

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.

PRAHA

**SESTRA V MULTIKULTURNÍM PROSTŘEDÍ A JEJÍ
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA MUSLIMSKOU
KOMUNITU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PATRIK BURDA

2008

SESTRA V MULTIKULTURNÍM PROSTŘEDÍ A JEJÍ
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA MUSLIMSKOU
KOMUNITU

Bakalářská práce

PATRIK BURDA

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. dubna 2008

Patrik Burda

.....

ABSTRAKT

BURDA, Patrik: Sestra v multikulturním prostředí a její ošetrovatelská péče zaměřená na muslimskou komunitu. (Bakalářská práce). Patrik Burda – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář ošetrovatelství. Školitel: Mgr. Andrea Pohlová. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008,

Tématem bakalářské práce je multikulturní ošetrovatelství a specifika muslimské komunity. Teoretická část práce je zaměřena na poznatky multikulturního ošetrovatelství od základních pojmů, přes koncepční modely, až po problematiku cizinců na našem území. Dále je zde uvedena základní charakteristika islámu, života muslimské komunity a specifika při poskytování ošetrovatelské péče této komunitě. V empirické části bylo provedeno průzkumně výzkumné šetření, které zjišťovalo informovanost sester v péči o jazykové, kulturní a náboženské menšiny. Cílem celé práce bylo vytvoření standardu ošetrovatelské péče zaměřeného na muslimskou komunitu, který by byl použit pro praxi.

Klíčová slova:

Multikulturní ošetrovatelství. Muslimská komunita. Koncepční modely. Islám. Standard ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

BURDA, Patrik: Nurse in a multicultural environment and her nursing care concentrated on the Moslem community. (bachelor work). Patrik Burda – Medical University of Prague. Professional qualification level: Nursing bachelor. Tutor: Mgr. Andrea Pohlová. Medical university of Prague, 2008,

Subject of the bachelor work is a multicultural nursing care and specificities of the Moslem community. The theoretical part of the work concentrates on the knowledge of the multicultural nursing care, including, among others, basic concepts, conceptual models and the issue of foreigners living in our country. The work contains further the basic characteristics of Islam, life of the Moslem community and specificities in the provision of nursing care for this community. There was made inquiry and research in the empirical part, which examined knowledge of nurses concerning treatment of linguistic, cultural and religious minorities. The objective of the entire work was a creation of nursing care standards concentrated on the Moslem community, which would be used for practice.

Key Words:

Multicultural nursing care. Moslem community. Conceptual models. Islam. Nursing care standards.

PŘEDMLUVA:

Pokud má být ošetrovatelství zaměřené opravdu na každého je nutné věnovat náležitou část multikulturnímu ošetrovatelství. Na problematiku muslimské komunity jsem se zaměřil, protože jsem během studia poznal, jak je důležité znát specifika jednotlivých kultur a praktikovat je v každodenní praxi.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn hlavně projektem na Vysoké škole zdravotnické „Specifika ošetrovatelství v zemích Evropské unie – ošetrovatelská péče v multikulturní společnosti a ošetrovatelská péče kulturních, jazykových menšin (Neslyšících)“. Zajímavé poznatky z přednášek a cvičení jsem mohl aplikovat při své odborné praxi v nemocnicích. Při komunikaci s muslimskou komunitou jsem byl překvapen tím, jak se při vyhledávání zdravotní pomoci často setkávají s nepochopením, neznalostí, neochotou respektovat jejich kulturní tradice a styl života. Další inspirací se stala odborná praxe, kdy jsem se setkával s pacienty nejen z řad příslušníků islámu. Výuka multikulturního ošetrovatelství mě v tomto rozhodnutí jen utvrdila.

Práce je určena pro všechny studenty se zájmem o multikulturní ošetrovatelství, muslimskou komunitu a islám. Dále je určena pro všechny zdravotníky z praxe, kteří se setkávají při poskytování ošetrovatelské péče s cizinci. Vytvořený standard ošetrovatelské péče je určený pro oddělení nemocnic a ambulantní provoz, kde je poskytována péče právě muslimské společnosti.

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Andree Pohlové za odborné vedení, podnětné rady a připomínky, které mi po celou dobu tvorby práce poskytovala.

Další poděkování patří PhDr. Janě Gombárové za dvouletý projekt „Specifika ošetrovatelství v zemích Evropské unie – ošetrovatelská péče v multikulturní společnosti a ošetrovatelská péče kulturních, jazykových menšin (Neslyšících)“. Díky tomuto projektu jsem se mohl setkat s největšími odborníky na kulturní, jazykové a náboženské menšiny žijící v naší republice.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Multikulturní ošetrovatelství	8
1.1 Vymezení základních pojmů	8
1.2 Potřeba multikulturního ošetrovatelství	9
1.3 Poznámky z historie	10
2 Teorie a modely kulturní péče	11
2.1 Model Gigerové – Davidhizarové	12
2.2 Model Madeleine Leiningerové	13
3 Etika v multikulturním ošetrovatelství	16
4 Integrace cizinců v České republice	17
4.1 Problematika zdravotní péče u imigrantů	18
5 Islám	20
5.1 Islámské náboženství a jeho problematika	21
5.2 Islám a jeho cíl	22
5.3 Islám v historických souvislostech	22
5.4 Pilíře Islámu	23
5.5 Muslimové a Korán	25
6 Život a Islám	25
6.1 Narození a dětství	26
6.1 Dospívání	26
6.3 Svatba	27
6.4 Umírání a smrt	27
7 Muslimská komunita v České republice	28
8 Specifika při ošetrování muslimské komunity	29
EMPIRICKÁ ČÁST	31
9 Metodika výzkumu	31
9.1 Výzkumný problém	31
9.2 Cíle a úkoly výzkumu	31
9.3 Východisková hypotéza	32
9.4 Hypotetická tvrzení	32
9.5 Metody	32
9.6 Výzkumný vzorek	33
10 Výsledky výzkumu	33
10.1 Analýza dotazníku	34
10.2 Diskuze	42
10.3 Doporučení na závěr	43
11 Standard ošetrovatelské péče	44
12 Závěr	53
13 Seznam literatury	54
Přílohy	56

Motto:

„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech multikulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství.“

Madeleine Leiningerová

Úvod

V důsledku politických změn za posledních 20 let v České republice přibývá počet cizinců, kteří se rozhodli na našem území trvale nebo dočasně žít. Vstupem České republiky do Evropské Unie se stává jedním z velkých úkolů integrace jazykových, kulturních a náboženských menšin do naší společnosti. Součástí této integrace je také zlepšení zdravotní péče. Příslušníci odlišných kultur stále více žádají respektování svých tradic.

