoto měsíce. Vztah mezi půstem a modlitbou je tím jasně proklamován jako vztah spirituální povahy. Celkovým smyslem měsíce ramadánu je posilování víry a oddanosti Bohu. Rituální půst saum není projevem asketismu a odříkání. Je pojat jako hlubší reflexe vlastního prožitku božího jsoucna a boží přítomnosti v každodenním životě, a ve spojitosti s recitováním Koránu i jako prohloubené směřování k vlastní podstatě v chápání boží víry i světa. Proto je pro muslimy ramadán měsícem radosti. Celkově má být období ramadánského půstu dobou radostnou. Věřící se mají navštěvovat, být k sobě laskaví a vlídní, být štedří k těm nejpotřebnějším, upevňovat svou sounáležitost účastí na nepovinných modlitbách, co nejvíce pobývat v mešitě apod. (62, 67, 68).

Poslední z pěti sloupů se nazývá „hadždž“, tj. pouť do Mekky a je významnou povinností každého muslima i muslimky. Věřící ji má vykonat alespoň jednou za život,

jestliže mu to dovoluje zdravotní stav a jeho finanční poměry. Hadždž, velká pouť, se koná zásadně v posledním měsíci islámského lunárního kalendáře a má svá pevná pravidla. Vyžaduje např. poutní oblečení, poutník se nesmí holit, stříhat aj., má zabít zvíře, ale jinak nesmí prolévat krev, má se modlit, několikrát provést rituální běh k posvátným pahorkům, provádět předepsané modlitby atd. Při pouti se má vyhýbat jakýchkoliv hádek, svárů, zloby, rozmařilostí, sexuálních excesů apod. (69, 70).

V souvislosti s pěti základními pilíři islámu bývá zmiňován džihád. Džihád je vlastně vynaložené úsilí pro islám, které má několik podob. 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. 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 protiútočného a nejedná se již o válku útočnou ale obrannou, jejich boj ztrácí povahu džihádu (67, 71).

#### *1.5.1.2 Kulturní zvyky a význam rodiny v islámu*

##### *Stravování*

Jídlu je v islámu přikládána velmi vysoká důležitost. Každému hostovi je nabídnuta domácí strava, kterou může jen stěží odmítnout. Korán zakazuje konzumaci vepřového masa a všech výrobků z něho včetně sádla. Jsou také zakázány pokrmy, které byly připraveny na sádle. Pokud se jedná o ortodoxního muslima, tak ten ani nepoužije nádobí, které přišlo do styku s vepřovým masem. Vyhýbají se i mletému masu.

Nesmějí se konzumovat alkoholické nápoje, ani pokrmy připravované na alkoholu. Z mořských živočichů mohou jíst všechny druhy ryb, které mají šupiny. S tím vším souvisejí také pravidla stolování. Muslimové musejí potraviny brát pravou

rukou, protože levá ruka se používá pro nečisté účely. Chléb se láme, nesmí se krájet. Voda se nikdy nesmí vylít, vždy by se měla dopít (58).

Největším islámským svátkem je ramadán, kdy muslim nesmí od východu do západu slunce jíst ani pít. Pokud by byl muslim hospitalizován v nemocnici, mohl by i odmítat léky. Postních povinností jsou zbaveni nemocní, pocestní, starší a slabí lidé, těhotné ženy a ženy těsně po porodu, ženy v průběhu menstruace a cestující. Parenterální výživa je povolena (64, 72).

### *Hygiena*

Muslimové mají vysoké standardy osobní hygieny, neboť islám klade veliký důraz na fyzickou a duchovní čistotu a očišťování. Osobní hygiena je žádoucí pořád, ale některé aspekty osobní hygieny nejsou jen žádoucí ale povinné. Podle učenců je to čistota tří druhů, očista nebo rituální omytí za účelem vykonat modlitbu; udržování těla, šatů a okolí čistého; a specificky odstraňování špíny nebo mazu, který se sbírá v rozličných částech těla, jako zuby, nosní dírky, podpaždí a v stydké oblasti.

Další povinností pro muslimy je čištění zubů častěji jak jednou denně, odstraňování chlupů v podpaží třikrát týdně a v oblasti genitálů jednou za čtrnáct dní (62, 73).

### *Porod, potrat*

Ženu jako pacientku může vyšetřit a léčit pouze lékařka. V případě, že je přítomen pouze lékař, musí být požádán manžel pacientky o výjimku a vyšetřit ženu v jeho přítomnosti. Porod je v islámském náboženství velmi specifický. Dítě se těsně po porodu nejdříve vykoupe a pak se teprve podá matce. Do pravého ucha se mu pošeptá výzva k modlitbě a do levého začátek modlitby. Jméno dostává 7. den po narození.

Potrat je povolen pouze v ohrožení zdraví nebo života matky a nebo pokud byla žena znásilněna. Tehdy je možné potrat uskutečnit do 120. dne stáří plodu (63).

### *Nemoc, umírání a smrt*

Podle islámu je nemoc a zdraví, smrt a život vůle Boží. Přesto muslimům přikazuje, aby se dostatečně starali o své zdraví, léčili své nemocné a provedli vše k prevenci nemoci.

Nemocný muslim se modlí 3x denně a omývání může být vzhledem k zdravotnímu stavu jen symbolické. V islámu jsou povoleny všechny prostředky k záchraně života, jako je například transfúze krve od dárců neislámského náboženství. Transplantace je povolena pouze tehdy, jde-li o dar živého dárce. Transplantace z mrtvého těla je nepřípustná, pokud nebyl dán souhlas dárce za jeho života. Není však povinné pokračovat ve výkonech, které prodlužují utrpení člověka. Islám ale nedovoluje aktivní eutanázii nebo asistovanou sebevraždu.

Umírající muslim by měl sedět nebo ležet s tváří odvrácenou k Mekce. Důležitá je přítomnost rodiny u lůžka umírajícího muže. Pokud se jedná o ženu, záleží na jejím přání. Příbuzní recitují do ucha umírajícímu pasáže z Koránu. Po smrti tělo zakryjí, umívají a oblékají do rubáše (64).

Pitva je zakázána, protože tělo po smrti náleží pouze Alláhu. Islám povoluje pitvu akorát při objasnění příčiny smrti v zemi, kde to zákon povoluje. Pohřeb je nutné provést co nejdříve a v islámu je zakázána kremace žehem.

Islámské náboženství řídí vztah člověka k bohu a k posmrtnému životu. Smrt je v této perspektivě začátkem nového života. Pro pravé věřící ztrácí smrt hrozbu, nemají z ní strach. Tváří v tvář smrti má člověk poslední příležitost přemýšlet o vznešenosti a spravedlnosti boží (53, 74).

### *Význam rodiny v islámu*

Manželství a rodina mají v islámském náboženství splnit tři poslání, a to plození a výchovu, uspokojování pohlavních pudů, založení životního společenství v lásce a bezpečí. Korán zdůrazňuje povinnost vstupu do manželství každému, kdo se chce vyhnout nemravnostem a je i jinak schopen dodržovat manželské povinnosti.

Sňatek je chápán jako smlouva dle civilního práva, uzavírána před muslimským obřadníkem za přítomnosti dvou svědků. Manželství ztrácí platnost, jestliže jeden z manželů přejde k pohanství, stane se nevěřícím nebo se zřekne islámu.

Muž reprezentuje rodinu, je povinen ji finančně zajistit a chrání svoji manželku a děti. Žena je především manželkou, hospodyní, matkou a vychovatelkou dětí.

V islámských zemích je zvykem, že o pacienta v nemocnici pečuje jeho rodina, která mu mnohdy nosí jídlo z domova. Všichni příbuzní chtějí být informováni o jeho zdravotním stavu, co mu schází a co se s ním dále bude dít. Také diagnóza je sdělována nejdříve rodině pacienta (61, 75).

### *Postavení žen v islámu*

Otázka ženské rovnoprávnosti se stále více dostává poslední dobou do popředí zájmu především západní veřejnosti. Není rozhodně jednoduché představit si, co to vlastně znamená být ženou v islámské zemi. Je samozřejmě možné podívat se na celou problematiku ze západního úhlu pohledu a rychle si vytvořit obraz hrůzy a ponížení. Existují dokumenty, které líčí hrůzné osudy islámských žen – na druhé straně však existují také dokumenty, které zachycují pozitivní zpovědi, kterými se pak ohánějí místní náboženští fanatici. Je třeba si tak uvědomit, že postavení ženy v islámském světě se liší stát od státu a podle společenských vrstev. Postavení žen v islámských zemích nelze tedy přičítat jen islámu, ale i místním tradicím a způsobu výkladu Koránu.

Pozice ženy formovaná v Koránu vychází z hluboce zakořeněné před-islámské tradice, která se nedala lehce zvrátit. Základní doktrínou Muhammadova učení je víra jediného Boha. Až druhotným cílem bylo vyřešit morální krizi a vytvořit nový morální kodex (65).

#### *1.5.2 Ústředí muslimských obcí v České republice*

V České republice se podle sčítání lidu, bytů a domů provedeného v roce 2011 k Ústředí muslimských obcí hlásí 1 442 občanů (76).

Ústředí muslimských obcí bylo založeno s cílem vytvořit jednotnou muslimskou komunitu v České republice. První stopy muslimské komunity v novodobých českých

dějínách sahají již do roku 1908, kdy Rakousko-Uhersko po třiceti letech okupace oficiálně anektovalo Bosnu a Hercegovinu. Jádro komunity tehdy tvořili bosenští muslimové a během první světové války se k nim připojili první etnicky čeští muslimové. Tak došlo ke zformování českého islámského hnutí obohaceného o emigranty z nově vzniklého SSSR.

V roce 1934 pak vzniká první náboženská společnost (Muslimská náboženská obec pro Československo). Tehdy započaly vleklé snahy o její uznání československým právním řádem, které se ale během celé první republiky nepodařilo uskutečnit. Povolení získala s nacistickou okupací, ale po únorovém převratu byla rozpuštěna. Během komunistické totality byla jednou z podmínek úřední registrace jakékoli církve nebo náboženské společnosti spolupráce s tajnou službou StB (Státní bezpečnost). To ale muslimové odmítli.

Po změně režimu v roce 1989 Muhamed Alí Šilhavý z Třebíče znovu ustanovil Muslimskou obec. Poté následovalo několik let tvrdé práce a snahy o prezentaci islámu a islámské komunity a o přesvědčení nutnosti muslimskou obec registrovat. K této snaze se připojila i nová generace muslimů, s kterou navázal spolupráci Šilhavý a která se ještě více prohloubila po otevření mešit v Brně a v Praze. V roce 1998 byla založena první Islámská nadace, a to v Brně (pouze však bez minaretu, ten nebyl povolen) a o rok později také v Praze. Islámské nadace jsou neziskové organizace, které vznikly z důvodu naplnění potřeb praktikujících muslimů. Do jejich hlavních činností patří především provoz islámského centra (mešita), dále pak charitativní činnost a osvětová činnost (62, 77).

V roce 2000 Muhamed Alí Šilhavý předal veškerou agendu související s Ústředím muslimských obcí zástupcům Islámských nadací v Brně a v Praze. Dne 7. září 2004 bylo Ústředí muslimských obcí oficiálně registrováno státem a zapsáno v rejstříku registrovaných církví a náboženských společností Ministerstva kultury České republiky. Ústředí muslimských obcí je pouze výsledkem spolupráce hlavních muslimských organizací v ČR, tj. Islámská nadace v Brně a v Praze, ale vzniklo i za podpory Svazu muslimských studentů v ČR, a také díky splnění všech zákonných podmínek včetně podpisů několika stovek muslimů s trvalým pobytem na území ČR.



V roce 2006 vedení Ústředí muslimských obcí žádalo o výjimku ze zákona, aby byla umožněna registrace 2. stupně, která sebou nese přiznání tzv. zvláštních práv (na církevní sňatek, školy a duchovní služby). Tuto žádost ale bohužel vláda zamítla. To znamená, že další možnost podání žádosti budou mít muslimové, podle znění stávajících právních norem, až v roce 2014 (78).

## **1.6 *Buddhismus Diamantové cesty***

Čtvrté nejrozšířenější náboženství světa je buddhismus. Vznikl v Indii v 6. století př. n. l. a je spojován s životem skutečného prince, který zjistil, že podstata lidského života spočívá v utrpení. Otřesen tímto odhalením odešel do ústraní, aby zjistil, jaký postoj je třeba vůči lidské existenci zaujmout.

Buddhismus je původně filozofie, která vyžaduje osobní i kolektivní zapojení. Postupně se tato nauka díky nejrůznějším rituálům začala spíše podobat náboženství. Základní charakteristika buddhismu spočívá ve skutečnosti, že se nejedná o božské zjevení, ale o nalezení sebe sama. Toto „Probuzení“ je nabytí vyššího vědění, které může být připodobněno k tomu, co tvoří filozofii „láskou k moudrosti“. Původní Buddhovo učení vyzývá každého člověka, aby v sobě hledal „konečnou“ pravdu (79, 80, 81).

Buddhismus je více než 2 500 let staré náboženství prožitku, které je kombinací logického pohledu a přeměňující síly s metodami vedoucími k dosažení trvalých a nadosobních psychických stavů. Během svého šíření se přizpůsobil duchovním požadavkům. Tyto požadavky se často projevovaly potřebou svěřit svůj osud do rukou ochranných sil. Ačkoli buddhismus neučí víře v jediného Stvořitele, nepopírá zároveň existenci vyšších bytostí. Proto si přibral družinu božstev, která se liší podle různých buddhistických škol. Některé varianty buddhismu si vytvořily přísné rituály, díky nimž se blíží k náboženství (82).

### **1.6.1 *Historie a základy buddhismu***

Nejlepší vysvětlení Buddhových učení pochází od samotného Buddha. Termín „*Buddha*“ není vlastní jméno, ale čestný titul, který znamená „*Probuzený*“. Tímto

obecným označením byl pojmenován muž, jehož existenci historikové zpravidla připouštějí, třebaže většinu údajů nelze ověřit. Tento muž se jmenoval Siddhártha Gautama (cca 560-480 př. n. l.) a jako první Buddha je považován za spasitele prostřednictvím buddhistické doktríny ve smyslu, jímž stanovil cestu, přičemž ponechává každému člověku svobodnou volbu vydat se po ní, či nikoli. Buddha se narodil před cca 2 560-ti lety v Indii v královské rodině ve vysoce rozvinuté kultuře. Mladý princ vyrůstal ve vysoce privilegovaných podmínkách a až do svých dvaceti devíti let poznal jen samou radost (58, 83).

Když poprvé ve svém životě opustil palác, jeho svět se najednou obrátil vzhůru nohama. Ve třech po sobě následujících dnech uviděl velmi nemocného člověka, starce a mrtvého. Když poznal nevyhnutelnost stáří, nemoci, smrti a pomíjivosti všeho, hluboce se zarmoutil. Příštího rána potkal jogína, který byl v hluboké meditaci. V ten okamžik se jejich mysli setkaly. Princ byl natolik ovlivněn tímto zážitkem, že opustil svůj domov a rodinu, a rozhodl se hledat prostředky k vysvobození z utrpení. Vydal se na cestu napříč svou zemí s cílem najít učení k překonání utrpení a smrti. Učil se u nejrůznějších učitelů, ale ani jeden z nich ho nedokázal dovést k cíli (46, 84).

Až po šesti letech hluboké meditace, ve věku 35 let, rozpoznal opravdovou podstatu mysli a dosáhl stavu Buddha, kdy zažil „osvícení“ neboli „*Probuzení*“. Osvícení spočívá v uvědomění si čtyř ušlechtilých pravd a v poznání osmidílné cesty, umožňující dosáhnout absolutního klidu a vyrovnanosti, a vyprostit se z koloběhu zrození, smrti a opětného zrození. Probudil v sobě podstatu všech věcí: vševědoucí prostor, jeho zářivou jasnost a její neomezenou lásku bez jakýchkoliv překážek. Poté se Buddha vrátil ke svým bližním, aby je seznámil se svými poznatky a ukázal jim cestu k *Probuzení*. Během příštích 45 let Buddha naučil metodám vedoucím k dosažení cíle tisíce nadaných žáků. Až do svých osmdesáti let života žil jako putující mnich a vysvětloval učení nazývané jako *Dharma* (45, 85).

### *Dharma*

Tento termín je do češtiny překládán jako „doktrína“, což označuje původní Buddhovo učení, základní zásady, kterými je třeba se řídit k dosažení stavu *Probuzení*.

V jiné rovině postihuje Dharma pravidla, předpisy, zákazy a povinnosti především v etickém aspektu, tj. jako mravní zákon vypovídající o tom, co je dovolené, správné a prospěšné. V množném čísle se tohoto pojmu užívalo v nejstarší buddhistické filosofii pro věci nebo základní složky světa jevů, jak jsou vnímány myslí. V těchto složkách se jeví Dharma (v původním smyslu) jako přírodní a světový zákon o věčném vzniku a zániku.

Dharma existuje objektivně, nezávisle na lidské vůli či chtění. Proto buddhismus není nijak závislý na víře, jak ji chápe např. křesťanství. Buddha Dharmu různým způsobem vysvětloval, nikdy však necítil potřebu jí zdůvodňovat nebo dokazovat. Ten, kdo dosáhl cíle a sám nazíral pravdu, nepotřeboval již důkazů (86).

#### *Čtyři ušlechtilé pravdy*

Čtyři ušlechtilé (někdy také používaný termín „vznešené“) pravdy vyložil Buddha po svém „*Probuzení*“ a které tvoří jádro buddhistického učení. Ty shrnují podstatu lidského stavu a udávají cestu, po které jít ke správnému způsobu života a uniknout tak iluzi. První ušlechtilá pravda prohlašuje, že celý život je pouze utrpení: narození tak jako smrt, spojení jako odloučení, stáří, nemoc a smrt.

Druhá definuje příčinu vzniku utrpení. Příčinou je žádostivost ve všech podobách, včetně touhy po existenci. Právě tato touha poutá člověka k věčně se opakujícímu koloběhu zrození a smrti. To je *karma*, tedy souhrn všech dobrých i špatných činů v životě člověka a jejich důsledků, která určuje, v jaké bytosti (lidské či zvířecí) k tomuto znovuzrození dojde. Zlepšení karmy umožňuje člověku reinkarnovat se do života v příznivějších podmínkách. Pouze ale dokonalá existence dovoluje vysvobodit se z koloběhu znovuzrození a dosáhnout nirvány – osvobození (87).

Třetí hovoří o zániku utrpení. Nirvány může docílit každý jedinec uhašením touhy a odpoutáním se. Tomu je třeba rozumět v tom smyslu, že lidská existence je považována za nedokonalou tak dlouho, dokud je podřízena žádostivosti.

Poslední čtvrtá ušlechtilá pravda ukazuje cestu k zániku utrpení. Jedná se o tzv. ušlechtilou osmidílnou cestu, která člověku poskytuje prostředky, jež ho dovedou k jeho spáse. To znamená, že se zastaví koloběh znovuzrození. Cesta má osm etap:

pravý názor, pravé rozhodnutí, pravá řeč, pravé jednání, pravé živobytí, pravé snažení, pravá bdělost a pravé soustředění (80, 84).

#### *1.6.1.1 Buddhistické společenství*

Buddhistická náboženská obec sangha se skládá z obce mnichů a laiků. Mnichem se může stát každý po dvacátém roku života, pokud není nikomu vázaný (např. voják). Vazba se však nevztahuje na rodinu ani děti. Může opustit rodinu a odejít do sanghy. Mnich hraje v buddhismu zásadní roli tím, že se zříká světského života, aby mohl šířit Buddhovo učení. Prvních pět potulných asketů, které obrátil sám Siddhárta Gautama, je symbolicky považováno za první buddhistické mnichy.

Buddhistický klášterní život je řízen celou řadou pravidel. Čtyři nejdůležitější pravidla se týkají zákazu vraždy, krádeže, sexuálních vztahů a lži. Šest dalších se přidalo postupem času. Týkají se abstinence, představení, pohodlí, koketérie, osobního vlastnictví a také respektování rozvrhu obřadů. Je tu však i řada dalších pravidel, která udávají rytmus klášterního života. Klášterní rok provázejí dva významné obřady. Během nich se členové společenství svěřují se svými poklesky proti klášternímu řádu (87, 88).

Laický buddhismus, někdy též lidový buddhismus, je forma následování nauk Buddha Šákjamuniho. Tradičně se buddhismus praktikoval buď ve formě klášterního způsobu života, laického způsobu života, nebo jogínskou formou. I když mají všechny styly stejný cíl, tj. dosažení probuzení, cesta jak tohoto stavu dosáhnout se v těchto třech případech značně liší. Laický buddhismus představuje následování nauk a rad Buddha uprostřed moderní společnosti společně s rodinou jedince, prací a se zodpovědnostmi ve „světském“ světě.

Moderní společnost se velmi rychle mění a je pružnější, než tomu bylo za časů Buddha, a proto tyto tři zmiňované typy nalezneme v jejich originální podobě jen těžko. Je téměř nemožné odetnout se od světa tak, jak to udělal Buddha a jeho bezprostřední následovníci. Trend klášterů je zde představován existencí a rozvojem buddhistických center, jejichž členové v nich žijí a všechen svůj čas věnují jejich rozvoji. Laický trend je reprezentován těmi, kteří praktikují dharmu a zároveň chodí do práce a vychovávají

děti. Každý člen moderního buddhistického společenství se do určité míry objevuje ve všech třech jejích částech (80, 87).

### *1.6.2 Buddhismus Diamantové cesty*

Buddhismus lze rozdělit na tři hlavní směry. Prvním a nejstarším směrem je Hínajána (též Malé vozidlo). V tomto směru mají přední místo konzervativní mniši a laici stojí stranou. Dalším směrem je Mahajána neboli Velké vozidlo.

Vadžrajána, doslova Diamantové vozidlo (nebo Diamantová cesta), je třetí a nejmladší směr buddhismu. Ujala se v Tibetu a motivem ke vzniku byla reakce na strnulost klášterního života s určitou potřebou autenticity a prožitku. V rámci toho se buddhistické hnutí vymanilo z úplné závislosti na mnišské obci a klášterních střediscích. Zpočátku se Diamantová cesta rozvíjela neformálně, což znamenalo, že se skupinky posluchačů shromažďovaly jen kolem charizmatického a nekonvenčního učitele. Později došlo k její kodifikaci ve spisech a následně se nevyhnula ani centralizaci v kláštorech. Vadžrajána se stala součástí buddhismu v Nepálu, Číně, Koreji či Japonsku. Největšího rozkvětu dosáhla ale v Tibetu (79).

Je to buddhistický směr vycházející z tradic tantrismu, který pracuje se složitými symboly, tajemnými texty a magickými rituály. Má pověst silné, ale zároveň nebezpečné duchovní cesty, po které může být zájemce proveden pouze po zasvěcení a s pomocí svého učitele (tibetsky lama). Cílem Diamantové cesty je během jediného života pomocí meditačních cvičení přetvořit tělo, mluvu a mysl v plně osvícený stav. Pro tento směr je typické recitování manter, vytváření a pozorování mandal a používání symbolických gest. Mantra v překladu znamená posvátné slovo či meditační průpověď, jejímž účelem je navození vyššího duševního stavu. Při správné meditaci jsou mantry chápány jako prostředek ochraňující naší mysl. Mandala je meditační předmět nebo obrazec různé velikosti, jež se používá jako vizuální pomůcka při meditaci. Může představovat vesmír, ale také mysl a tělo jednotlivého člověka. V jejím centru je vyobrazen Buddha spolu s nižšími božstvy. Nejčastěji ji představuje obrazec z písku nebo rýže. V tibetském buddhismu se však některé mandaly ihned po dotvoření zničí, což má symbolizovat nestálost a pomíjivost veškerého dění (58, 84).

### *Linie Karma Kagjü*

Struktura tibetského buddhismu je založena na pojmu „transmise“, což je předání učení a metod z učitele na žáka – který dále předává učení svým vlastním žákům. Tím došlo ke vzniku několika „linií“, linií přechodu moudrosti dharmy od jednoho velkého mistra k dalšímu. Tito mistři jsou často označovány jako „reinkarnovaní lamové“, se střídajícími se „držiteli linie“ udržujícími přenos během období od smrti převtělence do dospělosti jeho následné inkarnace.

Právě linie Karma Kagjü je příkladem jedné takové linie. Tato linie je charakteristická tím, že klade hlavní důraz na meditaci a přímý přenos prožitku podstaty mysli z učitele na žáka. Počátek této linie se datuje do devátého století, do doby plného rozkvětu tantrického buddhismu v Indii a až později v Tibetu do podoby, v jaké ji dnes známe. První učitel v této tradici byl Tilopa, věhlasný dosažitel a mahásiddha (dokonalý). Tilopa obdržel čtyři předání (transmise) přímo od Dordže Čhanga, nehmotného Buddhy, který symbolizuje dharmakáju, nejvyšší stav mysli. Tilopa svá učení dále předal svému žákovi Náropovi, jenž byl do té doby rektorem Nálanské univerzity v Indii. Tyto nauky tvoří hlavní pilíř této linie. Náropovi služby u Tilopy se uvádí jako velký příklad oddanosti k vlastnímu učiteli. Od 12. století je kontinuita linie udržována jednotlivými inkarnacemi Karmapů (89, 90).

#### *1.6.2.1 Karmapa*

Karmapa je hlavním učitelem a držitelem linie Karma Kagjü, jedné z hlavních škol tibetského buddhismu. Je prvním vědomě se znovuzrozuujícím lamou Tibetu. Opakovaně se rodí v tomto světě, aby mohl předávat učení a zprostředkovávat všem bytostem kontakt s dokonalou podstatou jejich vlastní mysli. Jeho první inkarnace se objevila ve 12. Století a od té doby se učení linie Karma Kagjü rychle šířilo. V současné době je ve své sedmnácté inkarnaci. Výraz Karmapa v překladu znamená „mistr karmy“. Byl předpovězen samotným Buddhou Šákjamunim a je nazýván „živý Buddha“. Před svou smrtí zanechává odcházející Karmapa detailní pokyny týkající se přesných podmínek jeho dalšího zrození. Karmapa, v pořadí 16tý, musel v roce 1959 kvůli čínské agresi odejít z Tibetu, aby tak ochránil další existenci linie Karma Kagjü. S

pomocí svých západních žáků přenesl vědomosti o podstatě mysli do moderního světa. Současný 17. Karmapa Thaje Dordže odešel z okupovaného Tibetu do svobodné Indie na jaře roku 1994 ve svých jedenácti letech (91, 92).

### *Lama Ole Nydahl*

Lama Ole je jeden z mála lidí ze Západu, který je kvalifikován jako lama a meditační mistr v tradici tibetského buddhismu. V roce 1968 se společně se svojí ženou Hannah setkali na své svatební cestě po Indii a Nepálu s Jeho Svatostí 16. Karmapou – hlavním představitelem linie Karma Kagjü. V roce 1969 se pak stali jeho prvními západními žáky. Karmapa je rozpoznal jako ochránce své linie a požádal je, aby přinesli buddhismus do západního světa. Současně udělil Olemu titul lama neboli „učitel“. Jeho učitelská činnost začala v roce 1972. Ve stejném roce poprvé učil na Teacher's College v Dánsku. Od té doby cestoval, přednášel, vedl meditační kurzy a postupně zakládal buddhistická centra po celém světě pod přímým vedením 17. Karmapy. Nydahl je také autorem řady knih, které byly přeloženy do mnoha jazyků. V současnosti existuje více jak 700 center a klášterů po celém světě, včetně České republiky (89, 93).

### *Význam učitele v buddhismu*

Populární západní představa dosažení osvícení „o samotě“ se nemůže vyrovnat rychlému úspěchu úplné praxe s učitelem nebo ve skupině. Ačkoli dosažení osvícení o samotě zní modernímu člověku, který se cítí být pánem svého života, velmi přitažlivě, představuje příliš mnoho nástrah. Poznávání mysli je mnohem záladnější než studování vnějších jevů a vždy zde číhají nepřátelé v podobě pýchy a nelibosti, jež mohou rozvoj daného jedince vykolet. Nejvyšší úroveň učení není možné bez učitele náležitě pochopit ani udržet. Jestliže schází komunikace, která neutralizuje pýchu, sentimentalitu a povrchnost, může se člověk stát osamělým nebo nepoužitelným v každodenním životě. Lama používá metody pro rozvoj potenciálu svých žáků, což jim umožňuje protlačit se skrze vrstvy návykového chování. Úlohou lamy je učinit své žáky nezávislými, soucitnými a silnými. Na nejvyšší úrovni nechává své žáky vstoupit

do neohrožené zrcadlové síně své mysli. Jakmile oni pak odhalí, že mají stejnou podstatu, není zde už nic, co by ještě zbývalo zjistit (89, 90).

#### *1.6.2.2 Meditační praxe v linii Karma Kagjü*

Právě linie Karma Kagjü klade největší důraz na meditaci. Meditace v tibetském buddhismu mění přijaté informace za prožitek. Na základní úrovni je jejím účelem zklidnit mysl a udržet ji na stejném místě. Vytváří prostor mezi prožívajícím a jeho zážitky a tím dovoluje lidem vybírat si role v životních komediích a vyhýbat se tragédiím. Kdo si dokáže udržet tento stav mysli při meditaci, dosáhne postupně stejného stavu i v každodenním životě.

Každá meditace školy Karma Kagjü se skládá ze dvou fází. První je fáze budování. V této části meditace se v prostou před meditujícím objevuje forma, která reprezentuje nějaký aspekt osvícení (tj. Buddhu), jehož vlastnosti chce člověk v sobě probudit. Poté opakuje meditující mantru, která vytvoří spojení mezi touto vlastností samotného prostoru a jeho prožitkem této vlastnosti. Následná druhá fáze – fáze dovršení je počín, kdy člověk rozpouští Buddhu, na kterého meditoval, ve světlo a splývá s ním. V tomto okamžiku meditující prožívá prázdnotu, jasnost a neomezenost mysli (89).

Meditace Diamantové cesty jsou určeny lidem, kteří usilují o dosažení osvícení. Pokud někdo touží pouze po relaxaci, k tomu účelu se lépe hodí jiné prostředky. Meditace je pro lidi, kteří mají ve své mysli dostatek pozitivních otisků, aby dokázali čelit setkání s vlastním podvědomím. Meditace může být i nebezpečná, a to například pro psychotické lidi, protože mají sklony považovat své pocity a vnitřní stavy za příliš skutečné a mohou zažít mnoho nepříjemných projekcí. V tomto případě je lepší odříkávat mantry a jednat pozitivním způsobem, než začít příliš brzy s meditací. Pak jsou zde meditace, které by se neměly provádět bez tak zvaného buddhistického útočiště. To poskytuje ochranu a vytváří spojení s vlastní buddhovskou podstatou, s přáteli, kteří jsou na stejné cestě, a s učitelem, který nám dává útočiště. Meditace může přinést pozitivní výsledky jen lidem, kteří mají správné základy pro ten druh meditace, který praktikují (89, 90).



### 1.6.2.3 *Buddhovo učení a vegetarianismus*

Jídlo zastává v buddhismu, podobně jako v ostatních náboženstvích, významné místo. Samozřejmě je rozdíl mezi například každodenním pokrmem mnišstva a každodenním pokrmem laické složky buddhistického společenství.

Od Buddhova jídla, které vedle své nutriční hodnoty mělo také hodnotu nábožensky symbolickou, lze přejít k jídlu jeho následovníků, Buddhových žáků a žaček, tedy konkrétně mnichů a mnišek jakožto náboženských profesionálů, tak laiků, bez nichž by se mnišská sangha (společenství buddhistických věřících) neobešla. Podobně jako v předchozím případě i pro mnichy a mnišky má jídlo vedle nutriční hodnoty i hodnotu nábožensky symbolickou. Stejně jako tomu bylo v dobách Buddha, získávala a dodnes zejména v jižní Asii získává mnišská sangha obživu, tedy jídlo, od sanghy neprofesionální laické, případně i od ne-buddhistů, kteří jsou ochotni mnišskou komunitu almužnou podpořit. Význam jídla je podobný jako v předchozích zmiňovaných příkladech s Buddhou – obdarováním sanghy jídlem získává donátor náboženskou zásluhu. Zásluhy pak vylepšují karmu a zajišťují lepší příští zrození (88).

Jistým myšlenkovým stereotypem, týkající se jídla a nutričních návyků, rozšířeným zejména na západní polokouli, je mýtus buddhistického vegetarianismu. Často se lze setkat s tvrzením, že buddhisté jsou podle pokynů Buddha vegetariáni. Není tomu tak. Je sice pravda, že nikoli zanedbatelná část buddhistů, skutečně vegetariány je, ale nejedná se v žádném případě o všeobecný jev a v žádném případě není tento vegetarianismus bezprostředně založený na učení Vznešeného. Zdůvodnění tohoto dietního režimu se často zakládá na uskutečňování principu *ahinsá*, tedy neublížování, nenásilí, který zapovídá brát život jiným, zapovídá zabíjení a vraždění cítících bytostí (72, 84).

Princip nezabíjení je v buddhismu sice všeobecný, ale zpravidla se nevztahuje na rostliny, tedy přinejmenším ne v takové míře, jako na živočichy. Princip je sice universální, ale s diferencovanou platností na jednotlivé oblasti říše lidí a říše zvířat. Princip *ahinsá* tedy nelze uplatnit absolutně a navíc ne ve všech zemích, kde buddhismus zapustil kořeny, je možné si vegetarianismu dovolit. Týká se to především oblastí rozšíření tzv. severního buddhismu, tj. jak Tibetu, tak i Mongolska atd.

Klimatické, geografické a zemědělské podmínky zmíněných oblastí často vylučují extenzivní pěstování zeleniny, navíc část obyvatelstva těchto končin v minulosti kočovala, a proto se nemůže systematicky věnovat zemědělskému pěstování rostlin a je závislá výhradně na živočišných zdrojích.

Přestože nikde v buddhistických textech se nenajde jasně a jednoznačně stanovený požadavek vegetarismu, požívání masa není z hlediska tohoto náboženství neutrální záležitost. Zabíjení zvířat kvůli jejich následné konzumaci představuje negativní čin, který se projeví v dalším životě. Jediný komicky neutrální způsob požívání masa, známý právě z Tibetu, je konzumace zvířat, která zemřela „přirozenou cestou“, tedy bez zákroku lidí (72, 79).

Z buddhistického pohledu je důvodem zabíjení špatný karmický svazek mezi zvířetem a řezníkem. Karma mezi oběma se střídá: řezník v jednom životě a dobytek v příštím. Zabitému zvířeti může pomoci odříkávání určitých manter a vzápětí fouknutí na maso. Pokud je maso starší než sedm týdnů (např. mražené), pak už žádné spojení mezi myslí a tělem zvířete není. Od smrti zvířete do sedmi týdnů může být jeho vědomí stále ještě přítomno a může vnímat ona posvátná slova (mantry). To pak může velmi pomoci k jeho lepšímu znovuzrození (89).

### *1.6.3 Pronikání buddhismu Diamantové cesty na západ*

Na počátku šedesátých let dvacátého století došlo k prvnímu blízkému kontaktu západní kultury s buddhismem Diamantové cesty. Tibeťané měli ze začátku nedůvěru k lidem ze Západu, k jejich odlišnému způsobu oblékání a chování. Ta ale začala postupně slábnout, když se Tibeťané žijící v exilu v Indii a Nepálu začali setkávat se stále větším množstvím západních zájemců o buddhismus. První žáky ze západu začali tibetští lamové přijímat v šedesátých letech a předávat jim učení, která byla v Tibetu uchováвана po tisíc let.

Na západě se buddhismus Diamantové cesty stává velmi oblíbeným směrem díky své nezávislosti, praktičnosti a důrazu na kritický rozum.

Pro rozvoj Diamantové cesty v západních zemích bylo rozhodující setkání s Olem a Hannah Nydahlových s 16. Gjalwou Karmapou, který je požádal, aby přenesli

buddhismus Diamantové cesty do Evropy a Ameriky. Ole Nydahl se tak stal prvním západním lamou – oficiálně uznávaným učitelem tibetského buddhismu. Tím začala práce Oleho jako učitele a zakladatele meditačních center Karma Kagjü, kterých je v současnosti po celém světě více než 600 (89, 91).

Cílem práce lamy Oleho Nydahla je rozšíření buddhistických učení a metod na Západ. Základem je snaha oprostit tato učení od všech kulturních zvyků a rituálů a předat západním lidem autentické, avšak srozumitelné metody pro práci s vlastní myslí. Proto jsou všechna učení a texty meditací postupně překládány z tibetštiny do národních jazyků. Tradiční tibetská hierarchie, která panuje v kláštorech, se ve svobodné Evropě a Americe mění v demokratické a idealistické uspořádání laických buddhistických organizací. Rozvoj západního buddhismu se opírá o meditační centra, která jsou budována vždy na základě přátelství a idealismu. Jsou nezávislá a apolitická, podporovaná a rozvíjená svými členy. Členové těchto center neskládají mnišské sliby. Buddhismus je v jejich očích vnímán jako součást jejich každodenních laických aktivit. Rozvoj v centrech bývá často přirovnáván k růstu trávy. Stébla se o sebe opírají a vzájemně si pomáhají, aniž by jedno či druhé bylo považováno za důležitější. Všechna západní centra v Evropě i Americe spolupracují na překladatelských, vydavatelských a dalších aktivitách. Mezinárodním centrem těchto aktivit se stalo Evropské centrum buddhismu Diamantové cesty, které se nachází v německých Alpách (70, 84, 90).

### *1.6.3.1 Buddhismus Diamantové cesty v České republice*

Podle sčítání lidu, domů a bytů uskutečněného v roce 2011 se v České republice k buddhismu hlásí 2 632 občanů (76).

Buddhismus Diamantové cesty se v České republice objevil koncem sedmdesátých let, kdy do Česka poprvé přijel lama Ole Nydahl. Několikrát zde přednášel v soukromém bytě, příznačně v rodném domě Franze Kafky poblíž Staroměstského náměstí. V té době však žádná trvalá spolupráce kvůli nepřízni politického režimu vzniknout nemohla. Proto se buddhismus Diamantové cesty začal v Česku rozvíjet až od roku 1994, kdy měl lama Ole Nydahl první veřejnou přednášku,

a to v pražské Městské knihovně. Krátce poté vzniklo i pražské meditační centrum, které dnes sídlí na Vinohradech (89).

V roce 1995 se konal v Česku první letní meditační kurz v Pecce na Královehradecku pod vedením lamy Oleho. Tehdy se kurzu zúčastnilo asi 600 zájemců o metody tibetského buddhismu. V roce 1997 se meditační centrum přestěhovalo do samotného centra Prahy. Brzy nato byla založena další meditační centra, a to v Českých Budějovicích, Plzni, Brně, Hradci Králové a mnoha dalších českých městech. Dnes existuje v České republice celkem 54 meditačních skupin a center, která jsou zázemím pro pravidelné přednášky, veřejné meditace a knihovny s buddhistickou literaturou a jsou vždy otevřena všem zájemcům o Buddhova učení. Centra jsou otevřena všem zájemcům o buddhistické metody. Každý se zde může dozvědět základní informace o tom, jak pracovat s vlastní myslí. Součástí center jsou knihovny s unikátními buddhistickými texty, převážně v češtině, angličtině a němčině. Centra Buddhismu Diamantové cesty jsou založená na dobrovolné spolupráci laických praktikujících. To znamená, že se zde nepraktikuje mnišský buddhismus (91).

V posledních letech se zájem o buddhismus Diamantové cesty v Česku začal rozvíjet velmi intenzivně. Důvod lze vidět v tom, že v centrech se nepraktikuje klášterní život, ale tzv. laický buddhismus, ten umožňuje praktikujícím kombinovat Buddhovo učení s každodenním životem. Lama Ole přijíždí každý rok alespoň na jednu veřejnou přednášku a pravidelně vede letní kurz v meditačním centru v Těnovicích u Plzně. Na veřejné přednášky pravidelně dochází více než 1500 zájemců o buddhismus. Letních meditačních kurzů se v Česku účastní takřka 2000 lidí. V roce 2007 navštívil Českou republiku 17. Karmapa Thaje Dordže – hlavní představitel linie Karma Kagjü. Právě pod duchovním vedením 17. Karmapy dnes fungují všechna česká centra buddhismu Diamantové cesty.

K datu 8. června 2007 byl buddhismus Diamantové cesty zaregistrován jako náboženská společnost v evidenci Ministerstva kultury ČR, a stal se tak první a zatím jedinou oficiální náboženskou organizací buddhistů v České republice.

Další aktivitou buddhistů Diamantové cesty je překládání a vydávání knih s buddhistickou tematikou a s tím spojená tvorba české terminologie pro dosud

neznámé pojmy. Za tímto účelem v roce 2000 vzniklo nakladatelství Bílý deštník. Pravidelně vychází časopis *Buddhismus dnes*, který reflektuje rozvoj buddhismu Diamantové cesty v Česku a publikuje přednášky a články nejen tradičních tibetských lamů, ale také západních buddhistických učitelů (89, 90).

### **1.7 Pravoslavná církev v českých zemích**

Křesťanství je nejvíce rozšířené náboženství na světě. K největším skupinám křesťanství patří římskokatolická církev, pravoslavná a protestantská církev. Pravoslavná církev (ortodoxní církev) je církev složená z vícera územních církví, které dohromady tvoří pravoslavné společenství. Pravoslavné církve mají své počátky v prvotní křesťanské obci a dále pak ve východní části římské říše, proto bývají někdy označovány též jako východní církve. Název *pravoslaví* označuje náboženský život patnácti samostatných církví. Západní a východní části, do této doby v podstatě jednotné křesťanské církve, se totiž dlouhá staletí odlišovaly v mnoha oblastech, daným různým kulturním prostředím i historickým vývojem. Západní část např. vždy tíhla více k dogmatickému stanovení obsahu víry, východní spíše k jejímu vnitřnímu prožívání, západní k racionálním úvahám, zatímco východní ponechávala větší prostor tajemství, západní k činům víry, východní spíše k rozjímání apod. Bezprostřední příčinou dlouho zrajícího rozkolu však byl spor o kompetence římského biskupa a obava východní části církve, že západní se příliš odchýlila od nejstarší křesťanské tradice (94).

Pravoslavná církev má stejnou víru jako římskokatolická, i přesto, že je citlivá na rozdílné body. Odmítá autoritu papeže a uznává jen učení definované na prvních sedmi koncilech. Především pak odmítá dogma neposkvrněného početí Panny Marie. Ikony, které jsou součástí pravoslavné zbožnosti, znázorňují pouze Krista, který se stal člověkem. Boha neznázorňují, protože ten je neviditelný. Svátosti jsou tytéž jako svátosti katolické církve (58).

Být křesťanem znamená v pravoslaví především účastnit se bohoslužebného dění. Zbožnost má v pravoslavném křesťanství často rozjímavý, niterný ráz. V bohaté pravoslavné symbolice mají přední místo ikony, jejichž prostřednictvím je prokazována

úcta osobám a dějům, které zobrazují. Vyznavači pravoslavné církve jsou především obyvatelé Řecka, Ruska a dalších slovanských zemí (Ukrajina, Bulharsko), (70, 94).

### *1.7.1 Historie pravoslavné církve*

Vyznání víry pravoslavné církve bylo zformulováno na základě nejstarších textů, vyznávaných věřícími při křtu, opírajících se o Tradici a Písmo svaté. Do všeobecného užívání pak uvedeno částečně v roce 325 n.l., kdy bylo přijato prvním všeobecným sněmem všech křesťanských místních církví, konaným v Nicei, a poté doplněno druhým všeobecným církevním sněmem v roce 381 n.l., který se konal v Cařihradě. Toto vyznání bylo spojeným v jednu svatou, obecnou, apoštolskou církev. Všechny následující všeobecné církevní sněmy se k tomuto vyznání věrně hlásily a zakázaly jej měnit. Na Západě však bylo později bez usnesení všeobecného církevního sněmu do něho vsunuto slovo Filioque, čímž byla do této doby porušena pro církev společná víra v Ducha Svatého.

Zřízení pravoslavné církve bylo vytvořeno v době od 1. do 9. století. Dle tohoto zřízení se křesťané organizují podle státních území a podle národů ve vlastní místní církvi. K tomuto systému všeobecné církve příslušela původně i církev římská. V ní však později šel vývoj k vytvoření papežství. Zatímco se až do 9. století zúčastňoval římský patriarchát všech všeobecných církevních sněmů a jejich usnesení se podřizoval, odsoudil římského patriarchu Honoria pro bludný monotheletismus, a římská církev se tomuto rozsudku podrobila. Později se v římské církvi uplatňovala zásada, že usnesení všeobecných církevních sněmů potřebují schválení římského patriarchy. Východní církve proti těmto tendencím vždy vystupovaly. To vedlo v roce 1054 k církevnímu rozkolu, v němž na jedné straně stál patriarchát římský a na druhé straně patriarcháty cařihradský, alexandrijský, antiochijský a jeruzalémský. Východní patriarcháty se nadále pevně držely pravoslavného učení a nesouhlasily s novým vývojem poměrů v římskokatolické církvi (58, 93, 95, 96).

### *Hierarchie církve*

Vrcholnou administrativní jednotkou pravoslavné církve je patriarchát, který se v dnešní době prakticky územně kryje s autokefální, samostatnou církví, která nepodléhá pravomoci žádné jiné církvi. V historii sehrály významnou roli čtyři východní patriarcháty: cařihradský, který má čestné prvenství, alexandrijský, antiochijský a jeruzalémský. V čele autokefální církve bývá patriarcha (např. Moskva), metropolita (Praha), katolikos (Gruzie) nebo arcibiskup (Athény). Historickým vývojem vznikly další místní patriarcháty, jako např. srbský, rumunský a bulharský, a místní církve kyperská, řecká, polská, pravoslavná církev v českých zemích a na Slovensku, americká, finská nebo japonská. Největší a zřejmě i nejvýznamnější je moskevský patriarchát, ruská pravoslavná církev, v níž na postu patriarchy působí od r. 2008 patriarcha moskevský a celé Rusi, Jeho Svatost Kirill. Administrativním centrem ruské pravoslavné církve, rezidencí patriarchy je Danilovský klášter – nejstarší klášter v Moskvě. Společenství pravoslavných církví jsou spojena vírou a obřadem, jinak jsou na sobě nezávislá (97, 98).

#### *1.7.1.1 Posvátné tajiny*

Pravoslaví uznává stejně jako římskokatolická církev sedm svátostí, které ovšem nedefinuje a označuje je jako *svaté tajiny* – *svátosti*. Ty tvoří nejnvtitnější princip života církve, jimiž se církev zakládá a udržuje při životě. Bez nich může být život jednotlivce nebo celé pospolitosti křesťanský jen podle jména. Do sedmi svátostí patří křest, myropomazání, eucharistii, zpověď, manželství, kněžství a pomazání nemocných.

Svátost křtu je vstupní branou k posvěcenému životu. Ve křtu se v podstatě dostává všeho, co pak další svaté tajiny rozvíjejí a prohlubují. Křtem se člověku odpouštějí hříchy a je začleněn do mystického těla Kristova, kdy se stává členem církve. Křest v nouzi může udělit pravoslavný křesťan, není-li k dosažení kněz. Pravoslavná církev křtí obvykle děti od 40. dne života. Při křtu je přítomný kmoť vyjadřující upřímný úmysl vstoupit do církve za křtěného (97).

Svátost myropomazání se provádí pomazáním posvátným olejem, který je výrazem pro uzdravení. Mažou se jednotlivé části těla svatým, příjemně vonícím olejem

(myrem). Pravoslavný kněz maže myrem čelo na znamení osvětlení rozumu, oči, uši, nos, nosní dírky, ústa, prsa, ruce a nohy, které znamenají posvěcení činnosti. Nemocnému se uděluje „moc z výsosti“ a blahodárná síla, nevyhnutelná pro upevnění a růst v duchovním životě. Zákonným vykonavatelem svátosti je nejen biskup, ale i kněz. Pouze biskup smí světit myro, kněz může pouze svátost konat.

Další posvátnou tajinou je eucharistie. Termín se odvolává na Kristovu poslední večeři, večeři Páně, během níž se Ježíš dělil se svými apoštoly o chléb a víno. Pro věřící obsahuje způsob podobojí podstatu Kristova těla, krve, duše a božství Ježíše, který se tak stává skutečně přítomen. Chléb a víno musejí být nejprve posvěceny knězem sloužící mši. Pravoslavní stejně jako katolíci věří, že chléb a víno posvěcené při božské liturgii jsou proměněny v tělo a krev Ježíše Krista. Účast na eucharistii smějí mít pouze pokřtění a myrem pomazaní pravoslavní křesťané, kteří se připravili postem, modlitbou a zpovědí (58, 99).

Pravoslavní křesťané, kteří spáchali hříchy, a kají se z nich, mají pevné odhodlání se napravit a touží znovu se sjednotit s Bohem a obnovit svůj život, vyznávají při obřadu svaté tajiny pokání. Kajícíník, soukromě nebo veřejně, jednotlivě nebo společně, vyznává své hříchy Bohu před ikonou Ježíše Krista a v přítomnosti kněze, který se pak modlí za Boží milosrdenství a potvrzuje je požehnáním a udělením rozhřešení všech hříchů úmyslných i neúmyslných. Tato zpověď je často také využívána k žádosti o duchovní radu, proto bývá součástí tajiny pokání i duchovní rozhovor mezi kajícím a zpovědníkem (97).

Podle pravoslavných je manželství Božím aktem, kdy Bůh dva spojuje v jediného člověka. Svátost uznává manželství za závazek, ve kterém muž a žena přijímají na sebe povinnost žít spolu nerozlučně celý život, přičemž se vzájemně doplňují při řešení nábožensko - mravních otázek.

Pravoslavná církev uznává tři úrovně kněžského svěcení. Jsou tři kněžské stupně církevních představených – biskupové (čili episkopové), kněží (presbyteři) a diákonů (jáhnové). Krom těchto svěcení existují další nižší stupně duchovenstva, do nichž je uváděno nikoliv svěcením ale postřizením (zpěváci, žalmisté, hypodiakoni a dal.).



Pravoslavní kněží a diákoní se mohou před svěcením oženit; po vysvěcení se duchovní již oženit nemůže (93).

Pomazání nemocných se v pravoslavné církvi uděluje těm, kdo potřebují duchovní nebo tělesné uzdravení. Krom toho se uděluje na Čistou středu (v tzv. „čistém týdnu“ – tj. prvním týdnu Velikého půstu) nebo Velkou středu (ve strastném, čili pašiovém, týdnu před Paschou) všem věřícím, často se uděluje o velkých svátcích i o jiných příležitostech. Pomazání olejem je svátostí uzdravení, která uvádí nemocného do Božího království. Před přijetím svátosti se uděluje milost, která nemocného duševně posiluje, ulevuje v bolestech a často uzdravuje (97).

#### *1.7.1.2 Modlitba a svátky v pravoslavné víře*

Velice těžko se pro řadu lidí, přijímá modlitba jako skutečný rozhovor člověka s Bohem. Nezáměr o modlitbu dokonce i mezi těmi, kdo se považují za křesťany, způsobuje nesprávné chápání modlitby. Je také důležité si uvědomit, že modlitba není jen jednostranné mluvení k Bohu, jakési tiché či hlasité vysílání svých přání „někam do neznáma“. Modlitba roste z vědomí, že Bůh není jakási abstraktní filozofická idea, ale že je Bohem živým a osobním. Je nutno s ním vstoupit do kontaktu prostřednictvím dialogu, poněvadž ani druhého člověka nepoznáme jako osobu, dokud s ním nevstoupíme do rozhovoru (97).

Modlitba má v životě křesťana místo oběti. Křesťané totiž vědí, že jedinou obětí přinesl za všechny lidi na Kříži Boží syn. Je ale potřeba přinášet duchovní oběti, tedy oběti díky a chvály. Nejdůležitější místo v řádu společné modlitby má *eucharistie*. Tato modlitební slavnost přímo formuje a obnovuje Boží lid. Eucharistie je také nazývána *liturgie*.

Liturgický den začíná modlitebním připomenutím vzácných Božích darů, lidského pádu a temnoty a opětovaného navrácení Boží přízně. To je obsahem večerní bohoslužby. Další dvě z cyklu denních služeb se konají převážně v centrech modlitebního života, v monastýrech. Jsou to povečeří a půlnoční služba, jenž je připomínkou slavného vzkříšení Páně. Vstup nového Světla do temnot je tématem jitřní služby, v níž po čtení šesti žalmů a zpěvu úryvků z dalších slyšíme zvěst Evangelia.

Na tuto službu navazuje *hodinka první*. *Hodinka třetí* a někdy i *hodinka šestá* (spadá tradičně na odpoledne) se obvykle čítají před ústřední bohoslužbou. Před nedělemi a svátky se v podvečer slouží tzv. *všenoční bdění*. Hlavní okruh denních bohoslužeb doplňují chvalozpěvy a obřady, při nichž se konají posvátné tajiny, jako oddavky, křest, pomazání olejem, ale také pohřby a svěcení obydlí, křížů, ikon apod.