Při výkonu zdravotnického povolání se sestry často setkávají s klienty z jiných etnik. Je důležité, aby sestry znaly základní specifika těchto etnik a dokázaly poskytovat takovou ošetrovatelskou péči, která je slučitelná s tradicemi a náboženskými pravidly. Předkládaná práce se na začátku zabývá základními pojmy a potřebou multikulturního ošetrovatelství. Jsou zde uvedeny koncepční modely, které se v praxi používají při poskytování péče a klienty z jiných etnik. Důležitou kapitolou je etická problematika multikulturního ošetrovatelství.

V teoretické části je nastíněna problematika islámského náboženství a muslimské komunity. Je zde uvedena specifika života příslušníka islámu. Celá tato problematika je zpracována cíleně se zaměřením na konkrétní požadavky při poskytování zdravotní péče.

V empirické části bylo provedeno průzkumně výzkumné šetření, které mělo ověřit informovanost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství a povědomost o islámu. Z tohoto šetření bylo patrné, že si zdravotní sestry uvědomují důležitost znát základní specifika jednotlivých kultur a respektovat je při poskytování péče. Postrádají na oddělení standard ošetrovatelské péče zaměřený na poskytování péče o menšiny.

Hlavním cílem se stalo vytvoření standardu ošetrovatelské péče se zaměřením na muslimskou komunitu, který by byl k dispozici a použitelný v praxi jak v nemocničním provozu, tak v ambulantních zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Multikulturní ošetrovatelství

1.1 Vymezení základních pojmů

Poprvé se termín multikulturní ošetrovatelství objevil v 50. letech 20. století. V Anglické literatuře se můžeme setkat s pojmy transcultural nursing, ethnonursing, crosscultural nursing, které jsou považovány za synonyma. V české odborné literatuře se setkáváme s pojmy multikulturní nebo transkulturní. V posledních letech se dává přednost názvu transkulturalismus, který staví do centra pozornosti nejen kulturu, ale obousměrnou interakci majoritní společnosti a cizí minoritní skupiny.

V roce 1979 Madeleine Leiningerová uvedla definici **transkulturního ošetrovatelství** takto: „*Odborné odvětví ošetrovatelské péče, které se soustředí na komparativní studium a analýzu různých kultur s ohledem na ošetrovatelskou činnost ve zdraví i nemoci a s respektem k postojům a hodnotám klientů. Cílem této odbornosti je poskytovat účelnou, smysluplnou a efektivní péči potřebným lidem tak, aby byla v souladu s kulturními hodnotami a situačním kontextem.*“ .

(Leiningerová, 1995, s. 32)

Z tohoto vyplývá, že cílem transkulturního/multikulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně specifickou a univerzální praktickou péči. Dalším cílem je nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur a jejich vztahu ke zdraví.

Základním obecným pojmem je **kultura**:

Ve společenských vědách se s tímto termínem setkáme posledních 100 let, v ošetrovatelství asi od 50. let 20. století.

Definice: „*Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací).*

Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování. Kultura není předávána geneticky a je vždy výsledkem lidské činnosti (je tedy artefaktem)“.

(Ivanová, 2005, s.26)

S pojmem kultura úzce souvisí **subkultura** – skupina lidí, která žije v dominantní kultuře, ale zřetelněji se odlišuje svými normami a způsobem života.

Kulturní hodnoty jsou definovány takto – silné vnitřní a vnější orientující síly, které formují a uspořádávají myšlení, rozhodování a jednání jednotlivce nebo skupiny.

1.2 Potřeba multikulturního ošetřovatelství

Česká republika vstoupila do Evropské Unie, což má za následek častější kontakty nejen zdravotnického personálu s příslušníky jiných států, národů a etnik. Politické změny po roce 1989, problém válečných či etnických konfliktů vyvolává příliv jiných etnik do Evropy a také do České republiky. Tento příliv s sebou přináší jiné zvyky, názory, kulturní hodnoty a přesvědčení, které není v našich podmínkách obvyklé. Většina Čechů není stále připravena na soužití s jinými etniky. S pojmem „multikulturní“ jsme se u nás setkávali jen minimálně, v době socialismu byl tento pojem pro nás téměř neznámý. Společnost si dnes uvědomuje rozdíly etnické, rasové, náboženské a kulturní. Začíná se stále více objevovat potřeba vzdělávat a vychovávat odborníky v oborech multikultury, zejména v oblasti zdravotnictví. Mimo oblast zdravotnictví je pro multikulturalismus důležité zdůrazňování lidských práv a svobod. Tato práva a svobody nesmí být ohroženy nebo deformovány na podkladě rasových, etnických nebo náboženských skupin.

(Kolektiv, 2003)

Příslušník rozdílné kultury je nazýván jako migrant, zástupce etnické menšiny, cizinec. Péče o tohoto příslušníka je označována jako multikulturální, transkulturální, či interkulturální. V nemocničním prostředí se za posledních 15. let stále více setkáváme s klienty rozdílných kultur. Je nutno začít tolerovat a chápat cizí představy o zdraví a nemoci. To vyžaduje ošetřovatelský personál, který má odpovídající znalosti v této oblasti. Důležité pro multikulturní výchovu v praxi je její teorie, která je založena na poznatcích různých věd – transdisciplinární.

Multikulturní ošetřovatelství je do určité míry ovlivňováno trvalým vzestupem migrantů a větším uvědoměním si kulturního dědictví u klientů.