Velikou roli při modlitbě mají *ikony*. Jsou to obrazy ztvárněné v církvi podle všeobecně přijatých praobrazů neboli *kánonů*. Ikony naplňují každý pravoslavný chrám a mají čestné místo v obydlí každého pravoslavného křesťana. Nejen ikony, ale celé zařízení bohoslužebné budovy, v níž se shromažďuje církev k modlitbě, oplývá bohatou symbolikou (60).

Řád společné modlitby se týká jednak posvátného prostoru (chrámu), ale i posvátného času. V pravoslavné církvi se používá juliánský kalendář a všechna data jsou tedy posunuta o 13 dní ve srovnání s kalendářem římskokatolické církve. Náboženské svátky, obřady a svátosti a posty připomínají každý den a každou hodinu pravoslavnému věřícímu nutnost obracet se k Bohu. Důležitým dnem pravoslavných křesťanů je zejména den *Vzkříšení Páně*, což je neděle. Mezi nedělemi je pak nejslavnější sama neděle *Vzkříšení*, totiž neděle velikonoční. K velikonočům se váží některé další důležité svátky, zejména nanebevstoupení Páně. Z neproměnlivých svátků církevního roku (svátků určených pevným datem) je třeba v první řadě připomenout *Narození Páně*. Vánoce slaví pravoslavní křesťané 25. prosince. Dne 6. ledna si připomínají křest Ježíšův v Jordáně obřadem velikého svěcení vody. K velikým svátkům pravoslavné církve patří též svátky připomínající nejpodstatnější události ze života přesvaté Bohorodice. Její narození 8. září, *Zvěstování přesvaté Bohorodice*, že se má stát Matkou Syna Božího a další. Všechny neděle a svátky církevního roku jsou posvěcením času a jeho naplněním. Při nich se obětovává čas Bohu, který jej daroval a získává se duchovní síla k novému životu (60, 97, 100).

### 1.7.1.3 Půsty v pravoslavné církvi

Lidská mysl má tendenci nekontrolovatelně a chaoticky přeskakovat z věci na věc. K získání soustředěnosti potřebné pro opravdovou modlitbu musí mít člověk

značnou sebevládu. Praxe ukazuje jako výtečnou školu sebeovládání a soustředění umírněný půst. Pro půst se postupem času v církvi stanovily konkrétní období. Pravidla postu se časem stala dost komplikovaná a také přísná pro člověka žijícího v běžném povolání. Ve dnech postu se křesťan má více než jindy věnovat modlitbě, má se zdržovat a vyloučit ze stravy všechny živočišné produkty, mimo ryby. Jednodenní posty jsou před některými svátky, kdežto významným svátkům předcházejí delší posty. Nejvýznamnější je půst před velikonoce, který trvá stejně dlouho, jak se postil Ježíš Kristus na poušti, tedy čtyřicet dní. Podobný je Filipovský půst ke svátku Narození Krista, tedy půst předvánoční. Jedná se o půst, kdy se konzumuje především ryba. Postní dny jsou též středy a pátky všech týdnů mimo posledního týdne před velikonočním postem a týdnů po velkých svátcích. Tyto dny se požívá pouze rostlinná strava. K jídlu se nepřipravují ani ryby (72, 97, 101).

### ***1.7.2 Pravoslavná církev v českých zemích***

K pravoslavné církvi v českých zemích se dle výsledků ze sčítání lidí, bytů a domů v roce 2011 hlásí 20 628 občanů (76).

Historické kořeny pravoslavné církve v českých zemích sahají až k samotným počátkům křesťanství na území střední Evropy a jsou spjaty s velkomoravskou misí Cyrila a Metoděje. 9. století bývá označováno za období nástupu samotného vývoje pravoslaví, k němuž dochází zhruba po desítky století společného vývoje všech křesťanů. Ani po násilném zpřetrhání činnosti byzantské misie na Moravě a o něco později i v přemyslovských Čechách, kdy byla slovanská východní pravoslavná církev a tedy i slovanská bohoslužba na mnoho staletí prakticky vytlačena, vědomí o původní pravoslavné cyrilometodějské církvi přes všechna pronásledování nikdy úplně nezaniklo.

Vznik samostatné demokratické republiky v r. 1918 nastolil podmínky pro svobodný rozvoj náboženského cítění, jež se projevilo i zájmem o pravoslaví. Ten vycházel jednak z řad ruských emigrantů a bývalých legionářů, kteří se vraceli z východní fronty, ale také ze strany reformní části duchovenstva a laiků v církvi římskokatolické (95, 96).

V demokratické společnosti může církev pracovat též v oblasti sociální. K tomu účelu byla před několika lety založena Česká pravoslavná filantropie. Nejprve se tato organizace věnovala samostatné výchově věřících lidí, kteří jsou připraveni pomáhat potřebným: přestárlým, nemocným a lidem na okraji společnosti. Pravoslavná filantropie také velmi pomohla jak věcnými dary, tak také osobní účastí lidem postiženým povodněmi v roce 1997 na Moravě a 2002 v Čechách.

Pravoslavní křesťané u nás žijí většinou velmi rozptýleni a mnozí z nich mají pravidelné kontakty s duchovními jen několikrát do roka. Kromě toho nepředstavují pravoslavní jednu univerzální světovou organizaci jako římskokatolická církev. Znamená to, že pravoslavní z Ruska, Ukrajiny, Bulharska nebo z Čech mohou mezi sebou cítit značné rozdíly a jedni od druhých nechtějí přijímat svátosti (103).

7. ledna 2002 byla Pravoslavná církev v českých zemích oficiálně registrována státem a zapsána v rejstříku registrovaných církví a náboženských společností Ministerstva kultury České republiky.

V českých zemích vydává pravoslavná církev časopis *Hlas pravoslaví*, který vychází jednou za měsíc kromě letních prázdnin. Od 90. let bylo přeloženo již několik desítek publikací z nejrůznějších oblastí života a působnosti pravoslavné církve a jejich aktivitách.

Historie české pravoslavné církve se vyvíjela v těsném sepětí s dějinami slovenské pravoslavné církve v rámci Československé republiky a jednotnou zůstává i po rozdělení republiky v roce 1993. Oficiální název církve je dnes tedy Pravoslavná církev v českých zemích a na Slovensku (98, 103).

#### *1.7.2.1 Hierarchie církve*

O stupeň nižší pozici v organizační hierarchii pravoslavné církve zaujímá eparchie, sdružující jednotlivé církevní obce. V České republice má pravoslavná církev dvě eparchie, Pražskou a Olomoucko-brněnskou. V jejich čele jsou biskupové. V Praze Jeho Vysokopřeosvícenost vladyka Kryštof, arcibiskup pražský a metropolita českých zemí je zároveň představitelem pravoslavné církve v České republice. V Olomouci Jeho Přeosvícenost vladyka Simeon, který duchovně spravuje farnosti na Moravě a ve

Slezsku. Obě eparchie řídí volená Metropolitní rada, jejímž předsedou je Jeho Vysokopřeosvícenost arcibiskup Kryštof. Pražská eparchie je rozdělena na šest okružních protopresbyterátů. Okružní protopresbyterát Praha a Středočeský kraj má sedm farností. Západočeský okružní protopresbyterát je největší a sdružuje čtrnáct farností. V tomto protopresbyterátu je také zastoupení Ruské pravoslavné církve v České Republice. Další velký okružní protopresbyterát je Žatecký, který má dvanáct farností. Východočeský okružní protopresbyterát se skládá se šesti farností. Teplický protopresbyterát obsluhuje pět farností a Jihočeský protopresbyterát se třemi farnostmi.

Olomoucko-brněnská eparchie má také šest okružních protopresbyterátů. Největší je Ostravsko-opavský, který má šest farností. Další je Chudobínský okružní protopresbyterát se šesti farnostmi. Olomoucký okružní protopresbyterát s pěti. Dále je Brněnský okružní protopresbyterát se čtyřmi. Jihlavský okružní protopresbyterát má také čtyři farnosti. Nejmenší a také nejmladší je Zlínský okružní protopresbyterát se třemi farnostmi.

Vrcholným výkonným správním orgánem každé eparchie je eparchiální rada, kde v čele stojí biskup. Církevní obce spravují duchovní a jako pomocné orgány působí sbory starších, které jsou voleny farním shromážděním (98, 103).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Pro disertační práci byly stanoveny následující cíle:

1. Zpracovat specifika v oblasti ošetrovatelské péče u příslušníků vybraných náboženských minorit v ČR.
2. Zmapovat zkušenosti sester s multikulturním ošetrovatelstvím.
3. Zmapovat informovanost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit v ČR specifika.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Pro kvalitativní část výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká specifika v oblasti ošetrovatelské péče mají příslušníci vybraných náboženských minorit v ČR?
2. Přejí si příslušníci vybraných náboženských minorit v ČR respektovat svoje zvyklosti a rituály při ošetrování?
3. Jaké zkušenosti mají příslušníci vybraných náboženských minorit v ČR s poskytováním ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních?
4. Jaký vliv má na příslušníky vybraných náboženských minorit v ČR nerespektování jejich zvyklostí a rituálů během hospitalizace?
5. Jaké je chování příslušníků vybraných náboženských minorit v ČR v době zdraví a nemoci?

### 2.3 *Hypotézy*

Pro kvantitativní část výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

- H1: Názor sester, zda ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči, se liší podle délky praxe.
- H2: Důležitost mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání sester.
- H3: Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu specifika, se liší podle vzdělání.
- H4: Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty specifika, se liší podle vzdělání.
- H5: Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve specifika, se liší podle vzdělání.
- H6: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle věku.
- H7: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle délky praxe.
- H8: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání.

### **3. Metodika**

Výzkumná část disertační práce se skládá ze dvou částí. První část je věnována rozhovorům s příslušníky jednotlivých náboženských minorit žijících na území České republiky. Druhá část se věnuje dotazníkovému šetření, které proběhlo u sester v nemocnicích Jihočeského kraje.

#### **3.1 Použité výzkumné metody**

##### *3.1.1 Použité výzkumné metody v první fázi výzkumu*

První fáze výzkumu byla provedena pomocí kvalitativní výzkumné metody, která pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru s představiteli jednotlivých náboženských minorit žijících na území České republiky (Ústředí muslimských obcí, buddhismus Diamantové cesty a Pravoslavná církve v českých zemích). Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti kreativně vytvářet doplňující otázky, což umožňuje maximální výtěžnost rozhovoru a rozpracování do hloubky vzhledem ke stanovenému cíli a výzkumným otázkám, jak také uvádí Miovský (116).

Pro sestavení polostrukturovaného rozhovoru byl jako inspirace použit model autorek Gigerové a Davidhizarové pro sběr kulturních dat. Rozhovor byl rozdělen na deset částí (identifikační údaje, kulturně svébytný jedinec, biologické variace, vliv prostředí a výchovy, pojetí času, sociální začlenění, prostor, komunikace, specifika při hospitalizaci a nemocniční prostředí. Každá část obsahovala několik otázek. Celkem rozhovor obsahoval 74 otázek, které byly během rozhovoru rozvíjeny (viz příloha 8).

Data získaná od jednotlivých respondentů byla nejprve fixována formou audiozáznamu. Dále byla upravována tak, aby s nimi mohla být následně provedena analýza. Audiozáznam byl přepsán do podoby textu, tzv. transkripce. Transkripce byla doslovná s tím, že text byl převeden do spisovného jazyka. V další fázi byly vypuštěny věty, které nenesly žádnou podstatnou a pro výzkum důležitou informaci. Další fází bylo kódování dat. Pro lepší orientaci v textu bylo k označení jednotlivých segmentů



použito barvení textu (116). Poté byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzívou.

### *3.1.2 Použité výzkumné metody v druhé fázi výzkumu*

Kvantitativní část sloužila jako doplňková metoda celého výzkumu a měla v obecnější rovině poukázat jednak na zkušenosti sester s multikulturálním ošetrovatelstvím a dále pak zmapovat povědomí sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit specifika.

Tato fáze výzkumu byla provedena za pomoci dotazníku, který byl určen sestřám. Tento dotazník byl sestaven pro účely výzkumného grantového projektu GAJU 079/2010/ a obsahoval 59 otázek. Pro potřeby této práce bylo využito 17 otázek (včetně podotázek). Tyto otázky jsou v příloženém dotazníku vyznačeny žlutou barvou (viz příloha 9). Otázky byly zaměřené na identifikační údaje respondentů, kdy pro náš výzkum byl nejdůležitější věk, vzdělání a délka praxe. Dále mapovaly zkušenosti sester s multikulturálním ošetrovatelstvím, informovanost sester o jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit svá specifika a poslední otázky zjišťovaly postoje sester k oblasti multikulturálního ošetrovatelství a jejich zájem o další vzdělávání v této problematice.

Otázky byly většinou uzavřené s možností výběru ze škál nebo polootevřené, kde měli respondenti možnost dopsat další odpověď. První otázka v dotazníku, která byla zaměřená na problematiku multikulturálního ošetrovatelství, byla otevřená. Zde měli respondenti definovat multikulturální ošetrovatelství. Jednotlivé odpovědi byly podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, do kterých byly zařazeny odpovědi z dotazníku. Tyto kategorie pak dále byly vyhodnoceny programem Microsoft Excel (viz graf 4).

## 3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

### 3.2.1 *Charakteristika prvního souboru (soubor A, B, C)*

První výzkumný soubor tvořili příslušníci vybraných náboženských minorit žijících na území České republiky, kam patřili vyznavači islámu, buddhismu Diamantové cesty a příslušníci pravoslavné církve. Pro lepší přehlednost uvádíme jednotlivá náboženství pod označením: soubor A – vyznavači islámu, soubor B – vyznavači buddhismu Diamantové cesty a soubor C – příslušníci pravoslavné církve.

Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena metoda záměrného výběru. Při této metodě dochází k cílenému vyhledávání respondentů s velmi podobnými rysy. Znamená to, že se na základě dopředu stanovených kritérií cíleně vyhledávají pouze ti respondenti, kteří toto kritérium splňují a mají zájem se do výzkumu zapojit (117). V našem výzkumu bylo kritériem náboženské vyznání. Jak uvádí Patton (117), logika a síla kvalitativního výzkumu spočívá v záměrném výběru z případů bohatých na různé informace.

Výzkumný soubor A byl tvořen sedmi vyznavači islámu, kteří jsou členy islámské nadace v Praze a v Brně. Tyto nadace spadají do Ústředí islámských obcí v České republice.

Výzkumný soubor B byl tvořen sedmi vyznavači buddhismu Diamantové cesty, kteří jsou členy meditačních center v Praze a v Českých Budějovicích.

Výzkumný soubor C byl tvořen sedmi příslušníky pravoslavné církve. Všichni respondenti pocházejí z České republiky.

### 3.2.2 *Charakteristika druhého souboru*

Kvantitativní část výzkumu byla zaměřena na poskytovatele kulturně individualizované ošetrovatelské péče, kterými byly právě sestry z nemocnic z celého Jihočeského kraje. Celkový počet všech rozdaných dotazníků byl 750. K analýze dat pak bylo použito 565 dotazníků, což byla 75% návratnost (viz tabulka 1).

Tabulka 1 Počet dotazníků použitých k analýze

<b>Nemocnice</b>	<i>Absolutní četnost (N)</i>	<i>Relativní četnost (%)</i>
<b>Nemocnice České Budějovice, a.s.</b>	144	25,49
<b>Nemocnice Písek, a.s.</b>	95	11,5
<b>Nemocnice Tábor, a.s.</b>	73	12,92
<b>Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.</b>	73	12,92
<b>Nemocnice Český Krumlov, a.s.</b>	77	13,63
<b>Nemocnice Strakonice, a.s.</b>	64	11,33
<b>Nemocnice Prachatice, a.s.</b>	69	12,21
<b>Celkem</b>	565	100,00

### 3.3 Realizace výzkumu

Pilotní šetření polostrukturovaných rozhovorů proběhlo mezi roky 2009 – 2010. Tato pilotáž se vztahovala k řešení grantového projektu NS/9606-3, který byl realizován za finanční podpory IGA MZ ČR s názvem: „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách ČR“. Výsledky této pilotáže vedly k úpravě struktury rozhovoru především v oblasti stravování a vlivu prostředí a výchovy.

V další části výzkumu byly provedeny jednotlivé rozhovory s jednotlivými příslušníky náboženských minorit. Tato část probíhala v roce 2010. Pro provedení rozhovorů byly nejdříve osloveny kontaktní osoby z každé náboženské minority, které dále zprostředkovali možnost provést rozhovory s jednotlivými respondenty. Rozhovory se vždy konaly v prostředí vybraném respondenty. S vyznavači islámu proběhly dva rozhovory v islámské nadaci v Praze a dva rozhovory v islámské nadaci v Brně. I přesto, že pro tři respondenty je mateřským jazykem arabština, přítomnost tlumočnicka byla potřeba pouze u jednoho rozhovoru. S vyznavači buddhismu Diamantové cesty proběhly tři rozhovory v meditačním centru v Českých Budějovicích a čtyři rozhovory

v meditačním centru v Praze. S příslušníky pravoslavné církve proběhly všechny rozhovory na neutrální půdě v hlavním městě.

Poté následovala další část výzkumu, ve které probíhala distribuce dotazníků mezi sestrami z jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji. Tato část byla realizována mezi roky 2010 – 2011. Pro distribuci dotazníků byla využita metoda náhodného výběru. Klíčovou roli sehrály hlavní sestry ze všech zmiňovaných nemocnic, které zajišťovaly možnost výzkumu a návratnost dotazníků. Tato část výzkumu probíhala v souvislosti s řešením výzkumného grantového projektu GAJU 079/2010/, který byl realizován za finanční podpory grantové agentury Jihočeské univerzity s názvem: „Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetrovatelské dokumentaci“. Tento projekt probíhal na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

### **3.4**    *Statistické zpracování dat*

Pro interpretaci získaných dat byla nejdříve využita popisná statistika pomocí frekvenčních tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

U vyhodnocování vztahu mezi dvěma proměnnými byly výsledky podrobeny druhému stupni třídění v programu SASD 1.4.5 – Statistická Analýza Sociálních Dat. Vybrané výsledky výzkumu byly statisticky srovnávány pomocí Person Chí-kvadrát testu a Testu nezávislosti. Na základě toho, byly sestaveny kontingenční tabulky, které obsahují absolutní a relativní četnosti odpovědí, hodnotu Pearson Chi-Square, počet stupňů volnosti a hodnotu Testu nezávislosti (P). Možnost aplikace testů významnosti byla omezena v některých případech nízkým počtem případů v některých buňkách kontingenčních tabulek. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekce, které sílu testu snižují, přesto umožnily spolehlivě doložit a následně interpretovat důležité statistické závislosti mezi jednotlivými vztahy.

## 4. Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru

#### 4.1.1 Identifikační údaje respondentů (soubor A, B, C)

##### Soubor A

Respondent 1 je žena, 49 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a k islámu konvertovala před 15 lety. Respondent 2 je muž, 42 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a k islámu konvertoval před 10 lety. Respondent 3 je žena, 27 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a k islámu konvertovala před 6 lety. Respondent 4 je žena, 30 let, má středoškolské vzdělání. Na území České republiky žije 2 roky. Respondent 5 je muž, 62 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a k islámu konvertoval před 23 lety. Respondent 6 je muž, 36 let, má středoškolské vzdělání. Na území České republiky žije 3 roky. Respondent 7 je muž, 37 let, má vysokoškolské vzdělání. Na území České republiky žije 15 let.

##### Soubor B

Respondent 1 je muž, 39 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 9 let. Respondent 2 je žena, 33 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 5 let. Respondent 3 je muž, 35 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 12 let. Respondent 4 je muž, 34 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 5 let. Respondent 5 je žena, 27 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 8 let. Respondent 6 je muž, 33 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 15 let. Respondent 7 je muž, 33 let, má středoškolské vzdělání, pochází z České republiky a tento směr buddhismu praktikuje 6 let.

## Soubor C

Respondent 1 je žena, 64 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 2 je muž, 28 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 3 je muž, 36 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 4 je muž, 29 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 5 je muž, 29 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 6 je muž, 30 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev. Respondent 7 je žena, 33 let, má vysokoškolské vzdělání, pochází z České republiky a již od dětství vyznává pravoslavnou církev.

#### 4.1.2 Vyhodnocení rozhovoru – soubor A

**Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií**

<b>Kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
1. Kulturně svébytný jedinec	A. Forma vyznání B. Církevní chrám C. Vnější znaky D. Svátky
2. Hodnoty	A. Hodnotový systém
3. Stravování	A. Volba potravin B. Specifika při stolování C. Zdravá výživa D. Půsty
4. Rodina	A. Význam rodiny B. Oblast těhotenství a šestinedělí C. Péče o děti D. Plánované rodičovství
5. Specifika umírání	A. Péče o umírajícího B. Péče o mrtvé tělo
6. Přístup ke zdraví	A. Vztah ke zdraví B. Ochrana zdraví
7. Nemoc	A. Onemocnění B. Tišení bolesti C. Užívání omamných látek D. Alternativní medicína
8. Hospitalizace	A. Respekt ze strany oš. personálu B. Zachování víry při hospitalizaci C. Nemocniční prostředí D. Zdravotnický personál E. Intimita F. Komplikace spojené s vírou
9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů	A. Transplantace orgánu, transfúze B. Interrupce C. Eutanázie

**Tabulka 3 Kategorie – forma vyznání**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>1. Forma vyznání</b>							
A. Forma vyznání	+	+	+	+	+	+	+
B. Církevní chrám	+	+	+	+	+	+	+
C. Vnější znaky	+	+	+	+	+	+	+
D. Svátky	+	+	-	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **1. Kulturně svébytný jedinec**

### **A. Forma vyznání**

Ze získaných informací vyplývá, že všichni respondenti se ve formě vyznávání víry řídí svým Bohem, kterým je pro ně Alláh: „Řídíme se dodržováním předpisů, které určil Bůh, nedělat nic zakázaného, to je pro nás nejdůležitější“ (R2). „V islámu je i zakázáno vyhodit jakýkoliv dokument obsahující slovo Alláh. I kdyby to byl jen kousek papíru“ (R7). Jako představitele církve neuváděli nikoho: „Nemáme žádné vedení. Jsme muslimové, jeden rovný druhému. Máme ale učence, který se nazývá Ulamá. Ten zná podrobně Korán a určuje náš směr“ (R5). Jako základ islámu popisovali respondenti tzv. pět pilířů, jako soubor rituálních povinností každého muslima. Všichni se shodli, že do těchto povinností patří přihlášení se k Bohu, pravidelná modlitba, dobročinnost, půst a pouť do Mekky, kterou by měl absolvovat každý muslim alespoň jednou za život: „Pravidelně se modlím a to minimálně pětkrát denně. Je to povinnost. Modlíme se s manželem dohromady. Před každou modlitbou se musím rituálně očistit a to především části těla, které mám vystaveny nejvíce prachu nebo špíně. Také se nesmím modlit s cizími muži, ale jinak se modlíme kdekoliv směrem k Mecce“ (R3). Další důležitou formou vyznání je pro většinu respondentů dodržování Ramadánu: „Dodržuji Ramadán a vše co je s ním spojeno. Islám není jeden směr, to je důležité říct, protože třeba v arabských zemích jsou jiné podmínky. Ale s dodržováním Ramadánu tady nemáme problém“ (R4).



## **B. Církevní chrám**

Mešita jako církevní chrám byla zmiňována ve všech výpovědích respondentů: *„Mešita slouží jako modlitebna. Modlitební místo je zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Nemáme tu ale Minaret jako v islámských zemích“* (R3). Respondenti také uváděli, že modlit se muslim může kdekoliv: *„Muslimové se mohou shromažďovat a modlit se na jakémkoliv místě. Nemusí to být jen v mešitě, to není nutností“* (R5). Jeden respondent dokonce hovořil o tom, jak je to se zpovědí: *„Mezi věřícím a Bohem není nikdo. Není to jako v křesťanství, žádná zpověď u nás není“* (R5).

## **C. Vnější znaky**

Většina respondentů se shodla na tom, že oblečení muslimů tady není tak striktně dané jako v islámských zemích. Ale přesto je důležité, aby žena měla zakryté celé tělo až po zápěstí a kotníky a také vlasy: *„Patří sem jiné vystupování vůči okolí. Žena by také neměla ukazovat krk a vlasy, protože to rozptyluje muže od jejich modliteb. Ženy musí mít zahalené nohy až ke kotníku a ruce po zápěstí. Je také důležitá cudnost a u mužů zahalení od pasu dolů“* (R1). Důležitý je podle respondentů také typ oblečení: *„Oblečení musí být volné a nesmí obepínat postavu“* (R3). Jedna respondentka se také zmínila o oblékání v domácím prostředí: *„Mnoho lidí se mylně domnívá, že takto zahaleny musíme chodit i doma. To ale není pravda. Doma musíme být zahaleny od podpaží po kolena. Zahalení je nutné pouze na veřejnosti a samozřejmě v přítomnosti cizích mužů“* (R4).

## **D. Svátky**

Svátky jsou v islámu dle většiny respondentů povoleny pouze tři. O pátku, jako o dnu veřejné pobožnosti v mešitách, se zmiňovali všichni respondenti: *„Mezi sváteční den v islámu patří pátek. Je to významný den, neboť je to den společné týdenní modlitby v mešitě“* (R6). Respondenti dále uváděli, že další dva svátky přicházející vždy po splnění nějakého náboženského předpisu, rituálu z pěti pilířů islámu: *„Podle Alláha můžeme oslavit dva svátky za rok. Tyto svátky dovrší dvoje významné islámské rituály. První svátek přichází po postním měsíci ramadánu a přináší muslimům radost*

ze splnění této povinnosti. Následuje svátek oběti, po vykonání poutě do Mekky. Na začátku každého svátku se pak svolají muslimové k sváteční modlitbě“ (R5). Mezi odpověďmi se také objevil hlavní význam islámských svátků: „Svátky představují především příležitost k odstranění překážek mezi muslimy. V islámu není dovoleno, pokud muslimové spolu nemluví nebo mají mezi sebou nevyřešený konflikt. V těchto dnech je povoleno užívat si blaha a veselit se“ (R7).

**Tabulka 4 Kategorie – hodnoty**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>2. Hodnoty</b>							
A. Hodnotový systém	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **2. Hodnoty**

### **A. Hodnotový systém**

Odpovědět na otázku týkající se životních hodnot, nebylo pro respondenty nijak obtížné. V systému hodnot se u respondentů vyskytovaly stejné odpovědi. Jen v některých případech byly v jiném pořadí na stupnici hodnot. Nejčastěji se na prvním místě objevovalo zdraví, na druhém rodina a na třetím místě víra: „*Za nejvyšší hodnotu považuji zdraví, to je pro mě to nejdůležitější. Pak je to moje rodina a moje vyznání. Ty jsou na stejném místě a nelze je oddělit*“ (R3). Jediný respondent uvedl zdraví až na poslední místo: „*Pro mě je nejdůležitější moje náboženství. Pak následuje rodina, komunita muslimů, které mám kolem sebe a dále pak práce a zdraví*“ (R1). Jeden respondent uvedl pět svých nejdůležitějších hodnot ve svém životě. Všechny tyto hodnoty ale uvedl na první místo: „*Nemám hodnotový žebříček. Svoje hodnoty mám všechny na prvním místě a nedokázal bych je seřadit podle důležitosti. Patří sem zdraví, víra, dobrý život, práce a rodina*“ (R6). Ve výpovědích se také objevila nutnost nechápat muslimy jako náboženské fanatiky: „*Většina lidí považuje muslimy*

za fanatiky. Opak je pravdou. Máme také běžné cíle, jako je úspěch při studiu či v zaměstnání“ (R5).

**Tabulka 5 Kategorie – stravování**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>3. Stravování</b>							
A. Volba potravin a tekutin	+	+	+	+	+	+	+
B. Specifika při stolování	+	+	+	+	+	-	-
C. Zdravá výživa	+	+	+	+	+	+	+
D. Půsty	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

### 3. Stravování

#### A. Volba potravin a tekutin

Výživa jako důležitá součást osobního života každého muslima byla zmiňována téměř u všech respondentů. Všichni respondenti se zaměřili na zakázané potraviny a tekutiny: „V islámu je zakázáno jíst především vepřové maso. Muslimové nejí také pokrmy, které byly připravované na vepřovém sádle. Já jsem byl jeden čas vegetarián, ale teď už jím maso normálně. Nesnědla bych ale mleté maso, protože nevím, jaký druh masa obsahuje“ (R6). „Nesmíme jíst vepřové maso, dále pak maso uhynulých zvířat a některé druhy ryb, které nemají šupiny. Neměli bychom jíst ani tak zvané drůbeží uzeniny, které často mohou obsahovat i vepřové kůže či sádlo, jako třeba šunku, párky, či paštiky“ (R2). Všichni respondenti se shodli na tom, že maso ze zvířat, které konzumují, musí být zabito podle islámského způsobu. To znamená podříznout hrdlo zvířete jedním tahem a poté ho nechat vykrváčet: „Můžeme jíst maso, které je zabitě podle islámského způsobu a to směrem k Mecce. Pak se musí zvířeti vypustit krev. Myslím si, že pro nemuslima to může vypadat zvláštně, ale patří to k naší víře“ (R7). Mezi zakázané tekutiny u těchto respondentů patří alkohol: „Konzumace alkoholu je zakázaná, jako i všechna jídla, do kterých se alkohol přidává. Vše je v islámu zakázané,

co poškozuje zdraví“ (R5). Čaj a kávu konzumují respondenti normálně: „Čaj a kávu piji normálně, akorát nepiji zelený čaj, ten mi nedělá dobře“ (R2).

### **B. Specifika při stolování**

Před jídlem respondenti říkají „ve jménu Boha“ a po jídle pronášejí slova díky Alláhovi za jídlo a pití. Respondenti také hovořili o rituální očištění před každým jídlem a také po jídle: „Před a po jídle je důležité se umýt, poděkovat Bohu. Vše dělat ve jménu Alláha“ (R1). Všichni respondenti jí pravou rukou a většinou pouze lžící.

### **C. Zdravá výživa**

O zdravé výživě, kterou by měl dodržovat každý muslim, se zmínila většina respondentů: „Ano, muslimové jedí hodně zdravou výživu, což je popsáno i v Koránu. Maso by mělo být z dobře chovaného dobytka. Strava obsahuje hodně zeleniny a ovoce a co nejméně umělých látek“ (R5). Ani občerstvením typu fast food nedávají respondenti přednost: „Vůbec se v takovém to typu občerstvení nestravuji, to bychom neměli dělat. Snažím se jíst zdravě. O zdraví se musíme starat – je to dar“ (R2). „Chodím tam jen příležitostně, jinak to vůbec nevyhledávám. Jdu tam pouze, když nestíhám normální jídlo. Není to zase tak často“ (R3). V otázce kolikrát denně jíte se v rozhovorech u všech respondentů objevovalo čtyřikrát až pětkrát denně: „Mám malé dítě, takže někdy sním akorát rajče za celý den, ale jinak se snažím jíst pravidelně, a to 5x denně“ (R6).

### **D. Půsty**

Respondenti popisovali půst v období měsíce ramadánu stejně: „Půst v měsíci ramadánu znamená každý den úplné odmítnutí potravin, nápojů a intimního styku od úsvitu do západu Slunce“ (R7). Jeden respondent dokonce upozornil na duchovní smysl tohoto půstu: „Tento půst není jen o hladovění během dne, ale má daleko hlubší význam. Půst umožňuje člověku mít čistou duši a jasnou mysl k přemýšlení. Také utvrzuje člověka v jeho trpělivosti a nesobeckosti, protože člověk snáší strádání“ (R4). Většina respondentů také uvedla případy, ve kterých se půst dodržovat nemusí: „Půst se většinou netýká nemocných, starých lidí, těhotných žen a žen po porodu, nebo pokud je

*muslim daleko od domova“ (R1). Dva respondenti shodně uvedli, že kromě půstu v ramadánu, jsou i dny, kdy by se půst měl dodržovat: „Doporučuje se postit i jiné dny než jen v období ramadánu. Například každé pondělí a čtvrtek nebo v měsíci, který následuje za ramadánem“ (R6). „Postit se může muslim kterýkoliv den v roce. Může to být i jako náhrada za dny, které vynechal v ramadánu, výjimku tvoří svátky a pátky“ (R5).*

**Tabulka 6 Kategorie – rodina**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>4. Rodina</b>							
A. Význam rodiny	+	+	+	+	+	+	+
B. Oblast těhotenství a šestinedělí	+	+	+	+	-	+	-
C. Péče o děti	+	+	+	+	+	+	+
D. Plánované rodičovství	+	+	+	+	+	-	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

#### **4. Rodina**

##### **A. Význam rodiny**

Velký význam rodiny v islámu je uváděn ve všech výpovědích respondentů: „Rodina má pro islám velký význam. Je jednou z centrálních hodnot a stavebním kamenem islámu“ (R5). Každý příslušník rodiny má svoje povinnosti, práva a úkoly, ale také společné závazky: „Podle islámu musí každý člen rodiny dodržovat svoje povinnosti a úkoly. Žena, pokud není mimo domov, je hlavou rodiny. Muž je živitel. Mezi společné závazky patří například péče o staré členy rodiny“ (R4). Respondenti se také zmínili o postavení mužů a žen v jejich společnosti: „Muž by se měl chovat k ženě laskavě, živit ji a nijak ji neubližovat. Muži mají o trochu vyšší postavení v islámu než ženy, ale proto, že dávají ženám ze svých majetků. Neznamená to ale, že jsou nadřazeni, jak to někdy západní svět chápe z médií“ (R2). Nechyběla ani úloha manželství v islámu: „Manželství je v islámu chápáno jako velmi významný závazek. Je to vlastně

*závazek vůči životu samotnému a ke společnosti, ale také vůči Bohu. Proto je mimomanželský styk a vůbec nevěra zakázaná, stejně jako i předmanželský styk“ (R1).*

### ***B. Oblast těhotenství a šestinedělí***

Těhotenství jako požehnání v islámu bylo zmíněno ve většině odpovědí. Dle respondentů je toto období ženy velkou událostí pro celou její rodinu: *„Těhotenství je požehnání. Je to událost, ze které se celá rodina raduje. To znám ze své vlastní zkušenosti. Byla jsem chráněna a všichni se o mě starali“ (R4).* *„V islámu je žena v období těhotenství až do konce kojení dítěte brána jako bojovník na cestě Boží. Všichni se o ní podle toho starají“ (R6).* Dále bylo mezi respondenty zdůrazňováno, že žena v období těhotenství nemusí dodržovat povinný půst: *„Těhotné ženy nemusí půst dodržovat. Já jsem ho dodržovala v těhotenství a vše dopadlo dobře. Určitě se ale každá žena musí rozhodnout sama“ (R1).* *„Půst jsem v těhotenství pochopitelně dodržovala. Bála jsem se o své dítě. Zním ale málo žen, které půst dodržovaly“ (R2).* Respondenti, a to pak především ženy, popisovaly také období porodu a s ním spojené rituály: *„Co se týče samotného porodu, ten jsem zvládala velmi dobře. Podle mého názoru, nám muslimkám hodně pomáhá velmi silná víra v Boží pomoc“ (R1).* *„Po porodu se pak dítěti zašeptá začátek modlitby. Většinou sedmý den po porodu se koná obřad jako poděkování Alláhovi za narozené dítě“ (R4).* Jeden respondent také uvedl mýtus o nutnosti porodit pouze chlapce: *„Mnoho západních zemí se domnívá, že žena musí porodit syna, jelikož dívka je považována za méněcennou. Pravdou ale je, že muslimové přijímají všechny děti a starají se o ně s láskou“ (R6).* V oblasti specifik šestinedělí se respondenti ve většině případů zaměřili na rituály, které žena musí dodržovat: *„Šestinedělí trvá 40 dní. Během tohoto období jsem nesměla mít pohlavní styk. Nemusela jsem dodržovat půsty a ani jsem se nemodlila. Po uplynutí této doby jsem si musela omýt tělo podle speciálního rituálu“ (R2).* Respondenti nevynechali ani oblast kojení: *„Korán ukládá ženě povinnost kojit dítě po dva roky jeho života. Já jsem svoje dítě kojila pouze jeden rok, protože jsem měla zdravotní problémy“ (R2).*

### **C. Péče o děti**

Podle všech respondentů je dítě bráno jako dar od Alláha. Od samého začátku je pak nejdůležitější jejich výchova: *„Hodně dbáme na výchovu dětí. Velkou roli zastává matka. Do šesti let klademe především důraz na uspokojování emocionálních potřeb dítěte. Od šesti do čtrnácti let klademe důraz na vzájemnou důvěru“* (R1). Dobře se postarat o své dítě je dle respondentů jedním z nejvíce chvályhodných skutků v islámu. Vše se odráží ve výpovědi jednoho z respondentů: *„Péče o děti je znát již v oblasti těhotenství. Ženy docházejí na pravidelné kontroly k lékaři a celé toto období je přizpůsobené nenarozenému dítěti“* (R3). Odlišnost od jiných náboženství je patrná v adopci dítěte. Respondenti udávají, že adopce není v islámu zakázána, ale adoptované děti znají své biologické rodiče: *„Adopce je možná, ale dítě zná své pravé rodiče a také si nechává jejich příjmení“* (R5).

### **D. Plánované rodičovství**

Respondenti se shodli na tom, že jedním z jejich hlavních posláních je založení rodiny a mít děti. Méně už se shodovali v otázce regulace porodnosti a s tím související antikoncepcí. Podle čtyř respondentů islám nijak používání antikoncepce nezakazuje: *„Islám antikoncepci nikterak nezakazuje. Avšak nesmí poškozovat jejich zdraví a musí s tím oba manželé souhlasit“* (R3). Na druhé straně tři respondenti se domnívají, že antikoncepce je zakázána: *„Jakýkoliv druh antikoncepce by se neměl používat. Vše je v rukou Alláha a vše má být přirozené, takže i početí dítěte“* (R5). V souvislosti s plánovaným rodičovstvím zmínil také jeden respondent oblast asistované reprodukce: *„Domnívám se, že muslim může využít asistovanou reprodukci, ale jen tehdy, budou-li použity pouze pohlavní buňky manželského páru. Já například děti s manželkou nemám a to vše považuji za vůli Alláha. Takže bych žádnou podobnou metodu nevyužil“* (R6).

**Tabulka 7 Kategorie – specifika umírání**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>5. Specifika umírání</b>							
A. Péče o umírajícího	+	+	+	+	+	+	+
B. Péče o mrtvé tělo	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

## 5. Specifika umírání

### A. Péče o umírajícího

O speciálním obřadu spojeném s umíráním se zmínili všichni respondenti: „Umírajícímu se čte část z Koránu. Měl by také ležet směrem k Mecce“ (R7). Dva respondenti hovořili o členech rodiny a také o členech islámské obce, kteří bývají přítomni u lůžka umírajícího: „Pokud někdo umírá je zvykem, že u jeho bývají přítomni příbuzní a pronášejí za něho prosby. Někdy se může jednat i o členy místní islámské obce. To se u nás tak dělá“ (R5). Respondenti se také zmínili i o obřadu v nemocničním prostředí: „Pokud by muslim umíral v nemocnici a ne doma, rituál by byl stejný. Čte se korán a u lůžka umírajícího se sejdou jeho příbuzní“ (R6). V odpovědích se vyskytla i možnost, že umírající mohou mít u sebe závěť: „Je zvykem, že každý muslim by měl během svého života napsat závěť. Je tedy pravděpodobné, že ji bude mít u sebe. Vědí o ní příbuzní nebo členové islámské nadace“ (R1). „Pokud je umírající cizinec a nemá žádnou rodinu, měla by se vždy informovat islámská nadace v daném městě“ (R2).

### B. Péče o mrtvé tělo

Na specifikách v péči o mrtvé tělo se všichni respondenti shodli: „Pokud muslim zemře, ať už v domácím prostředí nebo v nemocnici, dostaví se příbuzní nebo zástupci z muslimské obce“ (R6). Pohřeb by se měl uskutečnit v nejkratší možné době: „Je důležité, aby pohřeb proběhl co nejdříve. Tady u nás je většinou ze zákona povinná pitva. Je tedy velmi důležité, aby bylo tělo příbuzným dáno co možná v nejkratším čase“ (R1). Existuje speciální obřad, který se provádí o tělo zemřelého: „Tělo se omyje



ve třech fázích, pomocí vody a mýdla. Pak je zahaleno do bílého plátna a otočené směrem k Mece. Všechny tyto výkony se provádí pod prostěradlem“ (R2). „Ženu může omývat pouze žena nebo její manžel a muže pouze muž nebo jeho manželka“ (R6). O možnosti kremace a způsobu pohřbívání hovoří respondenti negativně: „Kremace je zakázána. Tělo se ukládá do co možná nejjednoduššího hrobu, bez rakve směrem k Mekce. Tak je to v islámských zemích, ale u nás to bohužel není ještě možné“ (R7).

**Tabulka 8 Kategorie – přístup ke zdraví**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>6. Přístup ke zdraví</b>							
A. Vztah ke zdraví	+	+	+	+	+	+	+
B. Ochrana zdraví	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **6. Přístup ke zdraví**

### **A. Vztah ke zdraví**

Pro respondenty nebylo nikterak těžké popsat, co se jim vybaví pod slovem zdraví. Pro většinu respondentů to znamená stav bez nemoci, když tělo dobře funguje: „Zdraví je pro mě stav, pokud nemám žádné onemocnění a mohu pracovat jako doposud“ (R5). Většina respondentů vnímá zdraví jako jednu z nejdůležitějších věcí vůbec, kam se promítá jejich víra: „Zdraví je moc důležité. V islámu je zdraví považováno za dar od Boha, a proto se o něj musíme dobře starat. Když jsme zdraví, můžeme pomáhat i druhým“ (R2).

### **B. Ochrana zdraví**

V odpovědích, které se týkaly ochrany zdraví, byly odpovědi respondentů velmi různorodé. Respondenti se shodli na tom, že svoje zdraví ochraňují především tím, že dodržují veškeré povinnosti obsažené v Koránu: „Především se stravuji tak, jak je psáno ve svaté knize. Nejím vepřové maso a nepiji alkohol“ (R1). Respondenti dále

uvedli, že pravidelně cvičí, dodržují pitný režim a nepijí moc kávy: „Zdraví si udržuji cvičením a kávu piji málo. Dodržuji pitný režim, nejím ty éčka a nepiji slazené limonády. Islám toto přímo nezakazuje, ale podle něj se musíme o zdraví všichni starat“ (R3). Tři respondenti hovořili také o modlitbě a rituálech navracející zdraví: „Pokud jsem nemocná, modlím se k Alláhu, abych se co nejdříve uzdravila. Často si také zaliju horkou vodou med s citrónem. To velice pomáhá.“ (R1). „Pro ochranu zdraví je důležitá rituální očista především po toaletě. Pokud nemoc vypukne, tak je nejlepší med a bylinky“ (R2). Významné jsou také preventivní prohlídky: „Na preventivní prohlídky docházím pravidelně, i k zubnímu lékaři. To je pro mě důležité. S primární péčí mám dobré zkušenosti“ (R3). Mezi respondenty se ale objevila i negativní zkušenost: „Na prohlídky docházím, ale s primární péčí mám špatné zkušenosti. Týká se to personálu a jejich předsudků vůči nám – zahaleným lidem“ (R1).

**Tabulka 9 Kategorie – nemoc**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>7. Nemoc</b>							
A. Onemocnění	+	+	+	+	+	+	+
B. Tišení bolesti	+	+	+	+	+	+	+
C. Užívání omamných látek	+	+	-	+	+	+	+
D. Alternativní medicína	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

## 7. Nemoc

### A. Onemocnění

Všichni respondenti uvedli, že nemoc je v islámu chápána jako vůle Boží. „Dojde-li k nemoci, tak je to Boží vůle. Všechny nemoci stvořil Alláh. Také ale stvořil na každé onemocnění lék“ (R4). U většiny respondentů se objevují jen běžné nemoci. Pouze jeden respondent trpí hypotyreózou, na kterou užívá pravidelně léky: „Už několik let mám sníženou funkci štítné žlázy. Pravidelně užívám Euthyrox“ (R2). Další

respondent trpěl v minulosti anémií. Dnes už je ale v pořádku: „*Dříve jsem trpěla anémií, ale prý je to už dobré. Moje lékařka mi pořád tvrdila, že důvodem mé anémie je nejedení vepřového masa*“ (R1). Respondenti dále zmínili i fakt, že pokud je muslim nemocný, nemusí dodržovat půst. Co se týče onemocnění v rodině se nejvíce objevuje Diabetes mellitus. Pokud někdo v rodině onemocní, tak za ním všichni docházejí: „*Když někdo v rodině onemocní, pravidelně mu přinášíme jídlo a staráme se o něho*“ (R3).

### **B. Tišení bolesti**

O možnosti tišení silné bolesti pomocí léků se zmiňují tři respondenti: „*Vezmu si lék pouze tehdy, když mám silné bolesti. Jinak se snažím vydržet, až bolest sama přejde*“ (R2). „*Na bolest mi hodně pomáhá cvičení, léky se snažím raději nebrat*“ (R1). Pouze jeden respondent při bolesti ihned navštíví lékaře.

### **C. Užívání omamných látek**

Mezi omamné látky většina respondentů řadí kouření, alkohol, užívání drog, ale také silná analgetika. Žádnou takovou látku by nikdy neužívali. Jeden respondent by udělal pouze výjimku v případě silné bolesti: „*Pokud bych měl opravdu silnou bolest, tak bych analgetika užíval. V islámu platí, že pokud jakýkoliv lékařský zákrok pomůže, je dovolen*“ (R5).

### **D. Alternativní medicína**

Že také islám má svoji alternativní medicínu z doby proroka Muhammada, zmínili všichni dotazovaní: „*Alternativní medicína využívá především med, olivový olej, černé semínko, česnek a mnoho dalších*“ (R7). Alternativní medicínu využívají tři respondenti. Další dva respondenti používají prvky z tradiční čínské medicíny, především cvičení a akupunkturu.

**Tabulka 10 Kategorie – hospitalizace**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>8. Hospitalizace</b>							
A. Respekt ze strany oš. personálu	+	+	+	+	+	+	+
B. Zachování rituálů při hospitalizaci	+	+	+	+	+	+	+
C. Nemocniční prostředí	+	+	+	+	+	+	+
D. Zdravotnický personál	+	+	+	+	+	+	+
E. Intimita	+	+	+	+	+	+	+
F. Komplikace spojené s vírou	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **8. Hospitalizace**

### **A. Respekt ze strany ošetřovatelského personálu**

Kromě dvou respondentů byli všichni alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Bohužel většina z nich se setkala s necitlivým přístupem ze strany ošetřujícího personálu: „*S hospitalizací v nemocnici mám špatné zkušenosti. Nerespektují se odlišnosti v jídle ani zahalování především v oblasti genitálu*“ (R1). „*Chybí dodržování intimity a etika. Byla jsem v nemocnici svědkem, jak se sestry vyjadřovaly o spolupacientce, která byla také muslimka. Myslely si automaticky, že jim nebude rozumět*“ (R2). Dva respondenti popisovali negativní zkušenosti, které mají od známých: „*Vlastní negativní zkušenost našťěstí nemám, ale slyšela jsem od známých žen řadu nepříjemností, které zažily v porodnici. Vše bylo způsobeno jejich vyznáním*“ (R3). Většina respondentů vidí důvod takového chování v předsudcích ze strany zdravotníků: „*Myslím si, že zdravotníci mají v mnoha případech už dopředu předsudky vůči nám, které se pak dále prohlubují. Za spoustu věcí mohou média, která zkreslují mnoho informací o našem náboženství*“ (R1). Na většinu respondentů mělo toto chování velmi negativní vliv: „*Měla jsem z toho úzkost. Cítila jsem beznaděj*“ (R1). „*Mě například lékařka v porodnici neprohlédla dítě jako ostatním matkám. To mě úplně šokovalo. Byla to taková hrozná beznaděj*“ (R2). „*Pokud si na sebe musím vzít to typické nemocniční oblečení, jako je anděl, připadám si, jako bych stál nahý na náměstí*“

*a všichni lidé na mě koukali. Takový mám pocit“ (R5). Jedna respondentka pracuje jako sestra a snaží se těmto chybám ze strany zdravotníků co nejvíce zabránit: „Pracuji jako sestra a snažím se dělat vše proto, aby alespoň náš personál, se k těmto pacientům choval s důstojností a respektem. Bohužel všude to zařídit nejde“ (R1). Všichni respondenti by si přáli, aby zdravotnický personál znal jejich specifika: „Pochopitelně si to přeji. Bylo by vše mnohem jednodušší“ (R6).*

### ***B. Zachování rituálů při hospitalizaci***

Všichni respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, aplikovali prvky své víry i v nemocnici: *„Nikdy jsem se neptala a rovnou se modlila. Naštěstí měli někde taková tichá místa, kde jsem měla klid na svou modlitbu“ (R1). „Modlila jsem se na posteli, to také lze, pokud to váš zdravotní stav jinak nedovoluje. Nemocní se ale modlit nemusí“ (R3). K této problematice se vyjádřil i jeden respondent, který zatím hospitalizován nikdy předtím nebyl: „Myslím si, že by to snad problém nebyl. Nemusím se nikoho ptát, zda se můžu pomodlit“ (R7). Všichni respondenti uvedli, že se snaží zachovat rituály během hospitalizace. Dva respondenti by si přáli přítomnost duchovního.*

### ***C. Nemocniční prostředí***

Jako první uváděli respondenti nejvyšší možný počet nemocných na společném pokoji. Většina respondentů by si přála být na pokoji sama: *„Pokaždé, když jsem byla v nemocnici, tak jsem žádala o jednolůžkový pokoj. Pouze jednou se mi to splnilo“ (R1). Přesto ale byli i respondenti, kteří by nechtěli být samotní na pokoji: „Nevyžadovala bych samostatný pokoj. Necítila bych se tam dobře. Sice bych měla klid na modlitbu, ale ani tak ne“ (R2). Skladba spolupacientů byla pro všechny respondenty také velmi důležitá. Všichni si přáli mít na pokoji pacienty stejného pohlaví: „Určitě jenom pouze muže. Pokud by to nebylo možné, tak alespoň použít mezi námi nějaké zástěny“ (R5). Mezi požadavky na nemocniční pokoj se nejvíce objevoval klid na pokoji, klimatizace a samostatná koupelna s WC: „Je důležité, aby tam byl především klid a pokoj měl svoji koupelnu a sociální zařízení. To je pro mě hodně důležité z hlediska osobní hygieny“*

(R4). „Nemám speciální přání, ale důležitá je koupelna se záchodem“ (R6). S projevy víry svých spolupacientů žádný z respondentů problémy neměl: „Každý má svoje vyznání. Pokud tím nebude ubližovat ostatním, tak by mi to vůbec nevadilo. Především, když to bude na neutrální půdě“ (R5). Nikomu by ani nevadilo, pokud by byl ošetřen v nemocnici jiného náboženství: „S tím bych neměla problém. Respektuji všechny náboženství“ (R3).

Většině respondentů chybí ve zdravotnickém zařízení speciální místnost, kde by mohli provádět pravidelné modlitby: „Modlit se sice můžeme i na posteli, ale jenom přece k tomu nemáme někdy takový klid, jako třeba v nějaké místnosti k tomu určené. To by nám hodně pomohlo“ (R2). Respondenti také hovořili o tom, že se jich při přijetí nikdo nezeptal, na jejich duchovní potřeby.

Dále respondenti zmínili ve svých odpovědích práva pacientů. Čtyři respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni v nemocnici, nebyli s těmito právy vůbec seznámeni a neznají je: „Práva pacientů vůbec neznám. V nemocnici mi je neřekli“ (R6). Jeden respondent zná práva pacientů díky svému zaměstnání: „Práva pacientů samozřejmě znám, protože jsem sestra. Když jsem ležela v nemocnici, tam mě nikdo o nich neinformoval“ (R1).

#### **D. Zdravotnický personál**

Pokud jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici, vyhledávají zdravotníky stejného pohlaví: „Určitě je důležitá odbornost toho dotyčného zdravotnického personálu, ale pokud bych si mohla vybrat, tak bych preferovala lékařku“ (R1). „Vím, že je to někdy moc těžké. Především pak třeba v porodnictví, kde by měli na to dávat pozor. Také bych byl rád, aby mě ošetřoval a léčil muž. Zatím jsem měl vždy při hospitalizaci štěstí“ (R5). Na otázku, co by jim nejvíce vadilo u zdravotnického personálu, odpovídali respondenti velmi podobně: „Určitě by mi vadilo, pokud by byl někdo pod vlivem alkoholu. Také mi vadí, když dávají najevo svoje předsudky vůči nám“ (R1). „Každý jsme jiný. Pokud by se někdo špatně vyjadřoval o islámu, to bych ale nevydržela. Dále by mi vadil alkohol v nemocnici“ (R4). Všichni respondenti se domnívají, že takové chování vždy vyplývá z nedostatečné informovanosti: „Za špatné

chování většinou může špatná informovanost o našem náboženství. Spousta informací je zkrácená“ (R6).

### **E. Intimita**

Dodržování intimity, je pro respondenty jedna z nejdůležitějších věcí vůbec. Bohužel se podle respondentů na tuto oblast v nemocnicích úplně zapomíná: „*Je to pro nás velmi důležité. V nemocnicích se nebere na intimitu pacientů vůbec zřetel. Především pak u muslimů*“ (R1). „*Když jsem ležel v nemocnici, ze začátku jsem neměl svoje pyžamo. Dostal jsem toho anděla. Raději jsem byl celý den v posteli, abych nemusel nikam v něm chodit. Bylo to pro mě nedůstojné*“ (R5).