Dalšími faktory, které ovlivňují multikulturní ošetrovatelství je zmenšení světa díky internetu a cestování sester za prací do jiných zemí. V neposlední řadě také zvyšujícím se počtem kroků, které podnikají klienti v rámci hospitalizace na ochranu svých kulturních práv.

(Kolektiv, 2005)

1.3 Poznámky z historie

Základem pro multikulturní ošetrovatelství se stala antropologie, ze které jsou převzaty některé koncepce. Tyto koncepce, ale bylo nutné upravit, aby byly prakticky použitelné v ošetrovatelství. Multikulturní ošetrovatelství, jako samostatný obor se začal vyvíjet od 50. let minulého století. Zakladatelkou a přední představitelkou tohoto oboru je profesorka Madeleine Leiningerová. Současně s ní se zabývají tímto tématem další teoretici ošetrovatelství. V 50. letech minulého století došlo k uvědomění, že v ošetrovatelství schází podstatná složka v péči o klienta.

Pro rozvíjející se obor multikulturního ošetrovatelství bylo nutné připravit teoretické učební texty a vzbudit zájem u dalších zdravotních sester. První kurzy a přednášky transkulturního ošetrovatelství probíhaly v letech 1965 – 1969 na Katedře ošetrovatelství Coloradské university (School of Nursing, University of Colorado). Roku 1973 byla založena Katedra transkulturního ošetrovatelství na Universitě ve Washingtonu. Leiningerová se stává děkankou a vede celou katedru. V roce 1978 byl zahájen magisterský a doktorský program transkulturního ošetrovatelství na Universitě v Utahu. V roce 1974 byla založena Společnost pro transkulturní ošetrovatelství. Hlavním mottem se stává „Mnoho kultur – jeden svět“. Na konci 80. let minulého století začíná tato společnost udělovat sestrám certifikáty. Tyto sestry užívají za svým jménem titul CTN, - Certified Transcultural Nurse (certifikovaná transkulturní sestra). Odborným časopisem Společnosti pro transkulturní ošetrovatelství se stal Journal of Transcultural Nursing.

V České republice v letech 2002 – 2004 byly na Katedře ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity řešeny projekty, jejichž cílem bylo zpracování učebních textů pro bakalářský studijní program týkající se multikulturních přístupů.

2 Teorie a modely kulturní péče

Obečně počátky vzniku prvních teorií a modelů v ošetrovatelství se dají datovat na počátek 20. století. Podnětem byl vznik nových objevů a poznatků a to nejen na půdě humanitních věd.

Mastiliáková definuje **model** jako: „*grafické nebo symbolické vyjádření fenoménu (jevů), jež objektivizují a prezentují určitý pohled na jejich povahu a funkce. Modely mohou být teoretické (někdy nepřímo pozorovatelné - vyjádřené jazykovými nebo matematickými symboly) nebo empirické (napodobují pozorovatelnou realitu, např. model oka).*“

Teorii dále Mastiliáková charakterizuje jako: „*soubor logicky vzájemně spojených konceptů, prohlášení, tvrzení, návrhů a definic, které byly odvozeny od filozofie vědeckých dat, z nichž mohou být vyvozeny, testovány a ověřovány otázky nebo hypotézy. Účelem teorie je charakterizovat určité fenomény / jevy.*“

Každý koncepční model odráží filozofický postoj jeho autora, ale i např. odlišnou praxi. Pro ošetrovatelské modely je důležité, aby obsahovaly koncepty, které jsou nutné a přispívají k pochopení. V oboru ošetrovatelství je proto nutností, aby model dával jasné odpovědi na otázky a návody v oblasti praxe, vzdělání a výzkumu.

(Kolektiv, 2005, s.20)

Vliv migrace, politické změny, nový způsob elektronické komunikace, možnost pracovat v různých koutech světa. Toto vše umožňuje častější a rozmanitější kontakty s různými kulturami a náboženstvím. Právě proto je nutné přizpůsobit systém péče o zdraví jedince, rodiny i komunity. Aby byla pomoc účinná pro klienty různých kultur v oblasti ošetrovatelství, je nutné dobře připravit zdravotní sestry. Z tohoto důvodu byly vytvořeny podrobné kulturní teorie a koncepční modely.

Nejpoužívanější a nejznámější teorii kulturní péče vytvořila Madeleine Leiningerová. Dalšími uznávanými autorkami, které se zabývají multikulturním ošetrovatelství jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová.

2.1 Model Gigerové – Davidhizarové

Modely kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče představily v roce 1988 doktorky ošetrovatelství v USA Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová. V praxi byl model Leiningerové často sestrami kritizován za složitost při každodenní přímé péči o pacienta. Proto Gigerová – Davidhizarová vytvořily model, který usnadnil celostní, kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb klienta, při navázání na původní teorii Leiningerové.

K nosným myšlenkám tohoto modelu patří: koncepce transkulturního ošetrovatelství, respektování kulturní svébytnosti jedince, kulturně rozmanité ošetrovatelství, kulturně přizpůsobená péče, vytváření kulturně senzitivního prostředí ve zdravotnických zařízeních, podpora zdraví prospěšného chování, které je ve zdraví a nemoci běžné v dané kultuře.

Koncepční model Gigerové – Davidhizarové se snaží usnadnit zhodnocení kulturních zvyklostí a jejich vliv na chování člověka ve zdraví a nemoci.

System hodnocení klienta se podle tohoto modelu dá rozdělit do šesti oblastí:

1. Komunikace (používaný jazyk, neverbální komunikace, pauzy a mlčení)
2. Prostor (udržování blízkosti vůči druhým, tělesné pohyby, vnímání prostoru)
3. Sociální začlenění (kulturní, rasové, etnické, rodinné, volný čas)
4. Pojetí času (využití času, způsob měření, denní režim)
5. Vliv prostředí a výchovy (kontrola nad vlastním životem, definice zdraví a onemocnění)
6. Biologické odlišnosti (barva kůže a vlasů, hmotnost, výška, zásady stravy, vnímavost vůči onemocnění)

(Kolektiv, 2003, s.15)

Pokud sestra bude zvažovat všechny dané oblasti při práci bude schopna individuálního hodnocení a přístupu. Příklad otázek v jednotlivých oblastech je uveden v příloze č.1.

2.2 Model Madeleine Leiningerové

Jak bylo již výše uvedeno, zakladatelkou a stále přední představitelkou multikulturního ošetřovatelství je profesorka antropologie a ošetřovatelství Madeleine Leiningerová (viz. příloha č.2). Leiningerová mimo jiné získala titul LhD (Doktor of Humane Letters- titul, který se uděluje za významný přínos v oboru humanitních věd). Za průlom v oboru multikulturního ošetřovatelství byla navržena na Nobelovu cenu. Leiningerová v 50. letech pracovala na americkém Středozápadě, kde se zabývala psychiatrií ve středisku pomoci rodičům a dětem. Zde se setkávala s dětmi odlišných kultur. Sama popisuje, že prožila kulturní šok a zděšení, když vzhledem k rozmanitosti přání a očekávání dětí a rodičů jim nedovedla téměř adekvátně pomoci. Toto ji inspirovalo, aby začala studovat antropologii. Stále více nacházela spojitost ošetřovatelské péče s kulturním přesvědčením člověka. Své myšlenky shrnula v mnoha publikacích a zasloužila se o zařazení studia Transkulturního ošetřovatelství do univerzitního programu v USA. Stála v čele založení společnosti Transcultural Nursing Society (1974).

Model kulturní péče nazývá Leiningerová sama jako „Sunrice model – model vycházejícího slunce“. Podle schématu, v němž jednotlivé paprsky znázorňují faktory kulturní identity a jejich vzájemné propojení. V praxi je tento model již 30 let používán pro péči o jednotlivé kultury. Postupně byl dotvářen až do roku 1985.

Uvedený model by se dal rozdělit do čtyř úrovní, které řadíme od nejabstraktnější po nejkonkrétnější.

1. úroveň:

- Zabývá se světonázorem. Snaží se pochopit, jak klient reaguje na okolí mimo svou kulturu. Z tohoto pohledu je nutno pochopit povahu klienta. V této úrovni zjišťujeme např., kulturní hodnoty a životní styl, ekonomické faktory, vlivy na způsob péče.

2. úroveň:

- Zkoumá jedince, skupinu, rodinu v rozmanitých podobách zdravotnických

systemů. Popisuje kulturní významy projevy ve vztahu k péči a ke zdraví.

3. úroveň:

- V této úrovni sestra posuzuje charakteristiku zdravotní péče v dané kultuře. Je

nutno respektovat nejen profesionální zdravotnický systém, ale i tradiční

léčebné postupy. Zde se právě manifestují shody a rozdíly při poskytování

zdravotní péče

4. úroveň:

- Je konkrétní úroveň rozhodování a provádění ošetrovatelských opatření.

Na čtvrté úrovni se rozvíjí kulturně přiměřená péče. Tato péče je potom přesně podle potřeb klienta.

(Kolektiv, 2005)

Kulturně shodná péče se podle Leiningerové může realizovat třemi způsoby v závislosti od toho, v jakém stavu se klient nachází, které jsou jeho hlavní problémy a potřeby:

Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví

Tento typ péče zahrnuje: „*takovou asistenci, podporu, která prostřednictvím profesionální činnosti pomáhá lidem jednotlivých kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí nebo čelit postižení nebo smrti*“. Z definice vyplývá, že je zaměřená jak na zdravé, tak na nemocné lidi. Zdravým pomáhají sestry pomocí podpůrných aktivit, nemocným pomáhají se zotavit z jejich těžkostí.

Kulturní péče umožňující adaptaci

Tato péče v sobě skrývá všechny intervence, které pomáhají klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče. Sestry asistují klientovi při jeho přizpůsobování se novým životním rolím (například roli matky), nepříznivé události (úmrtí člena rodiny) a nebo nejčastěji adaptování se na roli pacienta.

Při hospitalizaci může mít klient pocházející z jiného kulturního prostředí problémy. Nemůže vykonávat obvyklé náboženské rituály, má omezeny kontakt s příbuznými, nemocniční strava neodpovídá jejich kultuře a podobně.

Úlohou sestry je dohodnout se s pacientem na takových aktivitách, na takové péči, která bude respektovat potřeby klienta, ale také požadavky nemocničního systému.

Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu

Leiningerová uvádí, že tento typ péče se dostává do popředí tehdy, když je potřeba modifikovat, či úplně změnit způsob, jakým se klient stará o svoje zdraví. Příkladem může být změna stravovacích návyků. Sestry často apelují na klienty, aby změnilы svůj stravovací režim. Ve smyslu kulturně uzpůsobené péče bude sestra spolu s klientem hledat taková jídla, která by nejen vyhovovala dietě, ale která také respektují jeho kulturní, náboženské normy či finanční možnosti.

(Špirudová, 2006, s.39)

Model vycházejícího slunce upíná svou pozornost na klienta. Leiningerová svůj model ale více postavila na nutnosti znát kulturu klienta.

I v tomto modelu můžeme rozlišit stejně jako v ošetrovatelském procesu pět fází:

1. Sběr informací a ošetrovatelské diagnózy (první až třetí úroveň modelu) :

- Důležité je, aby sestra byla seznámena s kulturou klienta, o kterého bude pečovat dříve než bude s ním v kontaktu. Sestra hodnotí informace o kultuře klienta. Zaměřuje se na jazyk, náboženství, filozofii, životní hodnoty,
- neméně důležité je poznat, jaký se v dané kultuře uplatňuje zdravotnický systém, jestli převažuje složka lidová či profesionální,
- pak lze stanovit ošetrovatelské diagnózy, kde je nutno zohlednit oblasti, které se týkají klientovi kultury. Ošetrovatelská diagnostika by měla postihnout problémy, kde klient popisuje či prožívá určitý nedostatek.