### **F. Komplikace spojené s vírou**

Komplikace při hospitalizaci spojené s vírou poznala většina respondentů. Nejčastěji byly komplikace spojené s chováním zdravotníků: „*Poznala jsem to v porodnici, když jsem rodila. Byly tam projevy rasismu. Nerada na to vzpomínám*“ (R3). „*Bylo to již několikrát. Koukali se na mě skrz prsty. Měla jsem pocit diskriminace. Zdravotníci nemají dostatek informací a mám pocit, že se nás také bojí*“ (R1). Vyskytly se i komplikace v oblasti výživy: „*V oblasti výživy máme hodně specifík. Bohužel jsem nemocniční stravu nemohla jíst. Jídlo mi donášela rodina. Štěstí bylo, že jsem nemusela dodržovat žádnou dietu*“ (R1). U jednoho respondenta byly komplikace při hospitalizaci spojené s jazykovou bariérou: „*Neumím moc dobře česky. Můj mateřský jazyk je arabština. Takže jsem nikomu nerozuměl. Bylo to pro mě hodně stresující. Trochu jsem se nakonec dorozuměl anglicky s jedním doktorem*“ (R6). Další dva respondenti uvedli komplikace spojené s oblastí osobní hygieny po toaletě: „*Muslimové kromě toaletního papíru používají hlavně vodu k osobní hygieně po použití toalety. Jelikož jsem měla na pokoji pouze sociální zařízení a koupelna byla až na druhém konci chodby, pro potřebu umytí mi rodina donesla k tomu potřebné pomůcky. Byly to nádoby na vodu. Ty mi ale pokaždé paní uklízečka, v důsledku nevědomosti vyhodila*“ (R2). Další komplikace byla spojená s používáním toalety: „*Málokterý zdravotník ví, že muslimové nesmí hovořit na toaletě. Jednou se mi stalo, že za dveřmi stála sestra a hledala mě. Bylo to dost*

*nepříjemné, ale nemohla jsem jí odpovědět. Také mi dost vadilo, že jsem se nemohla na toaletě zamknout“ (R3).*

**Tabulka 11 Kategorie – odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů</b>							
A. Transplantace orgánu, transfúze	+	+	+	+	+	+	+
B. Interrupce	+	+	+	+	+	+	+
C. Eutanázie	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

### **A. Transplantace orgánu, transfúze**

Podle respondentů není transplantace orgánů v islámu nikterak zakázána. Zda transplantaci člověk přijme, záleží jen na něm: *„Islám upřednostňuje být zdraví, takže transplantace je dovolená. U mě osobně by záleželo, o jaký orgán by se jednalo a zda by to vůbec mělo smysl. Jestli by to nebylo jenom prodlužování mého utrpení“ (R1).* Stejně je to i s podáváním transfúze: *„Transfúze můžeme přijímat. Vše co je pro navrácení zdraví je dobré“ (R2).*

### **B. Interrupce**

Téměř všichni respondenti uvedli, že interrupce je v islámu zakázána: *„Interrupce je možná pouze v ohrožení zdraví nebo života matky, anebo v případě znásilnění“ (R3).* Respondenti uvedli, že podle Koránu, 120. den po početí získává dítě duši: *„Islám interrupci zakazuje od 120. dne života plodu. Od tohoto okamžiku je plod považován za lidskou bytost“ (R7).* Po tomto dnu již není přípustná interrupce za žádných okolností. Dojde-li přesto k předčasnému ukončení těhotenství, je to považováno vždy za porod, a to i v případě narození plodu nejevícího známky života, nikoli za abort: *„Všem předčasně narozeným dětem, to je po 120 dnu těhotenství, se má věnovat adekvátní péče. Pokud dítě zemře je pohřbeno“ (R2).*



### **C. Eutanázie**

Podle respondentů islám eutanázii přímo nezakazuje, ale všichni se k této problematice staví negativně: „*Smrt je přirozená součást života. Proč by to měl člověk měnit. Nemáme právo o sobě rozhodovat*“ (R1). „*Islám to sice přímo nezakazuje, ale nemoc je mimo jiné chápána jako způsob vykoupení hříchů. Potom by dotyčný nemusel svoji vinu odčinit. Já jsem také proti eutanázii*“ (R7).

#### 4.1.3 Vyhodnocení rozhovoru – soubor B

**Tabulka 12 Seznam kategorií a podkategorií**

<b>Kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
1. Kulturně svébytný jedinec	A. Forma vyznání B. Vnější znaky C. Svátky
2. Hodnoty	A. Hodnotový systém
3. Stravování	A. Volba potravin B. Zdravá výživa C. Půsty
4. Rodina	A. Význam rodiny B. Oblast těhotenství a šestinedělí C. Péče o děti D. Plánované rodičovství
5. Specifika umírání	A. Péče o umírajícího B. Péče o mrtvé tělo
6. Přístup ke zdraví	A. Vztah ke zdraví B. Ochrana zdraví
7. Nemoc	A. Onemocnění B. Tišení bolesti C. Užívání omamných látek D. Alternativní medicína
8. Hospitalizace	A. Respekt ze strany oš. personálu B. Zachování víry při hospitalizaci C. Nemocniční prostředí D. Zdravotnický personál E. Komplikace spojené s vírou
9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů	A. Transplantace orgánu, transfúze B. Interrupce C. Eutanázie

**Tabulka 13 Kategorie – kulturně svébytný jedinec**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>1. Kulturně svébytný jedinec</b>							
A. Forma vyznání	+	+	+	+	+	+	+
B. Vnější znaky	+	+	+	+	-	+	-
C. Svátky	+	+	-	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **1. Kulturně svébytný jedinec**

### **A. Forma vyznání**

Ze získaných údajů vyplývá, že všichni respondenti nevnímají buddhismus Diamantové cesty jako náboženství v pravém slova smyslu: „*Nemůžeme přesně říci, že se jedná o víru nebo náboženství. Je to spíše filozofie, práce s myslí*“ (R4). Všichni respondenti dále hovořili o Buddhovo učení a jeho cíle: „*Buddhovo učení má za cíl plný rozvoj a svobodu řeči, těla a mysli*“ (R5). „*Praktikování tohoto typu buddhismu má za úkol zklidnit mysl, aby mohla lépe fungovat*“ (R1). V odpovědích se také objevoval termín laický buddhismus: „*Buddhismus můžete praktikovat buď ve formě laického, nebo klášterního života. Tady máme laický*“ (R1). Jeden respondent dokonce uvedl, proč ho oslovil zrovna buddhismus: „*Již 5 let se buddhismem Diamantové cesty zabývám. Je to to nejlepší co jsem mohla ve svém životě udělat. Chtěla jsem znát odpověď, jak vznikl vesmír, proč je na světě tolik utrpení a bolesti a mnoho dalšího. Nechtěla jsem se smířit s tím, že pravdu nikdy nemůžeme poznat. Až při přednášce lamy Oleho v Praze před několika lety mi všechno začalo do sebe zapadat*“ (R2).

Všichni respondenti vyznávají svojí víru aktivně, a to formou každodenní meditace: „*Dvanáct let se buddhismem zabývám a stejně tak dlouho se každý den věnuji meditaci*“ (R3). „*Medituji každý den. Je to cesta k osvícení*“ (R5). Jelikož mohou všichni respondenti medítovat podstatě kdekoliv, nepotřebují navštěvovat žádný církevní chrám: „*Meditovat můžete, kde chcete a v jakýkoliv čas. Je to velice individuální. Nepotřebujete mít na to speciální místnost ani budovu*“ (R7). Přesto se několikrát týdně scházejí na společné meditace do centra buddhismu Diamantové cesty:

„Většinou medituji sama, a to každý den. Nepotřebujete k tomu mít u sebe další členy. I přesto docházím třikrát týdně do našeho centra, kde probíhají společné meditace“ (R5). Tři respondenti také zmínili velmi pozitivní vliv meditace na jejich chování. Hlavním představitelem buddhismu Diamantové cesty linie Karma Kagjü je pro respondenty tzv. Karmapa – duchovní vůdce: „Nemáme jako jiná náboženství přímo představitele církve. Duchovním vůdcem je pro nás Karmapa“ (R6). Velký význam má pro respondenty jejich učitel, se kterým jsou v bližším kontaktu: „Lama je výraz pro učitele, který vysvětluje nám žákům učení buddhismu. Každý by ho měl alespoň jednou za život vidět. Lama různě cestuje po všech zemích a předává učení. Existuje řada učitelů“ (R2).

### **B. Vnější znaky**

Respondenti uvedli, že žádné transparentní znaky nemají: „Jelikož se jedná o laický buddhismus, tak žádné vnější znaky nemáme“ (R4).

### **C. Svátky**

Podle respondentů existuje řada svátků v buddhismu, ale ty souvisejí s jinou formou buddhismu. V buddhismu Diamantové cesty patří mezi svátky velké meditační kurzy, když je navštíví Lama: „Žádné speciální svátky nemáme. Akorát pokud přijede učitel“ (R7). „Pro nás je každý den svátkem“ (R1). Dva respondenti se zmínili o svátku Vesak: „Zmínil bych svátek Vesak. Je to nejvýznamnější buddhistický svátek, který se slaví ve všech formách buddhismu. Je spojen s životem Buddha a slaví se v květnu“ (R1).

**Tabulka 14 Kategorie – hodnoty**

<b>Kategorie/ podkategorie</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<b>2. Hodnoty</b>							
A. Hodnotový systém	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## 2. Hodnoty

### A. Hodnotový systém

Odpovědět na otázku týkající se životních hodnot, nebylo pro respondenty nijak obtížné. V systému hodnot se u respondentů vyskytovaly stejné odpovědi. Jen v některých případech byly v jiném pořadí na stupnici hodnot. Jen málo z odpovědí se vyskytly na stejném místě. Dva respondenti se shodli a na první místo dali štěstí. U dalších dvou respondentů to byl soucit. U ostatních se na prvním místě vyskytla svoboda, světový mír a přátelství. Na druhém místě se pak vyskytly hodnoty, jako soucit s ostatními živými bytostmi, radost, láska nebo laskavost. Na třetím místě se pak u třech respondentů objevilo zdraví.

**Tabulka 15 Kategorie – stravování**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>3. Stravování</b>							
A. Volba potravin a tekutin	+	+	+	+	+	+	+
B. Zdravá výživa	+	+	+	+	+	+	+
C. Půst	+	+	-	+	+	-	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

### 3. Stravování

#### A. Volba potravin a tekutin

Všichni respondenti uvedli problém s volbou potravin. Pro ně je nejdůležitější kvalita, která je občas těžko hodnotitelná: „Důležitá je kvalita potravin. Nejvíce je to znát například u mastných výrobků, u masa a u uzenin. Nikdy přesně nevíte, zda jídlo obsahuje to, co je uvedené na obalu“ (R1). Vztah k živočišným výrobkům popisovali respondenti stejně. Podle nich buddhismus žádné potraviny přímo nezakazuje. Mezi respondenty byl i jeden vegetarián: „Maso nejím už asi šest let. Sice buddhismus maso nezakazuje, ale já bych ho sníst nemohl“ (R3). Další respondent byl v minulosti

vegetarián: „*Dříve jsem vegetariánka byla. Nebylo to ale kvůli buddhismu, ale protože jsem chtěla. Teď už jím maso normálně, ale moc ho nevyhledávám*“ (R2). Všichni respondenti se shodli, že maso ze zvířete, které konzumují, nesmí být zabito přímo kvůli nim: „*Maso jíme normálně, ale zvíře nesmí zemřít přímo kvůli Vám. Například, když přijedu k babičce na návštěvu, králíka si nikdy nedávám*“ (R5). Mezi další způsoby, jak konzumovat maso, patří i čas, kdy bylo zvíře zabito: „*Nejlepší je, pokud je maso zvířete staré sedmi týdnů. Pak už není mezi jeho tělem a myslí žádné spojení*“ (R7). Mezi potraviny, které respondenti nevyhledávají, patří cibule a česnek: „*Doporučeno je jíst česnek a cibuli jen v malém množství, protože mohou mít negativní vliv na meditaci*“ (R4). Všichni respondenti se shodli na tom, že pití kávy není nikterak zakázané. Přesto ani jeden z nich kávu nevyhledává. Všichni respondenti dávají přednost zelenému čaji. Ani konzumace alkoholu není omezena. Přesto se nedoporučuje konzumovat alkohol před meditací: „*Alkohol pít můžete. Akorát se nedoporučuje před meditací. Všichni víme, jak by nás to mohlo ovlivnit*“ (R1).

### **C. Zdravá výživa**

Ve všech odpovědích na zdravou výživu se respondenti shodovali: „*Buddhismus Diamantové cesty Vám nic nepřikazuje. Na druhou stranu, aby byla zdravá mysl, musí být zdravé tělo. Proto se stravujeme zdravě*“ (R2). Pouze dva respondenti se občas stravují v rychlých občerstveních. Důvodem je vždy nedostatek času. Ostatní tento typ stravování nevyhledávají. Většina respondentů jí alespoň třikrát až čtyřikrát denně. I přesto, že to vždy nejde, se všichni respondenti snaží nejíst ve spěchu.

### **D. Půsty**

Dodržování půstu popisovali respondenti různě. Shodli se na půstu, který se dodržuje většinou při návštěvě Karmapy, a to tři dny před jeho příjezdem: „*Není to pokaždé, ale na přání Karmapy se před jeho návštěvou tři dny drží půst bez jídla. Pouze se provádí meditační kurzy*“ (R1). Dodržování jiných půstů je hodně individuální: „*Občas držím půst při úplňku. Jenom piju a nic nejím. Je to ale individuální*“ (R7). „*Jeden den v týdnu vůbec nic nejím, piju jenom obyčejnou vodu*“ (R2).

**Tabulka 16 Kategorie – rodina**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>4. Rodina</b>							
A. Význam rodiny	+	+	+	+	+	+	+
B. Oblast těhotenství a šestinedělí	+	+	+	-	-	+	-
C. Péče o děti	+	+	+	-	+	-	-

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

#### **4. Rodina**

##### **A. Význam rodiny**

Respondenti uváděli, že význam rodiny je v buddhismu stejný, jako u každého člověka. Podle nich má každý člen svoji úlohu, přirozenou roli. Jeden respondent uvedl, že vše záleží zejména na úctě k druhému: *„V rodině je důležitá vzájemná úcta, kterou by si měli členové rodiny dopřávat. Je potřeba si uvědomit, že všichni se spolupodílejí na utváření harmonické atmosféry uvnitř rodiny“* (R2). Dva respondenti se zmínili, že hlavu rodiny představuje vždy muž: *„Důležitá je úcta, ale hlavou rodiny by měl být muž“* (R5). Jeden respondent dokonce uvedl, jak pohlíží buddhismus Diamantové cesty na ženu a muže: *„Buddhismus nedělá rozdíly mezi mužem a ženou. I přesto ženu vidí jako moudrost a muže jako energii“* (R4).

##### **B. Oblast těhotenství a šestinedělí**

O oblasti specifik v těhotenství a šestinedělí hovořili čtyři respondenti. Tři z nich se shodli na recitování tzv. stoslabičné mantře, která má pozitivní vliv na plod: *„V této oblasti žádná specifika nemáme. Je ale zvykem, že se v těhotenství recituje stoslabičná mantra, která očišťuje od negativních vlivů“* (R2). Jeden z respondentů také hovořil o zkušenosti s tímto zvykem: *„Moje manželka tuto mantru v těhotenství recitovala. Naše dítě nikdy neplače ani se nevzteká, je prostě šťastné. Nemůžu říci, že je to právě díky mantře, ale možná to tak bude“* (R1). Alternativní druhy porodů respondenti nepreferují. Podle všech je to hazard s lidským životem.

### C. Péče o děti

Žádná specifika v oblasti péči o děti respondenti neuváděli. Jediné na co respondenti v rozhovoru narazili a na co pohlíželi negativně, bylo pravidelné očkování dětí: „Domnívám se, že není dobré plošně děti očkovat. Alespoň by se měla oddálat délka samotného očkování, než bude organismus dítěte silnější“ (R1).

**Tabulka 17 Kategorie – specifika umírání**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>5. Specifika umírání</b>							
A. Péče o umírajícího	+	+	+	+	+	+	+
B. Péče o mrtvé tělo	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

### 5. Specifika umírání

#### A. Péče o umírajícího

Ve všech odpovědích se nejdříve začali respondenti zmiňovat o pohlížení na smrt. Shodli se, že smrt je pro ně pouze přechodná stanice: „Smrt je pro mě pouze přechodná stanice do jiného světa“ (R3). Smrti se žádný respondent nebojí: „Nemám ze smrti strach. Bojím se jen o mé přátele, kteří to tak nevidí. Až smrt přijde, budou za mě truchlit“ (R7). Respondenti nevnímají smrt jako něco, co je smutné, tragické: „Smrt nevnímám jako smutnou věc. Je přirozená a hlavně na konci žádný konec vlastně není. Věříme v reinkarnaci“ (R4). I když smrt neznamena konec, je podle respondentů důležité na ni umírajícího připravit: „Pokud někdo umírá, je důležité nasměrovat ho na druhou stranu. Je dobré, aby se umírající soustředil na to nejlepší, co v životě prožil. To mu velice pomůže a povzbudí ho to“ (R1). Provádí se i odříkávání manter a meditace. Jedna z důležitých věcí je rovněž přítomnost příbuzných: „Přítomnost rodiny nebo známých je prioritní. Ti by ale neměli dávat najevo svoje emoce. Tím myslím, že by se u umírajícího nemělo například plakat nebo naříkat“ (R6). Pokud by to bylo jen trochu



možné, tak všichni respondenti zmínili přání starat se o umírajícího v domácím prostředí.

### **B. Péče o mrtvé tělo**

Co se týče péče o mrtvé tělo, přesněji o jeho tělesnou schránku, tak se všichni respondenti shodovali, že žádná specifika nejsou: „*Buddhismus považuje naše tělo pouze za nástroj, proto není důležitá žádná zvláštní péče*“ (R2). Oproti tomu, se věnuje velká pozornost duši zemřelého, která po smrti opouští tělo: „*Po smrti by neměl být narušen proces, kdy se duše odděluje od těla*“ (R6). Podle respondentů se dá tomuto eventuelnímu narušení zabránit: „*Je důležité, aby se těla po smrti alespoň tři dny nikdo nedotýkal, aby mysl mohla v klidu opustit tělo*“ (R1).

**Tabulka 18 Kategorie – přístup ke zdraví**

<b>Kategorie/ podkategorie</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<b>6. Přístup ke zdraví</b>							
A. Vztah ke zdraví	+	+	+	+	+	+	+
B. Ochrana zdraví	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

### **6. Přístup ke zdraví**

#### **A. Vztah ke zdraví**

Respondenti se shodovali, že zdraví je pro ně možnost jak fungovat pro dobro všech živých bytostí: „*Je to možnost, jak pomáhat všem bytostem*“ (R5). Objevovali se ale i jiné názory: „*Pro mě znamená zdraví dobře fungující tělo, které nebolí a můžu se pohybovat bez omezení*“ (R4).

#### **B. Ochrana zdraví**

Podle většiny respondentů buddhismus doporučuje zdravý životní styl: „*Snažím se žít zdravě. Tělo máme jen jedno, a když si ho zničíme, nebudeme moci pomáhat*“

druhým“ (R2). Shodli se ale na tom, že svoje zdraví ochraňují především tím, že konzumují kvalitní potraviny. Mezi další způsoby ochrany zdraví patřilo cvičení, pitný režim, vyhýbání se stresu a nekouření: „*Snažím se nekouřit, pravidelně sportovat a nepřehánět to s alkoholem*“ (R3). Většina respondentů hovořila také o speciální modlitbě a rituálech navracející zdraví: „*V buddhismu máme tzv. Buddhu medicíny, který má na starosti naše zdraví. Má modrou barvu a k němu se váže speciální odříkávání mantry na posílení zdraví.*“ (R1). „*Na posílení zdraví existuje také speciální meditace. Je velmi prospěšná*“ (R7). Významné jsou také preventivní prohlídky pro respondenty: „*Preventivní prohlídky dodržuji. I k zubnímu lékaři docházím pravidelně. Nikdy nic nenechávám zajít za hranice*“ (R1). Mezi respondenty se objevila negativní zkušenost s primární péčí: „*Na primární péči mám svůj názor. Pokaždé mi dávají jen samé prášky*“ (R2). „*S primární péčí mám negativní zkušenosti. Dlouhá čekací doba neukazuje zrovna na to, že by tam byli nějací odborníci*“ (R6).

**Tabulka 19 Kategorie – nemoc**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>7. Nemoc</b>							
A. Onemocnění	+	+	+	+	+	+	+
B. Tišení bolesti	+	+	+	+	+	+	+
C. Užívání omamných látek	+	+	-	+	-	-	-
D. Alternativní medicína	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **7. Nemoc**

### **A. Onemocnění**

Tři respondenti uvedli, že nemoc je v buddhismu chápána jako očista. „*Pokud někdo onemocní, je to vnímáno jako očista těla i duše*“ (R4). „*Je každé důležité pustit nemoc k sobě, jinak se vrátí*“ (R1). Většina respondentů nebývá často nemocná a žádný z nich netrpí chronickým onemocněním. Co se týče onemocnění v rodině, tak se nejvíce

objevuje Diabetes mellitus a zvýšený krevní tlak. Pokud u respondentů někdo v rodině onemocní, všichni se o něho starají.

### **B. Tišení bolesti**

O možnosti tišení bolesti pomocí léků se zmínil jeden respondent: „*Léky užívám pouze pokud už tu bolest nemůžu vydržet*“ (R2). „*Neberu léky. Mysl dokáže s bolestí lépe pracovat bez léků*“ (R1). „*Vždycky počkám až bolest odezní. Pak se rozhodnu, zda by nebylo dobré dojít za doktorem*“ (R3).

### **C. Užívání omamných látek**

O omamných látkách neměli respondenti mnoho informací. Pro jednoho respondenta mají význam v medicíně: „*Tyto látky určitě mají svůj význam. Především pak v medicíně, kdy se používají pod odborným dohledem lékařů*“ (R2). Jinak s nimi zkušenosti nemají.

### **D. Alternativní medicína**

Na alternativní medicíně se všichni respondenti shodli: „*Alternativní medicínu tvoří u nás tibetská medicína. Jedná se o systém přístupu k člověku*“ (R7). Její metody využívají všichni respondenti, ve formě bylinek. Jako doplňující metody alternativní medicíny využívají cvičení, meditace, masáže a homeopatika.

## **Tabulka 20 Kategorie – hospitalizace**

<b>Kategorie/ podkategorie</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<b>8. Hospitalizace</b>							
A. Respekt ze strany oš. personálu	+	+	+	+	+	+	+
B. Zachování rituálů při hospitalizaci	+	+	+	+	+	+	+
C. Nemocniční prostředí	+	+	+	+	+	+	+
D. Zdravotnický personál	+	+	+	+	+	+	+
E. Komplikace spojené s vírou	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **8. Hospitalizace**

### **A. Respekt ze strany ošetrovatelského personálu**

Čtyři respondenti byli alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Tři se setkali s necitlivým přístupem ze strany ošetrojícího personálu: „*Mám s hospitalizací špatné zkušenosti. Sice se to netýkalo přímo mě, ale i tak mi to dost vadilo. Vůbec se nedá říct, že by měli zdravotníci úctu k člověku*“ (R2). „*Týkalo se to nemocniční stravy. Rodina mi přinesla jídlo z domova. Poté jsem zaslechl, jak se o mě sestry baví a dělají si z toho srandu, že už mi jenom chybí mít na sobě to oranžové prostěradlo. Zřejmě zaslechly slovo buddhismus*“ (R3). „*Při hospitalizaci v nemocnici jsem ležel na pokoji sám. Zrovna jsem meditoval a v tu chvíli přišla sestra. Zahlédla mě, omluvila se a odešla. Pak v zápětí jsem slyšel, jak se tomu na chodbě směje. Chtěl jsem jí to vysvětlit, ale nakonec jsme to neudělal. Nechtěl jsem nějaké konflikty. Byl jsem rád, když už jsem mohl jít domů*“ (R1).

### **B. Zachování rituálů při hospitalizaci**

Všichni respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni, aplikovali prvky své víry i v nemocnici: „*Zdravotní stav mi to dovolil, tak jsem meditovala. Meditovat můžete i vleže*“ (R5). „*Vždycky medituji, pokud můžu a jsem sám*“ (R1). Dva se shodli na tom, že by bylo vhodné, aby zdravotnický personál měl alespoň nějaké povědomí o této formě vyznávání víry.

### **C. Nemocniční prostředí**

Jako první uváděli respondenti nejvyšší možný počet nemocných na společném pokoji. Většina respondentů by si přála nebýt na pokoji sama: „*Nechtěl bych být sám. Nejideálnější počet by byl tak dva až tři pacienti*“ (R6). Všichni si přáli mít na pokoji pacienty stejného pohlaví: „*Určitě by se neměli míchat muži a ženy*“ (R7). Mezi požadavky na nemocniční pokoj se nejvíce objevoval klid na pokoji, především bez televize. S projevy víry svých spolupacientů by žádný z respondentů problém neměl: „*Každý má svoji víru. Nesmí s tím, ale obtěžovat ostatní*“ (R1). Nikomu by ani nevadilo, pokud by byl ošetřen v nemocnici jiného náboženství.

Dále respondenti zmínili ve svých odpovědích práva pacientů. Čtyři, kteří již byli hospitalizováni, nebyli s těmito právy v nemocnici vůbec seznámeni a proto je neznají.

#### **D. Zdravotnický personál**

Pokud jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici, vyhledávají zdravotníky stejné víry: „Mám hodně známých, kteří také vyznávají buddhismus Diamantové cesty“ (R1). Na otázku, co by jim nejvíce vadilo u zdravotnického personálu, odpovídali všichni velmi podobně: „Určitě by mi vadilo, pokud by se ke mně chovali nebo k jiným pacientům nedůstojně“ (R5).

#### **E. Komplikace spojené s vírou**

Do komplikací, které by se mohly objevit při hospitalizaci, uváděla většina respondentů problémy se stravováním: „Myslím, že je to jeden z velkých problémů. Pokud ještě nemusíte držet dietu, tak to jde. Jídlo Vám může přinést rodina, ale při nějaké dietě nevím, co bych dělal“ (R3). Mohly by se také vyskytnout komplikace při péči o mrtvé tělo: „Vlastní zkušenost naštěstí nemám, ale nedokážu si představit, jak by se k tělu zdravotníci chovali. Doufám, že tato situace nikdy nenastane“ (R1).

**Tabulka 21 Kategorie – odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů</b>							
A. Transplantace orgánu, transfúze	+	+	+	+	+	+	+
B. Interrupce	+	+	+	+	+	+	+
C. Eutanázie	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

#### **9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

##### **A. Transplantace orgánu, transfúze**

Podle respondentů není transplantace orgánů v buddhismu zakázána. Naopak by měli radost, pokud by oni sami darovali orgán, že tím pomohli druhým. Všichni respondenti se shodli, že nikdy by si nenechali transplantovat srdce: „*Pokud by mi šlo o život, tak bych transplantací souhlasila, s výjimkou ale srdce. Mysl může jít za srdcem*“ (R2). S přijímáním transfúze nebo krevních derivátů žádný problém není.

### ***B. Interrupce***

Všichni respondenti se také shodli na tom, že buddhismus interrupci nezakazuje. Na druhé straně je důležité chránit život, takže je lepší dát dítě potom k adopci. Záleží přitom na mnoha aspektech.

### ***C. Eutanázie***

Podle respondentů se buddhismus nesnaží dávat společné normy. Tedy i eutanázie záleží na každém jedinci: „*To je na každém z nás. Je to ale dost zneužitelný*“ (R7). „*To by měl rozhodovat vždy lékař. Záleží na konkrétním případě*“ (R6).

#### 4.1.4 Vyhodnocení rozhovoru – soubor C

**Tabulka 22 Seznam kategorií a podkategorií**

<b>Kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
1. Kulturně svěbytný jedinec	A. Forma vyznání B. Církevní chrám C. Vnější znaky D. Svátky
2. Hodnoty	A. Hodnotový systém
3. Stravování	A. Volba potravin B. Zdravá výživa C. Půsty
4. Rodina	A. Význam rodiny B. Oblast těhotenství a šestinedělí C. Péče o děti D. Plánované rodičovství
5. Specifika umírání	A. Péče o umírajícího B. Péče o mrtvé tělo
6. Přístup ke zdraví	A. Vztah ke zdraví B. Ochrana zdraví
7. Nemoc	A. Onemocnění B. Tišení bolesti C. Užívání omamných látek D. Alternativní medicína
8. Hospitalizace	A. Respekt ze strany oš. personálu B. Zachování víry při hospitalizaci C. Nemocniční prostředí D. Zdravotnický personál E. Komplikace spojené s vírou
9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů	A. Transplantace orgánu, transfúze B. Interrupce C. Eutanázie

**Tabulka 23 Kategorie – kulturně svébytný jedinec**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>1. Kulturně svébytný jedinec</b>							
A. Forma vyznání	+	+	+	+	+	+	+
B. Církevní chrám	+	+	+	+	+	+	+
C. Vnější znaky	+	+	+	+	-	+	-
D. Svátky	+	+	-	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

### **1. Kulturně svébytný jedinec**

#### **A. Forma vyznání**

Všichni respondenti vyznávají svoji víru především ve formě pravidelných modliteb. Modlí se nejčastěji třikrát do týdne: „Většinou tak třikrát do týdne. Dle možností je to i vícekrát“ (R2). Jsou i respondenti, kteří se modlí vícekrát za den: „Modlím se dvakrát denně, a to každé ráno a večer“ (R5).

#### **B. Církevní chrám**

Jako církevní chrám byla ve všech výpovědích respondentů zmiňována katedrála svatého Cyrila a Metoděje: „Církevním chrámem je pro nás katedrála svatého Cyrila a Metoděje v Praze. Pochopitelně je to ale každý pravoslavný kostel“ (R4).

#### **C. Vnější znaky**

Většina respondentů se shodla na tom, že mezi vnější znaky patří u mužů především dlouhé vousy a u žen nošení šátků do chrámu. Respondenti také uvedli, že v České republice nejsou tyto znaky tak povinné jako v jiných státech: „Nejčastěji nosí muži dlouhé vousy a ženy šátky především do kostela, ale tady to není tak povinné, jako ve východních státech“ (R1). Jeden respondent se zmínil i o modlitební šňůře s uzly: „Především na Ukrajině se používají takzvané čotky, což jsou modlitební šňůry s uzly“ (R4).



## D. Svátky

Respondenti se shodli také na tom, že české pravoslavné obce používají jak juliánský, tak i gregoriánský kalendář: „Svátky se slaví jak podle juliánského, tak i podle gregoriánského kalendáře. Někdy je to lokálně smíšený. Vždy rozhodne duchovní“ (R6). Jako nejdůležitější svátky zmínili respondenti Vánoce a Velikonoce.

Tabulka 24 Kategorie – hodnoty

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>2. Hodnoty</b>							
A. Hodnotový systém	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

## 2. Hodnoty

### A. Hodnotový systém

V systému hodnot se u respondentů vyskytovaly stejné odpovědi a ve většině případů byly také ve stejném pořadí v hodnotovém žebříčku. Pět respondentů se shodlo a umístili svého Boha na první místo: „Na první místo patří pokora před Bohem. Možnost vykonat či přijmout pokání ve vztahu k Bohu“ (R5). „Patří jsem duševní vděčnost Bohu“ (R4). Další dva respondenti uvedli na prvním místě zdraví. Na druhém místě se pak u většiny respondentů vyskytla rodina. Na dalších se pak objevovaly hodnoty jako práce, mír, vlast nebo pravda.

**Tabulka 25 Kategorie – stravování**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>3. Stravování</b>							
A. Volba potravin a tekutin	+	+	+	+	+	+	+
B. Specifika při stolování	+	+	+	+	+	+	+
C. Zdravá výživa	+	-	+	+	+	+	+
D. Půsty	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

### **3. Stravování**

#### **A. Volba potravin a tekutin**

Většina respondentů vnímá jídlo jako dar od Boha, se kterým by se nemělo plýtvat: „*Jídlo je pro nás dar Boží. Je tedy velký hřích si ho nevážit nebo s ním dokonce plýtvat*“ (R1). Dále je dle dotazovaných doporučena také střídmost: „*V pravoslavné církvi by se měla dodržovat střídmost v jídle. Obžerství je jeden z hříchů*“ (R3). Vztah k živočišným výrobkům popisovali respondenti stejně. Uváděli, že maso se nesmí konzumovat v době půstu a v mnišském životě. Mezi zakázané potraviny potom uváděli jídla, která se vyrábějí z krve: „*Neměla by se jíst jídla, která jsou vyrobena z krve, například zabijačková polévka, krvavá tlačenka nebo jelita*“ (R5). Jeden respondent také zmínil, že mezi zakázané potraviny patří maso udušených zvířat: „*Kromě krvavých jídel se nesmí konzumovat také maso od zvířat, která zemřela udušením. Myslím si, že dnes se to už moc nedodržuje.*“ (R4). Další zakázané potraviny byly spojovány s jiným kultem. Tři respondenti by nejedli jídla, která jsou obětována jinému hnutí. Uváděli nejčastěji hnutí Hare Krišna: „*Nikdy bych nejedl nic, co je obětované jinému kultu, jako je například Hare Krišna*“ (R6). Všichni respondenti se shodli i na tom, že pití kávy a čaje není nikterak zakázané. Jeden respondent kávu nepije pouze v období půstu. Ani konzumace alkoholu není u nich omezena. Přesto se nedoporučuje konzumovat alkohol ve velké míře: „*Já si osobně alkohol dám, ale nikdy se neopíjím*“ (R3). „*Alkohol konzumovat můžu, ale neopíjím se. V naší víře nejsou striktně daná pravidla, ale propadnout alkoholu je hřích. Víno je dovoleno, je to součást rituálu*“ (R7).

## **B. Specifika při stolování**

Všichni respondenti před a po jídle pronášejí modlitbu. Pokud je přítomen duchovní, požehná jídlu: „*Modlíme se před a po jídle. Přítomnost duchovního znamená požehnání jídlu. Vždy by měla jíst dohromady celá rodina ve formě slavnostní tabule*“ (R1).

## **C. Zdravá výživa**

Všichni respondenti se shodli v oblasti zdravé výživy na tom, že jejich víra doporučuje zdravou výživu ve formě střídmosti: „*Není to sice nějak přesně popsáno, ale každý jedinec by se měl stravovat zdravě, hlavně jíst střídmě*“ (R3). Pouze dva z dotazovaných se stravují v rychlých občerstveních. Ostatní tento typ stravování nevyhledávají. Většina respondentů jí alespoň třikrát denně, většinou ale ve spěchu. Důvodem je především jejich pracovní vytíženost.

## **D. Půsty**

V oblasti dodržování půstu se všichni respondenti také shodovali. Podle nich jsou velmi propracované, ale důslednost dodržování je velice individuální. Jeden respondent upozornil na význam půstů: „*Půst vede člověka k tomu, aby se lépe soustředil. Získává tak potřebnou sebevládu*“ (R4). Každý týden dodržují všichni respondenti ve středu a v pátek celodenní půst. V této době mohou respondenti konzumovat pouze rostlinnou stravu: „*V období jednodenních půstů jím pouze rostlinnou stravu. Nesmím žádné maso, ani mléko nebo vejce*“ (R4). „*V tyto dny se nesmí používat při přípravě jídel ani oleje živočišného původu*“ (R5). V odpovědích jednoho respondenta se vyskytl i rozdíl mezi mírným a přísným půstem: „*Pokud jsou mírné formy půstů, tak můžete jíst ryby, mořské plody i oleje živočišného původu. Ty nejsou počítány do mastných výrobků. Přísné půsty znamenají, že konzumujete pouze syrovou stravu*“ (R6). Během půstu by se měla omezit i konzumace alkoholu a kouření. Jeden z nich nepije kávu: „*Během půstu vynechávám i kávu. Ale to je hodně individuální*“ (R3). Dále respondenti uváděli období delších půstů, které jsou před všemi významnými svátky. Počet dní půstu a strava se liší podle jednotlivých svátků.

Od dodržování svátků jsou dle respondentů osvobozeni těžce pracující, děti, staří lidé, nemocní, těhotné a kojící ženy.

**Tabulka 26 Kategorie – rodina**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>4. Rodina</b>							
A. Význam rodiny	+	+	+	+	+	+	+
B. Oblast těhotenství a šestinedělí	+	+	+	+	+	+	+
C. Péče o děti	-	-	+	+	+	+	+
D. Plánované rodičovství	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

#### **4. Rodina**

##### **A. Význam rodiny**

Podle dotazovaných respondentů má každý člen rodiny svoji úlohu. Shodně uváděli, že hlavou rodiny by měl být muž. Rozhodují však oba manželé společně. Žena by se měla více starat o domácnost: „Vyrůstala jsem v tradiční rodině a vše jsem si přenesla do té své. Více se budu starat o děti a domácnost, ekonomickou stránku nechám na starosti svému muži“ (R7). Podle respondentů jsou důležité také partnerské hodnoty. Mezi ně patří zodpovědnost, jistota a klid pro členy rodiny. Na oblast mimomanželského styku měli všichni respondenti stejný názor: „Je to hřích. V dnešní uvolněné době se tato otázka vůbec neřeší. Myslím si, že i nevěřící by neměli toto brát na lehkou váhu“ (R1). „Mimomanželský styk je v pravoslaví zakázaný. Pokud jsou ti dva svobodní, tak to zase tak těžký hřích není, ale je zavrženíhodný“ (R6).

##### **B. Oblast těhotenství a šestinedělí**

Co se týče péče o těhotnou ženu, tak tam respondenti žádné specifika neuváděli: „Těhotné ženy pravidelně dochází do těhotenských poraden jako všechny ostatní. V tomto smyslu žádná specifika nejsou“ (R7). Pokud je ale žena těhotná, je zvykem se

za ní modlit. Dále bylo mezi respondenty zdůrazňováno, že žena v období těhotenství nemusí dodržovat povinné půsty: „*Dodržovat půst nemusí také těhotné ženy*“ (R3). V období před porodem je dále zvykem ženě požehnat: „*Každé ženě by se mělo před porodem požehnat. Těhotenství je důležitá část života každé ženy*“ (R5). Alternativní druhy porodů respondenti většinou nepreferují. Je to podle nich hodně individuální. Záleží to především na samotné ženě. Nesmí se ale ohrozit život dítěte. V oblasti šestinedělí respondenti shodně uváděli, že během čtyřiceti dní po porodu nesmí žena vstoupit do kostela: „*Po čtyřicet dní po porodu nesmí žena chodit do kostela. Je nečistá*“ (R2).

### **C. Péče o děti**

O oblasti péče o děti se zmiňovali jen někteří respondenti. Podle nich nejsou až taková specifika oproti nevěřícím. S dětmi se dochází na pravidelné kontroly k dětskému lékaři. Jediné co je odlišné je fakt, že děti jsou již od mala vedeny k víře. Podle respondentů je povinné udělení svátosti křtu čtyřicet dní po porodu. Dva z nich také uvedli, že jestli je dítě i v tomto období hospitalizováno v nemocnici, lze ho pokřtít i tam: „*Pokud je dítě například nedonošené a je stále v nemocnici, lze ho pokřtít i tam. Může to provést i rodič*“ (R3).

### **D. Plánované rodičovství**

V oblasti používání antikoncepce se respondenti často v odpovědích shodovali. Nejčastěji se z nich objevovala odpověď, že antikoncepce není v principu zakázaná. Nejdůležitější je zdrženlivost: „*Antikoncepce není přímo zakázána, ale lepší je zdrženlivost v pohlavním styku*“ (R6). Dva respondenti odpověděli, že antikoncepce je pouze pro manželské páry, které již netouží mít další děti: „*Domnívám se, že antikoncepci by měli používat manželské páry, které již mají děti a další by již neuživili*“ (R7). Jeden respondent se také zmínil o formě antikoncepce: „*Antikoncepce je dovolená ve formě přerušovaného styku a měření bazální teploty. Měly by jí používat jen vdané ženy. Myslím si, že by pak antikoncepce vedla k nezodpovědnosti*“ (R1). Jiný respondent s antikoncepcí souhlasí, ale jen z lékařských důvodů: „*Antikoncepci používat, ale pouze*

*z lékařských důvodů, a to v rámci terapie, ne pokud je to cílené bránění otěhotnět“ (R5). Jediné na čem se všichni respondenti zcela shodovali, byl fakt, že není morální používat antikoncepci po pohlavním styku, která by měla zabránit těhotenství, které již započalo: „Ať se antikoncepce používá, ale není morální používat jí po nechráněném pohlavním styku, kdy chceme účelně zamezit těhotenství. Pokud jsme byli nezodpovědní, musíme nést následky“ (R4).*

**Tabulka 27 Kategorie – specifika umírání**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>5. Specifika umírání</b>							
A. Péče o umírajícího	+	+	+	+	+	+	+
B. Péče o mrtvé tělo	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **5. Specifika umírání**

### **A. Péče o umírajícího**

O speciálních obřadech, respektive speciálních modlitbách spojených s umíráním, se zmínili všichni respondenti: *„U každého umírajícího probíhá speciální modlitba. Kněz připraví umírajícího na přijetí k Bohu“ (R1). Všechny modlitby podle respondentů mají za cíl smířit umírajícího se smrtí: „Modlitba má pomoci umírajícímu se smířit s přicházející smrtí a odstranit zlo a bolest“ (R5). Téměř všichni se také zmínili o udělení svátosti pomazání, kterou uděluje umírajícímu kněz: „Svátost pomazání nemocných se uděluje také umírajícím“ (R2). Respondenti se v souvislosti s obřadem pro umírajícího zmínili i o možnosti vykonávat tento rituál v nemocničním prostředí: „Pro nás je velmi důležité, aby byl tento obřad umožněn i při hospitalizaci v nemocnici. Je to o to důležitější, pokud není přítomna rodina“ (R4). V odpovědích se vyskytla i preference možnosti, starat se o umírajícího v domácím prostředí: „Pokud by to bylo možné dle stavu a doporučení lékaře, určitě bychom se chtěli starat o umírajícího doma. Nikdo by neměl být sám. Je důležité být obklopen svojí rodinou, nebát se smrti“ (R6).*

## **B. Péče o mrtvé tělo**

Respondenti vnímají smrt jako přirozenou součást života. Podle nich je důležité se smrti nebát, uvědomovat si naši smrtelnost: „*Smrt není nic, čeho bych se bál. Je to přirozená část života. Teprve až když člověk umírá, dokáže si uvědomit svojí smrtelnost*“ (R3). Co se týká péče o mrtvé tělo, respondenti se shodovali v odpovědích na tom, že neexistují specifika. Pohřbívání do země a otevřená rakev při pohřbu bývají zvykem: „*V pravoslavné církvi se nejčastěji pohřbívá do země. Pokud někdo chce jiný způsob, musí mít svolení od místního biskupa. Také se nechává při obřadech otevřená rakev. Smrt je součástí života a neměli bychom ji odsouvat*“ (R6). Dále z odpovědí vyplývá, že se konají zádušní bohoslužby za zemřelého: „*Slouží se panychidy. To jsou mše za zemřelého a to třetí, devátý a čtyřicátý den po jeho smrti a ještě ve výročí jeho úmrtí*“ (R4).

**Tabulka 28 Kategorie – přístup ke zdraví**

<b>Kategorie/ podkategorie</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<b>6. Přístup ke zdraví</b>							
A. Vztah ke zdraví	+	+	+	+	+	+	+
B. Ochrana zdraví	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **6. Přístup ke zdraví**

### **A. Vztah ke zdraví**

Pro respondenty nebylo nikterak obtížné popsat, co se jim vybaví pod slovem zdraví. Nejčastěji se shodovali, že zdraví je dar Boží: „*Je to dar od Boha. Vše je v rukou Boží*“ (R2). Tohoto daru si má pak člověk vážit a ochraňovat ho: „*Zdraví je Boží nástroj. Byl by hřích, kdybych ho vědomě poškozoval. Má to výchovný charakter*“ (R5). „*Každý by měl svoje zdraví chránit. Využít ho k tomu, co máme dělat. Jsem rád, že jsem zdravý*“ (R6).

## **B. Ochrana zdraví**

Odpovědi, které se týkaly způsobů ochrany zdraví, byly velmi různorodé. Dotazovaní se ale shodli i na tom, že svoje zdraví ochraňují především tím, že se snaží konzumovat zdravou stravu. Mezi další způsoby ochrany zdraví patří dostatečný pohyb, dodržování půstů a nekouřit: „*Nejdůležitější je nekouřit a zdravá strava. Také pohyb je velmi účinný. Já například jezdím na kole*“ (R7). Většina respondentů hovořila také o speciální modlitbě k ochraně zdraví: „*K ochraně nebo k posílení zdraví máme speciální modlitbu.*“ (R1). Významné jsou pro ně také preventivní prohlídky: „*Na preventivní prohlídky chodím. Myslím, že by to člověk neměl podceňovat*“ (R3). Jeden respondent přiznal strach ze zubního lékaře: „*Mám strach z prohlídek u zubaře. Musím se přiznat, že tam proto moc pravidelně nedocházím*“ (R5). Mezi respondenty se také objevila negativní zkušenost s primární péčí: „*U dětí a těhotných žen primární péče na dobré úrovni. V péči o dospělé je to už horší. Myslím, že by se měla využívat více komunitní sestra*“ (R1). „*Dle mého názoru by se měl více klást důraz na prevenci. Zdravotní pojišťovny ruší řadu výhod a to přispívá k horšímu zdravotnímu stavu obyvatel*“ (R7). Na dostupnost zdravotní péče pohlíží někteří respondenti pozitivně: „*Myslím, že máme kvalitní péči a také velmi dostupnou*“ (R2). Část respondentů vidí v dostupnosti zdravotní péče problémy, které se pak týkají především cizinců žijících na našem území: „*Zdravotní péče jako taková je dobrá. Neměli by se ale rušit pohotovosti a lékárny, které mají nepřetržitou otevírací dobu. Dalším významným problémem jsou pak kulturní bariéry a to především u Ukrajinců*“ (R6). „*Pro nás je zdravotní péče dobrá, ale pro cizince bez pojištění není moc dostupná. Myslím, že je to také zapříčiněno trochu xenofobií*“ (R4).



**Tabulka 29 Kategorie – nemoc**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>7. Nemoc</b>							
A. Onemocnění	+	+	+	+	+	+	+
B. Tišení bolesti	+	+	+	+	+	-	+
C. Užívání omamných látek	+	+	+	+	-	+	+
D. Alternativní medicína	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **7. Nemoc**

### **A. Onemocnění**

Nemoc podle dvou respondentů může znamenat v pravoslavné církvi určitý trest: „*Nemoc můžeme také chápat jako trest za nějaké nevhodné chování. Může to být ale někdy k dobru*“ (R3). Většina respondentů není často nemocná. Jeden uvedl, že má vyšší cholesterol a pravidelně bere léky na jeho snížení. Pokud respondenti musí užívat nějaké předepsané léky na akutní onemocnění, pro všechny je důležité je brát v danou dobu. Problém nastává v době svatého přijímání: „*Pokud jsem nemocný, беру léky podle předpisu v danou dobu. Pokud je před přijímáním, tak si musím užívání léků trochu upravit, protože nemůžu jíst ani pít*“ (R3). „*Před přijímáním se musí lačnit, takže pokud беру léky, mám snahu o jejich načasování. Pokud to nelze, tak si je vezmu. Je to velice individuální*“ (R6). Co se týče onemocnění v rodině, nejvíce se objevuje Diabetes mellitus, onkologická onemocnění a zvýšený krevní tlak. Pokud u nich někdo v rodině onemocní, starají se všichni o něho: „*Nejdůležitější je duševní podpora nemocného*“ (R6). Respondenti také hovořili o modlitbě za nemocného: „*Kněz provádí nemocnému pomazání svatým olejem, který je výrazem pro jeho častné uzdravení*“ (R1). Dle dotazovaných respondentů se také konají hromadné bohoslužby za nemocné, například při Velké Ektenii.

### **B. Tišení bolesti**

Dva respondenti uvedli, že nemívají žádnou bolest. Ostatní bolest nejčastěji tiší pomocí léků: „*Pokud mám nějakou bolest, nejčastěji užívám analgetika*“ (R7). Jeden respondent využívá nejdříve alternativní medicínu: „*Pokud se bolest objeví, nejdříve používám různé bylinky, především ve formě mastí. Když nic nepomůže, až potom šáhnu po lécích*“ (R1).

### **C. Užívání omamných látek**

S užíváním omamných látek nemá žádný respondent vlastní zkušenost. Jejich užívání je ale podle nich možné pouze na předpis lékaře: „*O omamných látkách toho moc nevím. Nemám s nimi zkušenost, ale myslím si, že pokud jsou pro dobro člověka, tak proč ne. Může je brát jen na lékařský předpis. Nesmí se zneužívat*“ (R6).

### **D. Alternativní medicína**

V otázce alternativní medicíny se všichni respondenti shodovali. Většina prvky alternativní medicíny využívá většinou ve formě bylinek. Všichni také uvedli, že se ale nesmí jednat o šarlatánství: „*Používám bylinky a akupunkturu jako doplňkovou terapii, nikoliv jako hlavní léčbu. Důležitá je ale obezřetnost, aby se nejednalo o magii*“ (R1). „*Využívám bylinky, ale nesmí to být magie nebo nějaká astromedicína*“ (R6).

**Tabulka 30 Kategorie – hospitalizace**

<b>Kategorie/ podkategorie</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<b>8. Hospitalizace</b>							
A. Respekt ze strany oš. personálu	+	+	+	+	+	+	+
B. Zachování rituálů při hospitalizaci	+	+	+	+	+	+	+
C. Nemocniční prostředí	+	+	+	+	+	+	+
D. Zdravotnický personál	+	+	+	+	+	+	+
E. Komplikace spojené s vírou	+	+	+	+	+	+	+

*R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil*

## **8. Hospitalizace**

### **A. Respekt ze strany ošetrovatelského personálu**

Kromě třech respondentů byli všichni již alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Většina z nich se setkala s necitlivým přístupem ze strany ošetrujícího personálu: „Zdravotníci nerespektují osobnost a základní hodnoty. Obecně musím říci, že se chovají ke každému špatně“ (R4). „Nemůžu říci, že je to všude stejné, ale bohužel mám špatné zkušenosti. Týkalo se to mojí víry. Když jsem byl hospitalizovaný, měl jsem sebou také bibli. Každý se mě ptal, proč jí mám sebou. Dokonce i spolupacienti. Bylo to pro mě hodně nepříjemné“ (R6). „V nemocnici jsem byla již několikrát. Nejvíce mi vadí ta lhostejnost ze strany ošetrujícího personálu“ (R1). Většina respondentů si přeje, aby zdravotnický personál znal jejich specifika a respektoval je: „Samozřejmě si to přeji. Obohatí to je i nás a pomůže to k lepšímu pochopení“ (R1). „Je důležité, aby zdravotníci respektovali osobnost člověka, kam také patří jeho víra. Míra osobního zájmu přiblíží druhé k respektu“ (R5). „Není potřeba, aby zdravotníci znali specifika všech církví, ale aby měli alespoň citlivý přístup ke každému“ (R3).

### **B. Zachování rituálů při hospitalizaci**

Všichni respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni, aplikovali prvky své víry i v nemocnici: „Jednou jsem byla hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, kde vybudovali univerzální modlitebny pro více náboženství. Byly to takové prostory ticha. Moc mi to ulehčilo hospitalizaci. Všude to ale bohužel nemají“ (R1). „V principu to jde. Potřebujete jen nějaké tiché místo na modlení. Někde to mají“ (R6). K této problematice se vyjádřil i respondent, který zatím hospitalizován nikdy předtím nebyl: „Vlastní zkušenost nemám, ale myslím si, že provést modlitbu by snad neměl být problém“ (R7). Všichni také uvedli, že se snaží zachovávat svoje rituály během hospitalizace. Nejčastěji se jedná o půst, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Všichni respondenti by si přáli přítomnost duchovního: „Určitě bych to využil, hlavně pokud bych byl dlouhodobě hospitalizovaný, což se naštěstí ještě nestalo. Myslím, že by se na to mělo myslet především na odděleních, jako jsou LDN nebo v domovech důchodců.“

(R5). „Určitě bych tuto službu využil. Musel by to být ale pravoslavný kněz. Při mé hospitalizaci jsem se s tím ale nesetkal“ (R6). Toto přání zaznělo i od respondenta, který zatím hospitalizovaný nebyl: „Kdybych byla hospitalizována a chtěla radu nebo útěchu, ráda bych tam měla raději svého kněze“ (R7).

### **C. Nemocniční prostředí**

Jako první uváděli respondenti nejvyšší možný počet nemocných na společném pokoji. Většina by si přála být na pokoji sama: „Raději jsem chtěl být na pokoji sám. Bylo mi také vyhověno, protože byly volné jednolůžkové pokoje“ (R6). „Pokud bych si mohla vybrat, raději bych volila nadstandard. Ne vždy to ale bylo možné“ (R1). Přesto byli respondenti, kteří by nechtěli být na jednolůžkovém pokoji: „Mám ráda společnost, takže bych nechtěla být sama na pokoji. Pochopitelně by se ale muselo jednat o slušné lidi“ (R1). „Nemám s tím problém. Já vyjdu většinou s každým (smích)“ (R4). Skladba spolupacientů byla pro všechny respondenty také velmi důležitá: „Raději bych byl na pokoji sám, ale pokud by to nebylo možné, tak určitě bych preferoval stejné pohlaví“ (R5). „Vždycky jsem chtěla nějakou zástěnu, aby na mě někdo pořád nekoukal, ale nikdy se mi to nepodařilo uskutečnit“ (R1). Mezi požadavky na nemocniční pokoj se nejvíce objevoval klid a čistota na pokoji: „Nejvíce bych chtěl klid a žádné dlouhé návštěvy u spolupacientů“ (R2). „Nejdůležitější je klid a čistota v pokoji“ (R6). S projevy víry svých spolupacientů by většina z respondentů problém neměla, pokud by s tím neobtěžoval své okolí: „Pokud by neobtěžovali ostatní a mě, tak by mi to vůbec nevadilo“ (R6). „Nejdůležitější je vzájemná ohleduplnost a tolerance. Záleží také na druhu náboženství“ (R5). Dva respondenti uvedli, že s projevy víry jiných pacientů by problémy neměli, až na muslimy: „V tom bych neviděl problém, až na Islám. To nevím, jak bych zareagoval“ (R4). Na ošetření v nemocnici jiného náboženství, měli respondenti odlišné názory: „Tak to by mi asi nevadilo. Respektuji všechna náboženství“ (R2). „Určitě by mi to nějak zvlášť nevadilo. Jen bych se neúčastnil jejich náboženských rituálů“ (R6). „Pokud by to bylo křesťanské zařízení, tak ano, ale nevím, jaké by to bylo u muslimů“ (R4). „V křesťanském zařízení ano, ale v ostatních jen kdyby nebylo zbytí“ (R3).

Většinu respondentů pak chybí ve zdravotnickém zařízení speciální místnost, kde by mohli provádět pravidelné modlitby: „*Naštěstí to není problém všech zdravotnických zařízení, ale ještě v řadě z nich taková místa nejsou*“ (R1). Dále respondentům chybí větší přítomnost duchovního a jeho volný vstup do zdravotnického zařízení: „*Myslím, že by bylo příjemné mít více návštěv kněze. Také by bylo zajímavé udělat duchovní vizitu, kdy nevtíravý přístup osloví řadu lidí*“ (R1). Tři respondenti také hovořili o nutnosti proškolení zdravotnického personálu v komunikaci a humánnosti a také o respektu k odlišnostem, které se mohou objevit právě u takto věřícího člověka: „*Myslím, že pokud je personál vzdělaný a proškolený hlavně v otázce komunikace a humánnosti,lepší se také jeho chování klidem obecně. Co se týče víry, měli by zdravotníci znát alespoň nejdůležitější prvky náboženství a respektovat je*“ (R4). Pět respondentů také uvedlo přání vařit v nemocnicích postně: „*Moc bych si přál, kdyby se také vařilo postně a já měl možnost výběru*“ (R6). Jeden respondent by si přál, aby byla na každém oddělení dostupná bible. Respondenti také hovořili o tom, že se jich při přijetí nikdo nezeptal, na jejich víru a požadavky s tím spojené.

Dále respondenti zmínili ve svých odpovědích práva pacientů. Většina z nich byla s těmito právy v nemocnici seznámena a zná je: „*Práva pacientů znám. V nemocnici mi o nich řekli. Všechny jsou důležité. Myslím si, že je ale problém v jejich dodržování*“ (R5). Dva respondenti se s právy pacientů seznámili při studiu: „*V nemocnici jsem zatím nebyl, ale práva pacientů znám. Dozvěděl jsem se o nich při mém studiu. Mám vystudovaný sociální obor, kde jsme si o nich říkali*“ (R2). Jeden respondent o nich ale nikdy neslyšel: „*I přesto, že jsem byla již několikrát hospitalizována, nikdy mi o nich nikdo neřekl. Neznám je*“ (R1).

#### **D. Zdravotnický personál**

Pokud jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici, většina z nich nevyhledává zdravotníky stejného pohlaví: „*To nějak neřeším. Spíše mě zajímá odbornost zdravotníků, jejich zkušenosti a povaha*“ (R6). Přesto dva respondenti preferují zdravotníky stejného pohlaví: „*Já osobně dávám přednost ženám lékařkám. Myslím si, že tak ztrácí člověk stud, než kdyby ho ošetřoval zdravotník opačného pohlaví*“ (R1).

Téměř všichni ale vyslovili stejné přání. Byli by rádi, pokud by je ošetřoval zdravotník stejného vyznání: „Vím, že u nás takovéto lékaře nebo jiný personál nemáme, ale moc bych to uvítal. Většinou jsou to spíše katolíci“ (R5). „Přál bych si, aby mě ošetřoval zdravotník stejného vyznání. V zahraničí jsou, u nás asi ne, bohužel“ (R2). „Když už by mě neošetřoval zdravotník stejné víry, tak ať je to alespoň křesťan“ (R3). Od zdravotnického personálu by jim nejvíce vadilo neslušné chování, nerespektování jejich víry a nezachování intimity: „Chci, aby se chovali slušně, byli milí a přátelští. A aby také respektovali člověka a jeho víru a byli profesionální. Moc by mi ještě vadilo, pokud bych nemohl mít u sebe bibli a ikony“ (R6). „V některých případech porušuje personál etické kodexy, je neprofesionální a především pak chybí respekt ze strany sester a dodržování intimity“ (R5). „Hodně mi vadí, že jsou někdy zdravotníci tak strohý. Nic Vám pořádně nevysvětlí. Například vyšetření nebo co je to za lék. Chápu ale jejich vytříženost, jsou to taky jenom lidi“ (R4).

#### **E. Komplikace spojené s vírou**

Komplikace při hospitalizaci spojené s vírou poznala většina respondentů. Často byly komplikace spojené se špatným chováním zdravotníků: „Obecně se špatně chovají ke každému. Jak poznají, že jste trochu odlišní, ať už z náboženského hlediska, koukají na Vás skrze prsty. Člověk si to nemůže pak brát osobně, protože by se z toho zbláznil“ (R5). Vyskytly se také komplikace v oblasti dodržování půstu: „Dodržování půstu je jedna z největších komplikací v nemocnici vůbec. Zdravotníci to vůbec v mém případě nerespektovali. Nezajímalo je, jak je to pro mě důležité“ (R1). U jednoho respondenta byly komplikace při hospitalizaci spojené s tím, že měl na pokoji ikony pravoslavné církve: „Ikony hrají velkou roli při modlitbě. Měl jsem je i v nemocnici. Každý na to koukal divně a všichni se mě vyptávali proč to má a na co to mám. Necítil jsem se moc dobře. Řada z nich se ještě ptala takovým ironickým způsobem“ (R6). Další respondent zažil komplikace spojené s přítomností duchovního na oddělení: „Mám zkušenosti s tím, když můj známý ležel po těžké nehodě na ARU, nechtěli k němu pustit našeho duchovního. Myslím si, že by to zase takový problém být neměl“ (R1). Další komplikace byla spojená s neumožněním odvést pacienta do kaple: „Můj kamarád nemohl chodit a

ani by to nezvládl na pojízdné židli. Jenom ležel. Personál se ani nesnažil ho do té kaple nějak dopravit. Rovnou řekli, že to není možné. Moc mě to ranilo“ (R5).

**Tabulka 31 Kategorie – odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů</b>							
A. Transplantace orgánu, transfúze	+	+	+	+	+	+	+
B. Interrupce	+	+	+	+	+	+	+
C. Eutanázie	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

## **9. Odmítnutí léčebných nebo diagnostických výkonů**

### **A. Transplantace orgánu, transfúze**

Podle respondentů není transplantace orgánů nikterak zakázána. Pokud by člověk daroval orgán, je to chápáno jako pomoc druhým: „S transplantací žádný problém není. Je to individuální. Záleží na každém. Určitě by se jednalo o pomoc druhým. Taková pomoc se cenní“ (R2). S přijímáním transfúze nebo krevních derivátů respondenti žádný problém nevidí.

### **B. Interrupce**

Všichni respondenti se shodli také na tom, že pravoslavná církev interrupci zakazuje. Výjimku tvoří ohrožení života matky, vážná vada plodu nebo znásilnění: „Interrupce je brána jako vražda. Žena nemá právo rozhodnout za dítě. Výjimku tvoří pouze ohrožení života matky nebo při znásilnění. Je také důležité požádat kněze o pomoc. Ten posuzuje každý konkrétní případ“ (R3).

### **C. Eutanázie**

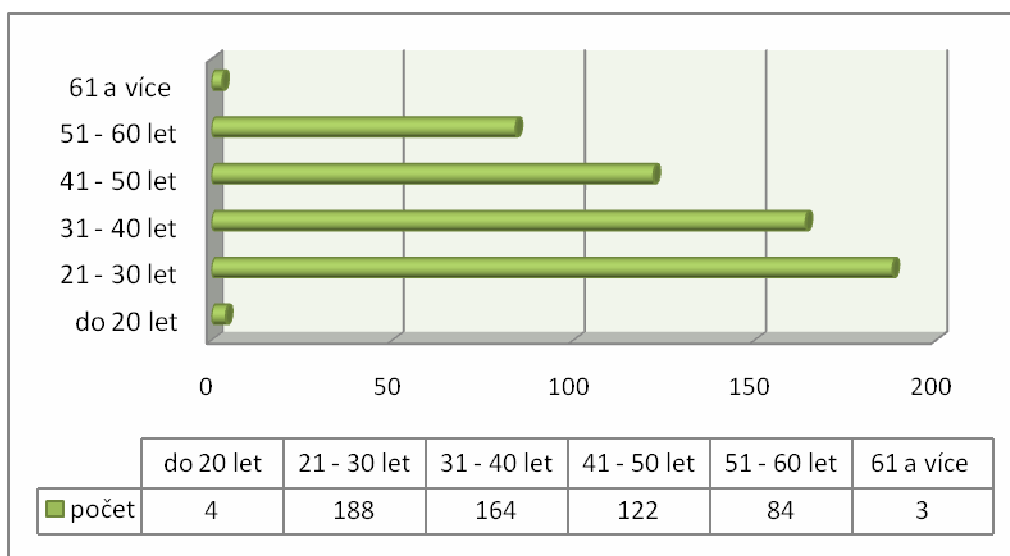
V problematice eutanázie se všichni respondenti shodli ve svých odpovědích. Eutanázii zavrhuje. Podle většiny z nich má utrpení smysl, tím že očistí charakter.

Odmítají ale umělé prodlužování života pomocí lékařských zákroků. Pacient má ale právo odmítnout léčbu.



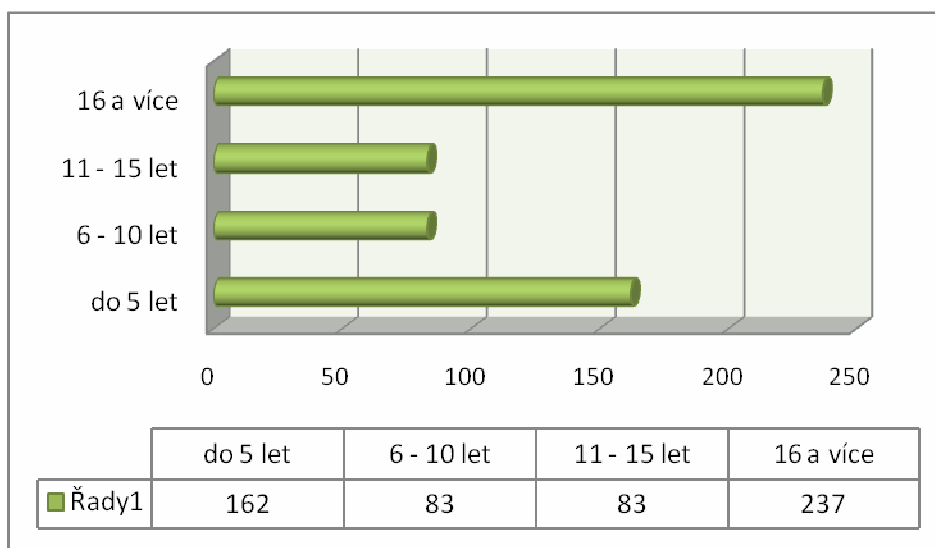
## 4.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Graf 1 Věk respondentů



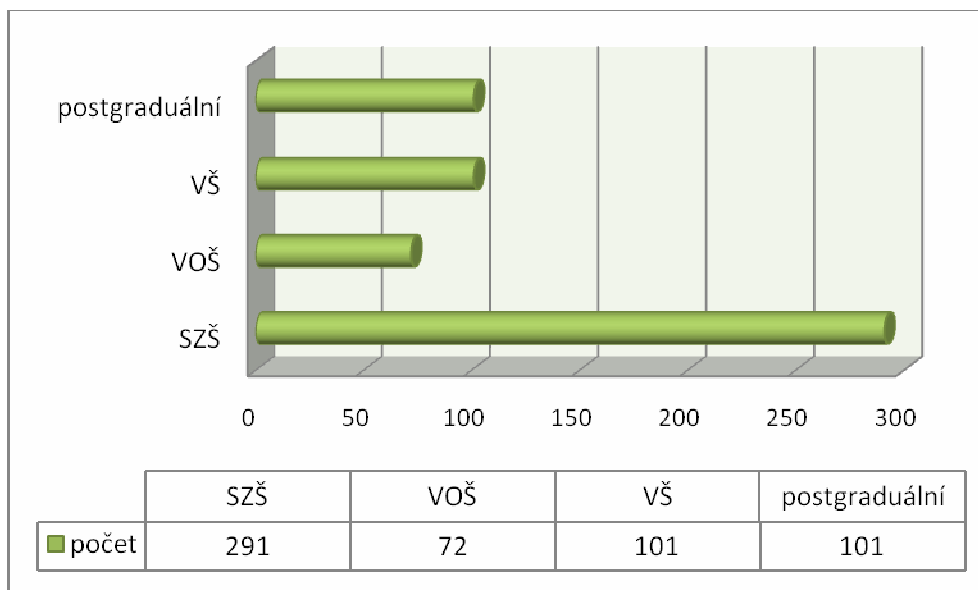
Graf znázorňuje věkové hranice respondentů. Z celkového počtu 565 (100%) bylo nejvíce respondentů ve věkové kategorii 21 – 30 let (N=188, 33,27 %).

Graf 2 Délka praxe respondentů



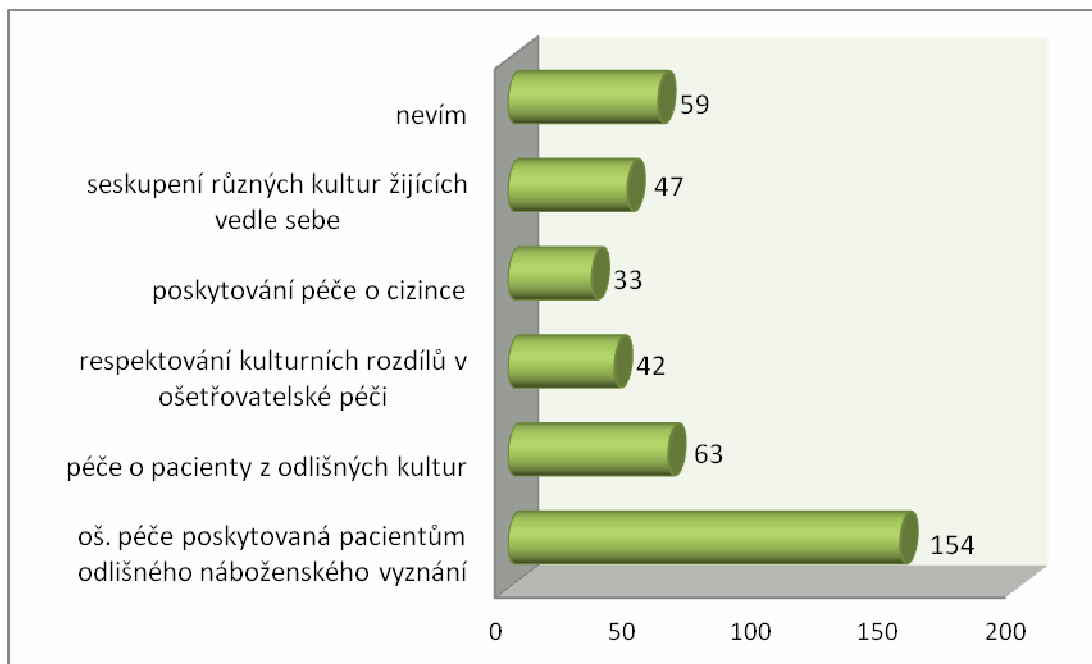
Graf znázorňuje délku praxe respondentů. Z celkového počtu 565 (100%) byla nejčastěji uváděna délka praxe 16 let a více (N=237, 41,95%).

Graf 3 Vzdělání respondentů



Graf znázorňuje vzdělání respondentů. Z celkového počtu 565 (100%) má nejvíce respondentů středoškolské vzdělání (N=291, 51,5%).

Graf 4 Definice multikulturního ošetřovatelství



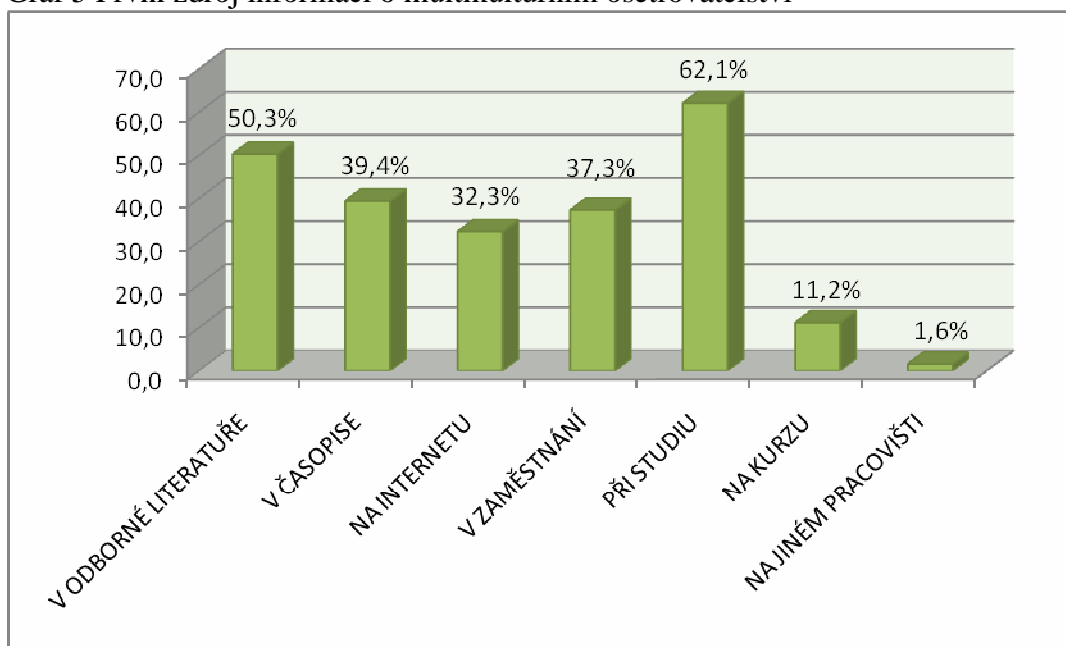
Graf znázorňuje definice multikulturního ošetřovatelství respondenty. Jednotlivé odpovědi byly nejdříve podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, které se nejlépe podobali odpovědím v dotazníku. Z celkového počtu 398 (100%) nejvíce respondenti popsali multikulturní ošetřovatelství jako ošetřovatelskou péči, která je poskytována pacientům odlišného náboženského vyznání (N=154, 38,7%). 63 (15,8%) respondentů popsalo tento pojem jako péči o pacienty z odlišných kultur. 42 (10,6%) respondentů popsalo tento pojem jako respektování kulturních rozdílů v ošetřovatelské péči. 33 (8,3%) si pod pojmem multikulturní ošetřovatelství představilo poskytování péče o cizince. 47 (11,8%) respondentů si vybavilo seskupení různých kultur žijících vedle sebe a 59 (14,8%) nevědělo, co má odpovědět.

Tabulka 32 Setkání s multikulturálním ošetrovatelstvím

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	ano	322	56,99	57,09	56,99
	ne	152	26,9	26,95	83,89
	nevím	90	15,93	15,96	99,82
	neodpovědělo	1	0,18	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že s multikulturálním ošetrovatelstvím se již někdy setkala 56,99% respondentů, u 26,9% tomu zatím tak nebylo a 15,93 % nedokázalo na tuto otázku odpovědět a zvolilo odpověď nevím.

Graf 5 První zdroj informací o multikulturálním ošetrovatelství



\* součet relativních četností validních převyšuje 100 %, neboť respondenti mohli označit více možností  
\* filtrovaná otázka

Tato otázka byla filtrovaná a odpovídali na ni pouze respondenti, kteří se již někdy s multikulturálním ošetrovatelstvím setkali (N=322). Z analýzy tabulky je patrné, že nejvíce se mezi odpověďmi objevovalo studium (62,1%), dále odborná literatura

(50,3%) a časopisy (39,4%). Z dalších možností bylo uváděno zaměstnání (37,3%), internet (32,3%), kurz (11,2%) a jiné pracoviště (1,6%).

Tabulka 33 Setkání s multikulturním ošetrovatelstvím během vzdělání

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	ano	174	30,8	30,85	30,8
	spíše ano	82	14,51	14,54	45,31
	nevím	47	8,32	8,33	53,63
	spíše ne	95	16,81	16,84	70,44
	ne	166	29,38	29,43	99,82
	neodpovědělo	1	0,18	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že se 30,8% respondentů setkalo během svého vzdělávání s multikulturním ošetrovatelstvím. 14,51% respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí a 8,32 % neví. S tvrzením naopak spíše nesouhlasí 16,81 % respondentů, 29,38 % nesouhlasí.

Tabulka 34 Ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	zcela souhlasím	30	5,31	5,36	5,31
	spíše souhlasím	154	25,66	25,89	30,97
	nevím	174	30,8	31,07	61,77
	spíše nesouhlasím	142	25,13	25,36	86,9
	zcela nesouhlasím	69	12,21	12,32	99,12
	neodpovědělo	5	0,88	0,00	100,0

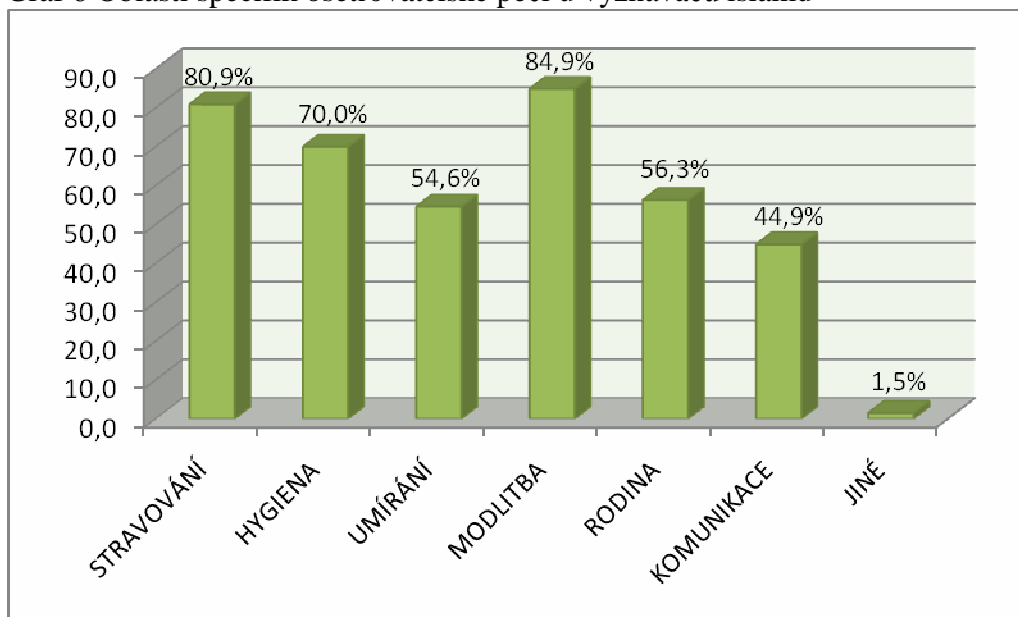
Z analýzy tabulky je patrné, že 5,31% respondentů zcela souhlasí s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči. 25,66% s tímto tvrzením spíše souhlasí a 30,8% respondentů neví. Spíše nesouhlasí 25,13% a 12,21% respondentů nesouhlasí vůbec.

Tabulka 35 Znalost oblastí ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu specifika

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	ano	116	20,53	20,57	20,53
	spíše ano	234	41,42	41,49	61,95
	nevím	83	14,69	14,72	76,64
	spíše ne	42	7,43	7,45	84,07
	ne	89	15,75	15,78	99,82
	neodpovědělo	1	0,18	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají specifika vyznavači islámu, zná 20,53% a 41,42% odpovědělo spíše ano. Jednoznačně nedokázalo odpovědět 14,69 % respondentů a zvolili možnost nevím. 7,43% spíše nesouhlasí a 15,75 % oblasti specifík ošetrovatelské péče u vyznavačů islámů nezná vůbec.

Graf 6 Oblasti specifik ošetrovateľskej péči u vyznavačov islámu



\* součet relativních četností validních převyšuje 100 %, neboť respondenti mohli označit více možností  
\* filtrovaná otázka

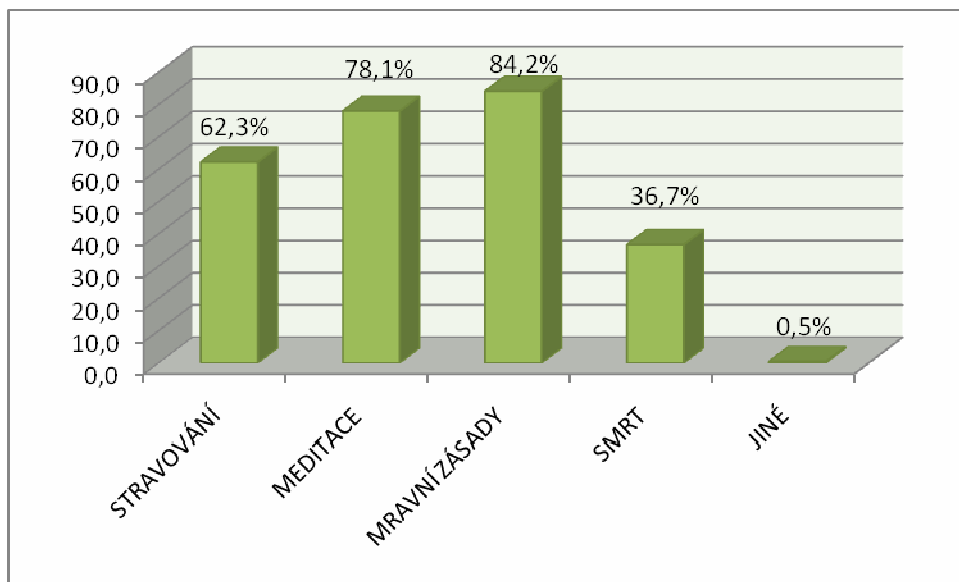
Tato otázka byla filtrovaná a odpovídali na ni pouze respondenti, kteří uvedli, že znají oblasti ošetrovateľskej péče, ve kterých majú vyznavači islámu špecifika (N=350). Nejvíce byla zastoupena modlitba (84,9%), oblasť stravování (80,9%krát) a hygiena (70,0%). Dále byly zaškrtnuty oblasti jako rodina (56,3%), umírání (54,6%), komunikace (44,9%) a jiné (1,5%).

Tabulka 36 Znalosť oblastí ošetrovateľskej péče, ve kterých majú vyznavači buddhismu Diamantové cesty špecifika

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	ano	72	12,74	12,77	12,74
	spíše ano	143	25,31	25,35	38,05
	nevím	154	27,26	27,3	65,31
	spíše ne	33	5,84	5,85	71,15
	ne	162	28,67	28,72	99,82
	neodpovědělo	1	0,18	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají specifika vyznavači buddhismu Diamantové cesty, zná 12,74% a 25,31% odpovědělo spíše ano. Jednoznačně nedokázalo odpovědět 27,26% respondentů a zvolili možnost nevím. 5,84% spíše nesouhlasí a 28,67% oblasti specifík ošetrovatelské péče u vyznavačů buddhismu Diamantové cesty nezná vůbec.

Graf 7 Oblasti specifík ošetrovatelské péči u vyznavačů buddhismu Diamantové cesty



\* součet relativních četností validních převyšuje 100 %, neboť respondenti mohli označit více možností  
\* filtrovaná otázka

Tato otázka byla filtrovaná a odpovídali na ni pouze respondenti, kteří uvedli, že znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty specifika (N=215). Nejvíce byla zastoupena oblast mravních zásad (84,2%), oblast meditace (78,1%) a stravování (62,3%). Dále byla zaškrtnuta oblast smrt (36,7%) a jiné (0,5%).

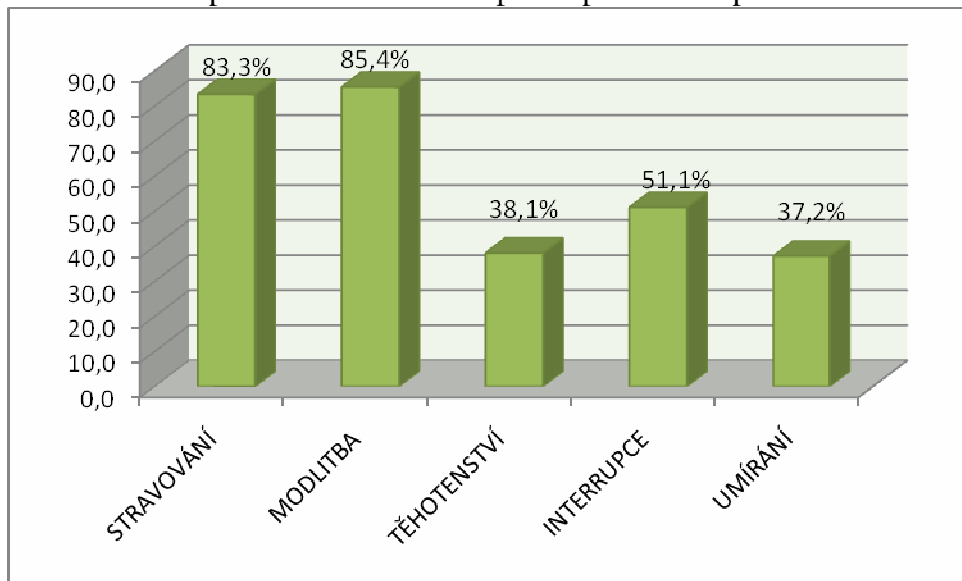


Tabulka 37 Znalost oblastí ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve specifika

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	ano	68	12,04	12,06	12,04
	spíše ano	171	30,27	30,32	42,3
	nevím	143	25,31	25,35	67,61
	spíše ne	47	8,32	8,33	75,93
	ne	135	23,89	23,94	99,82
	neodpovědělo	1	0,18	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve svoje specifika, zná 12,04% respondentů a 30,27% zaškrtnulo spíše ano. Možnost nevím zvolilo 25,31% respondentů. 8,32 % spíše nesouhlasí a 23,89 % tyto oblasti ošetrovatelské péče nezná vůbec.

Graf 8 Oblasti specifík ošetrovatelské péči u příslušníků pravoslavné církve



\* součet relativních četností validních převyšuje 100 %, neboť respondenti mohli označit více možností

\* filtrovaná otázka

Tato otázka byla filtrovaná a odpovídali na ni pouze respondenti, kteří uvedli, že znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníků pravoslavné církve specifika (N=239). Nejvíce byla zastoupena odpověď modlitba (85,4%), oblast stravování-půsty (83,3%) a interrupce (51,1%). Dále byly zaškrtnuty oblasti těhotenství (38,1%) a umírání (37,2%).

Tabulka 38 Důležitost mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast zabývající se multikulturálním ošetrovatelstvím

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	zcela souhlasím	63	11,15	11,21	11,15
	spíše souhlasím	244	43,19	43,42	54,34
	nevím	172	30,44	30,6	84,78
	spíše nesouhlasím	70	12,39	12,46	97,17
	zcela nesouhlasím	13	2,3	2,31	99,47
	neodpovědělo	3	0,53	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturálního ošetrovatelství zcela souhlasí 11,15% respondentů, 43,19% respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí a 30,44 % respondentů neví. S tímto tvrzením naopak spíše nesouhlasí 12,39 % respondentů a 2,3 % respondentů nesouhlasí vůbec.

Tabulka 39 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti multikulturálního ošetrovatelství

		Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Total		565	100,0	100,0	
Valid	zcela souhlasím	77	13,63	13,70	13,63
	spíše souhlasím	280	49,56	49,82	63,19
	nevím	96	16,99	17,08	80,18
	spíše nesouhlasím	74	13,1	13,17	93,27
	zcela nesouhlasím	35	6,19	6,23	99,47
	neodpovědělo	3	0,53	0,00	100,0

Z analýzy tabulky je patrné, že zájem o vzdělávací kurz v oblasti multikulturálního ošetrovatelství projevil 13,63 % respondentů, 49,56 % spíše souhlasí a 16,99 % neví. Jenom 13,1 % respondentů spíše nejevilo zájem a 6,19 % nejevilo žádný.

### 4.3 Třídění druhého stupně pomocí Pearson Chi-Square testu

Tabulka 40 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda se respondent někdy setkal s multikulturálním ošetřovatelstvím

Délka praxe	Setkání s multikulturálním ošetřovatelstvím			Total
	ano	ne	nevím	
do 5 let	125 (77,2%)	21 (12,9%)	16 (9,9%)	162 (100,0%)
6-10 let	51 (62,2%)	15 (18,3%)	16 (19,5%)	82 (100,0%)
11-15 let	37 (44,6%)	27 (32,5%)	19 (22,9%)	83 (100,0%)
16 a více	109 (46,2%)	88 (37,3%)	39 (16,5%)	236 (100,0%)
Total	322 (57,2%)	151 (26,8%)	90 (15,9%)	563 (100,0%)

#### Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>50,3719</b>
Počet stupňů volnosti	6
Test nezávislosti	3,95923e-09

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat vztah mezi délkou praxe a tím, zda se respondenti již někdy setkali s multikulturálním ošetřovatelstvím. Častěji se s touto problematikou setkaly sestry s nejkratší praxí (do 5 let), sestry s nejdelší praxí (16 let a více) naopak více než ostatní na tuto otázku odpovídaly záporně. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 50,372 při 6 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 41 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda se respondent setkal s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání

Délka praxe	Setkání s multikulturním ošetrovatelstvím během vzdělávání					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
do 5 let	93 (57,4%)	24 (14,8%)	14 (8,6%)	9 (5,6%)	22 (13,6%)	162 (100,0%)
6-10 let	16 (19,5%)	20 (24,4%)	9 (10,9%)	18 (21,9%)	19 (23,2%)	82 (100,0%)
11-15 let	17 (20,5%)	6 (7,2%)	6 (7,2%)	29 (34,9%)	25 (30,1%)	83 (100,0%)
16 a více	48 (20,3%)	32 (13,6%)	18 (7,6%)	39 (16,53%)	99 (41,9%)	236 (100,0%)
Total	174 (30,9%)	82 (14,6%)	47 (8,4%)	95 (16,9%)	165 (29,3%)	563 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>118,578</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Na základě výsledků provedeného chí-kvadrát testu lze říci, že se podařil prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe a tím, zda se respondenti setkali s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání. Sestry s nejkratší praxí (do 5 let) významně častěji uváděly, že se s problematikou multikulturního ošetrovatelství v průběhu svého vzdělávání setkaly, zápornou odpověď naopak volily sestry s delší praxí (11 a více let). Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 118,578 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 42 Vztah mezi vzděláním a tím, zda se respondent někdy setkal s multikulturálním ošetrovatelstvím

Vzdělání	Setkání s multikulturálním ošetrovatelstvím			Total
	ano	ne	nevím	
SZŠ	123 (42,4%)	97 (33,5%)	70 (24,1%)	290 (100,0%)
VOŠ	55 (76,4%)	12 (16,7%)	5 (6,9%)	72 (100,0%)
VŠ	96 (95,1%)	4 (3,9%)	1 (0,9%)	101 (100,0%)
SV	48 (47,5%)	39 (38,6%)	14 (13,9%)	101 (100,0%)
Total	322 (57,1%)	152 (26,9%)	90 (15,9%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>105.306</b>
Počet stupňů volnosti	6
Test nezávislosti	0

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat vztah mezi vzděláním a tím, zda se respondenti již někdy setkali s multikulturálním ošetrovatelstvím. Analýza ukázala, že častěji se multikulturálním ošetrovatelstvím setkaly sestry s VOŠ a VŠ. Sestry se SZŠ více volily odpověď „nevím“ a sestry se specializačním vzděláním významně více než ostatní volily zápornou odpověď. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 105,306 při 6 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 43 Vztah mezi vzděláním a tím, zda se respondent setkal s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání

Vzdělání	Setkání s multikulturním ošetrovatelstvím během vzdělávání					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
SZŠ	40 (13,8%)	37 (12,8%)	31 (10,7%)	67 (23,1%)	115 (39,7%)	290 (100,0%)
VOŠ	39 (54,2%)	15 (20,8%)	2 (2,8%)	9 (12,5%)	7 (9,7%)	72 (100,0%)
VŠ	81 (80,2%)	14 (13,9%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)	3 (2,9%)	101 (100,0%)
SV	14 (13,9%)	16 (15,8%)	12 (11,9%)	18 (17,8%)	41 (40,6%)	101 (100,0%)
Total	174 (30,9%)	82 (14,5%)	47 (8,3%)	95 (16,8%)	166 (29,4%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>213,755</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,88658e-14

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi vzděláním a tím, zda se respondenti setkali s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání. Významně častěji se s touto problematikou setkaly sestry s VOŠ a VŠ vzděláním. Významně méně často sestry se SZŠ a se specializačním vzděláním. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 213,755 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 44 Vztah mezi věkem a tím, zda se respondent někdy setkal s multikulturním ošetřovatelstvím

Věk	Setkání s multikulturním ošetřovatelstvím			Total
	ano	ne	nevím	
do 20 let	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	4 (100,0%)
21-30 let	142 (75,9%)	28 (14,9%)	17 (9,1%)	187 (100,0%)
31-40 let	83 (50,6%)	50 (30,5%)	31 (18,9%)	164 (100,0%)
41-50 let	56 (45,9%)	40 (32,8%)	26 (21,3%)	122 (100,0%)
51-60 let	37 (44,1%)	33 (39,3%)	14 (16,7%)	84 (100,0%)
61 a více let	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Total	322 (57,1%)	152 (26,9%)	90 (15,9%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeního Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>49,5384</b>
Počet stupňů volnosti	10
Test nezávislosti	3,24479e-07

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem případů v šesti buňkách kontingenční tabulky (nejmladší a nejstarší věková skupina). Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekce, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Zřetelná je tendence, že se nejčastěji s multikulturním ošetřovatelstvím setkaly sestry do 30 let. S přibývajícím věkem podíl těchto sester klesá. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti (x2) má v případě členění dle věku hodnotu 49,5384 při 10 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .



Tabulka 45 Vztah mezi věkem a tím, zda se respondent setkal s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání

Věk	Setkání s multikulturním ošetrovatelstvím během vzdělávání					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
do 20 let	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
21-30 let	97 (51,9%)	31 (16,6%)	16 (8,6%)	18 (9,6%)	25 (13,4%)	187 (100,0%)
31-40 let	38 (23,2%)	23 (14,0%)	14 (8,5%)	34 (20,7%)	55 (33,5%)	164 (100,0%)
41-50 let	22 (18,0%)	22 (18,0%)	9 (7,4%)	25 (20,5%)	44 (36,1%)	122 (100,0%)
51-60 let	16 (19,1%)	5 (5,9%)	7 (8,3%)	16 (19,1%)	40 (47,6%)	84 (100,0%)
61 a více let	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100,0%)
Total	174 (30,9%)	82 (14,5%)	47 (8,3%)	95 (16,8%)	166 (29,4%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>89,7927</b>
Počet stupňů volnosti	20
Test nezávislosti	<b>8.06313e-11</b>

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem případů v jedenácti buňkách kontingenční tabulky (nejmladší a nejstarší věková skupina). Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nicméně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Platí, že čím vyšší je věk sestry, tím méně se s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání setkávala a naopak. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle věku hodnotu 89,7927 při 20 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 46 Vztah mezi délkou praxe a názorem, zda ošetrovatelská dokumentace  
zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči

Délka praxe	Ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
do 5 let	7 (4,3%)	39 (24,2%)	39 (24,2%)	49 (30,4%)	27 (16,8%)	161 (100,0%)
6-10 let	10 (12,2%)	23 (28,0%)	21 (25,6%)	18 (22,0%)	10 (12,2%)	82 (100,0%)
11-15 let	4 (4,8%)	21 (25,3%)	28 (33,7%)	21 (25,3%)	9 (10,8%)	83 (100,0%)
16 a více	9 (3,9%)	62 (6,6%)	85 (36,5%)	54 (23,2%)	23 (9,9%)	233 (100,0%)
Total	30 (5,4%)	145 (25,9%)	173 (30,9%)	142 (25,4%)	69 (12,3%)	559 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>20,7683</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,0538787

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se nepodařilo prokázat vztah mezi délkou praxe a názorem, zda ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči. Analýzy druhého stupně třídění jsou v tomto případě poznamenány nedostatečným počtem pozorování ve dvou buňkách kontingenční tabulky. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 20,7683 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti  $P = 0,054$  (n.s.).

Tabulka 47 Vztah mezi vzděláním a názorem, zda ošetrovatelská dokumentace  
zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči

Vzdělání	Ošetrovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
SZŠ	10 (3,5%)	88 (30,6%)	106 (36,8%)	54 (18,8%)	30 (10,4%)	288 (100,0%)
VOŠ	8 (11,1%)	14 (19,4%)	14 (19,4%)	32 (44,4%)	4 (5,6%)	72 (100,0%)
VŠ	5 (5,1%)	22 (22,2%)	11 (11,1%)	36 (36,4%)	25 (25,3%)	99 (100,0%)
SV	7 (6,9%)	21 (20,8%)	43 (42,6%)	20 (19,8%)	10 (9,9%)	101 (100,0%)
Total	30 (5,4%)	145 (25,9%)	174 (31,1%)	142 (25,4%)	69 (12,3%)	560 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>73,8243</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	6.13349e-11

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem pozorování v jedné buňce kontingenční tabulky. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. S tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace zohledňuje multikulturní péči více nesouhlasily sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, sestry se specializačním vzděláním a se SZŠ více volily odpověď „nevím“. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 73,8243 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 48 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači islámu nějaká specifika

Délka praxe	Znalost specifík v oblastech ošetrovatelské péče u vyznavačů islámu					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
do 5 let	45 (27,8%)	80 (49,4%)	23 (14,2%)	5 (3,1%)	9 (5,6%)	162 (100,0%)
6-10 let	13 (15,9%)	37 (45,1%)	9 (10,9%)	5 (6,1%)	18 (21,9%)	82 (100,0%)
11-15 let	15 (18,1%)	33 (39,8%)	9 (10,1%)	13 (15,7%)	13 (15,7%)	83 (100,0%)
16 a více	43 (18,2%)	84 (35,6%)	42 (17,8%)	19 (8,1%)	48 (20,3%)	236 (100,0%)
Total	116 (20,1%)	234 (41,6%)	83 (14,7%)	42 (7,5%)	88 (15,6%)	563 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>41,664</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	3,79301e-05

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařil prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači islámu nějaká specifika. Větší je informovanost o této problematice u sester s kratší praxí, s přibývajícím délkou tato informovanost klesá. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle věku hodnotu 41,664 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 49 Vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači islámu nějaká specifika

Vzdělání	Znalost specifík v oblastech ošetrovatelské péče u vyznavačů islámu					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
SZŠ	35 (12,1%)	109 (37,6%)	51 (17,6%)	32 (11,0%)	63 (21,7%)	290 (100,0%)
VOŠ	26 (36,1%)	29 (40,3%)	9 (12,5%)	3 (4,2%)	5 (6,9%)	72 (100,0%)
VŠ	36 (35,6%)	60 (59,4%)	4 (3,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	101 (100,0%)
SV	19 (18,8%)	36 (35,6%)	19 (18,8%)	7 (6,9%)	20 (19,8%)	101 (100,0%)
Total	116 (20,6%)	234 (41,5%)	83 (14,7%)	42 (7,5%)	89 (15,8%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>89,3466</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	6.86118e-14

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači islámu nějaká specifika. Jednoznačně platí, že největší informovanost mají sestry s VOŠ a VŠ vzděláním. Významně menší je u sester se SZŠ. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 89,347 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 50 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít příslušníci vyznavači buddhismu Diamantové cesty nějaká specifika

Délka praxe	Znalost specifik v oblastech ošetrovatelské péče u vyznavačů buddhismu Diamantové cesty					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
do 5 let	25 (15,4%)	48 (29,6%)	55 (33,9%)	7 (4,3%)	27 (16,7%)	162 (100,0%)
6-10 let	14 (17,1%)	21 (25,6%)	17 (20,7%)	4 (4,9%)	26 (31,7%)	82 (100,0%)
11-15 let	12 (14,5%)	20 (24,1%)	19 (22,9%)	10 (12,1%)	22 (26,5%)	83 (100,0%)
16 a více	21 (8,9%)	54 (22,9%)	63 (26,7%)	12 (5,1%)	86 (36,4%)	236 (100,0%)
Total	72 (12,8%)	143 (25,4%)	154 (27,3%)	33 (5,9%)	161 (28,6%)	563 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>31,3557</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,00173826

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači buddhismu Diamantové cesty nějaká specifika. Větší je informovanost o této minoritě sester s kratší dobou praxe (do 5 let), menší naopak u sester s praxí delší. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 31,3557 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,01$ . Síla testu však byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve dvou buňkách kontingenční tabulky.

Tabulka 51 Vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít vyznavači buddhismu Diamantové cesty nějaká specifika

Vzdělání	Znalost specifik v oblastech ošetrovatelské péče u vyznavačů buddhismu Diamantové cesty					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
SZŠ	24 (8,3%)	55 (18,9%)	87 (30,0%)	22 (7,6%)	102 (35,2%)	290 (100,0%)
VOŠ	16 (22,2%)	24 (33,3%)	20 (27,8%)	3 (4,2%)	9 (12,5%)	72 (100,0%)
VŠ	22 (21,8%)	38 (37,6%)	20 (19,8%)	5 (4,9%)	16 (15,8%)	101 (100,0%)
SV	10 (9,9%)	26 (25,7%)	27 (26,7%)	3 (2,9%)	35 (34,7%)	101 (100,0%)
Total	72 (12,8%)	143 (25,4%)	154 (27,3%)	33 (5,9%)	162 (28,7%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>53,337</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	3,58785e-07

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nízkým počtem případů v jedné buňce kontingenční tabulky. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Z počtu četností je zřejmé, že výrazně větší informovanost je u sester, které absolvovaly VOŠ nebo VŠ. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti (x2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 53,337 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 52 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít příslušníci pravoslavné církve nějaká specifika

Délka praxe	Znalost specifík v oblastech ošetrovatelské péče u příslušníků pravoslavné církve					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
do 5 let	20 (12,4%)	66 (40,7%)	45 (27,8%)	11 (6,8%)	20 (12,4%)	162 (100,0%)
6-10 let	17 (20,7%)	21 (25,6%)	16 (19,5%)	6 (7,3%)	22 (26,8%)	82 (100,0%)
11-15 let	6 (7,2%)	23 (27,7%)	20 (24,1%)	10 (12,1%)	24 (28,9%)	83 (100,0%)
16 a více	25 (10,6%)	61 (25,9%)	62 (26,3%)	20 (8,5%)	68 (28,8%)	236 (100,0%)
Total	68 (12,1%)	61 (30,4%)	62 (25,4%)	20 (8,4%)	68 (23,8%)	563 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>31,4693</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,00166998

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít příslušníci pravoslavné církve nějaká specifika. Větší je informovanost o této minoritě sester s kratší dobou praxe (do 10 let), menší naopak u sester s praxí delší. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 31,469 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,01$ .



Tabulka 53 Vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít příslušníci pravoslavné církve nějaká specifika

Vzdělání	Znalost specifík v oblastech ošetrovatelské péče u příslušníků pravoslavné církve					Total
	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	
SZŠ	29 (10,0%)	69 (23,8%)	82 (28,3%)	32 (11,0%)	78 (26,9%)	290 (100,0%)
VOŠ	10 (13,9%)	28 (38,9%)	18 (25,0%)	2 (2,8%)	14 (19,4%)	72 (100,0%)
VŠ	17 (16,8%)	47 (46,5%)	15 (14,9%)	8 (7,9%)	14 (13,9%)	101 (100,0%)
SV	12 (11,9%)	27 (26,7%)	28 (27,7%)	5 (4,9%)	29 (28,7%)	101 (100,0%)
Total	68 (12,1%)	171 (30,3%)	143 (25,4%)	47 (8,3%)	135 (23,9%)	564 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>37,261</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,000202643

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých by mohli mít příslušníci pravoslavné církve nějaká specifika. Větší informovanost je u sester s VŠ, menší u absolventek SZŠ. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 37,261 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 54 Vztah mezi délkou praxe a tím, zda respondenti považují za důležité mít v ošetřovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetřovatelství

Délka praxe	Důležité mít v ošetřovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetřovatelství					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
do 5 let	21 (12,9%)	79 (48,8%)	37 (22,8%)	21 (12,9%)	4 (2,5%)	162 (100,0%)
6-10 let	17 (20,7%)	38 (46,3%)	19 (23,2%)	7 (8,5%)	1 (1,2%)	82 (100,0%)
11-15 let	11 (13,4%)	27 (32,9%)	33 (40,2%)	9 (10,9%)	2 (2,4%)	82 (100,0%)
16 a více	14 (5,9%)	100 (42,6%)	83 (35,3%)	32 (13,6%)	6 (2,6%)	235 (100,0%)
Total	63 (11,2%)	244 (43,5%)	172 (30,7%)	69 (12,3%)	13 (2,3%)	561 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>27,3394</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,00690286

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem pozorování ve třech buňkách kontingenční tabulky. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Za důležité považují mít tuto oblast v ošetřovatelské dokumentaci zejména sestry s dobou praxe do 10 let. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 27,3394 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,01$ .

Tabulka 55 Vztah mezi vzděláním a tím, zda respondenti považují za důležité mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetrovatelství

Vzdělání	Důležité mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetrovatelství					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
SZŠ	22 (7,6%)	118 (40,9%)	112 (38,89%)	28 (9,7%)	8 (2,8%)	288 (100,0%)
VOŠ	11 (15,3%)	41 (56,9%)	6 (8,33%)	13 (18,1%)	1 (1,4%)	72 (100,0%)
VŠ	24 (23,8%)	45 (44,6%)	16 (15,8%)	15 (14,9%)	1 (0,9%)	101 (100,0%)
SV	6 (5,9%)	40 (39,6%)	38 (37,6%)	14 (13,9%)	3 (2,9%)	101 (100,0%)
Total	63 (11,2%)	244 (43,4%)	172 (30,1%)	70 (12,5%)	13 (2,3%)	562 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>57,4355</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	6,5944e-08

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem pozorování ve třech buňkách kontingenční tabulky. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Platí, že na tuto skutečnost kladou větší důraz zejména sestry s VOŠ a VŠ vzděláním. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 57,4355 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,001$ .

Tabulka 56 Vztah mezi délkou praxe a zájmem respondentů o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Délka praxe	Zájem o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
do 5 let	31 (19,3%)	76 (47,2%)	25 (15,5%)	18 (11,2%)	11 (6,8%)	161 (100,0%)
6-10 let	17 (20,7%)	36 (43,9%)	15 (18,3%)	10 (12,2%)	4 (4,9%)	82 (100,0%)
11-15 let	6 (7,2%)	51 (61,5%)	16 (19,3%)	5 (6,0%)	5 (6,0%)	83 (100,0%)
16 a více	23 (9,8%)	117 (49,8%)	40 (17,0%)	40 (17,0%)	15 (6,4%)	235 (100,0%)
Total	77 (13,7%)	280 (49,9%)	96 (17,1%)	73 (13,0%)	35 (6,2%)	561 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>22,1235</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,0361583

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe a zájmem respondentů o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Platí, že zájem je větší u sester s kratší praxí, s přibývajícím rokem praxe klesá. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 22,1235 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,05$ .