2. Plánování a realizace ošetrovatelské péče (čtvrtá úroveň modelu):

- Všechny potřeby klienta musí být opět uspokojovány kulturně přiměřeným způsobem. Je důležité se vyhnout činnostem, které by u klienta mohly vyvolat pocit diskriminace nebo dokonce kulturní šok.

3. Vyhodnocení (v modelu „vycházejícího slunce“ tato část přímo není):

- V této oblasti je nutné systematické studium jaká je ideální ošetrovatelská péče v rámci dané kultury.

(Kolektiv, 2005)

3 Etika v multikulturním ošetrovatelství

Etika obecně bývá charakterizována jako nauka o mravnosti. Také jako věda o tom, jak by se člověk měl chovat a jednat. Věda o hodnotách, které by měl člověk uskutečňovat. Základním principem etiky je úcta k životu.

Profese sestry není spojena jen s odbornými znalostmi, zručností, uměním vystupovat. Profese sestry je také spojena se schopností eticky dokázat komunikovat s lidmi.

Etika v ošetrovatelství si klade mimo jiné za cíl uspokojovat u klientů jejich kulturní a duchovní potřeby.

V roce 1994 Evropská porada Světové zdravotnické organizace v Amsterdamu schválila dokument „Principy práv pacientů v evropských členských státech EU“. Tento dokument hovoří o nutnosti respektování kultury klienta při poskytování zdravotnické péče. Pro úplnost je zde uvedeno několik příkladů.

V oddílu 1) Lidská práva a hodnoty zdravotní péče:

„ Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.“

V oddílu 2) Informovanost:

„ Informace se musejí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci.“

V oddílu 5) Péče a léčba:

„Pacienti mají právo ,aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot.“

(Ivanová, 2005)

I v Mezinárodním kodexu sester z roku 1973 je zmínka o odpovědnosti sester při poskytování péče. Konkrétně se v kodexu píše: „Sestra podporuje prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jednotlivců.“

(Etický kodex sester, 1973)

4 Integrace cizinců v České republice

Po roce 1989, kdy došlo k politickým změnám se Česká republika stává vyhledávaným cílem migrace cizinců. Zvýšený počet migrantů je obecně zaznamenávám v období válek a politických konfliktů. Častý důvodem k migraci bývají také ekonomické poměry v dané zemi. V posledních 15-ti letech stále stoupá počet občanů, kteří se na našem území dočasně nebo trvale usídlují. Imigranti pochází z různých kontinentů, kultur, mají rozdílné náboženské vyznání, jsou jiné barvy pleti. Stávají se součástí naší multikulturní a multietnické společnosti. Dle statistik a zkušeností bude v budoucnu docházet stále k vyšší migraci. To s sebou přinese promíšenost obyvatel různého původu, kultury, barvy pleti, stanou se součástí našeho každodenního života.

Protože nejčastějším důvodem k imigrace do České republiky bývají ekonomická hlediska, mezi cizinci převládají muži. Ženy tvoří jen asi 35 % imigrantů. Muži v naší republice hledají především zaměstnání.

V České republice se imigrační politikou zabývá veřejná správa, především ministerstva. Pod působnost Ministerstva vnitra spadají uprchlická zařízení, dále vede veškerou statistiku a administrativu, která se týká cizinců na našem území. Ministerstvo financí financuje náklady na zdravotní a sociální služby.

V rámci integrace cizinců v zemích Evropské unie je nutno, aby příchozí imigranti měli zajištěnou rovnost s místním obyvatelstvem. Tato rovnost se týká především zdravotní péče, sociálních služeb, přístupu k zaměstnání, vzdělání, bydlení.

Část cizinců se při příchodu na naše území dostává do azylového zařízení Ministerstva vnitra. Zde podává žádost o udělení azylu. Mezi těmito lidmi je velký

počet cizinců bez dokladů, popř. těch, co ilegálně překročili státní hranici. Tato část imigrantů potřebuje zvláště citlivý multikulturní přístup, protože často museli opustit domov nedobrovolně, stali se oběťmi politického režimu či válečného konfliktu . Primárním typem azylového zařízení, kam se imigrant dostane při vstupu na naše území je přijímací azylové zařízení, kde se čeká na zpracování žádosti povolení k pobytu. Toto zařízení nesmí cizinec opustit.

Je zde zajištěna zdravotní a hygienická péče, stravování a sociální služby. Pobytová azylová zařízení ta již může cizinec opouštět.

Posléze přechází do integračních pobytových středisek. V České republice jsou vytvořeny v rámci integrace imigrantů vzdělávací programy pro cizince. Snahou organizací, které se zabývají tímto problémem je zapojit u nás žijící cizince do společenských struktur v komunitách v místě bydliště.

4.1 Problematika zdravotní péče u imigrantů

Jako stát Evropské unie je naše republika povinna dodržovat nařízení Rady Evropy, která se týkají integrace do přijímací země. Hlavním nařízením je, že „nově příšlí imigranti (i bez dokumentů) mají zásadně právo na zdravotní služby ve stejné kvalitě jako ostatní občané“. Vládám zemí Evropské unie bylo doporučeno, aby zdravotnická zařízení poskytovala přiměřené tlumočnické služby zdarma. Dále je doporučeno poskytovat informace o zdravotní péči a proškolit zdravotní personál o multikulturních potřebách cizinců. Je samozřejmostí, že veškeré zdravotnické služby v azylových zařízeních financuje stát.

(Kolektiv, 2003, s. 45)

Velkým problémem zůstávají cizinci bez zdravotního pojištění. Bez přímé platby mohou být ošetřeni, pokud je s jejich domovským státem uzavřena oboustranná dohoda o bezplatném poskytnutí zdravotní péče ve vážných případech. Pokud tato smlouva neexistuje, je povinností cizince si hradit zdravotní péči samostatně. Cizinci, kteří přijdou na naše území by měli mít sjednané smluvní zdravotní pojištění. Pojištění jsou sjednávána jako krátkodobá nebo dlouhodobá. I přes možnosti zdravotního pojištění

vyplývá ze statistik, že zhruba jedna třetina nákladů na zdravotní péči cizinců zůstává neuhrazena.