Tabulka 57 Vztah mezi vzděláním a zájmem respondentů o kurz v oblasti  
multikulturního ošetrovatelství

Vzdělání	Zájem o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
SZŠ	34 (11,8%)	148 (51,4%)	52 (18,1%)	30 (10,4%)	24 (8,3%)	288 (100,0%)
VOŠ	12 (16,7%)	37 (51,4%)	11 (15,3%)	9 (12,5%)	3 (4,2%)	72 (100,0%)
VŠ	23 (22,8%)	48 (47,5%)	13 (12,9%)	15 (14,9%)	2 (1,9%)	101 (100,0%)
SV	8 (7,9%)	47 (46,5%)	20 (19,8%)	20 (19,8%)	6 (5,9%)	101 (100,0%)
Total	77 (13,7%)	280 (49,8%)	96 (17,1%)	74 (13,2%)	35 (6,2%)	562 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>22,7866</b>
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0,0295936

Možnost aplikace testů významnosti byla omezena nedostatečným počtem pozorování v jedné buňce kontingenční tabulky. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekci, která sílu testu snižuje. Nic méně po této korekci hodnota chí-kvadrát testu umožňuje konstatovat, že se souvislost mezi zmiňovanými jevy podařilo prokázat. Z počtu četností je zřejmé, že zájem o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství je u sester s vysokoškolským vzděláním vyšší. Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 22,7866 při 12 stupních volnosti,  $P < 0,05$ .

Tabulka 58 Vztah mezi věkem a zájmem respondentů o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Věk	Zájem o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství					Total
	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	
do 20 let	1 (25,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
21-30 let	36 (19,9%)	86 (46,2%)	31 (16,7%)	19 (10,2%)	14 (7,5%)	186 (100,0%)
31-40 let	18 (10,9%)	93 (56,7%)	25 (15,2%)	19 (11,6%)	9 (5,5%)	164 (100,0%)
41-50 let	14 (11,5%)	63 (51,6%)	18 (14,8%)	21 (17,2%)	6 (4,9%)	122 (100,0%)
51-60 let	8 (9,6%)	34 (40,9%)	21 (25,3%)	14 (16,9%)	6 (7,2%)	83 (100,0%)
61 a více let	0 (0,0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Total	77 (13,7%)	280 (49,8%)	96 (17,1%)	74 (13,2%)	35 (6,2%)	562 (100,0%)

Výsledek provedeného Chí-kvadrát testu

Pearson Chi-Square	<b>22,5091</b>
Počet stupňů volnosti	20
Test nezávislosti	0,313535

Na základě výsledků provedeného Chí-kvadrát testu lze říci, že se nepodařilo prokázat vztah mezi věkem a zájmem sester o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Analýzy druhého stupně třídění jsou v tomto případě poznamenány nedostatečným počtem pozorování v deseti buňkách kontingenční tabulky (nejmladší a nejstarší věková skupina). Hodnota Chí-kvadrát testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě členění dle věku hodnotu 22,5091 při 20 stupních volnosti,  $P = 0,313$  (n.s.).

## 5. Diskuse

### 5.1 Diskuse k polostrukturovanému rozhovoru

#### 5.1.1 Diskuse k rozhovoru – soubor A

Jak uvádí Crofter (50), islám není pouze náboženství jako takové, ale jedná se především o komplexní způsob života. Život každého muslima se řídí jednak Koránem, tak i tzv. sunnou, což jsou výroky a příklady ze života Proroka Muhammada. Tyto posvátné spisy se vyjadřují ke všem aspektům každodenního života člověka, od povinných náboženských rituálů do rodinného a společenského života. V životě muslima se jeho víra promítá v jeho každodenních činnostech. Proto první oblastí, na kterou byl náš výzkum zaměřen, byla oblast vyznávání víry. Ze získaných informací jako první vyplynulo, že všichni respondenti se ve formě vyznávání své víry řídí svým Bohem, kterým je pro ně Alláh. Toto zjištění se nám shoduje i s literaturou, kdy jedna z povinností každého muslima je přihlášení se k Bohu. Self (60) uvádí, že mezi další pilíře islámu patří pravidelná modlitba, dobročinnost, půst a pouť do Mekky, kterou by měl absolvovat každý muslim během svého života. Zajímavé bylo, že v odpovědích respondentů se povinná almužna a pouť do Mekky neobjevily. Nejvíce se vyskytovala pravidelná modlitba a to alespoň pětkrát denně, což je dáno i Koránem, který opakovaně zdůrazňuje důležitost modlit se a to v určených časech. Také se respondenti zmiňovali o rituální očištění, která předchází každou modlitbu a má svá určitá pravidla. Sonn (52) se ve své publikaci zmiňuje, že ženy a muži se musí modlit většinou odděleně, aby se vzájemně nerušili. Tento fakt se objevil i ve výpovědích našich respondentů. Další důležitou formou vyznání je pro většinu respondentů dodržování Ramadánu, dodržování povinného půstu během devátého měsíce islámského lunárního kalendáře.

Pravým základem islámu je poznání Stvořitele a víra v Něho (62). Jeho Velikost se promítá i do odpovědí respondentů, ve kterých uváděli, že v islámu je zakázáno vyhazovat jakékoliv dokumenty obsahující jeho jméno, i kdyby se jednalo o pouhý kousek papíru. Toto zjištění bylo velmi překvapující a je důležité mít ho v povědomí při ošetřování pacienta/muslima.

Dále nás v této oblasti zajímalo, zda mají respondenti představitele církve. Respondenti uváděli, že mají pouze učence - Ulemá, který řídí jejich směr. Toto zjištění se nám potvrdilo i z publikace Zachariase (85). Ten ve své knize uvádí, že Ulemové jsou znalci náboženství a práva, kteří vykládají Korán a zákon na něm spočívající. Na jedné straně dohlíželi na dodržování zákonů ve státě, na druhé straně jako kádiové (soudci) působí také v jeho službách.

V islámu existuje pět hlavních škol, zabývající se výkladem různých náboženských témat, které se mohou v pohledu na některé záležitosti lišit. Například trochu jiné zvyky budou v oblasti Maroka a Alžírsko, jiné budou v Saudské Arábii a Pákistánu (85). Je tedy důležité na tento fakt myslet při setkání s muslimem, pokud nepochází z České republiky. Při rozhovoru nás na tuto skutečnost upozornil také jeden z respondentů.

Mešita jako církevní chrám byla zmiňována ve všech výpovědích respondentů. Všichni jsou členy islámské nadace v Praze a v Brně, kde jsou již mešity postaveny. Jediné co respondentům chybí je minaret. Ten zatím v České republice není. Minaret v Lednici, jedna z nejstarších rozhleden v České republice, ovšem k těmto účelům neslouží. Z průzkumů také vyplývá, že mnoho lidí u nás možnost stavění minaretů zavrhuje. Domníváme se, že důvodem mohou být zkreslené informace o tomto náboženství, které lidé získávají nejčastěji ze sdělovacích prostředků a tím vyplývající strach z této komunity.

Jak uvádí Abd al-Átí (62) způsob, jakým by se ženy a muži měli správně oblékat, kráčet, a dokonce se i dívat, je velmi složitou otázkou a islám ji věnuje velkou pozornost. U žen je to pak otázka zahalování, která se může lišit s ohledem na jednotlivé islámské školy nebo místní zvyklosti. Nebylo pro nás tak překvapující, že oblečení muslimů není tady tak striktně dané jako v jiných islámských zemích, což nám sdělili i respondenti. I přesto vyzdvihovali u žen nošení šátků z důvodu zahalování vlasů a krku, které je tady povinné. Dále se ve výpovědích objevilo, že oblečení by mělo být volné a nemělo by obepínat postavu. Tento fakt vychází ze samotného Koránu, který seriózním způsobem zohledňuje zásady slušnosti a cudnosti. Domnívali jsme se, že takto zahalené musí ženy chodit i v domácím prostředí. Bylo proto zajímavým



zjištěním, že doma mohou být ženy prakticky jakkoliv oblečené. Zahalení je nutné pouze od podpaží po kolena. Zdravotnický personál by měl při své práci respektovat specifika v oblasti oblékání, především pak nošení dlouhého oblečení a nepožadovat od žen sundání šátků pokud by to nebylo nezbytně nutné.

Podle respondentů mohou muslimové slavit pouze dva svátky v roce. První svátek připadá na první den po měsíci Ramadánu a druhý svátek následuje po vykonání poutě do Mekky. Během těchto svátků se konají zvláštní společné modlitby, kterých by se měl zúčastnit každý muslim. Adamec (56) ve své publikaci také hovoří o tom, že v islámu není dovoleno mít mezi sebou nějaké nevyřešené konflikty. Uvádí, že právě svátky představují možnost, jak tyto problémy vyřešit. Tuto příležitost, jak urovnat konflikty, zmiňovali také naši respondenti. I přesto, že literatura uvádí pouze tyto dva svátky, respondenti hovořili o pátku, jako o dnu veřejné pobožnosti v mešitách.

Jak jsme již zmínili, muslimové věří v jediného Boha a islám se tedy prolíná do jejich celého života. Z islámu vyplývají i základní životní hodnoty, na které směřovala další otázka v našem výzkumu. Je známo, že společnost mnohdy pohlíží na muslimy jako na náboženské fanatiky, pro které je nejdůležitější jejich víra. Opak je pravdou. To vyplývá také z našeho šetření. Nejčastěji se na prvním místě v žebříčku hodnot objevovalo u nich zdraví, na druhém rodina a na třetím místě víra. Mezi odpověďmi se také vyskytovalo přání úspěchu při studiu a v zaměstnání.

Bubík a Fárek (72) uvádí, že značná pozornost je v islámu zaměřena také na výživu. Aby si člověk uchoval čistou a zdravou mysl a srdce, aby posiloval svou duši a tělo, musí se řadě pokrmů a nápojů vyhnout. Výživa jako nedílná součást života každého muslima byla zmiňována u všech respondentů. Nebylo pro nás velikým překvapením, že mezi zakázané potraviny respondenti uváděli vepřové maso, vepřové sádlo a pokrmy na něm připravované. Dále sem patří maso uhynulých zvířat a některé druhy ryb, které nemají šupiny. Novou informací pro nás byla odpověď jednoho respondenta, který uvedl, že i drůbeží uzeniny mohou obsahovat vepřové kůže či sádlo, jako třeba šunka, párky nebo paštiky. Pro zdravotnický personál pak může být velmi překvapující, že pacient tohoto vyznání, bude pokrm odmítat. Je také důležité si dále uvědomit, že i jiné druhy masa, nemusí muslim jíst. Důvodem je, že zvíře by mělo být

poražené islámským způsobem. Pokud tento požadavek maso nespĺňuje, muslim ho bude odmítat. Dále není vhodné nabízet muslimům pokrm z mletého masa, neboť má obavy, že obsahuje i vepřové maso. Tato skutečnost nám byla potvrzena i v našem výzkumu. Všechny nápoje, které jsou škodlivé a ničí lidského ducha, fyzický stav a morálku, jsou pro muslimy zakázané. Patří k nim jednoznačně alkohol, který uváděli všichni z respondentů. Cichá a Nováková (74) dále uvádí, že voda je brána jako dar od Boha a nesmí se s ní plýtvat. Měla by se vždycky dopít a nikdy ne vylévat, především pak v přítomnosti ortodoxního muslima. Z výše uvedeného vyplývá, že všechny potraviny, které jsou brány jako nečisté, špatné a člověku škodlivé, nejsou za běžných okolností správné jako pokrm. Z toho důvodu dbá islám obecně na zdravou stravu, což dokazují také odpovědi našich respondentů. Maso by mělo pocházet z dobrého chovu, v jídelníčku by se měl objevovat dostatek ovoce a zeleniny. Ani občerstvením typu fastfood respondenti neholdují a snaží se pravidelně stravovat. Z ošetrovatelského hlediska je důležité znát specifika i během stolování, na které směřovaly naše další otázky. Před jídlem a po, pronášejí respondenti svému Bohu slova díky. Také provádějí rituální očistu před a po stolování. Je proto velmi důležité, aby zdravotnický personál umožnil pacientovi/muslimovi upoutanému na lůžku se před každým jídlem a po jídle umýt. Rovněž je důležité, aby nebylo muslimovi nic podávané levou rukou, jelikož by si to nemusel vzít. Levá ruka je v islámu brána jako nečistá.

Poslední část otázek v oblasti výživy směřovala na dodržování půstů. Qaradawí (64) uvádí, že půst znamená naprosté odmítání potravin, nápojů, intimního styku a kouření od rozbřesku do soumraku během celého měsíce ramadánu. To se nám potvrdilo i v našem výzkumu. V odpovědích našich respondentů zazněl i duchovní smysl půstu, kdy se nejedná pouze o hladovění, ale umožňuje člověku mít čistou duši a jasnou mysl pro přemýšlení. Půst také utvrzuje člověka v trpělivosti a nesobeckosti. Od půstu jsou osvobozeni nemocní, staří lidé, těhotné ženy, ženy po porodu a děti. Muslim daleko od domova je také osvobozen od půstu. Je důležité také vědět, že muslim se může postit i v jiné dny než jen v období ramadánu. Podle respondentů například každé pondělí a čtvrtek. Proto by zdravotnický personál měl být na tuto skutečnost připraven.

Další kategorie, která vyšla z našeho výzkumu, byla oblast rodiny. Rodinné pouto obsahuje práva a povinnosti předepsané náboženstvím, prosazované právem a sledované členy této skupiny. Podle toho mají členové rodiny jisté společné závazky. Jde o závazky spojené s příslušenstvím k rodině a jejím zaopatřením, dědickým a rodinným právem, vztahem k mladé generaci, zabezpečením starých lidí a s úsilím pokračovat v existenci rodiny v míru. Mimo to má rodina v islámské společnosti nezastupitelnou roli, jak to uvedli také naši respondenti. Důležitá výpověď zazněla od jednoho respondenta, který zmínil postavení mužů a žen v islámu. Hovoří o tom, že i přesto, že muži mají o trochu vyšší postavení než ženy, neznamená to, že jsou nadřazení. Pravdou je, že si postavení žen v islámu západní svět takto mylně vykládá. Abd-al-Átí (62) ve své knize vysvětluje, že postavení žen v islámu nepředstavuje žádný problém. Postoj Koránu a prvních muslimů dosvědčuje, že žena je přinejmenším stejně tak životně důležitá jako muž a nepatří k nějakému nižšímu živočišnému druhu. Kdyby se nevyskytl vliv cizích kultur, nikdy by muslimové nemuseli tuto otázku řešit. V této souvislosti nesmíme opomenout úlohu manželství v islámu, která byla také respondenty uváděna. Shodli se i s literaturou. Sardar (59) charakterizuje manželství jako velmi významný závazek v plném smyslu těchto slov. Je to také závazek ke společnosti a k důstojnému, smysluplnému životu lidského pokolení. Je to svazek, který partneři vytvářejí nejen mezi sebou, ale i vůči Bohu. Je to závazek, v němž nacházejí vzájemné naplnění a seberealizaci, lásku a mír. Nepřipadá proto v úvahu například mimomanželský styk, což respondenti také zmiňovali.

Respondenti se dále shodovali na tom, že jedním z jejich hlavních posláních v islámu je založení rodiny a mít děti. Překvapující pro nás bylo, že méně se už shodovali v otázce plánovaného rodičovství a s tím související antikoncepcí. Literatura uvádí, že regulace porodnosti v podobě antikoncepce je dovolená pouze za určitých podmínek. Jednou z těchto podmínek je fakt, že nesmí ohrozit zdraví obou manželů. Tuto skutečnost vyzdvihli také respondenti. Není však doporučeno užívat antikoncepci, pokud nemá žena ještě děti. Jeden respondent se zmínil také o asistované reprodukci. Tato metoda se může využít pouze za předpokladu, že se použijí pouze pohlavní buňky manželského páru.

V rozhovorech se respondenti dále zmiňovali o oblasti těhotenství a šestinedělí. Těhotenství je podle nich bráno jako požehnání a dítě je dar od Boha. O těhotné ženy se všichni členové rodiny starají a chrání je, protože jsou brány jako bojovnice na cestě Boží. Oblast po porodu se soustředila na speciální rituály. Kirste (100) uvádí, že těsně po porodu se novorozenci pošeptá do ucha modlitba. Sedmý den se pak koná obřad, kdy se dítěti ustříhne pramínek vlasů. Tyto fakta se shodují s výpověďmi našich respondentů jen z části. Respondenti uváděli, že sedmý den po porodu je obřad věnovaný poděkování Bohu za narození dítěte. Můžeme se domnívat, že tento rituál, který uvádí literatura je typický pouze pro některé islámské školy a neplatí obecně pro každého muslima. Jeden respondent v souvislosti s porodem uvedl mýtus o nutnosti porodit pouze chlapce. Tento fakt je známý, a to především v západním světě. Islám přijímá všechny děti, bez rozdílů pohlaví a povinností muslima je se o ně starat. Období šestinedělí trvá čtyřicet dní. V tomto období se ženy nemodlí, nepostí a nemají pohlavní styk, což se potvrdilo v našem výzkumu. Co se týče hygienických doporučení, ukazuje se nám zde jeden z mnoha důkazů moudrosti a praktičnosti islámského způsobu života. Ještě o jednom specifiku v této oblasti se musíme zmínit a to o kojení, které by v islámu mělo trvat po dva roky, což patří mezi nesporná práva dítěte.

Jak vyplývá z výše uvedeného, dobře se postarat o své dítě je jedním z nejvíce chvályhodných skutků v islámu. Postarat se o duchovní blaho dětí a o jejich vzdělávací potřeby, patří do rodičovských povinností. Co se týče péče o děti, respondenti zmiňovali především výchovu, která je důležitá hned od samého začátku. Zajímavým zjištěním pro nás bylo, že od šesti let věku dítěte se klade důraz na uspokojování emocionálních potřeb dítěte, jak uvedl jeden z respondentů. Takovou to informaci jsme nikde v literatuře nenašli. Určitá odlišnost od jiných náboženství je patrná také v adopci dítěte. Pro nás bylo novým zjištěním, že pokud si muslimové adoptují dítě, mělo by znát svoje biologické rodiče a nechává se mu jejich příjmení.

Další oblastí, ve které jsme získali důležité údaje související mimo jiné i s ošetřovatelkou péčí, byla oblast umírání a smrti. Domníváme se, že právě v tomto období je nutné soustředit se na spirituální potřeby každého člověka, především pak pokud je silně věřící. Sestry se dle našeho názoru více soustředí na tu tělesnou stránku

člověka a na duchovní často zapomínají. Měli bychom si uvědomit, že právě spirituální potřeby mohou představovat dominantní složku osobnosti každého člověka, která pak daleko více ovlivňuje myšlení i způsob prožívání všeho, co se kolem nich děje. O speciálních obřadech, které jsou spojené s umíráním, se zmínili všichni respondenti. Umírajícímu se předčítá z Koránu a často si přeje být uložen tváří obrácenou čelem k Mekce. Co se nám dále potvrdilo z našeho výzkumu a koresponduje to i s literaturou, je důležitost přítomných, kam patří zejména příbuzní, ale také zástupci místní islámské obce. Velmi přínosným pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a také novým zjištěním je to, že každý muslim by mohl mít u sebe v době umírání svou závěť, kterou by měl napsat během svého života. Na to by měl zdravotnický personál myslet a v případě jedná-li se o cizince, který tady nebude mít rodinu, informovat o tomto islámské centrum. V oblasti péče o mrtvé tělo se výpovědi respondentů shodovali s literaturou. V případě úmrtí přicházejí příbuzní či zástupci muslimské obce. Je důležité, aby pohřeb proběhl co možná nejdříve. Respondenti vyslovili problém s pitvou, která je v našich podmínkách většinou ze zákona povinná, pokud pacient zemře ve zdravotnickém zařízení. Zde je na místě citlivý přístup ze strany zdravotnického personálu k vysvětlení důvodu pitvy, která je za normálních okolností v islámu zakázána. Tělo zemřelého je poté rituálně omýváno vodou a mýdlem. Následně je zahaleno do bílého plátna hlavou směrem k Mekce. O způsobu pohřbívání hovořili respondenti negativně, jelikož v islámu je zvykem pohřbívat těla bez rakve, na našem území to není zatím možné.

Islám je kompletní způsob života, zdůrazňující význam udržování dobrého zdraví a nabízí způsoby a prostředky, jak se s možnou nemocí vypořádat. Zdraví je dle respondentů chápáno jako dar od Boha, což ve své knize zdůrazňují také Crofter (50) nebo McLoughlin (46). Každý muslim má povinnost chránit své zdraví všemi dostupnými a přijatelnými prostředky. I přesto, že způsoby ochrany zdraví byly u našich respondentů velmi různorodé, shodli se, že především dodržují povinnosti obsažené ve svaté knize. Mezi častými způsoby, jako cvičení, dodržování pitného režimu a kvalitní stravy, se vyskytovalo i docházejí na preventivní prohlídky. Negativním zjištěním pro nás bylo, že již s primární péčí mají respondenti špatné zkušenosti. Pokud i přes

veškerou snahu udržet si pevné zdraví, dojde k nemoci, podle respondentů a literatury, se jedná o vůli Boží. Muslimové věří, že všechny nemoci na zemi stvořil Bůh. Na otázku, zda respondenti trpí nějakým chronickým onemocněním, odpovídali vesměs záporně. Jeden respondent se v této souvislosti setkal s nevhodným přístupem ze strany lékaře. Ten mu opakovaně tvrdil, že jeho onemocnění (anémie) je zapříčiněno zákazem konzumace vepřového maso. Toto zjištění je pro nás nepochopitelné. Nepřímo je znát ze strany lékaře neúcta vůči tomuto náboženství a jejich zvykům.

V oblasti nemoci jsme se u respondentů zaměřili na jeden z nejčastějších příznaků onemocnění, kterým je bolest. Zajímalo nás, jakým způsobem respondenti bolest léčí. Nejčastěji se vyskytovala možnost užívání analgetik jen při silné bolesti. Respondenti se raději snaží bolest překonat bez podpůrných prostředků. Zde je opět vidět působení této víry na chování člověka v době zdraví i nemoci. Jak uvádí Abd-al-Átí (62), islám kromě alkoholu, zakazuje totiž také všechny toxické látky, kam respondenti z našeho výzkumu řadí i kouření, drogy a především silná analgetika. Tento zákaz nepochybně není žádným diktátorským výnosem Boha, ale je zásahem, který je míněn v nejlepším zájmu a pro blaho člověka.

Že také islám má svoji alternativní medicínu z doby proroka Muhammada, zmínili všichni dotazovaní. Tato medicína využívá především med, olivový olej, česnek a mnoho dalších produktů. Přesto dva respondenti také používají prvky z tradiční čínské medicíny, jako cvičení a akupunkturu.

Nejzajímavější výsledky výzkumu jsme u respondentů získali právě v oblasti hospitalizace, která byla poslední oblastí, na kterou jsme se v rozhovorech zaměřili. Důležité pro nás bylo, že kromě dvou respondentů, byli již všichni ostatní alespoň jednou hospitalizováni v některém zdravotnickém zařízení. Jako první jsme se zaměřili na respekt ze strany zdravotnického personálu a na komplikace s tím spojené. Velmi negativním zjištěním byl pro nás fakt, že většina respondentů se setkala s necitlivým přístupem ze strany ošetřujícího personálu. I v dnešní době se stále setkáváme v praxi s tím, že zdravotnický personál neposkytuje ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním. Naopak jejich přístup lze nezdědky považovat za velmi necitlivý, až urážející, kdy nedokáží respektovat člověka jako takového, natož pak

pokud má zjevné odlišnosti například v náboženském vyznání. Vždyť každý pacient má právo na poskytování kvalitní zdravotnické péče, která je prováděna odbornými kvalifikovanými pracovníky. Jeden respondent byl svědkem, jak se sestry nevhodně vyjadřovaly o pacientce, která byla také muslimka. Domnívaly se totiž, že jim nerozumí. Ale opak byl pravdou. Domníváme se, že toto chování mohlo mít také velmi negativní vliv na celkový zdravotní stav pacientky. Respondenti popisovali i negativní zkušenosti s hospitalizací v porodnici. Dle jejich názoru se zde vyskytly i projevy rasismu a diskriminace ohledně jejich vyznání. Většina respondentů pak vidí tento problém především v nedostatku informovanosti zdravotnického personálu o jejich náboženství. Důvodem mohou dále být zkreslené údaje o tomto náboženství, které mají lidé především z médií. Pravdou je, že pravý výklad islámského učení je pomocí médií velmi často špatně interpretován. Abd-al-Átí uvádí (62), že přestože je islám realistický, netrpí agresí ze své strany, nemá zálibu v útočných válkách ani v jejich vyvolávání. Alláh vyzývá muslimy, aby nezačínali s nepřátelstvím, aby se nepouštěli do agresivních činů, aby ani neporušovali práva ostatních. Jedna respondentka pracuje jako sestra a snaží se vše dělat pro to, aby alespoň zdravotnický personál na tomto oddělení se choval k pacientům odlišného náboženského vyznání s důstojností a respektem. Odpovědi na otázku, co by zdravotnickému personálu nedovolili během ošetřování, byly hodně podobné. Zmiňováno bylo především časté a zbytečné odhalování, špatné vyjadřování personálu o jejich náboženství a dávání najevo svých předsudků vůči jejich víře. Také by respondentům bylo nepříjemné, pokud by byl zdravotnický personál pod vlivem alkoholu.

Další oblastí, na kterou byl výzkum zaměřen, bylo dodržování zvyků a rituálů během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Všichni respondenti se zmiňovali o modlitbě, kterou prováděli i v době jejich hospitalizace. Zacharias (85) ve své knize uvádí, že modlitba představuje jeden z pilířů islámu a je považována za jeho základ. Každý muslim, který nedodrží modlitbu a nemá pro to vážný důvod, kterým je například nemoc, se dopouští těžkého přestupku a hříchu. V nemocnici by si respondenti přáli vybudovat modlitebny (tzv. „tichá místa“). Zde by se mohli v klidu a

v čistotě věnovat svým pravidelným modlitbám. To zatím v mnoha zdravotnických zařízeních postrádají.

Dalším významným zvykem pro muslimy jsou činnosti v oblasti hygieny. Ať už se jedná o rituální očistu před každou modlitbou, tak i o osobní hygienu. V této oblasti nám respondenti zmiňovali velice zajímavé údaje. Publikace, která se o tomto zmiňuje, je práce autorky Hanachové (106), která více jak 15 let je muslimkou. Respondenti hovořili o tom, že muslimové po použití toalety, kromě toaletního papíru, používají především vodu. Na opláchnutí zevního genitálu, popřípadě oblasti konečníku, muslimové k tomuto účelu využívají různé pomůcky, jako třeba speciální sprchy. Pokud je nemají k dispozici, především pak v nemocnici, používají různé nádoby. Jedna respondentka uvedla, že právě takovou nádobu k tomuto účelu si nechávala na nemocniční toaletě. Pokaždé ji ale pomocný personál z nevědomosti vyhodil. Bylo by dobré, aby jakýkoliv personál v nemocničním zařízení, byl o této problematice poučen. V této oblasti jsme zjistili od respondentů ještě další specifikum. Muslimové nesmí hovořit na toaletě. Pro jednoho respondenta bylo velmi nepříjemné, když za dveřmi toalety stála sestra a ptala se, zda je respondentka v pořádku. Je důležité mít tedy na paměti, pokud pacient neodpovídá, nemusí to vždy znamenat nic vážného.

Ve zdravotnických zařízeních bývá výživa muslimů velkým problémem. Muslimové nesmějí jíst vepřové maso, ani vepřové sádlo a podobně. S tímto problémem jsme se setkali také u našich respondentů. Jídlo jim proto donášela rodina. Dle našeho názoru by bylo v tomto případě vhodné nabídnout jim buď vegetariánskou stravu, anebo podle možností individuální jídelníček stanovený ve spolupráci s nutričním terapeutem. Je ale možné, že i potom tito pacienti budou stravu odmítat úplně a jídlo jim bude i přesto nosit rodina, tak jako to bylo i u našich respondentů.

Co se ukázalo být pro naše respondenty velmi důležité, je zachování intimity při ošetřování. Ve zdravotnickém zařízení se podle respondentů intimita vůbec nerespektuje. V tom spatřují největší problém, jelikož intimita hraje v islámském náboženství velkou roli. Je známo, že ženy musí být v běžném životě zahaleny především od vlasů po krk a dále nohy až ke kotníkům a ruce po zápěstí (59).



Domníváme se proto, že intimita by měla být maximálně dodržována, a to především u žen.

Další oblastí, ve které se objevil problém v rámci hospitalizace, byla komunikace. I přesto, že většina respondentů pochází z České republiky, pro tři z nich je mateřským jazykem arabština. Z těchto respondentů jeden neumí česky vůbec. Při rozhovoru, který probíhal za pomoci tlumočnicka, se zmínil o jazykové bariéře během hospitalizace v nemocnici. Problémy v poskytování kulturně citlivé péče v mnoha případech začínají právě jazykovou bariérou. Vždyť známe z vlastní zkušenosti, že dva lidé, kteří říkají totéž, zdaleka ne totéž také míní. Různé jazyky reprezentují různé světy, ale i uvnitř kultur existuje množství životních způsobů a mravních postojů. Zdravotnický personál by měl brát u takovéhoho pacienta v úvahu jednak neznalost našeho jazyka a především také specifika, která se u této kultury v oblasti komunikace vyskytují. Hovořit o intimních záležitostech, jako jsou například rodina a intimní problémy, je totiž v islámu tabu (54).

Dále se respondenti zmiňovali o požadavcích na nemocniční prostředí. Jako první uváděli nejvyšší možný počet spolupacientů na pokoji. Kromě dvou respondentů, by všichni chtěli mít raději jednolůžkový pokoj. Důvodem je potřebný klid na pravidelné modlitby a samostatná koupelna se sociálním zařízením. I do této oblasti se promítá náboženská víra a její vliv na činnosti každodenního života. Dosti zarážející bylo pro nás zjištění, že pouze jeden respondent byl seznámen s právy pacientů. Čtyři respondenty nikdo o jejich právech v nemocnici neseznámil.

Velmi překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že nikoho z respondentů se zdravotnický personál při příjmu neptal na možná specifika v oblasti spirituality. Jak uvádí Kalvínská (105), tak již několik let je v celých Spojených státech amerických uzákoněno, že se lékař musí při příjmu do nemocnice zeptat na pacientovy duchovní potřeby. V praxi to znamená, že se pacienta ptají, co pro něho může nemocnice z tohoto hlediska učinit.

Nebylo velkým překvapením, že všichni respondenti uvedli přání, aby zdravotnický personál respektoval specifika jejich náboženství. Kalvínská (105) dále ve své publikaci uvádí, že spousta zdravotnického personálu si není vědoma toho, že je

člověk bytost bio-psycho-sociálně-spirituální a proto potřebuje pomoc v době nemoci ve všech těchto čtyřech oblastech. U nás, je oproti zahraničí, nemocniční léčba zaměřena především na léčbu biologickou, ale psychická podpora a především pak duchovní bohužel ve většině případů chybí.

Poslední oblastí našeho rozhovoru, byla oblast odmítání diagnostických a léčebných výkonů. Transplantace orgánů jsou dovolené, včetně transfuzí krve. Tyto skutky jsou v islámu brány jako akt milosrdenství, ať už se jedná o darování orgánů živým dárce nebo o odebrání orgánů zemřelému. Jeden respondent uvedl, že v jeho případě, by záleželo na tom, zda by se nejednalo o zbytečné prodlužování utrpení. Jak nám z výpovědi vyplynulo, tak v tomto případě se jedná spíše o individuální přístup každého muslima a lékařský postup.

Další naše otázka směřovala na oblast interrupce. Korán podrobně popisuje vývoj embrya již od oplození vajíčka v těle ženy. Islám interrupci zakazuje od 120. dne po početí. V této době totiž získává dítě duši. V tomto okamžiku je plod považován za lidskou bytost a musí se s ním podle toho zacházet. S tímto názorem se shodovaly i výpovědi našich respondentů. Jak ve své práci uvádí Hanachová (106), pokud i po uplynutí této doby dojde k předčasnému ukončení těhotenství, je to považováno vždy za porod. Platí to i v případě narození plodu, který nejeví známky života. Předčasně narozeným dětem se má věnovat odpovídající péče a v případě úmrtí je dítě pohřbeno. Pro muslimy je toto velmi citlivé téma. Z důvodu rozdílného chápání plodu jako lidské bytosti a stanovení hranice životaschopnosti by mohlo docházet k nepochopení a až necitlivému přístupu ze strany zdravotnického personálu.

K udržení a záchraně života je z hlediska islámské kultury potřeba využít všech možných prostředků. Není však nutné za každou cenu pokračovat v terapii a prodlužovat tak pacientovo utrpení. Islám dle respondentů eutanázii přímo nezakazuje. Oni se však k této otázce staví negativně. Podle nich člověk nemá právo o tomto rozhodovat a především nemoc je chápána jako vykoupení z hříchů. Potom by dotyčný nemusel svoji vinu odčinit. Lékař by se měl snažit pomáhat v procesu života, jak to uvádí islámský kodex lékařské etiky, ne bránit procesu umírání. V tomto případě se jedná o velmi citlivou záležitost. Na místě je potřeba dobré komunikace a spolupráce

s rodinou klienta, případně se členy islámské obce, a to především v případě cizinců, kteří jsou v České republice sami.

### 5.1.2 *Diskuse k rozhovoru – soubor B*

Hned na samém začátku výzkumu nám všichni respondenti uvedli, že nevnímají buddhismus jako náboženství, ale spíše jako filozofický směr. Dle Keowna (81) je buddhismus původně filozofie, kdy se tato nauka díky nejrůznějším zvykům a rituálům začala podobat spíše náboženství. Další odpovědi respondentů směřovali přímo na nejmladší větev buddhismu, kterou je Vadžrajána neboli Diamantová cesta. Jak uvádí Boëlle-Rousset (58) ve svém díle, cílem Diamantové cesty je přetvořit tělo, mluvu a mysl v plně osvícený stav a to během života buddhisty pomocí meditačních cvičení. Tato skutečnost se nám také potvrdila v našem výzkumu. Důležitým zjištěním pro nás bylo, že tento typ buddhismus se praktikuje laickou formou, což znamená následování nauk Buddha v moderní společnosti spolu s prací, rodinou a zodpovědnostmi ve světském světě jedince. Znamená to tedy, že vyznavači buddhismu Diamantové cesty, žijící na našem území, jsou téměř stejní jako kdokoliv z nás. To je také patrné z odpovědí, které se týkaly vnějších znaků. Hlavním představitelem buddhismu Diamantové cesty je pro respondenty Karmapa, který je duchovním vůdcem. Jeden z respondentů se také zmínil o jednom z hlavních učitelů buddhismu, kterým je Ole Nydahl. Ten je plně kvalifikován jako lama a meditační mistr v buddhismu Diamantové cesty, pocházející ze západu, a po celém světě již několik desítek let předává učení. Jeho přednáška, o smyslu životního utrpení a dalších zásadních témat, se konala před několika lety i v Praze a měla na našeho respondenta zásadní vliv. Pro něho je tento filozofický směr již pět let součástí jeho každodenního života a je s ním nadmíru spokojen.

V našem výzkumu jsme se zaměřili na vyznavače buddhismu Diamantové cesty linie Karma Kagjü. Právě tato ze čtyř tibetských linií (škol) klade největší důraz na meditaci a pomáhá stoupencům měnit přijaté informace za prožitky (90). Význam meditační praxe je patrný i u respondentů, kteří se věnují této rituální činnosti každý den. Zajímavé pro nás bylo, že meditovat mohou respondenti kdekoliv a v jakýkoliv

čas. Nejsou nutná ani hromadná setkání kvůli meditaci. Přesto respondenti dochází několikrát týdně do meditačních center, kde se tyto společné meditace uskutečňují. Tři respondenti se dokonce zmínili o pozitivním vlivu meditace na jejich chování a prožívání. Jsou daleko více šťastní. Je důležité si uvědomit, jaký význam má meditace pro tyto vyznavače buddhismu. Je tedy pravděpodobné, že i v době možné hospitalizace, budou tuto meditační praxi vykonávat.

Domnívali jsme se, že svátky, které se slaví v buddhismu, budou stejné pro všechny směry. Opak je pravdou. Mezi svátky podle respondentů patří především velké meditační kurzy, při návštěvě některého z lamů v meditačním centru. Jediným svátkem stejným pro všechny směry buddhismu je svátek Wesak, jak uvádí ve své knize *Self* (60). Jedná se o Buddhův den, který připadne většinou na květen a připomíná Buddhovo narození, osvícení a smrt. To se shodovalo i s odpověďmi našich respondentů.

Miltner (86) ve své knize popisuje termín Dharma, který je do češtiny překládán jako „doktrína“. To označuje původní Buddhovo učení, základní zásady, kterými je třeba se řídit k dosažení stavu Probuzení. V jiné rovině postihuje Dharma pravidla, předpisy, zákazy a povinnosti především v etickém aspektu, tj. jako mravní zákon vypovídající o tom, co je dovolené, správné a prospěšné. Jelikož jsme předpokládali, že se bude lišit život buddhisty praktikujícího mnišský způsob života od laického praktikujícího, tak nás zajímali také životní hodnoty našich respondentů. V systému hodnot se u respondentů vyskytovaly stejné odpovědi. Jen v některých případech byly v jiném pořadí. Mezi hodnotami se vyskytlo štěstí, soucit s ostatními živými bytostmi, svoboda, světový mír, přátelství a láska. Velmi zarážející bylo, že hodnota zdraví se vyskytla v tomto žebříčku skoro na posledním místě. Myslíme si, že tady se odráží filozofie buddhismu jako takového. Nejdůležitější není vlastní prospěch, ale pomoc všem bytostem a umění se do nich vcítit.

Velmi zajímavé a především nové informace jsme získali v oblasti stravování. Je známo, že jídlo zastává v buddhismu významné místo. Otázky jsou ale často kladené v souvislosti s buddhismem a jeho vztahem k vegetarianismu. Bondy (79) uvádí, že nikde není přesně stanovený požadavek vegetarianismu, ale přesto požívání masa není

neutrální záležitostí. To se nám potvrdilo také u našich respondentů. Podle jejich odpovědí buddhismus žádné potraviny přímo nezakazuje. Přesto se mezi respondenty objevil jeden vegetarián a ani ostatní maso moc nevyhledávají. Novou informací bylo, že pokud respondenti maso konzumují, je podmínkou, aby zvíře nezemřelo přímo kvůli nim. Toto specifikum uvedl jeden respondent i na příkladě, kdy nikdy nejí u babičky králíka. Mezi další podmínku konzumace masa patří jeho stáří. Pokud je maso starší sedmi týdnů, není již mezi tělem a myslí žádné spojení. Mezi potraviny, které respondenti dále nevyhledávají, patří cibule a česnek. Tyto dvě suroviny mohou mít negativní vliv na meditaci. Toto zjištění jsme v žádné publikaci nenašli. Všichni respondenti se shodli na tom, že ani pití kávy není nikterak zakázané. Přesto ani jeden z nich kávu nevyhledává. Ani konzumace alkoholu není omezena, ale přesto se nedoporučuje konzumovat alkohol před meditací. Buddhismus dále pak přímo nepřikazuje, co může jeho stoupenec jíst a pít. V našem souboru jsou ale respondenti tímto náboženských směrem velmi ovlivněni a dodržují určitá pravidla spojená se stravováním a meditací. Měli bychom mít tedy na mysli, že pokud se zdravotnický personál dostane do styku s takovým to pacientem, musí se soustředit také na oblast výživy.

Nesmíme opomenout ani oblast zdravé výživy, která je pro všechny respondenty velice důležitá. Mylně bychom se ale domnívali, že důvodem konzumace kvalitních a zdravých potravin je potřeba být zdraví. Pro respondenty znamená zdravé tělo především zdravou mysl a možnost pomáhat ostatním. Také nás zajímalo, zda musí respondenti dodržovat nějaký půst. Všichni se shodli na půstu, který se dodržuje většinou při návštěvě Karmapy, a to tři dny před jeho příjezdem, kdy se provádí pouze meditační kurzy. Další odmítání jídla jsou spíše individuální, jako očištění organismu.

Další oblast, na kterou jsme se zaměřili, byla rodina a její význam. Respondenti uváděli, že význam rodiny je v buddhismu Diamantové cesty stejný jako u každého. Podle nich má každý člen svoji úlohu. V odpovědích se objevil názor, že vše záleží zejména na úctě k druhému. Význam rodiny není v buddhismu Diamantové cesty nějak specifikován. Nydahl (89) pouze popisuje vztah mezi mužem a ženou. Na ženu se

pohlíží jako na moudrost a na muže jako na energii. Tato informace se objevila také u jednoho našeho respondenta.

Také oblast těhotenství a šestinedělí nás zajímala. Zde se již objevilo určité specifikum, a to v podobě recitování tzv. stoslabičné mantry, která má dle respondentů pozitivní vliv na plod. To potvrdil také jeden z respondentů. Ani tuto skutečnost jsme ale nemohli konfrontovat s odbornou literaturou. Názor na alternativní druhy porodů byl u respondentů negativní. Podle nich je to hazard s lidským životem. Ani v péči o děti respondenti neuváděli žádná specifika. Jednomu respondentovi se nelíbí pravidelné očkování dětí, které představuje pro organismus dítěte velkou zátěž. Mělo by se raději počkat, až bude dítě větší. Domníváme se, že tento názor vychází ze samotného člověka, nikoliv z náboženského vyznání.

V buddhismu Diamantové cesty je smrt vnímána jako transformace. Mysl je nadčasovým vědomím a energií, které se na určitou dobu připoutávají k lidskému tělu (108). To dokazují i odpovědi respondentů, kteří hovořili o smrti jako o pouhé přechodné stanici. Zmiňovali i fakt, že se smrti nebojí a nevnímají ji jako smutnou událost, jelikož věří v reinkarnaci. Pro nevěřícího člověka je to těžko pochopitelné. Jak popisuje Powers (107), i když smrt neznamena konec, je důležité na ni umírajícího dostatečně připravit. Je potřeba nasměrovat umírajícího na druhou stranu a soustředit ho na vše dobré, co prožil během svého života. Patří sem i odříkávání speciálních manter a meditace. Jedna z důležitých věcí je rovněž přítomnost příbuzných, kteří by neměli projevovat svoje emoce. S tím jsme se také setkali v odpovědích našich respondentů. V péči o mrtvé tělo se buddhismus Diamantové cesty zaměřuje spíše na duši zemřelého, než na jeho tělesnou schránku. Po smrti nesmí být podle respondentů narušen proces oddělování duše od těla, proto se nesmí těla tři dny nikdo dotýkat. Powers (107) však uvádí, že pro tento proces je nejdůležitější prvních pár hodin po smrti. Z výsledků vyplývá, že jsou v této oblasti velice odlišná specifika oproti jiným směrům v buddhismu. V našem případě pak úzce souvisí s poskytováním péče ve zdravotnickém zařízení. Je třeba informovat zdravotnický personál o těchto odlišnostech, aby nedocházelo ke zbytečným problémům.

Pro respondenty nebylo nikterak obtížné popsat, co se jim vybaví pod pojmem zdraví. Jak již bylo uvedeno výše, zdraví chápou jako možnost jak pomáhat všem živým bytostem. Aby toho byli schopni, musí se řídit zdravým životním stylem. Odpovědi respondentů, které se týkaly způsobů ochrany zdraví, byly velmi různorodé se stejným cílem. Zmiňovali konzumaci kvalitních potravin, cvičení, dodržování pitného režimu, vyhýbání se stresu a nekouřit. Většina respondentů se také zmínila o speciální modlitbě a rituálech navracejících zdraví. V tibetském buddhismu existuje Buddha medicíny, který je považován za zdroj umění léčit. Jeho učení tvoří základ tibetské medicíny (81). Respondenti o něm hovořili jako o modrém Buddhovi, ke kterému se váže odříkávání manter na posílení zdraví. Nejen ale rituály jsou pro naše respondenty důležité k podpoře zdraví. Významné jsou pro ně také preventivní prohlídky, i přesto, že jeden respondent má s primární péčí špatné zkušenosti.

Buddhismus hovoří o tom, že na tomto světě jsou všechny bytosti vystaveny různým formám utrpení. Podle tibetské medicíny jsme v podstatě všichni nemocní. Nezáleží na tom, zda jsme tělesně zdraví či nikoliv. I když se nemoc nemusí projevovat, je přítomna latentně. Tato skutečnost znesnadňuje chápání rozsahu nemoci (82). Nemoc je v buddhismu chápána jako očista těla i duše. Z odpovědí vyplývá důležitost před nemocí neutíkat, jinak se zase vrátí. Tibetskou medicínu využívají všichni dotazovaní a to ve formě bylinek. Dále nás zajímalo, jakými nemocmi respondenti trpí. Žádný netrpí chronickým onemocněním. V rodině se nejvíce objevuje Diabetes mellitus a zvýšený krevní tlak. V této oblasti jsme se zaměřili i na možnosti tišení bolesti pomocí léků. Překvapujícím zjištěním bylo, že téměř žádný respondent neužívá pravidelně analgetika. O užívání omamných látek neměli respondenti mnoho informací, ale jejich význam vidí pouze v medicíně.

Pro nás jedny z nejdůležitějších výsledků byly právě v oblasti hospitalizace, na kterou jsme se zaměřili na samém konci výzkumu. Čtyři z našich respondentů již byli alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Nejdříve jsme se proto zaměřili na respekt ze strany ošetřujícího personálu. S tím ale bohužel měli respondenti špatné zkušenosti. Přitom, jak uvádí Němcová (104), víra a náboženství může pacientům pomáhat lépe snášet jejich nemoc, poskytovat pocit bezpečí a vytvářet

jakousi síť sociální podpory. V oblasti výživy mají respondenti řadu specifík, související s jejich vírou. Jejich problém byl vyřešen tím, že jim stravu donesla rodina. Respondent ale poté zaslechl, jak si z toho sestry dělají legraci a nevhodně se také vyjadřují o speciálním oděvu, který je typický pro mnichy žijící v kláštorech. Osobně nevidíme největší problém ten, že v tomto případě musela respondentovi donést stravu rodina. Největším problémem je spíše fakt, jak na toto specifikum zdravotníci pohlížejí a respektují ho. V našem případě se bohužel o žádném respektu mluvit nedá. Další problém se vyskytl ohledně meditace. Sestra viděla respondenta meditujiícího na pokoji, kde byl sám. V zápětí potom slyšel, jak se všemu na chodbě sestra směje. Do komplikací, které by se mohly objevit při hospitalizaci, uváděla většina respondentů kromě stravování také péči o mrtvé tělo. Zatím s tím žádný respondent nemá zkušenosti, ale obávají se, že v provozu nemocnice by nebylo možné se těla alespoň několik hodin nedotýkat.

I přesto, že buddhismus Diamantové cesty nemá ve srovnání s jiným náboženstvím tolik specifík, přesto má řadu odlišností, které se mohou projevit právě při hospitalizaci. To se ukázalo u respondentů, kteří již byli někdy hospitalizováni a aplikovali prvky své víry i v nemocnici, a to formou meditace. Dva se shodli na tom, že by bylo vhodné, aby zdravotnický personál měl alespoň trochu nějaké povědomí o této formě vyznávání víry.

Respondenti uváděli také svoje požadavky na nemocniční pokoj. Jako první zmínili nejvyšší možný počet nemocných na pokoji. Většina respondentů by nechtěla být sama na pokoji. Nejideálnější by byli dva až tři spolupacienti. Jako další zmiňovali klid na pokoji, především bez televize. S projevy víry svých spolupacientů by žádný z respondentů problém neměl. Nikomu z nich by ani nevadilo, pokud by byl ošetřen v nemocnici jiného náboženství. Potom respondenti zmínili ve svých odpovědích i práva pacientů. Čtyři, kteří již byli hospitalizováni, nebyli s právy pacientů v nemocnici vůbec seznámeni. U zdravotnického personálu by jim také nejvíce vadilo, pokud by se k nim nebo ke spolupacientům choval personál nedůstojně.

Poslední oblastí, na kterou se naše otázky zaměřily, bylo odmítání diagnostických a léčebných postupů. V buddhismu obecně není dle respondentů



transplantace orgánů ani přijímání transfúze zakázána. Je tomu právě naopak, kdy je to bráno jako pomoc potřebným. Novým zjištěním byl pro nás i fakt, že všichni respondenti by ale odmítli transplantaci srdce. Důvodem může být to, že mysl, která opouští tělo, může následovat srdce.

V otázce interrupce se všichni respondenti shodli, že buddhismus interrupci nezakazuje. Na druhé straně je ale důležité chránit život a dát dítě spíše k adopci. Toto tvrzení se nám shoduje i s literaturou (108). Buddha obecně radí chránit jakoukoliv formu života a nezabýjet ani nenechávat zabít. To znamená chránit život i tehdy, pokud žena nechtěně otěhotní. Od okamžiku, kdy se setká vajíčko a sperma, přidává se vědomí, které má s rodiči spojení z dřívějších životů. V praxi to znamená, že na světě je živá bytost. Pokud žena podstoupí potrat, může po sedm týdnů opakovat mantru, aby dítě mělo dobré další zrození. Kvůli sobě pak může opakovat očištnou mantru. Znakem očištění bývá všeobecný dobrý vztah k dětem v jejich přítomnosti. Pro ženu, která už prodělala potrat, je užitečné pomáhat druhým ženám, aby nedávaly své děti k adopci a nechodily na potrat. Musíme přiznat, že tyto informace ohledně interrupce v buddhismu byly pro nás zcela nové a především pak do oblasti ošetrovatelské péče velmi přínosné.

Buddhismus se dle respondentů nesnaží dávat společné normy. Obecně ale od eutanázie odrazuje. Jestliže totiž někdo poskytuje eutanázii, měl by počítat s tím, že vše bolestné, čemu se nyní umírající vyhnul, na něj čeká v jeho následujícím životě. Podle respondentů záleží na každém jedinci. Vždy by to měl rozhodnout odborník.

### *5.1.3 Diskuse k rozhovoru – soubor C*

Přesto, že pravoslavná církev vychází z církve římskokatolické, v mnoha ohledech se od ní liší. Na samém začátku respondenti hovořili o formě vyznávání své víry. Ze získaných informací vyplývá, že všichni respondenti vyznávají svoji víru především ve formě pravidelných modliteb. Četnost modliteb se u respondentů velmi lišila. Někteří se modlí nejčastěji třikrát do týdne. V našem výzkumném souboru se ale objevili i respondenti, kteří se věnují modlitbě i dvakrát denně. Jak uvádí Metropolita Kryštof (97), modlitba neznamená jen jednostranné hovoření k Bohu. Je důležité si uvědomit, že pro pravoslavného křesťana není Bůh jakási abstraktní filozofická idea, ale

že je živý a osobní. Tyto modlitby pak nejčastěji provádí v jejich církevním chrámu, v katedrále svatého Cyrila a Metoděje v Praze. Samozřejmě ale uváděli, že se může jednat o jakékoliv pravoslavný kostel v České republice, kterých je celá řada.

Na otázku, zda mají některé vnější znaky, většina respondentů uváděla, že v České republice se pravoslavní křesťané na venek neodlišují od jiných lidí, jako to může být například ve východních státech. Tam musí muži nosit dlouhé vousy a ženy do chrámu šátek. Zajímavostí pro nás bylo, že především na Ukrajině se používají modlitební šňůry s uzly, které se nazývají čotky. Dle jednoho respondenta se s nimi můžeme také tady setkat.

Pravoslavná církev uznává celou řadu svátků, které se od svátků římskokatolické církve liší především jiným datem. Řada autorů uvádí ve svých publikacích, že v pravoslaví se používá juliánský kalendář, kdy všechna data jsou posunuta o 13 dní. Respondenti však uváděli, že české pravoslavné obce používají jak juliánský, tak i gregoriánský kalendář. O tom vždy rozhodne duchovní. Domníváme se, že je to především zapříčiněno ovlivněním římskokatolické církve, která je u nás nejrozšířenější, než je tomu v jiných státech.

Pro respondenty nebylo nikterak těžké odpovědět na otázku, týkající se životních hodnot. Z jejich odpovědí vyplývá, jak silný vliv může mít na člověka jeho víra a jakou důležitou roli hraje v jeho životě. Pět respondentů uvedlo na první místo právě svého Boha a pokoru před ním.

Bubík a Fárek (72) uvádí, že jídlo zastává v mnoha náboženstvích významné místo a je mu přisuzována značná pozornost. Jídlo má kromě nutriční hodnoty i hodnotu náboženskou. To se potvrdilo, hned na začátku této oblasti. Pro respondenty je jídlo darem od Boha, se kterým by se nemělo plýtvat. Před a po každém jídle všichni respondenti pronášejí modlitby, kterými za jídlo děkují Bohu. Ještě zmínili jeden ze sedmi smrtelných hříchů - obžerství. Je tedy doporučována střídmost ve vztahu ke zdravé výživě, kterou se respondenti snaží dodržovat. Vztah našich respondentů k živočišným výrobkům koresponduje s odbornou literaturou, kdy se maso nesmí konzumovat v době půstu. Zajímavým výsledkem bylo, že mezi zakázané potraviny uváděli jídla, která se vyrábějí z krve zvířat. Zabijačková polévka nebo jelita a také by

se nemělo konzumovat maso udušených zvířat. V této souvislosti také uvedli, že tento zákaz se nemusí v dnešní době tak striktně dodržovat. Oni ho však dodržují. Novou informací pro nás bylo, že by respondenti nesnědli jídlo, které je obětováno jinému kultu. V příkladu pak uvedli hnutí Hare Krišna.