Pokud je cizinec plátcem veřejného zdravotního pojištění, má právo na výběr zdravotní pojišťovny, na výběr lékaře a zdravotnického zařízení. Povinností cizince je platit pojistné, účastnit se na léčbě, dodržovat preventivní opatření, vědomě nepoškodovat zdraví.

Bezplatné poskytování zdravotní péče se opírá o mezinárodní smlouvy. Jedná se hlavně o neodkladnou péči na našem území. Občan státu, se kterým je tato smlouva uzavřena se prokazuje cestovním pasem. Česká republika smlouvu o bezplatném poskytování zdravotní péče uzavřela bilaterálně se všemi státy Evropské unie. Mezi další státy patří: Afganistan, Bulharsko, Irák, Jugoslávie, Kuba . Seznam zemí, se kterými je uzavřena smlouva o bezplatném poskytování zdravotní péče se postupně rozšiřuje.

Pokud na našem území pobývá cizinec s trvalým pobytem, je jeho povinností se podrobit povinnému očkování. Za cizince trvale bydlícího na našem území pojistné odvádí zaměstnavatel, pojištění je vázáno na nemocenské pojištění. Pokud se narodí dítě cizinci, který má povolen dlouhodobý pobyt, je povinností rodiče zažádat pro dítě o povolení k pobytu či o vízum. Zdravotní pojištění za dítě hradí rodiče. Pokud nechce hradit zdravotní pojištění, je povinností rodiče sepsat čestné prohlášení, že uhradí veškeré náklady spojené se zdravotní péčí o dítě.

Podle statistik Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) vyplývá, že nejčastěji za posledních pět let v nemocnicích byla poskytnuta zdravotní péče občanům Ukrajiny (cca 18%), Vietnamu (cca 14%), Slovenska (11%).

Právní předpisy upravující oblast poskytování zdravotní péče cizincům se vyskytují v těchto formách:

- 1) Mezinárodní smlouvy :
 - multilaterální
 - bilatelární
- 2) Právní normy Evropské unie
- 3) Vnitrostátní právní předpisy:
 - zákony

- vyhlášky ministerstev
- nařízení a usnesení vlády
- metodické pokyny ministerstev, vnitřní a organizační řády zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

(Ivanová, 2005, s.99)

5 Islám

Islám znamená v doslovném překladu „odevzdání se“. Tím je myšleno odevzdat se do Boží vůle. Muslimové jsou v překladu ti, kdo se „odevzdávají“ Bohu. Písmem svatým se stává Korán. Největší osobností islámu, kterému byl Korán zvěstován je prorok Muhammad. Muslimové vnímají své náboženství jako ucelený způsob života, jako návod jak žít. Vše v celém životě i ve společnosti musí podléhat islámským zákonům a předpisům. U věřících je ústředním motivem života víra v jednoho Boha. Udržují si nejjednotnější víru v porovnání s ostatními náboženstvími. I v islámu se také vyskytují sekty, ale většinou vznikají především z politických důvodů.

(Denny, 2003)

I když je Islám pokládán za celosvětové náboženství, je zajímavostí, že většina věřících žije v Severní Africe a na Jihovýchodě Asie. Nutno poznamenat, že islám lze rozdělit na dvě formy. Obě tyto formy se liší tím, že se neshodnou v otázce, kdo nastoupil po proroku Muhammadovi. První jsou Sunnitští muslimové, které mají velkou početní převahu. Sunnité nesouhlasí s názory a zvyky menšinových skupin. Druhou formu islámu tvoří Ší'itští muslimové, věří, že muslimskou obec mohou vést jen členové, pocházející z rodiny Muhammeda. Ší'itský islám můžeme najít především v Iránu, Iráku, Indii a Pákistánu.

(Keene, 2003)

Pokud rozdělíme stránky života muslima podle Koránu, tak lze říci, že jsou věci zakázané, indiferentní a povinné. Někdy se lze u muslimů dokonce setkat s názorem, že lidstvo nemá žádná práva, ale jen povinnosti.

5.1 Islámské náboženství a jeho problematika

Z historického hlediska je islám vývojově třetí nejstarší náboženský systém. Základem této víry, podobně jako v křesťanství nebo judaismu se stává víra v jediného Boha, tzv. monoteistické náboženství. V arabštině je tento Bůh nazýván Alláh. Méně známou skutečností je to, že islám má ke křesťanství blíže, než např. k hinduismu, či k jiným velkým náboženstvím Asie.

I přes velkou podobnost křesťanství a islámu jsou vztahy obou společenstev v celých dějinách poznamenány nedůvěrou a nepřátelstvím. V podstatě i v dnešní společnosti neustále přetrvává strach z islámského náboženství. Tento strach se v poslední době ještě prohloubil v souvislosti s terorismem a politickými událostmi ze začátku 21. století. Někteří specialisté na náboženské systémy dokonce prezentují, že islám bude pro západ v 21. století největší hrozbou. Xenofobní vidění je oboustranné. Rozdíl je v tom, že islámská společnost se nenávisť vůči západu příliš netají. Je třeba si uvědomit, že zákonodárci islámu a teologové neútočí na křesťanství či jiné náboženství. Spíše spatřují velký problém v materialismu a ateizmu. Islámští představitelé ani nerozlišují, jestli je naše společnost komunistická nebo kapitalistická. S odporem nahlízejí na náš konzumní způsob život. Zaznívá názor, že západní země bohatnou na úkor rozvojových zemí. Charakteristikou pro naši společnost se z pohledu muslimů stávají jevy jako drogy, promiskuita, rasismus, pornografie, alkoholismus. Z hlediska historie islám poukazuje na středověké dějiny Evropy, které byly plné brutality a fanatismu v kontrastu s vyspělou islámskou civilizací. Do dnešních dnů přetrvávají snahy islám ponížovat hospodářskou a vojenskou převahou, která je patřičně demonstrována.

Na druhou stranu islámský svět zůstává zahleděn sám do sebe a svých tradic. Vše, co je nové, lepší nerad přijímá. Někdy dokonce užívání nových prostředků komunikace, či rozdílný pohled na svět bývá v islámském prostředí tvrdě trestán.