Církev obecně omezuje vášně a závislosti a doporučuje osobní kontrolu (93). To se odráží i v odpovědích našich respondentů. Pití kávy a čaje není nijak zakázané, alkohol se pije v omezené míře.

Nejdůležitější v oblasti výživy je dodržování půstu. Půst má především význam v období svátků, kdy by se měla lidská mysl soustředit na modlitbu. Tento výrok z knihy Baudišové a Podracké (101) se nám shoduje i s odpověďmi našich respondentů. Pravidla půstu se časem stala dosti komplikovaná pro člověka žijícího v běžném životě, což se odráží ve výpovědích, kdy jsou posty velmi propracované, ale důslednost jejich dodržování je velice individuální. Výše uvedené autorky dále popisují jednodenní půsty, každou středu a pátek, Velký půst, Petropavlovský a Filipovský půst. Naši respondenti se především zmiňovali o jednodenních půstech. V této době pak mohou respondenti konzumovat pouze rostlinnou stravu, což znamená žádné maso, mléčné výrobky, vejce a ani ryby, olej a víno. Tak to popisuje i odborná literatura. Jediné co bylo odlišné od odborných publikací, že v době půstu se nesmí také mořské plody. Respondent totiž uvedl, že mořské plody se smějí jíst v rámci mírných půstů. Ty se ale mohou jíst kdykoliv. Pokud se jedná o zmírnění půstu, tak jsou v některých případech dovoleny ryby, olej i víno. Během půstu by se měla omezit i konzumace alkoholu a kouření. Na tyto specifika v oblasti stravování a dodržování půstu, by se měl zdravotnický personál zaměřit při odebrání nutriční anamnézy.

O přesném významu rodiny v pravoslavné církvi se nikde nedočteme a proto jsme se dále zaměřili na tuto oblast. Z výsledků vyplývá, že církev nemá až taková určitá specifika v oblasti rodiny. Podle respondentů má každý svoji úlohu. V rodině je pak taktika a strategie v rukou muže, praktická stránka rodinného života je na ženě. Důležité jsou partnerské hodnoty, kam patří společná zodpovědnost a výchova dětí, ve které je podporováno aktivní otcovství. Rodina tak přináší svým členům zázemí, jistotu a klid. Harries a Mayr-Harting (94) popisují, že manželství je v pravoslaví vyjádřením

Boží lásky všem lidem. V manželství se muž a žena stávají jedním duchem a jedním tělem skrze Ducha Svatého. Manželství se dokonce řadí mezi svaté tajiny, které tvoří princip života církve. Význam manželského svazku se potvrdil i v našem výzkumu, kdy mimomanželský styk je brán jako hřích.

S oblastí rodiny jde v ruku v ruce oblast těhotenství a šestinedělí. Zajímalo nás, zda příslušníci pravoslavné církve mají speciální postupy v péči o těhotnou ženu. Tato radostná etapa se v životě ženy v církvi nijak neodlišuje od ostatních. Pouze je zvykem se za těhotnou ženu modlit. Dále jsou těhotné ženy zbaveny povinnosti dodržovat půst, jak to uvádí také Baudišová a Podracká (101). Důležitým zjištěním je potřeba požehnat ženě v období před porodem. S alternativními druhy porodů respondenti většinou nesouhlasí. Záleží sice na samotné ženě, ale neměl by být ohrožen život dítěte. V oblasti šestinedělí respondenti shodně uváděli, že během čtyřiceti dní po porodu nesmí žena vstoupit do kostela.

Pouze někteří respondenti se zmiňovali také o péči o děti. Podle nich nejsou až taková specifika oproti nevěřícím. Děti jsou již od mala vedeni k Bohu a víře v harmonickém prostředí. Také oblast křtu se objevila ve výpovědích dotazovaných. Udělení svátosti křtu je povinné do čtyřiceti dní po porodu. Publikace autora Metropolitů Kryštofa (97) uvádí, že se nedovoluje odkládat novorozencům udělení této svátosti po uplynutí stanovené doby, což je 40 dní. Dva respondenti proto uvedli, že pokud by v tuto dobu bylo dítě stále hospitalizováno v nemocnici, lze ho pokřtít i tam a provést to může i rodič.

Nemůžeme nezmínit používání antikoncepce v pravoslavné církvi. V této oblasti se vyskytují určité mýty, ve kterých pravoslavná církev brojí proti používání antikoncepce. Není tomu tak. Arcibiskup Simeon říká, že o antikoncepci, pokud se nejedná o zabití již počatého člověka nebo o její škodlivost nebo neškodlivost ať rozhodují lékaři, stejně jako o řešení různých rizikových stavů. Také respondenti udávali, že antikoncepce není zakázána, ale oni osobně se k ní staví negativně. Lepší je zdrženlivost v pohlavním životě. Také se domnívají, že by jí měly používat pouze manželské páry, které již nechtějí mít další potomky. Jediné na čem se všichni

respondenti zcela shodovali, je zákaz používání antikoncepce po nechráněném pohlavním styku, která má za cíl zabránit těhotenství, které již započalo.

Další oblast byla zaměřena na citlivé téma, kterým je umírání a smrt. Igumen (110) uvádí, že obřady spojené s umíráním jsou podobné jako u nemocného. Provádí se svátost pomazání nemocných, která se uděluje i v blízkosti smrti. Kněz by měl být včas zavolán, v době umírání, aby četl příslušné žalmy, modlitby a doprovázel nemocného na nelehkém přechodu mezi životem a smrtí. To je především důležité, není-li přítomna rodina. Respondenti zmiňovali i speciální obřady a význam přítomnosti kněze. Důležité je upozornit, že respondenti uvedli přání vykonat tento obřad také v nemocnici. V odpovědích se vyskytla i preference možnosti, starat se o umírajícího v domácím prostředí. Smrt je potom respondenty vnímána jako přirozená součást života, nebojí se jí. V pravoslavné církvi je zvykem pohřbívat do země. Kdo by chtěl jiný způsob, musí mít svolení místního biskupa. Zádušní bohoslužby se konají nejčastěji třetí, devátý a čtyřicátý den po smrti. V den výročí smrti se pokonají tzv. panychidy. To koresponduje také s odbornou literaturou, která popisuje Panychidu jako krátkou službu sestávající z modliteb za odpuštění hříchu zesnulého a za pokoj jeho duše na onom světě.

Pro respondenty nebylo nikterak obtížné popsat, co se jim vybaví pod slovem zdraví. Nejčastěji se shodovali, že zdraví je bráno jako dar od Boha a člověk by se měl o něho starat. Mezi způsoby ochrany zdraví pak respondenti uváděli nejčastěji konzumaci zdravé stravy, dostatečný pohyb, dodržování půstu a nekouřit. Další informace se nám shoduje také s odbornou literaturou, kdy existuje speciální modlitba pro ochranu zdraví. Dalším důležitým způsobem, jak se starat o své zdraví a předcházet nemocem, jsou preventivní prohlídky u lékaře. Na tyto prohlídky respondenti pravidelně docházejí, ale bohužel někteří z nich mají s primární péčí špatné zkušenosti. Především pak v péči o dospělé. V této souvislosti také zmiňovali rušení řady výhod ze strany zdravotních pojišťoven. Na dostupnost zdravotní péče pohlíží někteří respondenti pozitivně. Zajímavým zjištěním bylo, že část respondentů vidí v dostupnosti zdravotní péče problémy, které se týkají především cizinců žijících na našem území. Podle jejich názoru není pro cizince zdravotní péče moc dostupná. Jeden respondent dokonce mluvil o xenofobii.

Metropolita Kryštof (109) ve své publikaci uvádí, že všechny nemoci mají svůj původ v hříšné lidské přirozenosti. Nemocný se spoluúčastní při přijetí svátosti pomazání nemocných. Pomazání olejem je svátost uzdravení. Na začátku se uděluje milost, která nemocného duševně posiluje, ulevuje od bolestí a také uzdravuje. Duchovní nepřístupují k lůžku nemocného, aby zastupovali medicínu, ale aby uvedli nemocného do světa lásky a života Ježíše Krista. Také naši respondenti uváděli nemoc, jako určitý trest. O nemocného se pak všichni starají nejlépe v domácím prostředí. Je také možné za nemocného konat hromadné bohoslužby, a to například při Velké Ektenii. Z našich respondentů ale nikdo není vážně nemocen. Pokud by ale museli užívat pravidelně léky, v tu chvíli nastává problém a to v době svatého přijímání. V tuto dobu je povinný půst, kdy se nesmí nic jíst ani pít. Také s tímto mají respondenti zkušenosti. Vždy si museli čas na braní léků upravit, aby mohli lačnit. U respondentů se pak v rodině nejvíce objevuje Diabetes mellitus, onkologická onemocnění a zvýšený krevní tlak. Jedním z nejčastějších příznaků nemoci bývá bolest. Proto další otázky směřovali tímto směrem. Nejčastěji se vyskytovala léčba bolesti pomocí analgetik. Ve svých odpovědích také uváděli možnost alternativní medicíny, kterou na bolest využívá jeden respondent ve formě masí. V otázce alternativní medicíny se všichni respondenti shodovali. Tento způsob léčení využívá většina. Musí ale dávat pozor, aby se nejednalo například o šarlatánství.

Jedna z nejdůležitějších částí našeho výzkumu byla oblast hospitalizace. Kromě třech respondentů byli všichni již alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Stejně jako vyznavači islámu a buddhismu Diamantové cesty, se i příslušníci pravoslavné církve setkali s necitlivým přístupem ze strany ošetřujícího personálu. Nejvíce se setkávali s nerespektováním osobnosti člověka a jeho víry. Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že v ošetřovatelství, jehož filozofií je holismus, je nutný takový přístup k pacientům, který bude respektovat člověka v jeho komplexnosti, kam bezesporu patří i jeho náboženské vyznání. To pak platí zvláště u sester, které jsou v nejbližším kontaktu s pacientem a mohou tak nejlépe pozitivně ovlivňovat oblast pacientových potřeb. Nebylo pro nás překvapujícím zjištěním, že většina respondentů uvedla přání, aby zdravotnický personál znal jejich specifika a respektoval je.

Podle jejich názoru to pomůže k lepšímu pochopení. Neznamená to ale, aby zdravotnický personál znal všechny specifika každého náboženství. Nejdůležitější je citlivý přístup. Jak uvádí Andrews a Boyle (2), náboženství se promítá do chování a prožívání každého člověka. Pro vnitřní prožívání má velký význam jeho individuální vztah k vyznávání víry. Je proto samozřejmé, že pacienti žádají uspokojování i těchto potřeb, na které se v řadě případů zcela zapomíná. Od zdravotnického personálu se vyžaduje zabezpečení spokojenosti pacienta a jeho rodiny i v oblasti víry.

Další oblast se věnovala dodržováním zvyků a rituálů během hospitalizace. Všichni respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni, aplikovali prvky své víry také v nemocnici. Bohužel právě v této oblasti se vyskytovalo nejvíce komplikací. Pro všechny respondenty je velmi důležité provádět pravidelnou modlitbu, na kterou je ale zapotřebí dostatek klidu a ticha. Jeden respondent uvedl, že měl tu možnost navštívit při hospitalizaci univerzální modlitebnu pro více náboženství. To mu moc ulehčilo pobyt v nemocničním zařízení. Jak sám uvedl, všude to ale možné není. Většině respondentů právě takové to místo v nemocnicích chybí. Domníváme se, že počet těchto míst pro uspokojování spirituálních potřeb bude nadále stoupat, jelikož nemocnice, které chtějí být akreditovány podle „Mezinárodních nemocničních akreditačních standardů“ stanovených Joint Commission International (111), musí službu uspokojování spirituálních potřeb pacientům zajistit. K tomuto účelu je vypracován postup zajišťování duchovních či spirituálních potřeb, který musí být dodržován. V nemocnici má být zaveden postup, který umožňuje uspokojit požadavky pacientů a jejich blízkých, vyplývající z jejich náboženského přesvědčení. Nově je zde doplněno právo pacienta na zajištění duchovní služby v případě náboženství, které není v dané zemi obvyklé. Jak můžeme vyčíst z odpovědí jednoho respondenta, i přesto, že nemocnice měla kapli k tomuto účelu, zdravotnický personál neumožnil ležícímu pacientovi ji navštívit.

Dále respondenti uvedli přání mít možnost přítomnosti duchovního na oddělení. Tato služba respondentům chybí. Především pokud jsou dlouhodobě hospitalizováni. Jak uvádí Kalvínková (112), uspokojování spirituálních potřeb pacientů je v českém zdravotnictví velmi rozdílné. V některých nemocnicích funguje odborný pracovník

čtyřicet hodin denně, jinde kaplana vůbec nevidíte. Umožnění přístupu nemocničního kaplana záleží nejenom na vedení nemocnice, ale i na samotném vedení daného oddělení. Přitom podle statistik zpracovaných v letech 2008-2009 v časopise Praktický lékař, zájem o tuto službu ze strany pacientů, jejich rodiny, i zdravotnického personálu stoupá. Zajímavý byl názor jednoho respondenta, který uvedl, že by bylo přínosné udělat duchovní vizitu, která by mohla nevtíravým přístupem oslovit spoustu pacientů. Zarážejícím pro nás bylo zjištění, že jeden respondent se setkal s tím, že k jeho známému nechtěli pustit pravoslavného kněze.

Všichni se zmínili i o tom, že se snaží zachovávat svoje rituály během hospitalizace, v podobě dodržování půstu. Trochu jsme předpokládali, že v této oblasti budou mít respondenti nějaké problémy. Největším z nich pak u jednoho respondenta bylo nepochopení ze strany zdravotnického personálu, jak moc to pro něho znamená. Respondenti také uvedli přání vařit v nemocnicích postně. Domníváme se, že by na začátku stačilo více respektu k tomuto specifiku a pokud to jen trochu zdravotní stav pacienta dovolí, umožnit mu se postit.

Jak uvádí Self (60), velikou roli při modlitbě hrají v pravoslavné církvi ikony. Ty naplňují každý pravoslavný chrám a mají místo v obydlí každého pravoslavného křesťana. Tento význam je patrný i u našich respondentů. Jeden z nich je měl sebou i v nemocnici. Následně se ho každý vyptával, na co to má a proč to tu musí mít. Působilo to na respondenta negativně. S něčím podobným se setkal také jiný respondent, jednalo se o bibli. Jak je patrné, všechny komplikace spojené s vírou během hospitalizace jsou do velké míry způsobeny nedostatečnou informovaností zdravotnického personálu o jejich náboženství.

Další oblast popisovala požadavky na nemocniční prostředí. Jako první uváděli respondenti nejvyšší možný počet nemocných na společném pokoji. I přesto, že byli respondenti, kteří neupřednostňovali jednolůžkový pokoj, většina z nich by si přála být na pokoji sama. Mezi požadavky na nemocniční pokoj se nejvíce objevoval klid, čistota na pokoji a možné zástěny mezi pacienty. S projevy víry svých spolupacientů by respondenti problém neměli, až na dva z nich. Ti uvedli, že neví, zda by jim nevadili



muslimové. To bylo pro nás docela šokující zjištění. Je vidět, že mýty nepravdy o různých náboženstvích se mohou projevat i tímto způsobem.

Respondenti také hovořili o tom, že se jich při přijetí nikdo nezeptal, na jejich víru a požadavky s tím spojené. Kalvínská (105) uvádí, že v mnoha zemích na celém světě je péče o spirituální potřeby pacienta samozřejmostí. Zdravotnický personál se v rámci anamnézy pacienta ptá na oblast víry. Některá zdravotnická zařízení u nás už s podobnou otázkou pracují. Na rozpacích však při jejich kladení bývá nejen pacient, ale i zdravotník sám. Nabízení spirituální péče vyžaduje určitý stupeň taktu a dovednosti. Proto je nutné soustavně seznamovat zdravotnický personál i s touto možností pomoci a s vhodnými způsoby k jejímu uskutečňování. Důležité je také zmínit údaje v publikaci Špačka (113), který popisuje odebírání spirituální anamnézy ve světě. To se uskutečňuje nejčastěji pomocí návodů FICA a HOPE. Ten první dotazník vypracovala Christina Puchalski a písmena v této zkratce jsou iniciálami názvů čtyř oblastí, na které by se měl zdravotník při odebírání anamnézy zaměřit (F-víra či náboženské přesvědčení, I-důležitost v životě pacienta, C-zasazení v nějakém společenství, A-využití spirituality v péči). Dotazník HOPE začíná na obecnější rovině, kdy H znamená naděje, O je význam organizovaného náboženství, P je osobní spiritualita a její praktikování a E je dopad spirituality na zdravotní péči.

Dalším problémem ve zdravotnických zařízeních je informovanost pacientů o jejich právech. V našem souboru pouze jeden respondent nebyl s nimi seznámen a nezná je. Domníváme se, že je potřebné od personálu seznámit pacienty s jejich právy.

U zdravotnického personálu by respondentům nejvíce vadilo neslušné chování, nerespektování jejich víry a nezachování intimity. Podle respondentů v mnoha případech porušují etický kodex, jsou neprofesionální a nerespektují jejich požadavky ohledně víry.

Poslední oblast se zaměřila na odmítání léčebných a diagnostických výkonů. S transplantací orgánů a s přijímáním transfúzních přípravků pravoslavná církev souhlasí. Dokonce je to bráno jako pomoc druhým.

Jak uvádí arcibiskup Simeon (114), pravoslavná církev se staví odmítavě k interrupci a nazývá ji vraždou, neboť by se mělo jednat o záchranu zbytečně

utracených životů. Je důležité dát každému zdravému plodu šanci na život a jeho zabití brát jako zabití člověka. Pochopitelně také respondenti se staví k interrupci negativně. Výjimku tvoří ohrožení života matky, vážná vada plodu nebo znásilnění.

Také k eutanázii se církev staví odmítavě, stejně jako naši respondenti. Eutanázie ignoruje přikázání „nezabiješ“, neboť smrt spadá plně do kompetence Boha. Jednalo by se o smrtelný hřích. Je potřeba doporučit nemocnému, aby se odevzdal do vedení Vyšší vůle. Motivem je ulehčení strádání nemocného a předpokládané zlepšení jeho stavu s vyléčením. Pocit blízkosti Boha je možno získat svátostí zpovědi a poskytnutí prostoru pro nemocného (115).

## **5.2 Diskuse k výsledkům dotazníkového šetření**

První otázky v dotazníku byly identifikační a týkaly se věku (viz graf 1), délky praxe (viz graf 2) a vzdělání (viz graf 3). Nečastější věková hranice respondentů byla 21 – 30 let (33,27%) a za ní následovala kategorie 31 – 40 let (29,03%). Toto zjištění je dáno tím, že sestry v mladším věku jsou na odděleních zastoupeny v daleko větším počtu a především jsou více otevřeny ke spolupráci na těchto typech výzkumů než sestry ve vyšším věku. Většina respondentů (51,5%) měla nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Na stejném místě pak bylo zastoupeno vysokoškolské vzdělání (17,9%) a specializační vzdělání (17,9%). Tento výsledek nebyl až takovým překvapením. V současné době je kvalifikační vzdělávání sester přesunuto na vysoké školy a větší část absolventů středních škol se hlásí na bakalářské studijní obory. Sestry s delší praxí a pouze se středoškolským vzděláním se na vysoké školy většinou nehlásí. Důvodem může být například obava z náročnosti studia.

Otázka, která následovala za identifikačními údaji, byla otevřená a respondenti měli možnost vyjádření, co si představí pod pojmem multikulturní ošetřovatelství. Z jednotlivých odpovědí (N=398) pak bylo sestaveno pět kategorií (viz graf 4), které shrnovaly odpovědi v dotazníku. Nejvíce se objevovaly odpovědi (38,7%), které v sobě obsahovaly tvrzení, že se jedná o ošetřovatelskou péči, která je poskytována pacientům odlišného náboženského vyznání. Další odpovědi (15,8%) vyjadřovaly multikulturní ošetřovatelství jako péči o pacienty z odlišných kultur. Také poukázání na respektování

kulturních rozdílů v ošetrovatelské péči se ve výpovědích objevovala (10,6%). 8,3% respondentů si pak pod pojmem multikulturní ošetrovatelství představilo poskytování péče o cizince. Pokud se podrobněji zamyslíme nad odpověďmi respondentů, zjistíme, že všichni tento pojem znají, akorát každý v jiné rovině úhlu. Definice multikulturního ošetrovatelství je ve skutečnosti daleko rozsáhlejší a skládá se ze všech částí, které respondenti uváděli. Pokud bychom oddělili slovo multikulturní a ošetrovatelství, tak multikulturní znamená seskupení kultur, které stojí vedle sebe, ale jsou od sebe izolované (73). Dokonce i tato informace se v odpovědích objevovala (11,8%).

Další otázky měly orientační charakter a neměly přímou souvislost se žádnou z hypotéz. I tak ale přikládáme k odpovědím velký význam, jelikož do jisté míry pomohly odpovědět na další hypotézy. V rámci výzkumu bylo v souvislosti s multikulturním ošetrovatelstvím zjišťováno, zda se sestry s tímto fenoménem někdy setkaly (viz tabulka 32). Polovina dotazovaných sester (56,99%) ze sledovaných nemocnic Jihočeského kraje uvedla, že se již s multikulturním ošetrovatelstvím setkala. Rozdílné byly zjištěny poznatky nebo zkušenosti s multikulturním ošetrovatelstvím v souvislosti se vzděláním. Analýza pomocí chí-kvadrát testu ( $p\text{-value}<0,001$ ) ukázala, že se častěji s multikulturním ošetrovatelstvím setkaly sestry s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním (viz tabulka 42). Toto zjištění nebylo pro nás až tak překvapivé, jelikož předmět multikulturního ošetrovatelství je v dnešní době vnesen do studijních plánů nelékařského zdravotnického personálu na vysokých školách a postupně se začíná objevovat už i na základních školách. Další statisticky významný vztah se prokázal v souvislosti s délkou praxe a věkem. Častěji se s touto problematikou setkali respondenti s nejkratší praxí, a to do 5 let (viz tabulka 40) a věkem do 30 let (viz tabulka 44,  $p\text{-value}<0,001$ ).

Sestry, které uvedly, že se s multikulturním ošetrovatelstvím již setkaly, byly dále dotázány, kde se tak stalo (viz graf 5). Otázka byla filtrovaná ( $N=322$ ) a byla formulována jako polootevřená s nabídkou možných odpovědí případně s možností vyjádřit se vlastními slovy. Nejčastěji tomu bylo právě v průběhu studia (62,1%). V případě zaměstnání (37,3%) jde pravděpodobně o osobní zkušenost při ošetrování pacienta z odlišné kultury. Nejméně pak respondenti uváděli kurz (11,2%). Zvláštní

pozornost byla v rámci výzkumu věnovaná vzdělávání a jeho významu pro informovanost sester o multikulturním ošetřovatelství. Z hlediska zastoupení problematiky multikulturního ošetřovatelství v procesu vzdělávání jsou sestry rozděleny zhruba na dvě stejně veliké části (viz tabulka 33), 45,31% sester uvedlo, že se s touto problematikou setkalo a 46,19% uvedlo, že tato problematika nebyla v průběhu jejich vzdělávání zastoupena. Silná je souvislost této problematiky s délkou praxe (viz tabulka 41). Sestry s nejkratší praxí (do 5 let) významně častěji uváděly, že se s problematikou multikulturního ošetřovatelství v průběhu svého vzdělávání setkaly ( $p\text{-value} < 0,001$ ). Významně častěji se s touto problematikou setkaly sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním (viz tabulka 43) a sestry s nižším věkem, nejvíce mezi 21-30 lety (viz tabulka 45).

Další oblastí, související s dosavadními zkušenostmi sester s problematikou multikulturního ošetřovatelství, se týkala faktu, zda ošetřovatelská dokumentace na oddělení, na kterém sestra pracuje, zohledňuje kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči. S tezí, že ošetřovatelská dokumentace na oddělení zohledňuje kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči, vyjádřilo částečný nebo úplný souhlas 30,97% dotázaných sester. 30,80% uvedlo, že neví, zda tuto formu péče ošetřovatelská dokumentace na jejich oddělení zohledňuje (viz tabulka 34). Tento výsledek je velmi překvapující, jelikož na začátku výzkumu více jak polovina sester uvedla, že se již s multikulturním ošetřovatelstvím setkala. Nyní celých 30 % sester jednak souhlasí s tvrzením, že ošetřovatelská dokumentace tuto problematiku zohledňuje a dalších 30% sester nedokáže odpovědět. Domníváme se, že toto označily sestry, které neodpověděly na otevřenou otázku v souvislosti s pojmem multikulturní ošetřovatelství a také sestry, které napsaly neví. Víme totiž, že současná ošetřovatelská dokumentace nezohledňuje tuto problematiku. Naše domněnky jsou patrné i z výsledku, že se jednotlivé odpovědi liší dle vzdělání sester. S tezí více nesouhlasily sestry s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním a sestry se specializačním a středoškolským vzděláním více volily odpověď „neví“ (viz tabulka 47). Tento výsledek jsme předpokládali. Překvapujícím ovšem pro nás bylo, že žádná statisticky významná závislost nebyla potvrzena v souvislosti s délkou praxe (viz tabulka 46,  $p\text{-value} < 0,054$ ). Tímto *hypotéza 1 „Názor sester, zda*

*ošetřovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči, se liší podle délky praxe“ nebyla potvrzena.*

V rámci této problematiky bylo ve výzkumu zjišťováno, nakolik jsou sestry informovány o specifikách některých náboženských minorit z hlediska poskytování ošetřovatelské péče. K tomu, aby ošetřující personál mohl poskytovat kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči, musí mít alespoň nějaké poznatky o dané kultuře nebo náboženství (19). Předmětem výzkumu byla informovanost o specifikách v oblastech ošetřovatelské péče u příslušníků třech nejrozšířenějších náboženství na světě. Jednalo se o vyznavače islámu, buddhisty Diamantové cesty a příslušníky pravoslavné církve. Islám je v současné době nejrychleji rostoucím světovým náboženstvím. Je také jedním z mála náboženství, která by byla charakteristická takovou řadou zákazů a povinností pro jejich příslušníky, které se velmi promítají i do oblasti ošetřovatelské péče (59). Překvapujícím zjištěním byl pro nás fakt, že 61,95% odpovědělo, že zná oblasti ošetřovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu svoje specifika (viz tabulka 35). Nejvíce pak odpovídaly sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (viz tabulka 49) a sestry s kratší praxí, do 5 let (viz tabulka 48). S přibývajícím délkou praxe tato informovanost klesá, především pak od 16 let a více. Na základě výše uvedených výsledků *hypotéza 3 „Znalost sester o oblastech ošetřovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu specifika, se liší podle vzdělání“ byla potvrzena.* Sestry byly dále dotázány, ve kterých oblastech ošetřovatelské péče se tato specifika objevují (viz graf 6). Otázka byla filtrovaná (N=350) a byla položena jako polootevřená s nabídkou 6 oblastí a s možností zvolit oblast jinou a vlastními slovy ji popsat. Jídlo je v islámu přikládána velmi vysoká důležitost stejně tak i modlitbám, které patří mezi každodenní rituály všech muslimů. Překvapujícím a zároveň pozitivním zjištěním bylo, že sestry nejčastěji označovaly právě oblast modliteb (84,9%) a stravování (80,9%). Muslimové mají vysoké standardy osobní hygieny, neboť islám klade veliký důraz na fyzickou a duchovní čistotu (62). Oblast hygieny byla označena 70,0% sester. Nejméně pak byla označována oblast komunikace 44,9%, což bylo velmi negativním zjištěním. Dalším nepříliš pozitivním zjištěním bylo, že pouze necelé procento sester označilo možnost jiné, kde se objevily odpovědi jako intimita, almužna, oblečení a že ženu

ošetřuje pouze žena. Sice jen v nepatrném množství byly tyto další oblasti sestrami zmíněny, za to ale velmi správně, jelikož především intimita hraje významnou úlohu v islámu a dost často je v oblasti poskytování ošetrovatelské péče opomíjena.

Dalším náboženstvím byl buddhismus Diamantové cesty. Buddhismus je čtvrté nejrozšířenější náboženství na světě a Diamantová cesta je pak třetí a nejmladší směr buddhismu. Ujala se v Tibetu a ke vzniku vedla reakce na strnulost klášterního života s určitou potřebou autenticity a prožitku. V rámci toho se buddhistické hnutí vymanilo z úplné závislosti na mnišské obci a klášterních střediscích. Cílem Diamantové cesty je během jediného života pomocí meditačních cvičení přetvořit tělo, mluvu a mysl v plně osvětlený stav uprostřed moderní společnosti (79). Přesto také v tomto náboženství existuje řada specifík, které je důležité znát právě pro poskytování kulturně individualizované ošetrovatelské péče. Velmi překvapujícím a negativním zjištěním byl pro nás fakt, že pouze 38,05% sester odpověděly, že znají oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači tohoto náboženství specifika (viz tabulka 36). Domníváme se, že důvodem může být například to, že se místo obecného buddhismu objevil v otázce přímo jeden ze směrů buddhismu, a to Diamantová cesta. Další výsledky přinesly zjištění, že informovanost sester klesá s přibývajícím praxí, a to 16 let a více (viz tabulka 50). Výrazně větší informovanost uvádějí sestry, které absolvovaly vyšší odbornou nebo vysokou školu (viz tabulka 51). Na základě výše uvedených výsledků ***hypotéza 4 „Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty specifika, se liší podle vzdělání“ byla potvrzena.***

Podobně jako v případě islámu, i u buddhismu Diamantové cesty bylo zjišťováno, v jakých oblastech ošetrovatelské péče vidí sestry největší specifika. Ať už se jedná o jakýkoliv směr buddhismu, všechny mají jedno společné, a to mravní zásady. Mravnost zahrnuje „vystříhání se zlého, konání dobra“. Bez mravní kázně nelze žít svatý život. Většina laických buddhistů staví do středu svých životů pět následujících předpisů: neublížovat žádným živým bytostem, nebrat, cos nedostal, vystříhat se cizoložství, neříkat nepravdu a nepřijímat nic, co zamlžuje nebo opájí mysl, např. drogy a alkohol (80). Největší specifika ošetrovatelské péče o budhisty spatřuje 84,2% sester právě v jejich mravních zásadách. Další v pořadí označovaly meditaci 78,1%, kdy právě

na meditaci se v buddhismu Diamantové cesty klade největší důraz. Také jídlo zastává v buddhismu významné místo a oblast stravování byla označena ve 62,3%. Zajímavým zjištěním pak bylo, že specifika ve smrti spatřuje pouze 36,7% sester, kdy otázka reinkarnace je v buddhismu velice známá (viz graf 7).

Posledním náboženstvím, na které byly sestry v rámci výzkumu dotazovány, byla pravoslavná církev. Křesťanství je nejvíce rozšířené náboženství na světě. K největším skupinám patří římskokatolická, protestantská a pravoslavná církev. Pravoslavná církev (ortodoxní církev) je církev složená z vícero územních církví, které dohromady tvoří pravoslavné společenství. Vyznavači pravoslavné církve jsou především obyvatelé Řecka, Ruska a dalších slovanských zemí (např. Ukrajina). Pravoslaví uznává jako římskokatolická církev sedm svátostí, které označuje jako svaté tajiny. Ty tvoří nejvnitřnější princip života církve a promítají se do všech oblastí života věřícího (94). Z analýzy vyplývá, že o specifikách ošetrovatelské péče o příslušníky pravoslavné církve je informováno pouze 42,31% sester (viz tabulka 37). Možná je to i tím, že v České republice je daleko více rozšířená katolická církev, než je tomu ve východních státech. Další výsledky ukázaly, že i tady platí, čím kratší je doba praxe sester, tím je informovanost o tomto náboženství větší (viz tabulka 52). Statisticky významný je rovněž vliv vzdělání (viz tabulka 53,  $p\text{-value} < 0,001$ ), jako tomu bylo u předchozích náboženství. Na základě výše uvedených výsledků ***hypotéza 5 „Znalost sester o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve specifika, se liší podle vzdělání“ byla potvrzena.***

Stejně jako v předchozích případech, i u pravoslavné církve bylo zjišťováno, v jakých oblastech ošetrovatelské péče vidí sestry specifika (viz graf 8). Jednoznačně nejčastěji označovaly sestry oblast modlitby 85,4%. Modlitba hraje v životě křesťana významnou roli. Každý věřící se modlí několikrát denně a není to jen jednostranné mluvení k Bohu. Modlitba roste s vědomím, že Bůh není jakási abstraktní filozofická idea, ale že je Bohem živým a osobním. K získání soustředěnosti potřebné pro opravdovou modlitbu musí mít člověk značnou sebevládu. Praxe ukazuje jako výtečnou školu sebeovládání umírněný půst. Právě stravování (přesněji půst) je další oblastí, ve kterých má pravoslavná církev svoje specifika. Stravování pak bylo druhou nejčastěji

označovanou oblastí 83,3%. Jiné oblasti byly označovány významně méně, jednalo se o interrupci 51,1%, těhotenství 38,1% a umírání 37,2%. Tyto výsledky byly pro nás velmi překvapujícím, neboť především v otázkách interrupce je pravoslavná církev známa svými negativními postoji právě k této problematice.

Poslední oblastí, která byla v rámci problematiky multikulturního ošetrovatelství sledována, byla skutečnost, zda sestry považují za důležité mít oblast multikulturního ošetrovatelství zastoupenou v ošetrovatelské dokumentaci a zda mají zájem o vzdělávací kurz v této problematice. Na důležitost, kterou přikládají zastoupení multikulturního ošetrovatelství v ošetrovatelské dokumentaci, byly sestry dotázány prostřednictvím projektivní otázky. Byla jim dána k posouzení teze následujícího znění: *„Považuji za důležité mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím“*. Stanovisko k této tezi vyjadřovaly sestry prostřednictvím standardní pětistupňové škály (viz tabulka 38). Pro 54,34 % sester je důležité, aby byla problematika zastoupena v ošetrovatelské dokumentaci, pouze 14,69% to nepovažuje za důležité a zbývajících 30,44% nemá v této otázce jasno. Na tuto skutečnost kladou především důraz sestry s kratší praxí (do 10 let, viz tabulka 54) a zejména pak sestry s vyšším než středoškolským vzděláním, což je pro nás pozitivní zjištění (viz tabulka 55). Platí tedy, že většina sester ze sledovaných nemocnic považuje za důležité, aby v ošetrovatelské dokumentaci byla zastoupena oblast zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím. Tím **hypotéza 2 „Důležitost mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání sester“ byla potvrzena.**

Poslední otázka, která byla v souvislosti s multikulturním ošetrovatelstvím položena, se týkala zájmu sester o vzdělávání v této oblasti. Otázka byla opět formulována projektivně jako teze, k níž sestry zaujímaly stanovisko prostřednictvím standardní pětistupňové škály (viz tabulka 39). Zájem o vzdělávací kurz z problematiky multikulturního ošetrovatelství projevilo 63,19% dotázaných sester, což je velmi pozitivní zjištění. Platí, že zájem je větší u sester s kratší praxí, s přibývajícím roky praxe klesá (viz tabulka 56). Na základě výše uvedených výsledků **hypotéza 7 „Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle délky**



*praxe“ byla potvrzena.* Statisticky významný vztah se podařilo prokázat i v souvislosti se vzděláním. Z počtu četností odpovědí je zřejmé, že zájem o kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství je vyšší u sester s vyšším než středoškolským vzděláním (viz tabulka 57). Tímto *hypotéza 8 „Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle vzdělání“ byla potvrzena.* Na základě provedeného chí-kvadrát testu se ale nepodařil prokázat vztah v souvislosti s věkem (viz tabulka 58,  $p\text{-value} < 0,313$ ). Tímto *hypotéza 6 „Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetrovatelství se liší podle věku“ nebyla potvrzena.*

## 6. Závěr

Výzkum této disertační práce byl zaměřen na respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit. Jedním z cílů bylo zpracovat specifika v ošetřování příslušníků vybraných náboženských minorit v ČR. Této části výzkumu se zúčastnili vyznavači islámu, buddhismu Diamantové cesty a příslušníci pravoslavné církve. Ke splnění cíle byla využita kvalitativní metoda výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Cíl byl splněn. K tomuto cíli bylo položeno pět výzkumných otázek. Na základě zjištěných výsledků se nám podařilo všech pět výzkumných otázek zodpovědět.

Dalším cílem výzkumu bylo zmapovat zkušenosti sester s multikulturním ošetřovatelstvím a informovanost sester o oblastech ošetřovatelské péče u vybraných náboženských minorit v ČR. Této části výzkumu se zúčastnily sestry ze všech nemocnic Jihočeského kraje. V této části práce byla využita kvantitativní metoda výzkumu formou dotazníku. Cíle byly splněny. K těmto cílům byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Názor sester, zda ošetřovatelská dokumentace zohledňuje kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči, se liší podle délky praxe. Hypotéza nebyla potvrzena.

H2: Důležitost mít v ošetřovatelské dokumentaci oblast multikulturního ošetřovatelství se liší podle vzdělání sester. Hypotéza byla potvrzena.

H3: Znalost sester o oblastech ošetřovatelské péče, ve kterých mají vyznavači islámu specifika, se liší podle vzdělání. Hypotéza byla potvrzena.

H4: Znalost sester o oblastech ošetřovatelské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty specifika, se liší podle vzdělání. Hypotéza byla potvrzena.

H5: Znalost sester o oblastech ošetřovatelské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve specifika, se liší podle vzdělání. Hypotéza byla potvrzena.

H6: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetřovatelství se liší podle věku. Hypotéza nebyla potvrzena.

H7: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetřovatelství se liší podle délky praxe. Hypotéza byla potvrzena.

H8: Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti multikulturního ošetřovatelství se liší podle vzdělání. Hypotéza byla potvrzena.

Hloubkové rozhovory, které jsme provedli se všemi respondenty odlišného náboženského vyznání, poukázaly jednak na přednosti, ale bohužel také na nedostatky, při poskytování ošetrovatelské péče příslušníkům různého náboženského vyznání. Právě oblast hospitalizace byla jedna z klíčových témat celého rozhovoru. Bohužel většina respondentů měla s pobytem v nemocničním prostředí špatné zkušenosti. Ve všech případech pak byly zapříčiněny jejich náboženským vyznáním. Z rozhovorů dále vyplynula řada nových informací, nezbytných pro poskytování ohleduplné ošetrovatelské péče. Tato důležitá zjištění vyplynula z rozhovorů u každé minority, ať už se jednalo o oblast stravování, hygieny, umírání nebo v odmítání léčebných výkonů.

Druhá část výzkumu poukázala na zkušenosti sester s multikulturním ošetrovatelstvím a na jejich znalosti o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých mají příslušníci vybraných náboženských minorit svá specifika. I přesto, že většina sester se již s multikulturním ošetrovatelstvím setkala, oblasti specifik v ošetrovatelské péči u vybraných náboženství stále ještě zcela neznají. Z výsledků je ale patrné, že větší přehled o těchto oblastech mají sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Můžeme tedy říci, že se stále více multikulturní ošetrovatelství dostává do podvědomí právě poskytovatelům ošetrovatelské péče, což bude mít v budoucnosti jistě pozitivní vliv na uspokojování potřeb v souvislosti s vírou každého pacienta.

Na základě výsledků výzkumu, který přinesl určité nedostatky v informovanosti sester o vybraných náboženských minoritách, byl připraven informační materiál určený právě sestřím (viz příloha 4). V něm jsou stručně popsány jednotlivé vybrané náboženské minority žijící na území České republiky a jejich specifika v oblasti poskytování kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče. Tento materiál by měl sestřím poskytnout základní informace o daném náboženství a především nastínit potřeby a přání v době hospitalizace, které se mohou vyskytnout u pacienta/příslušníka z dané náboženské minority. Tyto výsledky budou také součástí monografie, která bude výstupem z již dokončeného výzkumného grantového projektu s názvem „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách ČR“.

Dále byly vytvořeny standardy ošetrovatelské péče ke každé vybrané náboženské minoritě, kde jsou přiloženy schémata ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o jednotlivé minority (viz příloha 5).

Jak již bylo uvedeno, část kvantitativního výzkumu probíhala v souvislosti s řešením výzkumného grantového projektu zaměřeného na ošetrovatelskou dokumentaci. Jedna z fází výzkumu analyzovala ošetrovatelskou dokumentaci ve všech nemocnicích Jihočeského kraje. Bylo zjištěno, že se ve většině nemocnic oblast multikulturního ošetrovatelství v dokumentaci vůbec nevyskytuje. Na základě výsledků byla vytvořena ošetrovatelská anamnéza, která obsahuje potřeby v oblasti víry (viz příloha 6). Zdravotnický personál pak bude moci vyčíst, na jaké další specifické potřeby se při poskytování ošetrovatelské péče zaměřit.

Také proběhla příprava materiálu k akreditaci vzdělávacího kurzu, který je zaměřen na oblast multikulturního ošetrovatelství a na vybrané náboženské minority (viz příloha 7).

Zdravotnický personál, a to pak především sestry, nemusí mít teologické vzdělání, ale přesto můžou účinně pomáhat lidem v duchovní rovině. Je důležité umět naslouchat nemocnému a nechat jej hovořit o věcech, které jen zdánlivě nesouvisí s nemocí. Neměly by zapomínat dbát o uchování lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k osobnosti každého pacienta, ať už se projevuje v jakékoliv podobě. Víra je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a je jednou ze základních potřeb nemocného člověka.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. MAIER-LORENTZ, M. M. Transcultural nursing: It is importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*. 2008, **15**(1), 37-43. ISSN 1071-5568.
2. ANDREWS, M. M. a J. S. BOYLE. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN-13: 978-0-7817-9037-6.
3. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
4. LOCSIN, R. C. Culture-centrism and holistic care in nursing Practice. *Holistic Nursing practice*. 2001, **15**(4), 1-3. ISSN 0887-9311.
5. LEININGER, M. M. a M. R. McFARLAND. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York: The MC-Graw-Hill Companies, 2002. ISBN 0-07-135397-6.
6. TÓTHOVÁ, V. et al. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 2009. **6**(2), 282-291. ISSN 1212-4117.
7. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
8. GUSTAFSON, D. L. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*. 2005, **28**(1), 2-16. ISSN 1550-501.
9. LEININGER, M. M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural Nursing*. 2002, **13**, 189-192. ISSN 1552-7832.
10. LEININGER, M. M. a M. R. McFARLAND. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2006. ISBN 978-0-7637-3437-4.
11. LÍŠKOVÁ, M. et al. *Základy multikulturného ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.

12. ABRAHAM, U. Péče v multikulturní společnosti: interkulturní kompetence a kulturně citlivá péče v SRN. *Florence*. 2007, **3**(9), 367. ISSN 1801-464X.
13. EDWARDS, T. *Cultural Theory: Classical and Contemporary Positions*. London: SAGE, 2007. ISBN 978-0-7619-4862-9.
14. NARAYAN, M. C. Six steps toward cultural competency: A clinician's guide. *Home Health Care Management and Practice*. 2001, **14**(1), 40-48. ISSN 1552-673.
15. RUNDLE, A., M. CARVALHO a M. ROBINSON. *Cultural Competence in Health Care: A Practical Guide*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. ISBN 978-0-7879-6221-0.
16. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II: komunikace - etika - člověk, jeho motivace a potřeby - paliativní péče - transkulturní ošetrovatelství - výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
17. TÓTHOVÁ, V. et al. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.
18. PAPADOPOULOS, I. *Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 0-443-10131-1.
19. SAGAR, P. *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer Publishing Company, 2011. ISBN 978-0826107480.
20. CAMPHINA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002, **13**(3), 181-184. ISSN 1552-7832.
21. CAMPHINA-BACOTE, J. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services*. Transcultural C.A.R.E. Associates, 2003. ISBN 09-7415-820-8.
22. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

23. URÍČKOVÁ, A. Josepha Camphina-Bacote: model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. 2010, **20**(4), 18-19. ISSN 1210-0404.
24. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
25. ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.
26. GIGER, J. N. a R. E. DAVIDHIZAR. *Transcultural nursing: Assessment and Intervention*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2007. ISBN 978-0-323-04811-8.
27. GIGER, J. N. a R. E. DAVIDHIZAR. *Transcultural nursing*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. ISBN 978-0-3230-2295-8.
28. PURNEL, L. The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002, **13**(3), 193-196. ISSN 1552-7832.
29. BURNARD, P. a P. GILL. *Culture, Communication & Nursing: A Multicultural Guide*. Edinburgh: Pearson Education, 2009. ISBN 978-0-1323-2892-0.
30. CIOFFI, R. N. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurse's experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 2003, **40**(3), 299-306. ISSN 0020-7489.
31. MUNOZ, C. a J. LUCKMAN. *Transcultural communication in nursing*. New York: Delmar Learning, 2005. ISBN 978-0-7668-4877-1.
32. CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Cultural diversitu-changes and challenges. *The Canadian Nurse*. 2003, **96**, 1-5. ISSN 0008-4581.
33. KUTNOHORSKÁ, J. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. *Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. 2004, **6**(3-4), 98-101. ISSN 1212-723X.
34. HEJNA, D. *Náboženství a společnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2427-0.
35. PARTRIDGE, CH. ed. *The New Lion Handbook: The World's Religions*. Oxford: Lion Hudson plc, 2005. ISBN 978-0-7459-5128-7.

36. GIDDENS, A. *Sociology*. 5th ed. Cambridge, UK: Polity Press, 2006. ISBN 978-07456-3378-7.
37. LUŽNÝ, D. et al. *Individualizace náboženství a identita: poznámky k současné sociologii náboženství*. Praha: Malvern, 2010. ISBN 978-80-86702-69-8.
38. DAVIE, G. *The sociology of Religion*. London: SAGE, 2007. ISBN 978-0-7619-4891-9.
39. GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
40. DURKHEIM, E. *Elementární formy náboženského života: systém totemismu v Austrálii*. Praha: Oikoymenth, 2002. ISBN 80-7298-056-4.
41. VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2468-3.
42. NEŠPOR, Z. R. et al. *Sociologie náboženství*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. ISBN 978-80-86429-92-2.
43. FAY, B. *Současná filosofie sociálních věd: multikulturní přístup*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2002. ISBN 80-86429-10-5.
44. SPECTOR, R. E. *Cultural Diversity in Health & Illness*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2004. ISBN 0-13-049379-1.
45. PARTRIDGE, CH. ed. *Encyklopedie nových náboženství: nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spirituality*. Praha: Knižní klub, 2006. ISBN 80-242-1605-1.
46. MCLOUGHLIN, S. et al. *World Religions*. London: Flame Tree Publishing, 2003. ISBN 978-1904041429.
47. COOKE, H. a S. PHILPIN. *Sociology in nursing and healthcare*. UK: Elsevier Limited, 2008. ISBN 978-0-443-10155-7.
48. TAYLOR, S. a D. FIELD. *Sociology of Health and Health care*. 4th ed. London: Bleckwell Publishing, 2007. ISBN 978-14051-5172-6.
49. ANNANDALE, E. *The sociology of health and medicine: A critical introduction*. Cambridge, UK: Polity Press, 2000. ISBN 0-7456-1358-6.
50. CROFTER, W. *Velká kniha islámu*. Čechovice: BVD, 2006. ISBN 80-903754-0-5.



51. NASR, S. H. *Islam in modern world*. New York: HarperOne, 2010. ISBN 978-0-0619-0580-3.
52. SONN, T. *Islam: A brief history*. 2nd ed. Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-1-4051-8093-1.
53. REEBER, M. *Islám*. Brno: KMa, 2007. ISBN 978-80-7309-499-7.
54. LUNDE, P. *Islám: víra, kultura, dějiny*. Praha: Knižní klub, 2004. ISBN 80-242-1093-2.
55. MENDEL, M., B. OSTŘANSKÝ a T. RATAJ. *Islám v srdci Evropy: vlivy islámské civilizace na dějiny a současnost českých zemí*. Praha: Academia, 2008. ISBN 978-80-200-1554-9.
56. ADAMEC, L. W. *Islam: A historical companion*. Stroud, Gloucestershire: Tempus, 2007. ISBN 978-0-7524-3869-6.
57. SARDAR, Z. a Z. ABBAS MALIK. *Islám*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-882-1.
58. BOËLLE-ROUSSET, C. et al. *Klíč k náboženství: srovnání čtyř největších světových náboženství*. Praha: Albatros, 2006. ISBN 978-80-00-01679-6.
59. SARDAR, Z. *Islám: náboženství, historie a budoucnost*. Brno: JOTA, 2010. ISBN 978-80-7217-628-1.
60. SELF, D. *The lion Encyclopedia of World Religions*. Oxford: Lion Hudson plc, 2008. ISBN 978-0-7459-4983-3.
61. SPENCER, R. *Islám bez závoje: zneklidňující otázky o světově nejrychleji rostoucím náboženství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-761-5.
62. ABD-AL-ÁTÍ, H. *Zaostřeno na islám*. 2. vyd. Praha: Islámská nadace v Praze, 2010. ISBN 978-80-904373-6-4.
63. ČERNÁ, E. a M. HLAVÁČOVÁ. Zvyky muslimů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, 1(4). 192-194. ISSN 1801-1349.
64. QARADÁWÍ, J. *Povolené a zakázané v Islámu*. Praha: Islámská nadace v Praze, 2004. ISBN nevedeno.
65. KROPÁČEK, L. *Duchovní cesty islámu*. 4. vyd. Praha: Vyšehrad, 2006. ISBN 80-7021-821-5.

66. ABÚ KHALÍL, S. *Tolerance in Islam: Theory and practice*. Damascus: Dar al-Fikr, 2004. ISBN 1-59239-368-3.
67. ARMSTRONG, K. *Islám*. Praha: Slovart, 2008. ISBN 978-80-7391-155-3.
68. GOODY, J. *Islam in Europe*. Cambridge: Polity Press, 2004. ISBN 0-7456-3193-2.
69. TURNER, C. *Islam: The basics*. London: Routledge, 2006. ISBN 978-0-415-34106-6.
70. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-798-1.
71. KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, B. ed. *Základy asijských náboženství: judaismus, islám, hinduismus, džinismus, buddhismus, sikhismus, pársismus*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0832-7.
72. BUBÍK, T. a M. FÁREK. *Náboženství a jídlo*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005. ISBN 80-7194-800-4.
73. IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
74. CICHÁ, M. a I. NOVÁKOVÁ. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 2007, **17**(3), 22-23. ISSN 1210-0404.
75. TAUER, F. *Svět islámu: dějiny a kultura*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2006. ISBN 80-7021-828-2.
76. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Podrobné údaje – náboženská víra podle krajů. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [on line]. ©2009-2012 [cit. 2012-2-10]. Dostupné z: <http://www.scitanilidu.cz>>.
77. CARDINI, F. *Evropa a islám*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004. ISBN 80-7106-640-0.
78. BEČKA, J. a M. MENDEL. *Islám a české země*. Olomouc: Votobia, 1998. ISBN 80-7220-034-8.
79. BONDY, E. *Buddha*. 3. vyd. Praha: DharmaGaia, 2006. ISBN 80-86685-62-4.
80. DUFOUR, J-F. *Buddhismus*. Brno: KMa, 2007. ISBN 80-7309-427-4.