Pokud se podíváme na islám dneška z pohledu statistického dělení, zjistíme, že největší populace muslimů žije v Indonésii, kde asi 90 % obyvatel vyznává islám, což v přepočtu znamená 191 milionů obyvatel. V Pákistánu vyznává islám jako svoje osobní náboženství až 97 % obyvatelstva ze 113 miliónů. Velké skupiny také žijí v Bangladéši, Indii a Iránu. Zajímavostí je, že v Turecku je ze zhruba 55 miliónů

obyvatel 93 % věřících. V bývalém Sovětském svazu se podle statistik odhaduje počet osob vyznávající islám na 45 milionů. V subsaharské Africe žije nejméně 100 milionů muslimů.

(Denny, 2003)

V západních zemích, zvláště ve Francii, Británii a Německu se hlásí k islámu v každé zemi přes 2 miliony obyvatel. Ve Spojených státech je asi 5 milionů muslimů.

5.2 Islám a jeho cíl

Cílem islámu je „blaženost“, nejen v budoucím – věčném životě, ale také v životě současném, pozemském. Tímto se liší islám od většiny náboženství, které mají nauku o spáse a o tom, že lepší stav teprve bude. Slovo spása se objevuje i v Koránu, ale nejvyšším náboženským cílem se pro muslimy stává „blaženost“. Toto slovo v sobě zahrnuje stav obyčejné fyzické a citové pohody jako je šťastná rodina, obdiv a úcta okolí. Dalším stupněm této „blaženosti“ jsou stavy čisté radosti, trpělivosti a čestného jednání. Muslimové vidí konečný cíl svého života výhradně v Boží spravedlnosti.

V příštím životě na věřícího čeká takový stav, který podle muslimů nelze popsat slovy. Korán popisuje nebeské zahrady, průzračné řeky, neustálou radostnou chválu Boha. Bude si moci užívat života bez nemocí, bolesti, samoty, lži, bezmocnosti. Muslimové v líčení ráje vidí hlubší a symboličtější rovinu, která překračuje pozemský fyzický popis a smyslový život.

5.3 Islám v historických souvislostech

Počátky islámu se datují do šestého století našeho letopočtu. Místo vzniku je oblast dnešní Saudské Arábie. V této oblasti leží i dvě nejvýznamnější města pro muslimský svět, Mekka a Medína. V historii Alláh posílal proroky jako byli Abraham, Mojžíš a Ježíš. Největším prorokem, který byl poslán byl Muhhamad. Byl poslední a největší v celé prorocké linii. Celé zjevení, je zaznamenáno v Koránu. Muslimové chovají k Muhammadovi nejvyšší úctu, ale nepovažují ho za Boha, proto se nesmí uctívat.

(Keene, 2003)

Arabští islamiští historikové nazývají období arabských dějin před vznikem islámu džahilíja. V překladu to znamená doba, v níž žili Arabové v bludu a duchovní slepotě.

Před vznikem islámu byla pro Araby prioritou rodina, klan, čest, udatné činy, bojová umění, pohostinnost, velkodušnost. Předislámští Arabové sice věřili v Boha, kterého ale nenazývali Alláh. Vnímali ho jinak než islám, neuctívali ho oficiálně. Byl jen jeden z Božstev. Alláh byl prosazen až Muhammedovým prorockým působením.

Prorok Muhammad se narodil asi v roce 570 našeho letopočtu. Většinu svého dětství a mládí trávil náboženským rozjímáním. Často se uchyloval do jeskyně blízko Mekky. Při tomto rozjímání zaslechl hlas archanděla Gabriela, který mu oznámil, že je poslem Božím. Zjevení pokračovala až do konce Muhammadova života. Muhammad poselství nejen zapisoval, ale také začal kázat v Mekce lidem, z počátku se neseťkal se zájmem. Později v Alláha, poselství a Korán uvěřilo více lidí. V Mekce se postupně začíná rozrůstat muslimská obec, které se do dnešních dnů říká Umma. Před Muhammadovou smrtí v roce 632 dostává tato obec rozměr nového náboženství, odráží se v ní řada prvků z arabské báje minulosti. V roce kolem 630 ovládá islám skoro celou Arábii. V posledních staletí získává islám stále větší vliv. Některé muslimské země mají v celosvětovém měřítku zásadní význam pro světovou ekonomii. Arabské státy mají velké zásoby zemního plynu, ropy a nerostných surovin. Islám se čím dál rychleji šíří po celém světě. Muslimové mají početní převahu ve třiceti zemích světa. Podle teologů se islám stane v dalších letech nejpočetnějším náboženstvím světa.

5.4 Pilíře Islámu

Pilíři islámu rozumíme pět základních náboženských povinností. Tyto povinnosti jsou závazné pro každého muslima. Pilíři se označují:

Šaháda – přijímání nezasvěcených,

Salát – modlitba,

Zakát – almužna,

Saum – půst,

Hadždž – pouť do Mekky.

Někdy je za šestý pilíř víry považován i džihád – svatá válka.

Šaháda - jedná se o přijímání nezasvěcených do společenství víry. Člověk odpovídá na výzvu islámu. K tomu stačí pouze vykonat první pilíř islámu. Člověk by měl s upřímným přesvědčením přeříkat: „Vyznávám, že není božstva kromě Boha. Vyznávám, že, Muhammad je posel Boží.“

Salát - modlitba. Veřejný akt vyznání víry. Jedná se o úkon, který je prováděn nejčastěji. V islámských zemích je všudypřítomný. Má se provádět pětkrát denně a při všech slavnostních příležitostech.

Modlitba má pevnou formu, která je přísně dodržována. Bez ohledu na hranice má natolik jednotnou podobu, se kterou se nesetkáme v žádném jiném náboženství. Islám nemá kněžský stav, všichni dospělí muslimové musí umět vést a znát modlitbu, pokud jsou k tomu vyzváni.