81. KEOWN, D. *Buddhism*. Toronto: Sterling Publishing Co., 2009. ISBN 978-1-4027-6883-5.
82. JORDÁN, M. *Buddha*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005. ISBN 80-7360-167-2-114.
83. LESTER, R. *Buddhismus: cesta k osvícení*. 3. vyd. Praha: Prostor, 2003. ISBN 80-7260-087-7.
84. WERNER, K. *Náboženské tradice Asie: Od Indie po Japonsko s přihlédnutím k Přednímu východu*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-2978-1.
85. ZACHARIAS, R. *The Kingdom of the Cults*. 2nd ed., revised. Minnesota: Bethany House Publishers, 2003. ISBN 978-0-7642-2821-6.
86. MILTNER, V. *Malá encyklopedie buddhismu*. Praha: Libri, 2002. ISBN 80-72771116.
87. ŽIŽLA VSKÝ, R. *Buddhismus*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-183-3.
88. SEDLÁKOVÁ, G. *Základy ošetrovania vyznávačov buddhizmu*. *Florence*. 2007, 3(4), 165. ISSN 1801-464 X.
89. NYDHAL, OLE. *Jak se věci mají: současný úvod do Buddhova učení*. Praha: Bílý deštník, 2007. ISBN 80-903821-1-8.
90. NYDHAL, OLE. *Moudrost okamžiku: buddhismus Diamantové cesty v otázkách a odpovědích*. Brno: Bílý deštník, 2006. ISBN 80-239-7054-2.
91. NYDHAL, OLE. *Moje cesta k lamům*. 2. vyd. Brno: Bílý deštník, 2005. ISBN 80-239-5351-6.
92. PROCHÁZKA, L. *Buddha a jeho učení: základní kniha buddhismu*. Olomouc: Fontána, 2002. ISBN 80-86179-97-4.
93. KÜNG, H. *Po stopách světových náboženství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2006. ISBN 80-7325-059-4.
94. HARRIES, R. a H. MAYR-HARTING. *Dva tisíce let křesťanství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2010. ISBN 978-80-7325-221-2.
95. BUREHA, V. a P. MAREK. *Pravoslavní v Československu v letech 1918-1942: příspěvek k dějinám Pravoslavné církve v českých zemích, na Slovensku a na*

- Podkarpatské Rusi*. 2. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2008. ISBN 978-80-7325-171-0.
96. MAREK, P. *Pravoslavní v Československu v letech 1918-1942: příspěvek k dějinám Pravoslavné církve v českých zemích a na Slovensku*. Brno: L. Marek, 2004. ISBN 80-86263-52-5.
97. METROPOLITA KRYŠTOF. *Naše pravoslaví: O pravoslavné víře a životě pravoslavné církve u nás*. 3. vyd. Praha: Pravoslavná církev v českých zemích a na Slovensku, 2009. ISBN 978-80-254-6230-0.
98. ŠTĚPÁNOVÁ, L. a Z. VYCHODILOVÁ. *Reálie ruské pravoslavné církve*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0658-6.
99. SLÁDEK, K. *Ruská diaspora v České republice: sociální, politická a religiozní variabilita ruských migrantů*. Praha: Pavel Mervart, 2010. ISBN 978-80-87378-49-6.
100. KIRSTE, R. et al. *Svátky světových náboženství*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-588-7.
101. BAUDIŠOVÁ, J. a A. PODRACKÁ, *Postní pokrmy podle pravoslavné tradice*. Olomouc: Fontána, 2003. ISBN 80-7336-112-4.
102. ARCHALOUSOVÁ, A. a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelská péče*. In: *Od Florence Nightingelové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří: sborník přednášek z konference I. Mostecké dny sester*. Most: Tiskárna K&B, 2006. ISBN 80-239-6603-0.
103. FREIMANN, E. *Právní postavení pravoslavné církve v českých zemích a Slovensku z pohledu kánonů a církevního práva*. Teplice: Cyrilometodějský nadační fond, 2007. ISBN neuvedeno.
104. NĚMCOVÁ, J. *Saturace spirituálních potřeb pacientů. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, **6**(1), 26-29. ISSN 1801-1349.
105. KALVÍNSKÁ, E. *Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích*. *Praktický lékař. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně*. 2008, **88**(12), 722 - 724. ISSN 0032-6739.

106. HANACHOVÁ, B. *Význam znalostí v péči o ženu muslimku* [online]. 18. 6. 2007 [cit. 2012-02-01].  
Dostupný z [http://is.muni.cz/th/22784/lf\\_b/bakalarka.rtf](http://is.muni.cz/th/22784/lf_b/bakalarka.rtf).
107. POWERS, J. *Úvod do tibetského buddhismu*. přeprac. vyd. Praha: Beta, 2009. ISBN 978-80-7306-388-7.
108. NYDHAL, OLE. *O smrti a znovuzrození: pohled buddhismu na poslední okamžiky života*. Praha: Bílý deštník, 2011. ISBN 978-80-903821-8-3.
109. METROPOLITA KRYŠTOF. Svaté tajiny. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. 2006, **61**(7–8), 4-8. ISSN 0323-1089.
110. IGUMEN MAREK. K pohřbu pravoslavného křesťana. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. 2003, **58**(2), 13-14. ISSN 0323-1089.
111. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, 3. přel. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
112. KALVÍNSKÁ, E. Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole. *Praktický lékař*. 2010, **90**(4), 239-243. ISSN 0032-6739.
113. ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*. Praha: Sít', 2007. ISBN neuvedeno.
114. ARCIBISKUP SIMEON. O přerušení těhotenství. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. 2002, **58**(3), 38. ISSN 0323-1089.
115. ARCHIEPISKOP KRYŠTOF. Eutanazie. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. 2002, **57**(4), 16. ISSN 0323-1089.
116. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
117. PATTON, M. Q. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001. ISBN-13: 978-0-7619-1971-1.
118. LEININGER, M. M. *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991. ISBN 0-88737-519-7.

## **8. Klíčová slova**

Sestra

Pacient

Multikulturní/transkulturní ošetřovatelství

Rituály

Zvyky

Náboženská minorita

Islám

Buddhismus Diamantové cesty

Pravoslavná církev

## **9. Seznam zkratk**

VŠ – vysoká škola

SZŠ – střední zdravotnická škola

VOŠ – vyšší odborná škola

ČR – Česká republika

SV – specializační vzdělávání

## **10. Přílohy**

**Příloha 1 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové**

**Příloha 2 Model pro transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle Gigerové a Davidhizarové**

**Příloha 3 Purnellův model získání kulturních kompetencí**

**Příloha 4 Informační materiál pro sestry**

**Příloha 5 Standardy ošetrovatelské péče**

**Příloha 6 Navržená ošetrovatelská anamnéza obsahující oblast duchovních potřeb**

**Příloha 7 Návrh certifikovaného kurzu v rámci celoživotního vzdělávání**

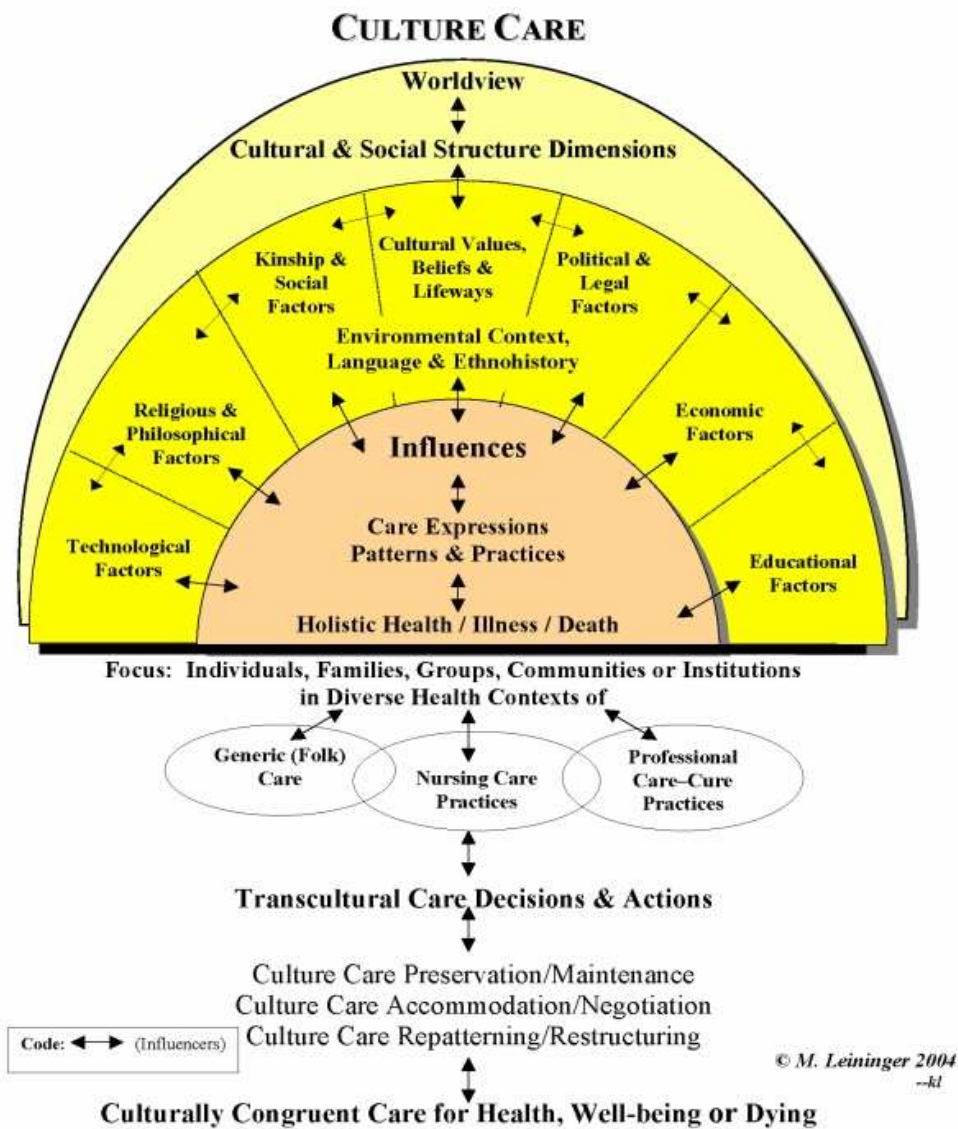
**Příloha 8 Polostrukturovaný rozhovor**

**Příloha 9 Dotazník pro sestry**



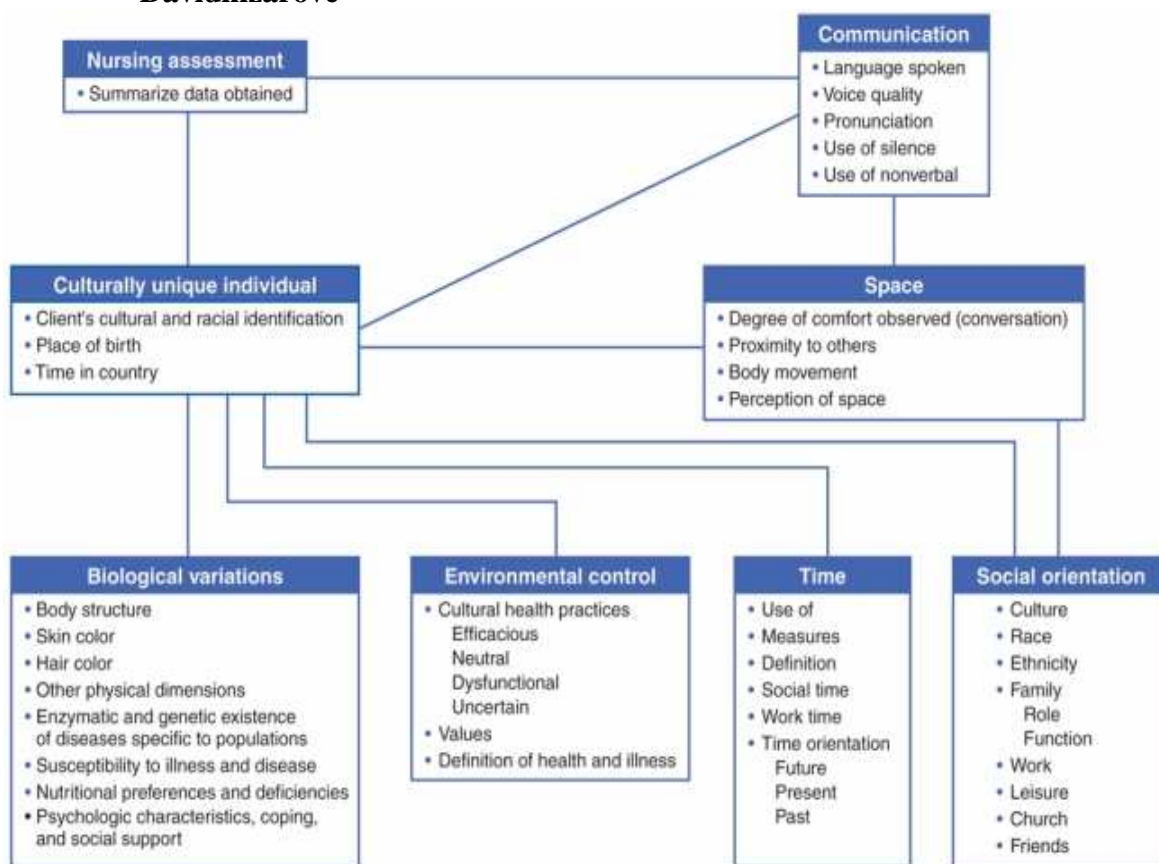
Příloha 1 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové

Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care



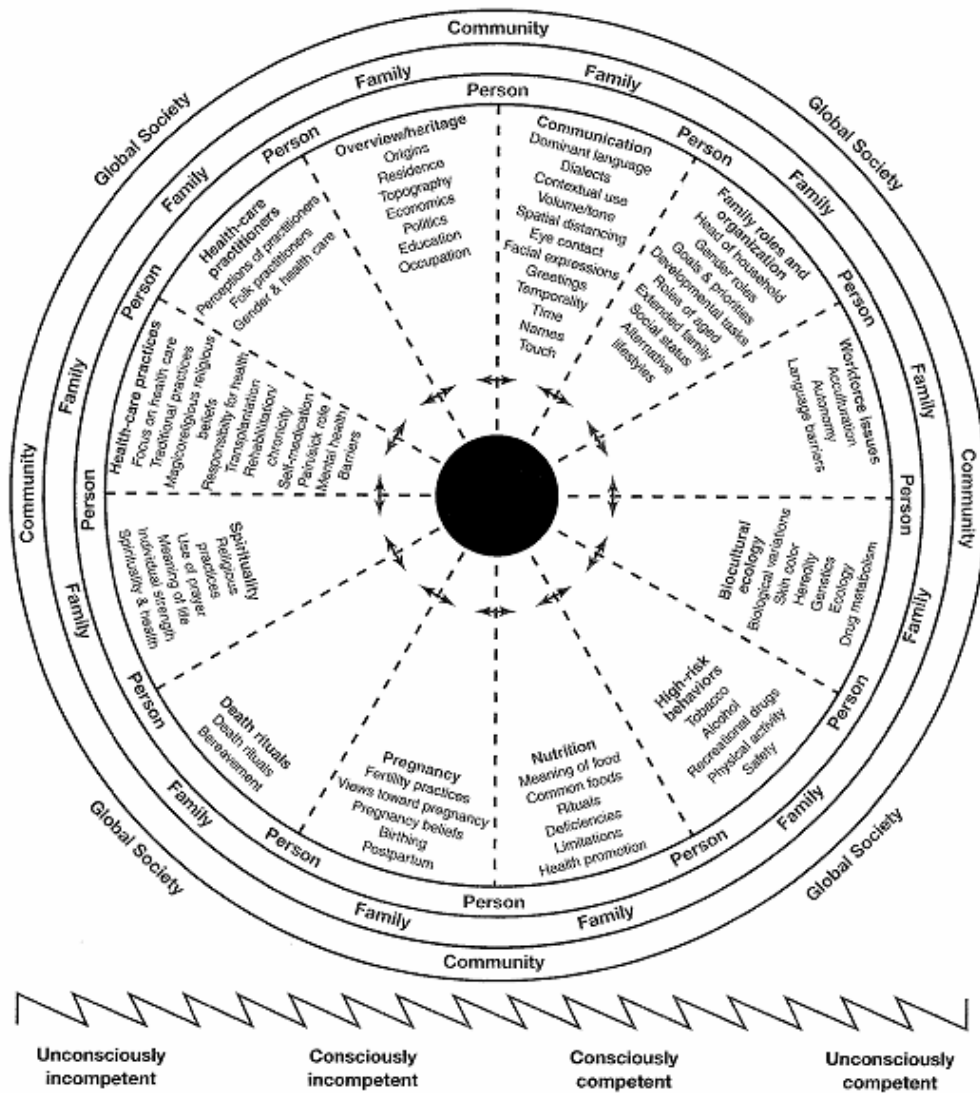
Zdroj: LEININGER, M. M. *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991. ISBN 0-88737-519-7.

## Příloha 2 Model pro transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle Gigerové a Davidhizarové



Zdroj: GIGER, J. N. a R. E. DAVIDHIZAR. *Transcultural nursing*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. ISBN 978-0-3230-2295-8.

**Příloha 3 Purnellův model získání kulturních kompetencí**



Zdroj: PURNELL, L. The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002, **13**(3), 193-196. ISSN 1552-7832.

**Příloha 4 Informační materiál pro sestry**

**Vybrané náboženské minority žijící na území České republiky**



Informační materiál pro sestry  
2012

## Úvod



Moderní koncepce ošetřovatelství je nastíněná tak, aby každému člověku, byla poskytnuta taková péče, která bude uspokojovat jeho bio–psycho–sociálně-religiózní potřeby. Vždyť právě víra může člověka silně ovlivňovat v nemoci i ve zdraví. V České republice stále roste počet příslušníků náboženských a národnostních menšin. Jejich stále rostoucí počet

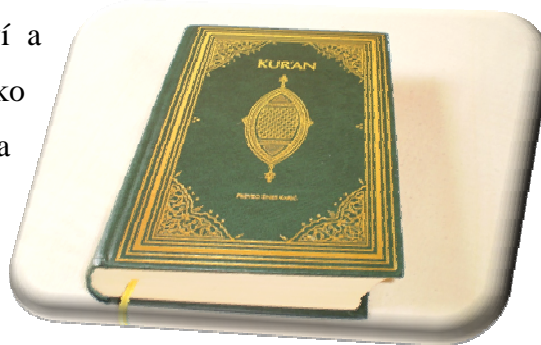
vede k nutnosti využívat poznatků multikulturního/transkulturního ošetřovatelství a tím poskytovat individuální ošetřovatelskou péči zaměřenou na kulturní odlišnosti dané minority. Je tedy velmi důležité, aby ošetřující personál měl alespoň základní znalosti o jednotlivých minoritách a mohl tak poskytnout kulturně kompetentní individualizovanou ošetřovatelskou péči.

Tento informační materiál byl sestaven na základě výsledků výzkumu, který byl zaměřen na příslušníky vybraných náboženských minorit žijících na území České republiky (vyznavači islámu, vyznavači buddhismu Diamantové cesty a příslušníci pravoslavné církve). Informační materiál by měl především sestřám jednak poskytnout základní informace o daném náboženství, ale především nastítnit potřeby a přání příslušníků z dané náboženské minority, které se mohou vyskytnout v době hospitalizace.

## Něco málo o islámu....

Islám je monoteistické náboženství, které v sobě spojuje náboženství, kult, tradici, životní zásady a myšlenku života v komunitě. S více než jednou miliardou věřících je po křesťanství druhým největším náboženstvím světa. Je založené na učení proroka Muhammada, náboženského a politického vůdce. Islám je v současné době nejrychleji rostoucí náboženstvím a s více než jednou miliardou věřících je druhým nejrozšířenějším náboženstvím na světě.

Islám není pro muslimy pouze náboženstvím, ale znamená kompletní způsob života, který prosazuje mír, milosrdenství a odpuštění. Muslim může být definován jako osoba, která přijímá islámský způsob života a je v souladu s vůlí Alláha (Boha), bez otázek.



Kulturní zvyky, víra, morální učení a společenské chování každého muslima jsou tvořeny svatou knihou, Koránem. Muslimové věří, že tato kniha obsahuje slovo Boží.

Všichni muslimové musí splňovat pět základních náboženských povinností: 1. Prohlásit, že neexistuje žádný jiný bůh kromě Alláha, a že prorok Mohammed je jeho poslem. 2. Modlit se alespoň pětkrát denně: za svítání, v poledne, odpoledne, po západu slunce a večer. 3. Dodržovat půst v devátém měsíci islámského kalendáře, v ramadánu. Muslimové jedí a pijí před východem slunce a pak stvrdí svůj záměr držet půst vypláchnutím úst vodou. Žádné jídlo ani nápoje až do západu slunce. 4. Dávat peníze na charitu, ve výši 2,5% z individuálního ročního příjmu a úspor. 5. Alespoň jednou za život navštívit poutní místo – Mekku.

## Kulturní zvyky a rituály prolínající se do oblasti hospitalizace

### Víra

- Pravidelná modlitba – alespoň 5x denně spolu s rituální očištěnou
- Muslim musí být obrácen tváří k Mekce – poutní místo
- Nemocní se modlit nemusí
- Přání provádět modlitbu i v době hospitalizace, a to v klidu a čistotě
- V islámu je zakázáno vyhazovat jakékoliv dokumenty obsahující jméno Stvořitele, i kdyby se jednalo o pouhý kousek papírku

### Hygiena

- Muslimové mají vysoké standardy osobní hygieny, ať už se jedná o rituální očištění před modlitbou nebo osobní hygienu
- V nemocnici mít možnost dodržovat svoje rituály v oblasti hygieny (různé nádoby na opláchnutí po použití toalety)
- Muslimové také nesmí hovořit na toaletě – nemusí tedy odpovídat

### Výživa

- Korán zakazuje konzumovat vepřové maso a všech výrobků z něho, včetně sádla, dále ryby bez šupin, maso uhynulých zvířat a alkohol
- Pozor také na drůbeží uzeniny (šunka, párky, paštiky) – mohou obsahovat vepřové kůže a sádlo
- Muslim může odmítat i jiný druh masa - zvíře totiž musí být poraženo podle islámského způsobu
- Není vhodné ani nabízet mleté maso – může obsahovat vepřové
- Voda se nesmí vylít, ale vždy dopít (neplýtvat před muslimem vodou)
- Islám obecně dbá na zdravou výživu
- Půst v měsíci Ramadán – nesmí jíst ani pít od východu do západu slunce
- Pozor na možné odmítání léků v měsíci ramadánu
- Postních povinností zbaveni nemocní, staří, těhotné ženy, cestující a děti
- Před stolováním je důležitá očista – proto umožnit muslimovi upoutanému na lůžko se před a po jídle umýt
- V oblasti výživy umožnit, aby jídlo pacientovi donášela rodina

### Intimita

- Intimita hraje v islámu významnou roli
- Především ženy musí být v běžném životě zahaleny od vlasů po krk až ke kotníkům a ruce po zápěstí
- Zachování intimity při ošetřování

- Zbytečně pacienta neodhalovat
- Pokud je to možné, ošetřující personál stejného pohlaví jako pacient

#### Komunikace

- Pacientovi nic nepodávat levou rukou, ta je v islámu nečistá
- V případě nutnosti umožnit tlumočnicka
- Nehovořit s pacientem o rodině a intimních problémech – v islámu je to zakázané

#### Rodina

- Rodina má v islámské společnosti nezastupitelnou roli
- Přesto, že muži mají o trochu vyšší postavení, nejsou nad ženami nadřazeni, jak si to západní svět mylně vykládá
- Manželství je svazek, který partneři vytvářejí mezi sebou, ale i vůči i Bohu
- V úvahu nepřipadá mimomanželský styk
- Antikoncepce nesmí být použita, pokud žena nemá ještě děti
- Adopce dětí je povolena, ale dítě by mělo znát svoje biologické rodiče, i příjmení má jejich

#### Těhotenství a šestinedělí

- Těhotenství je bráno jako požehnání
- O těhotné ženy se všichni členové rodiny starají – jsou brány jako bojovníci na cestě Boží
- Těsně po porodu se novorozenci pošeptá modlitba
- Sedmý den po porodu se koná obřad jako poděkování Bohu
- Období šestinedělí trvá 40 dní
- Kojení dítěte by mělo trvat 2 roky

#### Zdraví a nemoc

- Zdraví je chápáno jako dar od Boha
- Každý muslim má povinnost chránit své zdraví, nejčastěji pomocí kvalitní stravy
- Islám má svoji alternativní medicínu, která využívá především med, olivový olej a česnek
- O těhotné ženy se všichni členové rodiny starají – jsou brány jako bojovníci na cestě Boží

#### Umírání a smrt

- Umírajícímu se předčítá z Koránu a často je uložen tváří k Mekce
- Důležitá je přítomnost rodiny, ale i zástupců islámské obce



- Pozor – muslim může mít u sebe v době umírání svou závěť, kterou napsal během svého života (pokud je to cizinec – informovat islámskou nadaci)
- V případě úmrtí, co nejdříve vykonat pohřeb
- Pitva je v islámu zakázaná, proto citlivě vysvětlit důvod
- Tělo zemřelého se rituálně omývá a je zabaleno do bílého plátna
- V islámu je zvykem pohřbívat těla bez rakve

#### Diagnostické a léčebné výkony

- Transplantace orgánů, včetně transfúze jsou povoleny
- Interrupci islám zakazuje od 120. dne od početí (pokud i po uplynutí této doby dojde k předčasnému těhotenství, je to považováno za porod)
- Eutanázii islám přímo nezakazuje, není však nutné za každou cenu pokračovat v terapii a prodlužovat utrpení

## Něco málo o buddhismu Diamantové cesty linie Karma Kagjü.....

Čtvrté nejrozšířenější náboženství světa je buddhismus. Vznikl v Indii v 6. století př. n. l. a je spojován s životem skutečného prince, který zjistil, že podstata lidského života spočívá v utrpení. Otřesen tímto odhalením odešel do ústraní, aby zjistil, jaký postoj je třeba vůči lidské existenci zaujmout.

Buddhismus je původně filozofie, která vyžaduje osobní i kolektivní zapojení. Postupně se tato nauka díky nejrůznějším rituálům začala spíše podobat náboženství. Základní charakteristika buddhismu spočívá ve skutečnosti, že se nejedná o božské zjevení, ale o nalezení sebe sama. Toto „Probuzení“ je nabytí vyššího vědění, které může být připodobněno k tomu, co tvoří filozofii „láskou k moudrosti“.

Vadžrajána, doslova Diamantové vozidlo (nebo Diamantová cesta), je třetí a nejmladší směr buddhismu. Ujala se v Tibetu a motivem ke vzniku byla reakce na strnulost klášterního života s určitou potřebou autenticity a prožitku. Cílem Diamantové cesty je během jediného života pomocí meditačních cvičení přetvořit tělo, mluvu a mysl v plně osvícený stav. Pro tento směr je typické recitování manter vytváření a pozorování mandal a používání symbolických gest.

Struktura tibetského buddhismu je založena na pojmu „transmise“, což je předání učení a metod z učitele na žáka – který dále předává učení svým vlastním žákům. Tím došlo ke vzniku několika „linií“, linií přechodu moudrosti dharmy od jednoho velkého mistra k dalšímu.

Právě linie Karma Kagjü klade největší důraz na meditaci. Meditace v tibetském buddhismu mění přijaté informace za prožitek.



## Kulturní zvyky a rituály prolínající se do oblasti hospitalizace

### Víra

- Buddhismus je spíše vnímán jako filozofický směr
- Tento směr buddhismu se praktikuje laickou formou, což znamená následování nauk Buddha v moderní společnosti
- Největší důraz je kladen na meditaci, která se provádí většinou každý den
- Meditovat mohou kdekoliv, ale občas se scházejí v meditačních centrech
- Možnost meditace i v době hospitalizace

### Výživa

- Není přesně stanovený požadavek vegetarianismu
- Maso se může konzumovat, ale pod podmínkou, že zvíře nezemřelo přímo kvůli nim
- Maso musí být dále starší sedmi týdnů – není mezi tělem a myslí žádné spojení
- Potraviny, které nejsou vyhledávané, jsou cibule a česnek (mají negativní vliv na meditaci)
- V oblasti výživy umožnit, aby jídlo pacientovi donášela rodina

### Těhotenství a šestinedělí

- V období těhotenství se recituje tzv. stoslabičná mantra – má pozitivní vliv na plod
- Negativní názor na očkování dětí – velká zátěž pro organismus dítěte

### Zdraví a nemoc

- Zdraví je chápáno jako možnost pomáhat všem živým bytostem
- Vyhledávají zdravý životní styl
- Speciální rituál a modlitba k navrácení zdraví – Buddha medicíny (jeho učení tvoří základ tibetské medicíny)
- Nemoc je chápána jako očista těla i duše
- Nesmí se před nemocí utíkat, jinak se vrátí
- Tibetská medicína se využívá ve formě bylinek

### Umírání a smrt

- Smrt je vnímána jako transformace, jako přechodná stanice
- Smrt nevyvolává strach, jelikož existuje reinkarnace
- V době umírání je důležité nasměrovat člověka na pomyslnou druhou stranu (odříkávají se speciální mantry a meditace)

- Důležitá je přítomnost rodiny a příbuzných, kteří by ale neměli projevovat svoje emoce
- V péči o mrtvé tělo se buddhismus zaměřuje na duši zemřelého
- Po smrti je důležité se těla alespoň několik hodin nedotýkat (nesmí se narušit proces oddělování duše od těla)

#### Diagnostické a léčebné výkony

- Transplantace orgánů, včetně transfúze jsou povoleny
- Pozor – kromě transplantace srdce
- Interrupci buddhismus nezakazuje, na druhé straně je důležité chránit život – spíše doporučuje adopci
- Od eutanazie buddhismus odrazuje – vše bolestné, čemu se umírající vyhnul, na něho čeká v následujícím životě

## Něco málo o pravoslavné církvi.....

Křesťanství je nejvíce rozšířené náboženství na světě. K největším skupinám křesťanství patří římskokatolická církev, pravoslavná a protestantská církev. Pravoslavná církev (ortodoxní církev) je církev složená z vícera územních církví, které dohromady tvoří pravoslavné společenství. Pravoslavné církve mají své počátky v prvotní křesťanské obci a dále pak ve východní části římské říše, proto bývají někdy označovány též jako východní církve. Název *pravoslaví* označuje náboženský život patnácti samostatných církví. Západní a východní části, do této doby v podstatě jednotné křesťanské církve, se totiž dlouhá staletí odlišovaly v mnoha oblastech, daným různým kulturním prostředím i historickým vývojem. Západní část např. vždy tíhla více k dogmatickému stanovení obsahu víry, východní spíše k jejímu vnitřnímu prožívání, západní k racionálním úvahám, zatímco východní ponechávala větší prostor tajemství, západní k činům víry, východní spíše k rozjímání apod.



Pravoslavná církev má stejnou víru jako římskokatolická, i přesto, že je citlivá na rozdílné body. Odmítá autoritu papeže a uznává jen učení definované na prvních sedmi koncilech. Především pak odmítá dogma neposkvrněného početí Panny Marie. Ikony, které jsou součástí pravoslavné zbožnosti, znázorňují pouze Krista, který se stal člověkem. Boha neznázorňují, protože ten je neviditelný. Svátosti jsou tytéž jako svátosti katolické církve.

Být křesťanem znamená v pravoslaví především účastnit se bohoslužebného dění. Vyznavači pravoslavné církve jsou především obyvatelé Řecka, Ruska a dalších slovanských zemí (Ukrajina, Bulharsko).

## Kulturní zvyky a rituály prolínající se do oblasti hospitalizace

### Víra

- Pravidelná modlitba – četnost se liší podle jedince
- Modlitba neznamena jen jednostranné hovoření k Bohu
- V pravoslaví hrajou velkou roli ikony – možnost mít během hospitalizace u sebe
- Umožnit provést modlitbu i v nemocnici na tichém a klidném místě
- Umožnit přítomnost duchovního v nemocnici

### Výživa

- Jídlo je darem od Boha a nesmí se s ním plýtvat
- Před a po jídle se pronášejí modlitby
- Doporučována je střídmost
- Mezi zakázané potraviny patří jídla, která se vyrábějí z krve zvířat (zabijačková polévka nebo jelita)
- Zákaz konzumace jídla, které je obětováno jinému kultu
- Důležitost dodržování půstu, především v době svátků (půst každou středu a pátek, Velký půst, Petropavlovský a Filipovský půst)
- V této době se smí konzumovat pouze rostlinná strava (žádné maso, vejce, mléčné výrobky a ani ryby, olej a víno)
- V době svatého přijímání se nesmí nic jíst ani pít – problém s užíváním například léků

### Komunikace

- V případě nutnosti umožnit tlumočnicka

### Rodina

- Důležité jsou partnerské hodnoty – společná zodpovědnost a výchova dětí
- Manželství je vyjádřením Boží lásky všem lidem
- Mimomanželský styk je brán jako hřích
- Děti jsou již od mala vedeni k Bohu a víře
- Udělení svátosti křtu je povinné do 40 dní po porodu (pokud by byl novorozenec hospitalizován po uplynutí této doby, může být pokřtěno i tam)
- Antikoncepce není zakázána (nesmí ale poškodit již počatého člověka)
- Zakázáno je tedy používat antikoncepci po nechráněném pohlavním styku Těhotenství a šestinedělí
- Těhotné ženy jsou zbaveny povinnosti dodržovat půst
- Požehnání ženě před porodem
- Během 40 dní po porodu nesmí žena vstoupit do kostela

### Zdraví a nemoc

- Zdraví je chápáno jako dar od Boha
- Mezi způsoby ochrany zdraví patří zdravá strava, dodržování půstů a nekouřit
- Nemoci mají podle pravoslaví svůj původ v hříšné lidské přirozenosti
- Pomazání olejem je svátost uzdravení
- Uděluje se milost, která nemocného duševně posiluje a ulevuje mu od bolesti
- Za nemocného se mohou konat i hromadné bohoslužby

### Umírání a smrt

- V blízkosti smrti se provádí pomazání nemocného
- Je důležitá přítomnost kněze, který čte příslušné žalmy, modlitby (především, pokud není přítomna rodina)
- Umožnit provést obřad také v nemocnici
- V pravoslaví je zvykem pohřbívat do země
- Zádušní bohoslužby se konají třetí, devátý a čtyřicátý den po smrti

### Diagnostické a léčebné výkony

- Transplantace orgánů, včetně transfúze jsou povoleny
- K interrupci se staví odmítavě (výjimku tvoří ohrožení života matky, vážná vada plodu nebo znásilnění)
- K eutanázii se také staví odmítavě, neboť smrt spadá plně do kompetence Boha

## Závěr



Zdravotnický personál, a to pak především sestry, nemusí mít teologické vzdělání, ale přesto mohou účinně pomáhat lidem v duchovní rovině. Je důležité umět naslouchat nemocnému a nechat jej hovořit o věcech, které jen zdánlivě nesouvisí s nemocí. Neměly by zapomínat dbát o uchování lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k osobnosti každého pacienta, ať už se projevuje v jakékoliv podobě. Víra je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a je jednou ze základních potřeb nemocného člověka.

Zdroj: Vlastní



## Příloha 5 Standardy ošetrovatelské péče

### Standard ošetrovatelské péče Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta islámského vyznání

<b>Charakteristika standardu:</b>	Rámcový standard ošetrovatelské péče
<b>Cíl standardu:</b>	Zajistit kulturně kompetentní péči o P/K islámského vyznání.  Poskytovat péči příslušníkům islámského vyznání ve zdravotnických zařízeních dle jednotného postupu s využitím modifikace modelu Gigerové a Davidhizarové.
<b>Skupina péče:</b>	Pacienti/klienti islámského vyznání (dále jen „islamisté“)
<b>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</b>	Všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Porodní asistentky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Sestry specialistky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Zdravotničtí asistenti, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících
<b>Frekvence kontroly:</b>	1 krát za 2 roky  Doporučeno je průběžně aktualizovat potřebné kontakty (jména a kontakty islámských duchovních, popř. kontakty na jednotlivé islámské obce v ČR apod.), což provede osoba odpovědná za správnost standardu.
<b>Kontrola bude vykonána:</b>	Pracovní skupinou zaměřenou na kontrolu standardů, mající pověření náměstkyně ošetrovatelské péče.  O vykonané kontrole podá tato skupina ve stanoveném termínu písemnou zprávu a v případě potřeby zajistí aktualizaci standardu.

<b>Standard zpracovala:</b>	
<b>Přílohy standardu:</b>	Příloha 1. Schéma ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na P/K islámského vyznání

<b>Kritéria struktury</b>	
<b>S 1</b> <i>Osoby kompetentní k výkonu</i>	Všeobecné sestry a ošetrovatelé, porodní asistentky, sestry specialistky, zdravotničtí asistenti (dále jen „sestra“), kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a dle vyhlášky č. 424/2004 Sb.
<b>S 2</b> <i>Prostředí</i>	Standardní oddělení zdravotnických zařízení
<b>S 3</b> <i>Pomůcky</i>	Schéma ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o P/K islámského vyznání (dále jen „islamistů“)  Telefonní čísla a kontakty na islámské duchovní, popř. islámské obce v ČR
<b>S 4</b> <i>Dokumentace</i>	Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace – je doporučeno zaznamenat individuální požadavky vyjádřené K/P při odběru ošetrovatelské anamnézy.

<b>Kritéria procesu</b>	
<i>Sestra a oblast kulturní svébytnosti islamistů</i>	
<b>P 1</b>	Má základní znalosti týkající se islámského náboženství. Orientuje se v pilířích islámské víry, ve významu intimity apod.
<b>P 2</b>	Respektuje přání a potřeby jedince v souvislosti s jeho kulturními zvyklostmi.
<b>P 3</b>	Respektuje potřeby P/K související s náboženskými zvyklostmi (např. modlitby, přítomnost náboženských předmětů).
<i>Sestra v oblast komunikace s islamisty</i>	
<b>P 4</b>	Zjistí úroveň komunikačních dovedností P/K (zmapuje komunikační bariéry), případně zajistí pomůcky, komunikační karty, slovníky či překladatele pro usnadnění komunikace.

<b>P 5</b>	Respektuje P/K zvolený způsob oslovování, jeho/její jméno se naučí vyslovovat správně.
<b>P 6</b>	Při kontaktu s P/K a jeho rodinou dbá, aby použila vhodnou formu nonverbální komunikace, která je v souladu s pravidly islámské víry. Ví, že není vhodné dotýkat se osoby jiného pohlaví, proto, v případě, že je sestra ženského pohlaví, ženě při prvním kontaktu podá pravou ruku a muži jen přikývne hlavou a zrak obrátí směrem k zemi.
<b>P 7</b>	Při komunikaci za pomoci překladatele sestra udržuje rezervovaný vizuální kontakt s P/K a hovoří plynule.
<b>P 8</b>	Při komunikaci s P/K hovoří plynule, srozumitelně, využívá krátkých vět a zřetelně artikuluje. Usměňuje též intonaci hlasu a volí akusticky přiměřenou úroveň.
<b>P 9</b>	Je si vědoma faktu, že není vhodné hovořit s P/K o intimních tématech v přítomnosti další osoby.
<b>P 10</b>	Předem informuje P/K o plánovaném vstupu lékaře do jeho intimní zóny.
<b>P 11</b>	Dbá na srozumitelnou edukaci P/K před plánovaným výkonem.
<b><i>Sestra a oblast prostoru u islamistů</i></b>	
<b>P 12</b>	Zajistí vhodné uložení pacienta/klienta s přihlédnutím k jeho kulturním a náboženským zvyklostem.
<b>P 13</b>	Uvědomuje si význam intimního zázemí pro klienta, které je pro něj zásadním požadavkem.
<b>P 14</b>	Chápe význam nahoty v pojetí islámského náboženství.
<b>P 15</b>	Je seznámena s možností, že P/K bude požadovat přítomnost sitteru (doprovázející osoby), který je mu nápomocen s hygienickou očistou, při vykonávání spirituálních potřeb apod.
<b>P 16</b>	Respektuje symboly spjaté s muslimským vyznáním (např. Korán, modlitební koberec apod.).
<b>P 17</b>	Ví, že pro P/K je zásadní přítomnost rodiny především ve chvílích rozhodování.
<b><i>Sestra a oblast sociálního začlenění islamistů</i></b>	
<b>P 18</b>	Uvědomuje si dominantní postavení mužského pohlaví, které je typické jak pro rodinu tak pro celou islámskou společnost.

<b>P 19</b>	Akceptuje sounáležitost, solidaritu a milosrdenství muslimských společenství.
<i>Sestra a pojetí času u islamistů</i>	
<b>P 20</b>	Zná časové intervaly modliteb, které úzce souvisejí s uspokojováním spirituálních potřeb P/K.
<b>P 21</b>	Předem informuje P/K o změně času, kdy budou prováděny ošetrovatelské úkony či plánovaná vyšetření.
<b>P 22</b>	Orientuje se v obdobích půstu spojených s islámem. Je si vědoma toho, že v době Ramadánu může P/K odmítat přijímat léky, potravu i tekutiny.
<i>Sestra a vliv prostředí a výchovy u islamistů</i>	
<b>P 23</b>	Zná základní aspekty výchovy v muslimském společenství, proto ví, že je odlišná výchova chlapců a dívek.
<b>P 24</b>	Uvědomuje si význam odívání u dívek. Tato specifika respektuje.
<b>P 25</b>	Ví, že o umírajícího se stará rodina, která mu předčítá verše z Koránu a požaduje, aby byl natočen směrem k Mekce.
<b>P 26</b>	V co možná největší míře se snaží pomoci rodině ve splnění přání v oblasti péče o zemřelého, které spočívá v rituálním omytí zemřelého a zabalení do bílého plátna.
<i>Sestra a biologické odlišnosti islamistů</i>	
<b>P 27</b>	Zná typický vzhled islamistů, ví, že mohou mít tmavší pleť, vlasy i oči.
<b>P 28</b>	Orientuje se v odlišnostech stravování islamistů.

<b>Kritéria výsledku</b>	
<b>V 1</b>	Sestra poskytuje vyznavačům islámu kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové-Davidhizarové.
<b>V 2</b>	Sestra důkladně zaznamenává všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace.
<b>V 3</b>	P/K je informovaný, spolupracuje a má vypracovaný ošetrovatelský plán, na jehož realizaci se podílí.

<b>V4</b>	Sestra komunikuje s P/K a reaguje na jeho potřeby, včetně specifických potřeb souvisejících s jeho kulturními a náboženskými specifiky.
-----------	---

<b>Ošetřovatelský audit</b>					
<b>Oddělení:</b>	standardní oddělení zdravotnického zařízení		<b>Metody auditu:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ otázky pro sestru</li> <li>✓ řízený rozhovor se sestrou</li> <li>✓ přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K</li> <li>✓ kontrola ošetřovatelské dokumentace</li> <li>✓ kontrola prostředí</li> <li>✓ řízený rozhovor s P/K – pokud je to v dané situaci vhodné</li> </ul>	
<b>Auditoři:</b>	pracovní skupina zaměřená na kontrolu standardů – lékař, náměstkyně ošetřovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra, všeobecná sestra (všeobecný ošetřovatel), zdravotnický asistent				
<b>Datum provedení:</b>					
<b>Podpis, identifikace odpovědné osoby:</b>					
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Struktury</b>	<b>S 1</b>	Poskytuje ošetřovatelskou péči kompetentní osoba?	kontrola osobní a ošetřovatelské dokumentace		
	<b>S 2</b>	Je péče poskytovaná islamistům na standardních odděleních v souladu s modelem dle Gigerové – Davidhizarové?	kontrola ošetřovatelské dokumentace		
			přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>S 3</b>	Mají zdravotníci na oddělení k dispozici telefonní čísla a kontakty na islámské duchovní, popř. islámské obce v ČR?	otázka pro zdravotníky, sestry		
kontrola prostředí oddělení					

		Zná sestra jednotlivé oblasti ošetrovateľského modelu dle Gigerovej – Davidhizarovej?	otázka pro sestru		
	<b>S 4</b>	Má ošetrovateľská dokumentace veškeré požadované náležitosti?	kontrola ošetrovateľské dokumentace		
	<b>S 5</b>	Je proveden záznam o poskytované ošetrovateľské péči?	kontrola ošetrovateľské dokumentace		

Kritérium	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>Procesu</b>	<b>P 1</b>	Orientuje se sestra v základních otázkách týkajících se islámské víry?	otázky pro sestru		
		Zná sestra základní pilíře islámské víry?	otázka pro sestru		
	<b>P 2</b>	Respektuje sestra přání a potřeby jedince v souvislosti s jeho kulturními zvyklostmi?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
		Dokáže sestra popsat základní rozdíly v péči o příslušníka majoritní společnosti a vyznavače islámu?	otázka pro sestru		
	<b>P 3</b>	Respektuje sestra potřeby P/K související s náboženskými zvyklostmi?	otázky pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 4</b>	Dokáže sestra zhodnotit úroveň komunikačních dovedností K/P?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			otázka pro sestru zaměřená na způsob, jakým lze stupeň jazykové bariéry identifikovat		
		Jsou na oddělení k dispozici kontakty na překladatele?	kontrola prostředí		

	<b>P 5</b>	Zjistila sestra, jak si P/K přeje být osloven?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
		Oslovuje sestra P/K požadovaným způsobem?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 6</b>	Respektuje sestra základní pravidla komunikace daná islámem při kontaktu s P/K a jeho rodinou?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			otázky pro sestru zaměřené na základní pravidla komunikace daná islámem		
<b>P 7</b>	Udržuje sestra při komunikaci za pomoci překladatele rezervovaný vizuální kontakt s P/K?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K			
<b>P 8</b>	Využívá sestra při komunikaci přiměřené akustické úrovně hlasu a srozumitelných, krátkých vět?	otázka pro sestru			
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>		Ověřuje sestra, zda P/K poskytnutým informacím porozuměl?	otázka pro sestru		
	<b>P 9</b>	Respektují zdravotníci, že není vhodné hovořit s P/K o intimních tématech v přítomnosti druhé osoby?	přímé pozorování zdravotnického personálu		
			řízený rozhovor s P/K		
		Zná sestra konkrétní příklad intimních témat, o kterých není vhodné s P/K v přítomnosti druhé osoby hovořit?	otázka pro sestru		
	<b>P 10</b>	Informuje sestra P/K o vstupu lékaře do jeho intimní zóny?	přímé pozorování sestry		
řízený rozhovor s P/K					
<b>P 11</b>	Byly P/K poskytnuty	otázka pro sestru			

		informace o plánovaném výkonu a péči s ním související pro něj srozumitelnou formou?	řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 12</b>	Zajistila sestra vhodné uložení P/K s přihlédnutím k jeho kulturním a náboženským zvyklostem?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 13</b>	Chápe sestra význam intimity pro islámského P/K?	otázka pro sestru		
	<b>P 14</b>	Respektují zdravotníci význam nahoty v pojetí islámského náboženství?	otázka pro zdravotnický personál		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 15</b>	Ví sestra, kdo je „sitter“?	otázka pro sestru		
		Je P/K umožněna přítomnost sittera po dobu hospitalizace?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 16</b>	Respektují zdravotníci přítomnost symbolů spjatých s muslimským vyznáním?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 17</b>	Je P/K umožněna přítomnost rodiny ve chvílích rozhodování?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 18</b>	Respektuje sestra dominantní postavení mužského pohlaví u islámských P/K?	řízený rozhovor s P/K		
			přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>	<b>P 19</b>	Akceptuje sestra hodnotový systém P/K?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 20</b>	Zná sestra časové intervaly modliteb dané islámskou vírou?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		



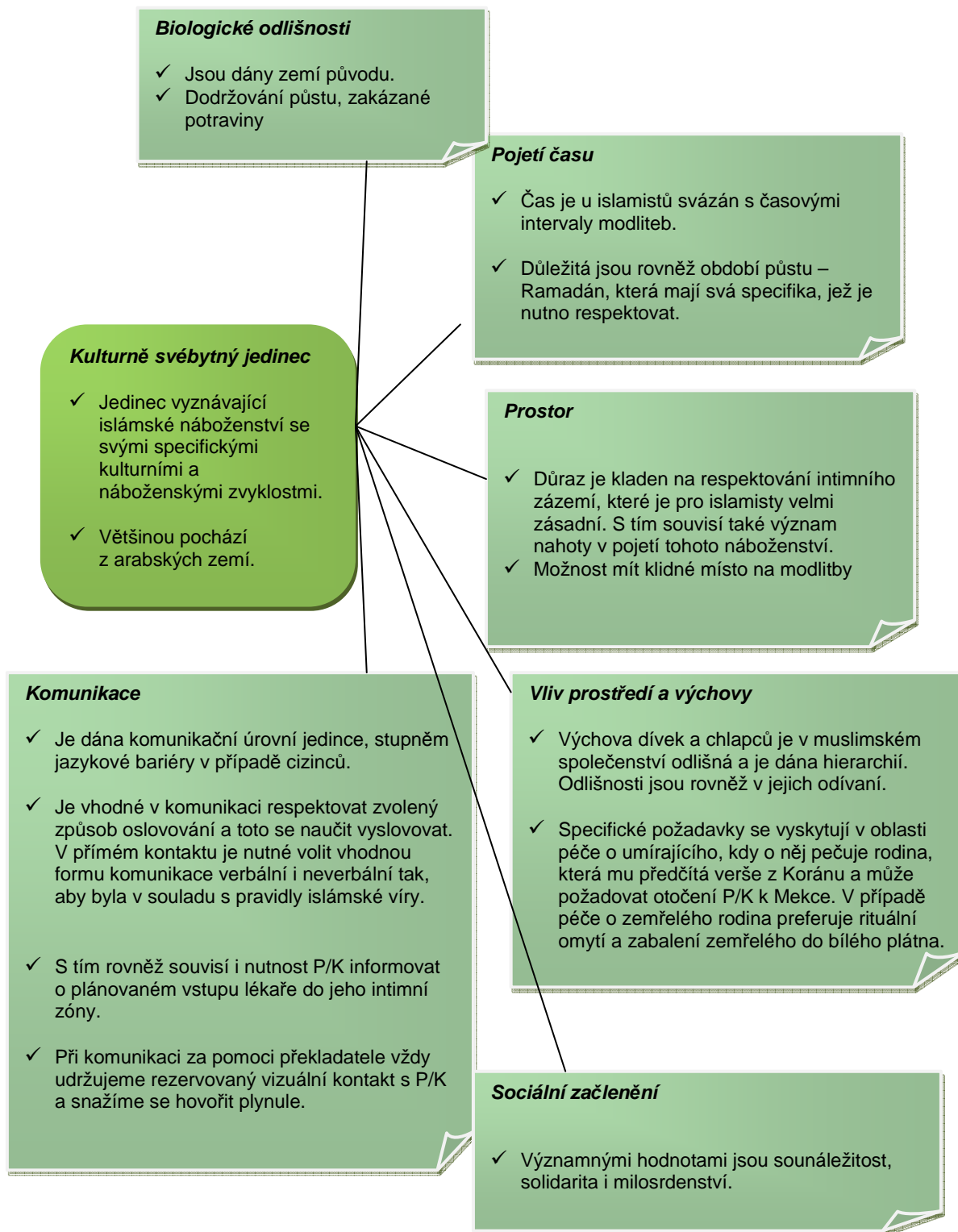
	<b>P 21</b>	Informuje sestra P/K o změně plánovaného časového rozvrhu vyšetření a ošetřovatelských úkonů?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 22</b>	Orientuje se sestra v obdobích půstu spojených s islámem?  Ví sestra, že v období Ramadánu může P/K odmítat přijímat léky, potravu i tekutiny?	otázka pro sestru		
			přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 23</b>	Zná sestra aspekty výchovy u chlapců a u dívek?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 24</b>	Respektuje sestra způsob odívání dívek islámského vyznání?	řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 25</b>	Zná sestra specifika péče o umírající?	otázka pro sestru		
		Bylo rodině a blízkým umožněno provádět u umírajícího specifické úkony související s náboženským vyznáním.	otázka pro sestru		
	<b>P 26</b>	Je rodině umožněno splnit přání v oblasti péče o zemřelého dané islámem?	otázka pro sestru		
<b>P 27</b>	Dokáže sestra popsat charakteristické rysy (biologické odlišnosti) islamistů?	otázka pro sestru			
<b>P 28</b>	Orientuje se sestra v odlišnostech ve stravování islamistů?	otázka pro sestru			

Kritérium	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>Výs led ku</b>	<b>V 1</b>	Poskytuje sestra P/K islámského vyznání	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		

		kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové – Davidhizarové?	řízený rozhovor s P/K		
	<b>V 2</b>	Zaznamenává sestra všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>V 3</b>	Je P/K informovaný o svém ošetrovatelském plánu?	řízený rozhovor s P/K		
		Vypracovala sestra ošetrovatelský plán ve spolupráci s P/K?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>V 4</b>	Reagují zdravotníci na specifické potřeby P/K související jeho kulturními a náboženskými specifiky?	řízený rozhovor s P/K		

\* K/P nebo P/K = klient / pacient, nebo pacient / klient

## Schéma ošetrovateľského modelu Gigerovej a Davidhizarovej zaměřené na péči o P/K islámského vyznání



**Standard ošetrovateľskej péče**  
**Ošetrovateľská péče o buddhisty Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü**

<b>Charakteristika standardu:</b>	Rámcový standard ošetrovateľskej péče
<b>Cíl standardu:</b>	Zajistit kulturně kompetentní péči o buddhisty Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü.  Poskytovat péči buddhistům Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü ve zdravotnických zařízeních dle jednotného postupu s využitím modifikace modelu Gigerové a Davidhizarové.
<b>Skupina péče:</b>	Buddhisté Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü (dále jen „buddhisté“)
<b>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</b>	Všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Porodní asistentky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Sestry specialistky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Zdravotničtí asistenti, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících
<b>Frekvence kontroly:</b>	1 krát za 2 roky
<b>Kontrola bude vykonána:</b>	Pracovní skupinou zaměřenou na kontrolu standardů, mající pověření náměstkyně ošetrovateľskej péče.  O vykonané kontrole podá tato skupina ve stanoveném termínu písemnou zprávu a v případě potřeby zajistí aktualizaci standardu.

<b>Standard zpracovala:</b>	
<b>Přílohy standardu:</b>	Příloha 1. Schéma ošetřovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na buddhisty Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü

<b>Kritéria struktury</b>	
<b>S 1</b> <i>Osoby kompetentní k výkonu</i>	Všeobecné sestry a ošetřovatelé, porodní asistentky, sestry specialistky, zdravotničtí asistenti (dále jen „sestra“), kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a dle vyhlášky č. 424/2004 Sb.
<b>S 2</b> <i>Prostředí</i>	Standardní oddělení zdravotnických zařízení
<b>S 3</b> <i>Pomůcky</i>	Schéma ošetřovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o buddhisty Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü (dále jen „buddhistů“)
<b>S 4</b> <i>Dokumentace</i>	Zdravotnická a ošetřovatelská dokumentace – je doporučeno zaznamenat individuální požadavky vyjádřené K/P při odběru ošetřovatelské anamnézy.

<b>Kritéria procesu</b>	
<i>Sestra a oblast kulturní svébytnosti buddhistů</i>	
<b>P 1</b>	Má základní znalosti týkající se buddhismu.
<b>P 2</b>	Respektuje přání a potřeby jedince v souvislosti s jeho životní filozofií a náboženským vyznáním.
<b>P 3</b>	Respektuje potřeby P/K související s náboženskými zvyklostmi (např. meditace).
<i>Sestra v oblasti komunikace s buddhisty</i>	
<b>P 4</b>	Při navazování kontaktu s P/K se sestra chová uctivě, empaticky.
<b>P 5</b>	Respektuje základní pravidla v oblasti komunikace, proto ví, že pokud se představuje mnichovi, není vhodné mu podávat ruku.
<b>P 6</b>	Respektuje P/K zvolený způsob oslovení, jeho/její jméno se naučí vyslovovat správně.

<b>P 7</b>	Respektuje názory a potřeby P/K.
<b>P 8</b>	Dbá na srozumitelnou edukaci P/K před plánovaným výkonem.
<b>P 9</b>	Naslouchá steskům a obavám P/K.
<b><i>Sestra a oblast prostoru u buddhistů</i></b>	
<b>P 10</b>	Zajistí vhodné uložení P/K s přihlédnutím k jeho náboženským zvyklostem.
<b>P 11</b>	Ví, že P/K si udržuje od svého okolí uctivý odstup.
<b>P 12</b>	Respektuje potřebu klidu a soukromí především pro meditaci.
<b>P 13</b>	Respektuje stud a soukromí K/P.
<b>P 14</b>	Chápe význam návštěv a kontaktu s rodinnými příslušníky.
<b><i>Sestra a oblast sociálního začlenění u buddhistů</i></b>	
<b>P 15</b>	Ví, že pro buddhisty představuje rodina významnou hodnotu.
<b>P 16</b>	Zná způsob vystupování buddhistů, ví, že jsou mírní, trpěliví, uctiví a problematické situace se snaží řešit v klidu.
<b><i>Sestra a pojetí času u buddhistů</i></b>	
<b>P 17</b>	S K/P se domluví na vymezení času a prostoru pro meditaci, cvičení jógy.
<b>P 18</b>	Předem informuje P/K o změně času, kdy budou prováděny ošetrovatelské úkony či plánovaná vyšetření.
<b>P 19</b>	Ví, že buddhisté žijí přítomností, ale hledí i do budoucna.
<b>P 20</b>	Znají biorytmus P/K, ví, že dříve vstávají a dříve chodí spát.
<b><i>Sestra a vliv prostředí a výchovy u buddhistů</i></b>	
<b>P 21</b>	Orientuje se v problematice výchovy dětí v buddhistických rodinách. Ví, že kladou velký důraz na výchovu dětí a jejich vzdělávání.
<b>P 22</b>	Ví, že buddhisté mají liberální postoj k antikoncepci i potratům.
<b>P 23</b>	Respektuje postoj P/K ke zdraví, zná možnosti využití tradiční medicíny a cvičení jógy.

<i>Sestra a biologické odlišnosti buddhistů</i>	
<b>P 24</b>	Zjistí, zda P/K požaduje vegetariánskou stravu.

<b>Kritéria výsledku</b>					
<b>V 1</b>	Sestra poskytuje buddhistům kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové-Davidhizarové.				
<b>V 2</b>	Sestra důkladně zaznamenává všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace.				
<b>V3</b>	P/K je informovaný, spolupracuje a má vypracovaný ošetrovatelský plán, na jehož realizaci se podílí.				
<b>V4</b>	Sestra komunikuje s P/K a reaguje na jeho potřeby, včetně specifických potřeb souvisejících s jeho náboženskými zvyklostmi.				
<b>Ošetrovatelský audit</b>					
<b>Oddělení:</b>	standardní oddělení zdravotnického zařízení	<b>Metody auditu:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ otázky pro sestru</li> <li>✓ řízený rozhovor se sestrou</li> <li>✓ přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K</li> <li>✓ kontrola ošetrovatelské dokumentace</li> <li>✓ kontrola prostředí</li> <li>✓ řízený rozhovor s P/K – pokud je to v dané situaci vhodné</li> </ul>		
<b>Auditoři:</b>	pracovní skupina zaměřená na kontrolu standardů – lékař, náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra, všeobecná sestra (všeobecný ošetrovatel), zdravotnický asistent				
<b>Datum provedení:</b>					
<b>Podpis, identifikace odpovědné osoby:</b>					
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>

<b>Struktury</b>	<b>S 1</b>	Poskytuje ošetrovatelskou péči kompetentní osoba?	kontrola osobní a ošetrovatelské dokumentace		
	<b>S 2</b>	Je péče poskytovaná buddhistům na standardních odděleních v souladu s modelem dle Gigerové – Davidhizarové?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
			přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>S 3</b>	Zná sestra jednotlivé oblasti ošetrovatelského modelu dle Gigerové – Davidhizarové?	otázka pro sestru		
	<b>S 4</b>	Má ošetrovatelská dokumentace veškeré požadované náležitosti?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
<b>S 5</b>	Je proveden záznam o poskytované ošetrovatelské péči?	kontrola ošetrovatelské dokumentace			

<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>	<b>P 1</b>	Orientuje se sestra v základních otázkách týkajících se buddhismu?	otázky pro sestru		
		Umí sestra charakterizovat základní odlišnosti v péči o buddhisty oproti majoritní společnosti?	otázka pro sestru		
	<b>P 2</b>	Respektuje sestra přání a potřeby jedince v souvislosti s jeho životní filozofií a náboženským vyznáním?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 3</b>	Respektuje sestra potřeby P/K související s náboženskými zvyklostmi?	otázky pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 4</b>	Chová se sestra při navazování kontaktu	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		



		s K/P uctivě a empaticky?	řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 5</b>	Respektuje sestra základní pravidla v oblasti komunikace s buddhisty?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 6</b>	Zjistila sestra, jak si P/K přeje být osloven?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
		Oslovuje sestra P/K požadovaným způsobem?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 7</b>	Respektuje sestra názory a potřeby vyjadřované P/K?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 8</b>	Informuje sestra P/K srozumitelným způsobem o plánovaném výkonu?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 9</b>	Naslouchá sestra steskům a obavám, které P/K vyjadřuje?	otázka pro sestru		
			přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>P 10</b>	Zajistila sestra vhodné uložení P/K s přihlédnutím k jeho náboženským zvyklostem a potřebám v oblasti meditace?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 11</b>	Respektuje sestra míru odstupu, který si od svého okolí P/K udržuje?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>	<b>P 12</b>	Respektují zdravotníci potřebu klidu a soukromí u K/P při provádění meditace či cvičení jógy?	přímé pozorování zdravotníků při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 13</b>	Chápe sestra význam soukromí pro K/P?	otázka pro sestru		
	<b>P 14</b>	Je K/P umožněn kontakt s přáteli?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		

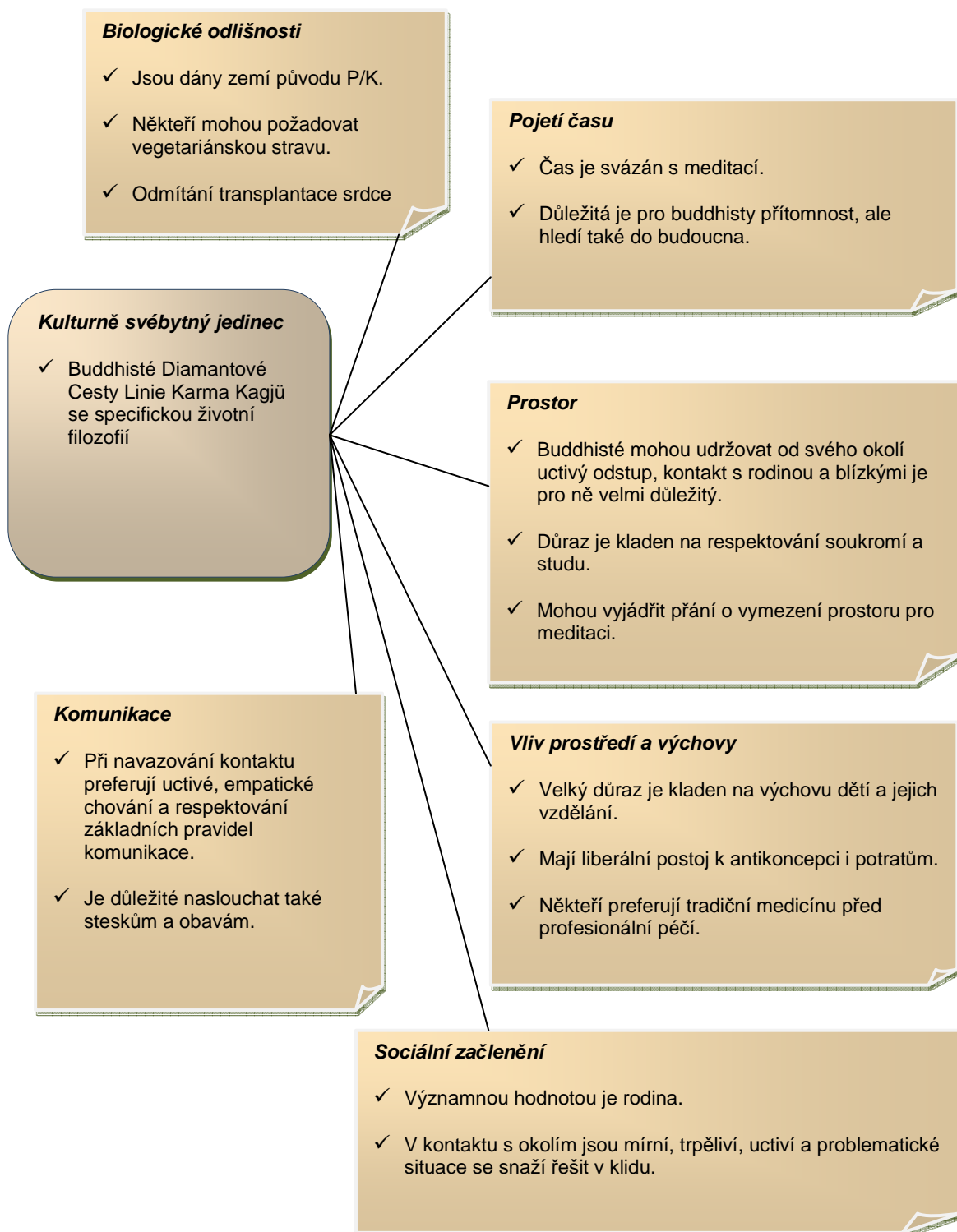
	<b>P 15</b>	Ví sestra, že pro K/P je rodina velmi významná?	otázka pro sestru		
	<b>P 16</b>	Zná sestra způsob vystupování buddhistů?	otázky pro sestru		
	<b>P 17</b>	Byl čas vymezený pro meditaci či cvičení jógy stanoven po vzájemné dohodě sestry s K/P?	otázky pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 18</b>	Informuje sestra P/K o změně času, kdy měl být proveden plánovaný výkon v dostatečném předstihu?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 19</b>	Ví sestra, jaký význam má pro buddhisty přítomnost a budoucnost?	otázka pro sestru		
	<b>P 20</b>	Zná sestra specifika biorytmu P/K?	otázka pro sestru		
	<b>P 21</b>	Orientuje se sestra v problematice výchovy dětí v buddhistických rodinách?	otázka pro sestru		
	<b>P 22</b>	Respektuje sestra postoj buddhistů k antikoncepci a potratům?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 23</b>	Ví sestra o možnosti preference tradiční medicíny a cvičení jógy stran K/P?	otázka pro sestru		
	<b>P 24</b>	Dotázala se sestra K/P na preferenci vegetariánské stravy po dobu hospitalizace?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		

<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Výsledku</b>	<b>V 1</b>	Poskytuje sestra buddhistům kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové –	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		

		Davidhizarové?			
	<b>V 2</b>	Zaznamenává sestra všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>V 3</b>	Je P/K informovaný o svém ošetrovatelském plánu?	řízený rozhovor s P/K		
		Vypracovala sestra ošetrovatelský plán ve spolupráci s P/K?	otázka pro sestru řízený rozhovor s P/K		
	<b>V 4</b>	Reagují zdravotníci na specifické potřeby P/K související jeho náboženskými zvyklostmi?	řízený rozhovor s P/K		

\* K/P nebo P/K = klient / pacient, nebo pacient / klient

## Schéma ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o buddhisty Diamantové Cesty Linie Karma Kagjü



## Standard ošetrovateľskej péče

### Ošetrovateľská péče o príslušníka pravoslavné cirkve

<b>Charakteristika standardu:</b>	Rámcový standard ošetrovateľskej péče
<b>Cíl standardu:</b>	Zajistiť kulturně kompetentní péči o príslušníky pravoslavné cirkve.  Poskytovať péči príslušníkom pravoslavné cirkve ve zdravotnických zařízeních dle jednotného postupu s využitím modifikace modelu Gigerové a Davidhizarové.
<b>Skupina péče:</b>	Príslušníci pravoslavné cirkve
<b>Poskytovatélé péče, pro něž je standard závazný</b>	Všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Porodní asistentky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Sestry specialistky, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících Zdravotničtí asistenti, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a předpisů s tímto zákonem souvisejících
<b>Frekvence kontroly:</b>	1 krát za 2 roky  Doporučeno je průběžně aktualizovat potřebné kontakty (jména, telefonní čísla, adresy organizací, duchovních apod.), což provede osoba odpovědná za správnost standardu.
<b>Kontrola bude vykonána:</b>	Pracovní skupinou zaměřenou na kontrolu standardů, mající pověření náměstkyně ošetrovateľskej péče.  O vykonané kontrole podá tato skupina ve stanoveném termínu písemnou zprávu a v případě potřeby zajistí aktualizaci standardu.
<b>Standard zpracovala:</b>	

<b>Přílohy standardu:</b>	Příloha 1. Schéma ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o příslušníky pravoslavné církve
---------------------------	--

<b>Kritéria struktury</b>	
<b>S 1</b> <i>Osoby kompetentní k výkonu</i>	Všeobecné sestry a ošetrovatelé, porodní asistentky, sestry specialistky, zdravotničtí asistenti (dále jen „sestra“), kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a dle vyhlášky č. 424/2004 Sb.
<b>S 2</b> <i>Prostředí</i>	Standardní oddělení zdravotnických zařízení
<b>S 3</b> <i>Pomůcky</i>	Schéma ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o příslušníky pravoslavné církve  Telefonní čísla a kontakty na duchovní
<b>S 4</b> <i>Dokumentace</i>	Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace – je doporučeno zaznamenat individuální požadavky vyjádřené klientem/pacientem při odběru ošetrovatelské anamnézy.

<b>Kritéria procesu</b>	
<i>Sestra a oblast kulturní svébytnosti příslušníků pravoslavné církve</i>	
<b>P 1</b>	Má základní znalosti týkající se specifik příslušníků pravoslavné církve na území České republiky.
<b>P 2</b>	Respektuje přání a potřeby jedince v souvislosti s náboženstvím, které vyznává.
<b>P 3</b>	Respektuje potřebu vymezení času pro modlitbu u příslušníků pravoslavné církve.
<i>Sestra v oblasti komunikace u příslušníků pravoslavné církve</i>	
<b>P 4</b>	V případě, že se jedná o cizince, zhodnotí stupeň jazykové bariéry a pokud je to nutné, zajistí tlumočnicka, slovník.
<b>P 5</b>	Respektuje P/K zvolený způsob oslovování.
<b>P 6</b>	Využívá prvků efektivní komunikace a nezapomíná udržovat oční kontakt.

<b>P 7</b>	Při komunikaci udržuje blízkou vzdálenost.
<b>P 8</b>	Je si vědoma toho, že potlačování mimických emotivních projevů je pokládáno za výraz nepřátelství.
<b>P 9</b>	Je si vědoma toho, že používání dotyků je projevem přátelství.
<b><i>Sestra a oblast prostoru u příslušníků pravoslavné církve</i></b>	
<b>P 10</b>	Zajistí vhodné uložení pacienta/klienta a klidné prostředí.
<b>P 11</b>	Umožní kontakt s rodinou a přáteli.
<b>P 12</b>	Je si vědoma, že P/K může odmítat přítomnost televizoru v pokoji.
<b>P 13</b>	Je si vědoma, že P/K může vyslovit přání mít ve své blízkosti svaté ikony.
<b><i>Sestra a oblast sociálního začlenění u příslušníků pravoslavné církve</i></b>	
<b>P 14</b>	Je si vědoma, že se život pacienta/klienta řídí Desaterem.
<b>P 15</b>	Umožní P/K společenské návštěvy v rámci rodiny, komunity a ostatních přátel.
<b><i>Sestra a pojetí času u příslušníků pravoslavné církve</i></b>	
<b>P 16</b>	Respektuje pravoslavný kalendář.
<b>P 17</b>	Seznámí P/K s režimem dne a časovým rozvrhem na oddělení.
<b>P 18</b>	Dodržuje dohodnutý harmonogram léčby během dne, případné změny P/K neprodleně oznámí.
<b><i>Sestra a vliv prostředí a výchovy u příslušníků pravoslavné církve</i></b>	
<b>P 19</b>	Respektuje projevy víry pacienta/klienta.
<b>P 20</b>	Je orientována v problematice svátostí pravoslavné církve.
<b>P 21</b>	Je si vědoma důležitosti držení půstu u příslušníka pravoslavné církve.
<b><i>Sestra a biologické odlišnosti u příslušníků pravoslavné církve</i></b>	
<b>P 22</b>	Orientuje se v postních dnech souvisejících s příslušností k pravoslavné církvi.

Kritéria výsledku	
V 1	Sestra poskytuje příslušníkům pravoslavné církve kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové-Davidhizarové.
V 2	Sestra důkladně zaznamenává všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace.
V3	P/K je informovaný, spolupracuje a má vypracovaný ošetrovatelský plán, na jehož realizaci se podílí.
V4	Sestra komunikuje s P/K a reaguje na jeho potřeby, včetně specifických potřeb souvisejících s jeho vírou.

Ošetrovatelský audit					
<i>Oddělení:</i>	standardní oddělení zdravotnického zařízení	<i>Metody auditu:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ otázky pro sestru</li> <li>✓ řízený rozhovor se sestrou</li> <li>✓ přímé pozorování sestry při kontaktu s pacientem/ klientem</li> <li>✓ kontrola ošetrovatelské dokumentace</li> <li>✓ kontrola prostředí</li> <li>✓ řízený rozhovor s pacientem/ klientem – pokud je to v dané situaci vhodné</li> </ul>		
<i>Auditoři:</i>	pracovní skupina zaměřená na kontrolu standardů – lékař, náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra, všeobecná sestra (všeobecný ošetrovatel), zdravotnický asistent				
<i>Datum provedení:</i>					
<i>Podpis, identifikace odpovědné osoby:</i>					
Kritérium	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>Struktury</b>	S 1	Poskytuje ošetrovatelskou péči kompetentní osoba?	kontrola osobní a ošetrovatelské dokumentace		
	S 2	Je poskytovaná péče o příslušníky pravoslavné	kontrola ošetrovatelské dokumentace		



		círky na standardních odděleních v souladu s modelem dle Gigerové – Davidhizarové?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
	<b>S 3</b>	Mají zdravotníci na oddělení k dispozici seznam duchovních s kontaktními údaji?	otázka pro zdravotníky, sestry		
		Zná sestra jednotlivé oblasti ošetrovatelského modelu dle Gigerové – Davidhizarové?	kontrola prostředí oddělení		
			otázka pro sestru		
	<b>S 4</b>	Má ošetrovatelská dokumentace veškeré požadované náležitosti?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>S 5</b>	Je proveden záznam o poskytované ošetrovatelské péči?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		

Kritérium	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>Procesu</b>	<b>P 1</b>	Orientuje se sestra v základních otázkách týkajících se pravoslavné církve?	otázky pro sestru		
		Dokáže sestra popsat základní teze pravoslavného náboženství?	otázky pro sestru		
	<b>P 2</b>	Respektuje sestra přání a potřeby jedince v souvislosti s náboženstvím, které vyznává?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 3</b>	Respektuje sestra potřebu vymezení času pro modlitbu?	otázky pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 4</b>	Dokáže sestra identifikovat stupeň jazykové bariéry?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			otázka pro sestru zaměřená na způsob, jakým lze stupeň		

			jazykové bariéry identifikovat		
	<b>P 5</b>	Zjistila sestra, jak si P/K přeje být osloven?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 6</b>	Využívá sestra prvků efektivní komunikace vč. udržování očního kontaktu?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			otázky pro sestru zaměřené na znalost prvků efektivní komunikace		
	<b>P 7</b>	Udržuje sestra při komunikaci blízkou vzdálenost?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 8</b>	Uvědomuje si sestra, že potlačování mimických a emotivních projevů při komunikaci je z pohledu K/P pokládáno za výraz nepřátelství?	otázka pro sestru		
	<b>P 9</b>	Uvědomuje si sestra, že používání dotyků při komunikaci je z pohledu K/P pokládáno za projev přátelství?	otázka pro sestru		
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>	<b>P 10</b>	Zajistila sestra K/P klidné prostředí na pokoji?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 11</b>	Je P/K umožněn kontakt s rodinou a přáteli?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 12</b>	Ví sestra o možnosti, že může P/K odmítat přítomnost televizoru ve svém pokoji?	otázka pro sestru		
	<b>P 13</b>	Je P/K umožněno ponechat si u sebe ikony (svaté obrázky)?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 14</b>	Znají zdravotníci	otázka pro zdravotnický		

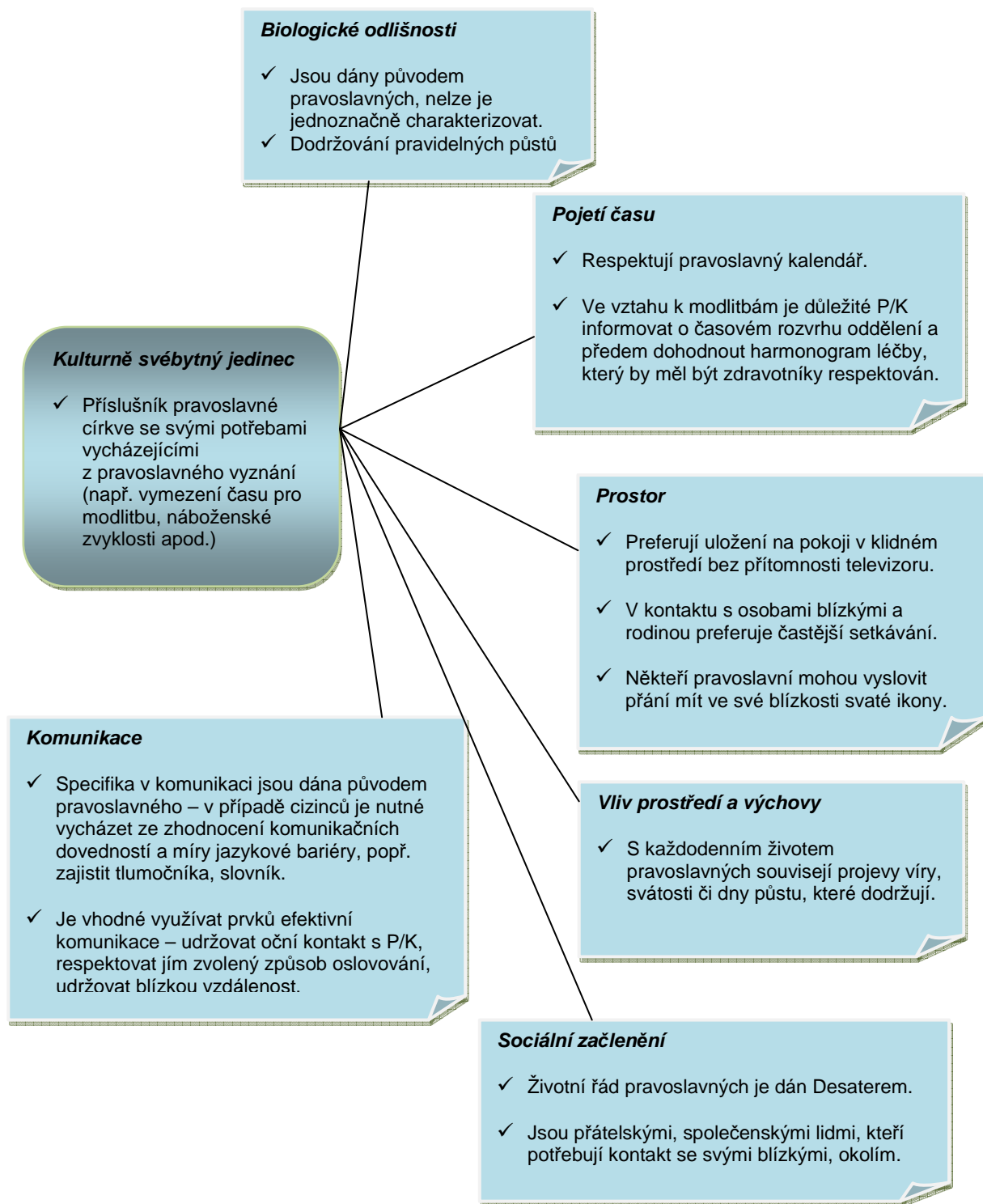
		Desatero?	personál		
		Mají zdravotníci v případě potřeby Desatero k nahlédnutí?	kontrola prostředí		
	<b>P 15</b>	Jsou P/K umožněny společenské návštěvy v rámci rodiny, komunity a ostatních přátel?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 16</b>	Zná sestra odlišnosti pravoslavného kalendáře?	otázka pro sestru		
		Ví zdravotníci, kde by v případě potřeby doplnění informací pravoslavný kalendář mohli najít?	otázka pro zdravotnický personál		
	<b>P 17</b>	Seznámila sestra P/K s režimem dne a časovým harmonogramem oddělení?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 18</b>	Je dodržován harmonogram léčby (vyšetření), který byl ve spolupráci s P/K sestaven?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
			řízený rozhovor s P/K		
		Oznamuje a vysvětluje sestra P/K změny v dohodnutém plánu léčby?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
<b>Kritérium</b>	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Procesu</b>	<b>P 19</b>	Respektuje sestra P/K projevy víry?	řízený rozhovor s P/K		
		Dokáže sestra některé z projevů víry pravoslavných charakterizovat?	otázka pro sestru		
	<b>P 20</b>	Znají zdravotníci svátosti pravoslavné církve?	otázka pro zdravotníky		
		Ví zdravotníci, z jakých zdrojů by v případě potřeby doplnění a	řízený rozhovor s P/K		
			otázka pro zdravotníky		

		prohloubení informací o svátostech pravoslavné církve mohli čerpat?			
	<b>P 21</b>	Je P/K, v případě vyslovení přání, umožněno dodržovat půst?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>P 22</b>	Orientuje se zdravotnický personál v postních dnech spojených s pravoslavným vyznáním?	otázka pro zdravotnický personál		


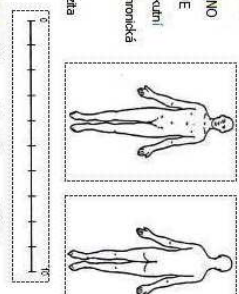
Kritérium	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>Výsledku</b>	<b>V 1</b>	Poskytuje sestra příslušníkům pravoslavné církve kulturně ohleduplnou péči s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové – Davidhizarové?	přímé pozorování sestry při kontaktu s P/K		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>V 2</b>	Zaznamenává sestra všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace?	kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>V 3</b>	Je P/K informovaný o svém ošetrovatelském plánu?	řízený rozhovor s P/K		
		Vypracovala sestra ošetrovatelský plán ve spolupráci s P/K?	otázka pro sestru		
			řízený rozhovor s P/K		
	<b>V 4</b>	Reagují zdravotníci na specifické potřeby P/K související s jeho vírou?	řízený rozhovor s P/K		

\* K/P nebo P/K = klient / pacient, nebo pacient / klient

## Schéma ošetrovateľského modelu Gigerové a Davidhizarové zaměřené na péči o příslušníky pravoslavné církve



## Příloha 6 Navržená ošetrovatelská anamnéza obsahující oblast duchovních potřeb

		<b>OŠETROVATELSKÁ ANAMNEZA</b>	
Oddělení: ..... Datum: ..... Čas: .....	TK: ..... TT: ..... P: .....	Alergie: ..... Jiná upozornění: .....	
<b>VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ:</b> Kouření <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Drogy <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Alkohol <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Schopen spoluzáreč: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE VEDOMÍ: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE KONTAKT: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení ponudila vědomí <input type="checkbox"/> zřízeny bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat farmak. udum .....	MOBITITA: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE klidný <input type="checkbox"/> uplná orientovaný <input type="checkbox"/> částečně omezená rozšířený <input type="checkbox"/> velmi omezená zneklidný <input type="checkbox"/> vzrušivý agresivní <input type="checkbox"/>	<b>Výsledek nutričního screeningu:</b> Nutriční terapeut volán: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE DM: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE NIZ <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulinová pumpa <b>PRŮBĚH STRAVY:</b> Ústý <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> PEG sám <input type="checkbox"/> enterální výživa kmen <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> parenterální výživa nauzea <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> jiné: ..... Problémy s polykáním: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Zdraví protěza: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE dohřívání <input type="checkbox"/> hmotí	Chut' k jídlu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>SILNICE:</b> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> ahy povlak <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> jiné: ..... <b>VTLUČOVÁNÍ:</b> MOČ: <input type="checkbox"/> inkontinence sám <input type="checkbox"/> inkontinence PINK Den: ..... Číslo: ..... problémy <input type="checkbox"/> jaké: ..... délka a: ..... hod <b>STOLICE:</b> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> průjem stome <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> zácpa problémy: ..... Poslední stolice dne: ..... Řeší seál <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Den: .....
<b>VÝŽIVA:</b> Dieta: ..... Váha: ..... BMI: ..... Vyška: .....	<b>OTOKY:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE obličej <input type="checkbox"/> anasarka <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> HK <b>BOLEST:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE akutní <input type="checkbox"/> chronická Intenzita: 	Rodina informována o přetížení: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pracovní neochopnost vyřešena: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Otec: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Předáček: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Rodinná informována o přetížení: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pracovní neochopnost vyřešena: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Otec: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Předáček: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>INVAZIVNÍ VSTUPY:</b> perfarní žilní kanyla Den: ..... Místo: ..... centrální žilní kanyla Den: ..... Místo: ..... arteriální kanyla Den: ..... Místo: ..... dialyzační kanyla Den: ..... Místo: ..... Redovný dren Den: ..... Místo: ..... jiné Den: ..... Místo: ..... <b>DÝCHÁNÍ:</b> sportovní <input type="checkbox"/> aplikace O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> linn <input type="checkbox"/> brylení maskou <input type="checkbox"/> intubace <input type="checkbox"/> jiné ..... Číslo: ..... Den: ..... Číslo: ..... Den: .....	<b>RIZIKO PÁDU:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>VÝZNAMNÝ HANDICAP:</b> zrak <input type="checkbox"/> brýle/čochy sluch <input type="checkbox"/> naslouchadla problémy s řečí <input type="checkbox"/> pareza HK/DK berle <input type="checkbox"/> plege HK/DK amputace <input type="checkbox"/> vozík jiné: .....	<b>CENNOSTI:</b> Uloženy v centrálním trezoru <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Uloženy v trezoru na oddělení <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pacient seznámen s donáčním řádem <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pacient seznámen s právy pacientu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<b>POTŘEBA DUCHOVNÍCH POTŘEB</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Jaké potřeby: .....
<b>OŠETROVATELSKÉ DIAGNÓZY:</b> 1. .... 2. .... 3. ....	Datum: ..... podpis sestry ..... podpis pacienta .....	Identifikace pacienta (titak): Příjmení: ..... Jméno: ..... Rodné číslo: ..... / ..... Pojišťovna: .....	

Zdroj: Vlastní

## **Příloha 7 Návrh certifikovaného kurzu v rámci celoživotního vzdělávání**

### **Návrh certifikovaného kurzu v rámci celoživotního vzdělávání**

Název certifikovaného kurzu: MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

#### **1. Cíle certifikovaného kurzu**

Absolvent/ka:

- umí definovat multikulturního/transkulturního ošetrovatelství
- umí porozumět základním pojmům v oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství
- umí komunikovat s vybranými etnickými skupinami obyvatel nebo umět zajistit vhodnou komunikaci
- umí poskytnout diferencovanou ošetrovatelskou péči
- je schopen/na sesbírat kulturní data
- umí používat kulturně specifické ošetrovatelské modely při poskytování ošetrovatelské péče klientům/pacientům s ohledem na jejich národnostní či náboženskou příslušnost
- zná etické aspekty poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče
- zná zásady pro komunikaci s klienty/pacienty z menšin
- se naučí cílené edukaci s ohledem národnostní či náboženskou příslušnost klienta/pacienta
- umí posoudit individuální potřeby klientů/pacientů z řad menšin a na základě posouzení vypracovat plán ošetrovatelské péče reagující na tyto potřeby
- získá informace o vybraných náboženských skupinách (islám, buddhismus Diamantové cesty, pravoslavná církev).

#### **2. Určení kurzu**

- všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.
- porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,

#### **3. Vstupní a další požadavky**

##### **3.1 Vstupní podmínky**

- odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry nebo porodní asistentky

- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru
- minimálně 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v plném úvazku

### **3.2 Průběžné podmínky**

Absolvování výuky v rozsahu stanoveném vzdělávacím programem. Do celkového počtu hodin se započte nejvýše 10% omluvené absence.

### **4. Celková délka certifikovaného kurzu**

Teoretická výuka včetně výuky teoreticko-praktické bude v délce 30 hodin a bude zahrnovat přednášky, diskuse, odborné semináře, skupinové práce, praktická cvičení samostatné a týmové práce.

### **5. Počet účastníků**

20

### **6. Počet kreditů**

Za absolvování tohoto kurzu získá účastník 18 kreditů.

### **7. Rozsah a obsah kurzu**

#### **7.1 Charakteristika obsahových složek**

Vzdělávací program zahrnuje výuku teoreticko-praktickou, která umožní absolventům vhodnou formou získat komplexní pohled na multikulturní/transkulturní ošetrovatelství a na vybraná náboženství.

Výuka poskytuje účastníkům kurzu ucelený soubor znalostí (vědomostí a dovedností) o poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče. Absolventi získají základní znalosti v oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství. Výuka dále umožňuje nácvik speciálních komunikativních dovedností a schopnost lépe porozumět odlišnostem chování u vybraných náboženských skupin. Po absolvování tohoto kurzu bude dále absolvent schopen používat kulturně specifické ošetrovatelské modely při poskytování ošetrovatelské péče klientům/pacientům s ohledem na jejich náboženskou příslušnost.



## 8. Učební plán

Části vzdělávacího kurzu (tématické celky)	Počet hodin
<b>Multikulturní ošetrovatelství</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>definice multikulturního/transkulturního ošetrovatelství</i></li><li>- <i>vysvětlení základních pojmů v oblasti multikulturního ošetrovatelství</i></li><li>- <i>význam a důležitost multikulturního přístupu v praxi, navázání na tradice a duchovní potřeby pacientů</i></li><li>- <i>interkulturní komunikace, komunikační bariéry</i></li><li>- <i>sběr kulturních dat</i></li><li>- <i>modely vztahující se k multikulturnímu ošetrovatelství</i></li><li>- <i>etické aspekty poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče</i></li><li>- <i>cílená edukace s ohledem národnostní či náboženskou příslušnost klienta/pacienta</i></li></ul>	8
<b>Islám</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>charakteristika náboženství</i></li><li>- <i>historie, charakteristické rysy, pilíře islámu, oblečení věřících, stravování, společné znaky věřících, význam rodiny, vztahy mužů a žen, postavení ženy v islámu</i></li><li>- <i>specifika komunikace</i></li><li>- <i>specifika ošetrovatelské péče při hospitalizaci</i></li></ul>	6
<b>Buddhismus Diamantové cesty</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>charakteristika náboženství</i></li><li>- <i>historie, charakteristické rysy, stravování, meditační praxe, umírání a smrt</i></li><li>- <i>specifika ošetrovatelské péče při hospitalizaci</i></li></ul>	6
<b>Pravoslavná církev</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>charakteristika náboženství</i></li><li>- <i>historie, charakteristické rysy, posvátné tajiny, modlitba, stravování</i></li><li>- <i>specifika ošetrovatelské péče při hospitalizaci</i></li></ul>	6
<b>Celkem</b>	<b>30</b>

## 9. Způsob ukončení

- Obhajoba závěrečné práce – praktické využití modelu Gigerové a Davidhizarové u vybrané náboženské minority
- Úspěšní absolventi kurzu obdrží Certifikát MZČR o absolvování studia s uvedením počtu přidělených kreditů. Certifikát je platný v rámci celé České republiky.

## 10. Seznam doporučené studijní literatury:

ABD-AL-ÁTÍ, H. *Zaostřeno na islám*. 2. vyd. Praha: Islámská nadace v Praze, 2010. ISBN 978-80-904373-6-4.

ANDREWS, M. M. a J. S. BOYLE. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN-13: 978-0-7817-9037-6.

BAUDIŠOVÁ, J. a A. PODRACKÁ, *Postní pokrmy podle pravoslavné tradice*. Olomouc: Fontána, 2003. ISBN 80-7336-112-4.

BONDY, E. *Buddha*. 3. vyd. Praha: DharmaGaia, 2006. ISBN 80-86685-62-4.

BUBÍK, T. a M. FÁREK. *Náboženství a jídlo*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005. ISBN 80-7194-800-4.

BURNARD, P. a P. GILL. *Culture, Communication & Nursing: A Multicultural Guide*. Edinburgh: Pearson Education, 2009. ISBN 978-0132328920.

GIGER, J. N. a R. E. DAVIDHIZAR. *Transcultural nursing*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. ISBN 978-0-3230-2295-8.

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

KÜNG, H. *Po stopách světových náboženství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2006. ISBN 80-7325-059-4.

LEININGER, M. M a M. R. McFARLAND. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York: The MC-Graw-Hill Companies, 2002. ISBN 0-07-135397-6.

NYDHAL, OLE. *Jak se věci mají: současný úvod do Buddhova učení*. Praha: Bílý deštník, 2007. ISBN 80-903821-1-8.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.

## Příloha 8 Polostrukturovaný rozhovor

### POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Identifikační údaje

---

1. Váš věk?
2. Vaše náboženské vyznání?
3. Vzdělání .....
- Sociální status.....
- Pohlaví
4. Jak dlouho pobýváte v České republice? (*pokud respondent není příslušník ČR*)

#### Kulturně svébytný jedinec

---

5. Jakou formou vyznáváte svou víru?
6. Jaký je Váš církevní chrám? (frekvence modliteb, instituce, představení církve, prostředí)
7. Jaké jsou vnější znaky vašeho náboženství?
8. Jaké dodržujete svátky – rituály – obřady (koupele, očista)?

#### Biologické variace

---

*Vnímavost vůči nemocem a onemocnění*

9. Jak často býváte nemocný/á?
10. Máte nějaké chronické onemocnění?
11. Musíte užívat pravidelně nějaké léky?
12. Jakým způsobem obvykle tišíte svou bolest?
13. Omamné látky – opioidy, analgetika – počítáte mezi omamné látky?

*Upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhnutí se některým pokrmům*

14. Volba potravin specifická pro Vaše náboženství?
15. Vegetariánství – vztah k masným / živočišným výrobkům?
16. Specifika stolování/podávání jídel – obřady?

17. Půsty – svátky - rituály spojené s jídlem? (Které půsty dodržujete ve zdraví a které půsty dodržujete v době nemoci?)
18. Náboženství/kultura doporučuje zdravou výživu?
19. Omezuje Vaše kultura/náboženství konzumaci kávy, alkoholu?

### **Vliv prostředí a výchovy**

---

#### *Obvyklá péče o zdraví v dané kultuře*

20. Co pro Vás znamená zdraví?
21. Jak ochraňujete své zdraví? Jak chráníte zdraví své rodiny?
22. Popište, prosím, jaké bývá typické chování Vaší rodiny, když někdo onemocní.
23. Máte specifickou formu rituálů, které praktikujete k ochraně zdraví?
24. Jak Vaše kultura/náboženství pečuje o zdraví?
25. Chodíte na preventivní prohlídky?
26. Jaký máte názor a zkušenost s primární zdravotnickou péčí?
27. Transfúze a krevní deriváty – jaký je váš názor?
28. Transplantace – přijetí a dárcovství (rozlišujete mrtvého a živého dárce)?
29. Aplikujete nějaké prvky alternativní medicíny?
30. Odmítáte nějaké diagnostické nebo léčebné výkony? – pokud ano jaké?

#### *Hodnoty*

31. Uveďte prosím pět Vašich životních hodnot od té nejvyšší k hodnotám nižším

#### *Plánované rodičovství*

32. Specifika kultury/náboženství v oblasti těhotenství a šestinedělí
33. Upřednostňujete porod doma či v nemocničním zařízení?
34. Specifika kultury/náboženství v oblasti Interrupce?
35. Antikoncepce – náboženství upravuje užívání antikoncepce?
36. Mimomanželský styk – náboženství upravuje povoluje, zakazuje?
37. Specifika péče o děti (péče o novorozence, kojence)?
38. Můžete adoptovat dítě?

### *Specifika umírání*

39. Obřady spojené s umíráním? Specifika péče o umírající?
40. Hospitalizovaného umírajícího převezou domů?
41. Mohou vykonat obřad a rozloučení v nemocničním zařízení?
42. Jaký máte názor na eutanázii?
43. Máte specifika v péči o mrtvé tělo?

---

### **Pojetí času**

#### *Pracovní doba*

44. Kolik dnů v týdnu a kolik hodin denně pracujete?
45. Kolik hodin denně spíte?
46. Je pro Vás důležité přijímat léky a terapeutické intervence v danou dobu?

---

### **Sociální začlenění**

47. U cizích příslušníků:
  - jaký je důvod vašeho pobytu v ČR (sloučení rodiny, podnikání, zaměstnání)?
  - plán vrátit se do země původu?
48. Rodina – postavení v rodině (kdo je hlava rodiny, kdo řídí, jaké je postavení žen...)
49. Rodinný stav?
50. Kolik máte dětí?

---

### **Prostor**

51. Jakou vzdálenost považujete za svou osobní zónu?
52. Spokojenost s prostorovým uspořádáním v nemocnici a v ambulanci praktického lékaře? (z hlediska narušení osobní zóny)

---

### **Komunikace**

53. Jaký je Váš mateřský jazyk?
54. Jakým jazykem se v ČR dohovoříte?

---

### **Specifika při hospitalizace**

---

55. Jsou podle Vás respektovány Vaše kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví?
56. Přejete si, aby zdravotníci znali Vaši víru/kulturní specifika a respektovali je?
57. Aplikace víry v nemocničním zařízení. Můžete se modlit v nemocnici?
58. Zachovávejte rituály a obřady během nemoci/hospitalizace?
59. Vyžadujete v nemocničním zařízení duchovního?
60. Nechali by jste se ošetřit/hospitalizovat v nemocničním zařízení jiného náboženství?
61. Vyhledáváte zdravotníky/zařízení stejné kultury víry?
62. Přejete si aby v době Vaší hospitalizace byly poskytovány Vaší rodině informace o Vašem zdravotním stavu?
63. Co by jste nedovolili zdravotnickým pracovníkům během ošetřování?

### **Nemocniční prostředí**

---

64. Počet nemocných na pokoji ?
65. Skladba spolupacientů – s kým nemůžete být? JIP ARO – muži, ženy v jedné místnosti
66. Intimita - zachování intimity během zákroků, odhalování před spolupacienty (Vadilo by Vám, pokud by sestra např. při ranní hygieně nebo ošetřování, Vás odhalila?)
67. Jaké máte požadavky na nemocniční pokoj? (teplota pokoje, ticho/klid ...)
68. Vadí Vám projev víry spolupacientů? Na stěně náboženské symboly jiného náboženství?
69. Jaké komplikace spojené se specifiky Vaší víry zažíváte během hospitalizace?
70. Přístup zdravotníků, spokojenost s kvalitou poskytnutých služeb? Jak hodnotíte Vaší spokojenost?
71. V případě potřeby nabízeno ZZ tlumočnický?
72. Znáte práva pacientů ČR?
73. Co byste vylepšil v ČR zdravotnictví – jaké úpravy byste provedl v souvislosti s aplikací Vaší víry či kulturních specifik během hospitalizace?
74. Setkali jste se s poskytováním ošetřovatelské péče, která byla v rozporu s vašimi kulturními nebo náboženskými zvyky a rituály?

Zdroj: Vlastní

## **Příloha 9 Dotazník pro sestry**

### ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je na katedře ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zmapovat názory sester na současnou ošetrovatelskou dokumentaci v nemocnicích Jihočeského kraje.

Dovolujeme si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a o odpovědi na otázky v tomto dotazníku.

**VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO**

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku. Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé výzkumného úkolu

### 1. Zdravotnické zařízení

- Nemocnice České Budějovice, a. s.
- Nemocnice Písek, a. s.
- Nemocnice Tábor, a. s.
- Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.
- Nemocnice Český Krumlov, a. s.
- Nemocnice Strakonice, a. s.
- Nemocnice Prachatice, a. s.

### 2. Oddělení

- standardní
- intenzivní péče

### 3. Délka praxe

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16 let a více

### 4. Vzdělání

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ
- SV (specializační vzdělání)

### 5. Věk

- do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 let a více

### 6. Pracovní zařazení

- vrchní sestra
- staniční sestra



sestra u lůžka

7. Jak si na Vašem pracovišti předáváte informace o ošetrovatelské péči? *(možnost zvolit více odpovědí)*

a) ústně

b) písemně - dokumentace

c) písemně - hlášení sester

d) jiné.....

8. Používáte na Vašem oddělení ošetrovatelskou dokumentaci?

zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím

zcela nesouhlasím

9. Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používáte na Vašem oddělení?

tištěná forma

elektronická forma

kombinovaná forma (tištěná a elektronická)

jiná forma .....

10. Tištěná forma dokumentace mi vyhovuje *(i v případě, že oš. dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)*

zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím

zcela nesouhlasím

11. Elektronická forma dokumentace mi vyhovuje *(i v případě, že oš. dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)*

zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím

zcela nesouhlasím

12. Lékaři na našem oddělení pracují s ošetrovatelskou dokumentací

zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím

zcela nesouhlasím

13. Používáte na Vašem oddělení systém ošetrovatelských diagnóz?

ano  ne  nevím

*Pokud ano, tak:*

System ošetrovatelských diagnóz, ktoré používame na našom oddelení, považujú za vyhovujúci

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

System ošetrovatelských diagnóz, ktoré používame na našom oddelení, považujú za prínosný pro ošetrovatelskou péči

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

14. Používáte na Vašem oddelení jiné ošetrovatelské klasifikační systémy (NIC, NOC)?

- ano  ne  nevím

*Pokud ano, tak:*

S těmito systémy umím pracovat

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

*Domnívám se, že mám o této klasifikaci dostatek informací*

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

*Tyto systémy považují za přínosné pro ošetrovatelskou péči*

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

15. Co si představíte pod pojmem klasifikace?

- zařazování do předem určených tříd na základě zjištění společné charakteristiky
- systematická činnost zaměřená na řešení společného problému
- porovnání dvou a více společných znaků
- jiné.....

16. Co podle Vás nepatří mezi ošetrovatelské klasifikační systémy?

(zvolte pouze jednu odpověď)

- NIC
- NOC
- NANDA
- OMAHA
- WENR

17. Co podle Vás znamená zkratka NIC?

- klasifikace ošetrovatelských intervencí
- klasifikace ošetrovatelských cílů
- ošetrovatelství v oblasti intenzivní péče
- nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
- jiné.....

18. Co podle Vás znamená zkratka NOC?

- klasifikace ošetrovatelských cílů
- klasifikace ošetrovatelských intervencí
- ošetrovatelství o těhotné ženy
- nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
- jiné.....

19. Klasifikací ošetrovatelských diagnóz se zabývá organizace

- NANDA
- ACENDIO
- WHO

jiná (vypište)

20. Klasifikační systémy v ošetrovatelství podle Vás slouží jako (uved'te pouze jednu odpověď)

- společný odborný jazyk ošetrovatelské profese
- základní metoda poskytování ošetrovatelské péče
- k řízení managementu kvality ošetrovatelské péče
- nevím, nemám informace o ošetrovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

21. O klasifikačních systémech v ošetrovatelství se v ČR zmiňuje

- zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních
- vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- koncepce českého ošetrovatelství
- nevím, nemám informace o ošetrovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

22. V oblasti komunitního ošetřovatelství je nejvhodnějším klasifikačním systémem

- OMAHA
- NANDA taxonomie
- nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

23. Setkali jste se někdy s ošetřovatelským klasifikačním systémem?

- ano  ne  nevím

**Pokud** ano:

kde jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

- v odborné literatuře
- v časopise
- na internetu
- v zaměstnání
- při studiu
- na kurzu
- na jiném pracovišti
- jiné.....

*Klasifikační systémy v ošetřovatelství považuji za přínosné*

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

*Klasifikační systémy v ošetřovatelství považuji za zbytečné*

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

24. Domnívám se, že oddělení, na kterém pracuji, je vhodné pro používání ošetřovatelských klasifikačních systémů

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím
- zcela nesouhlasím

25. Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o ošetřovatelských klasifikačních systémech?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

26. Měl(a) byste zájem o vzdělávací kurz v oblasti ošetřovatelských klasifikačních systémů?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

27. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti ošetrovatelských klasifikačních systémů za dostačující?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

28. Co si představíte pod pojmem multikulturní ošetrovatelství?

(prosím, vypište) .....

29. Ošetrovatelská dokumentace na Vašem oddělení zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím  zcela nesouhlasím

30. Setkali jste se někdy s multikulturním ošetrovatelstvím?

- ano  ne  nevím

**Pokud ano:**

kde jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

- v odborné literatuře  
 v časopise  
 na internetu  
 v zaměstnání  
 při studiu  
 na kurzu  
 na jiném pracovišti  
 jiné .....

31. Setkal/a jste se s multikulturním ošetrovatelstvím v průběhu svého vzdělávání?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

32. Víte, jaká specifika v oblasti ošetrovatelské péče mají vyznavači islámu?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

**Pokud ano nebo spíše ano, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)**

- stravování  
 hygiena  
 umírání  
 modlitba  
 význam rodiny  
 komunikace

jiné.....

33. Víte, jaká specifika v oblasti ošetrovatelské péče mají příslušníci Církve Ježíše Krista Svatých posledních dnů (mormoni)?

ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud **ano** nebo **spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)

stravování

modlitba

význam rodiny

interrupce

jiné.....

34. Víte, jaká specifika v oblasti ošetrovatelské péče mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty?

ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud **ano** nebo **spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)

stravování

meditace

mravní zásady (neubližovat živým bytostem)

smrt

jiné.....

35. Víte, jaká specifika v oblasti ošetrovatelské péče mají příslušníci pravoslavné církve?

ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud **ano** nebo **spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)

stravování (půsty)

modlitba

těhotenství

interrupce

umírání

jiné.....

36. Považuji za důležité mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím

zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím

zcela nesouhlasím

37. Mám zájem o vzdělávací kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství

- zcela souhlasím  spíše souhlasím  nevím  spíše nesouhlasím  
 zcela nesouhlasím

38. Znáte pojem koncepční modely v ošetrovatelství?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

39. Setkal/a jste se s určitým koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

40. Měl/a jste do své výuky zařazen předmet, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o koncepčních modelech?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

41. Víte, podle kterého koncepčního modelu/koncepčních modelů je vaše ošetrovatelská dokumentace vytvořena?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

42. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte na otázku (45).

43. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

44. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Marjory Gordonové?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

45. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte na otázku (48).

46. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové při studiu?

- ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

47. Víte, co je obsahem koncepčního modelu M. J. Watsonové?

- ano, obsah znám dobře  ano, obsah znám částečně  ne, nevím

48. Využíváte koncepčního modelu Marjory Gordonové ve své praxi?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

49. Využíváte koncepčního modelu Callisty Royové ve své praxi?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

50. Využíváte koncepčního modelu M. J. Watsonové ve své praxi?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

51. Využíváte některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, SPÍŠE ANO, pokračujte na otázku (55).

52. Uvažujete o tom, že byste používal/a koncepční modely ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

53. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

54. Považujete u sestry za důležitou schopnost empatie (*schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby*)  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

55. Máte zájem o vzdělávací kurz v oblasti koncepčních modelů?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

56. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů za dostatečnou?  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

57. Souhlasím s využitím jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace  
 ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

58. Souhlasím s využitím většího počtu koncepčních modelů v ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace



ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

59. Je podle Vás systém péče na Vašem pracovišti vhodný pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu?

ano  spíše ano  nevím  spíše ne  ne

Zdroj: Vlastní