Při modlitbě jsou oči všech upřeny před sebe a srdce a mysl se soustřeďuje na úkony prováděné při modlitbě. Celé společenství je obráceno směrem k Mekce. Před vykonáním modlitby je nutno provést rituální očistu. Podle ortodoxnosti islámu, obvykle postačí omytí obličeje, hlavy, uší, nosních dírek, rukou, nohou. Očista má pro muslimy velký význam, neustále rozlišují mezi čistým a nečistým. Pokud by někdo provedl modlitbu bez rituální očisty, je považována, že neplatnou.

Místem pro modlení je mešita, rituálně zasvěcený prostor. Muslimové se u vchodu musí zout a chovat se uctivě. Ve zdi mešity je výklenek, který udává směr na Mekku. V mešitách nejsou lavice, věřící se modlí na koberci. Nad mešitou bývá minaret, věž, ze které se svolává k modlitbě.

Zakát - almužna je daň, která se odvádí z určitých druhů majetku. Pokud majetek přesahuje určité minimum, je pro muslima povinná. Vybírá se jednou ročně a slouží k podpoře chudých nebo jako prostředek pro šíření islámu. Almužna není považována za povinnost, ale dobročinnost. Korán přirovnává zakát k výhodné půjčce Bohu, který ji mnohonásobně splatí.

Saum - půst dodržuje se v měsíci ramadámu, což je devátý z dvanácti lunárních měsíců a trvá dvacet devět nebo třicet dní. Od svítání do soumraku je zakázáno jíst, pít, požívat léky a kouřit. Večer je již toto vše dovoleno. Muslimové jedí i před svítáním, aby měli během dne dostatek energie. Na nemocné, staré a děti se půst nevztahuje. Ramadám je měsíc, v němž byl proroku Muhammadovi poprvé zjeven Korán. V období

půstu se symbolicky stírají rozdíly ve společenském postavení, bohatství či jiné okolnosti, které lidi rozdělují.

Hadždž - pouť do Mekky. Jedná se o jediný pilíř, který není povinný. Má se konat jen tehdy, když to dovolují osobní, finanční a rodinné okolnosti. Podle muslimů je Mekka posvátný střed, kde žil Adam a Eva a kde prorok Muhhamad svolával k modlitbě. V Mekce se poutník musí zdržet pohlavního styku, nesmí se holit, stříhat si vlasy, používat voňavku, nosit drahé šperky, trhat rostliny.

Je oddělen od každodenního života a dostává se do zvláštního rituálního stavu. Každý rok vykoná pouť do Mekky asi 3 miliony poutníků

Džihád - ve skutečnosti znamená „usilování“ o to, co se líbí Bohu. Může v určitých souvislostech znamenat boj proti nepřátelům islámu, či dokonce snahu šířit islám mečem. Muhammadovo učení tvrdí, že džihád je duchovní zápas každého člověka s vlastní vírou a potřebou kajícínosti.

5.5 Muslimové a Korán

Slovo Korán znamená v překladu „přednášet“. Korán je slovo Boží, stejně jako u křesťanů Bible. Korán je pro muslimy něčím absolutním, jedinečným a s ničím nesrovnatelným. Kapitoly se v Koránu nazývají Súry, je jich celkem sto čtrnáct. Všechny kapitoly začínají slovy „Ve jménu Alláha, milosrdného, slitovného“. Muslimové často s oblibou citují verše a učí se celé kapitoly nazpaměť.

Korán je v podstatě návod, jak žít. Učí také muslimy, jak se připravit na poslední den, na den soudu. Korán není jen obecným návodem života, ale dotýká se konkrétních témat. Hovoří o narození, sňatku a rozvodu, alkoholu, hazardních hrách.

6 Život a Islám

Etapy muslimského života jsou považovány za souvislý životní běh. Muslim se řídí v životě tím, co je podle Koránu zakázáno a povoleno. Při přechodu z jedné etapy života do druhé najdeme obřady s tím spojené. Pokud se člověk stane muslimem, okamžitě se na něj vztahují všechny povinnosti i výsady víry.

(Denny, 2003)

6.1 Narození a dětství

Podle tradice začínají islámské obřady narozením dítěte a v podstatě pokračují celý život až do smrti. V některých oblastech muslimského světa dokonce obřady pokračují i po smrti. Pokud se po svatbě manželský pár chystá k intimnímu styku, pronese tzv. basmalu, větu, kterou pronáší k Alláhovi: „Ve jménu Boha milosrdného, slitovného“.

Když dojde k narození dítěte, je mu do ucha přeříkána modlitba.

Dítě začíná co nejdříve studovat a citovat Korán. Zajímavostí se stává, že děti si mohou hrát spolu a nerozlišuje se pohlaví. Ale jakmile dospívají, je nutno děti rozdílných pohlaví od sebe oddělit. Příbuzní chlapci a dívky nemusejí být odděleny.

6.1 Dospívání

Nelze jednoznačně určit obřady spojené s obdobím dospívání, protože podle oblastí se tradice značně liší. Asi nejobecnějším symbolem, který není závislý na oblastech islámu je u chlapců obřízka, která se provádí před pubertou, kolem sedmého roku věku. Teprve po obřezání se stává chlapec právoplatným muslimem, který má právo užívat všech výsad, ale také nese veškerou odpovědnost za obranu Islámu a svůj duchovní růst. Někde, hlavně v Afrických oblastech se provádí i obřízka u dívek. Obřízka u dívek spočívá v zjizvení a zohavení pohlavních orgánů, často se vyřízne i klitoris. Dívky mají velké zdravotní problémy a není výjimkou, že umírají na infekce či vykrvácení. V tomto případě se nejedná ani tak o náboženský obřad jako o kulturní zvyklost. Ve světě je tato kulturní zvyklost velmi odsuzována. Byly zřízeny i organizace na ochranu dívek, které by mohly být takto postiženy. Proti ženské obřízce například bojuje Světová zdravotnická organizace, organizace UNICEF, či různé nevládní organizace v jednotlivých zemích.

V Islámu je více než v jiném náboženském pojetí zdůrazněn průběh vývoje člověka. V Islámském náboženství není představený, který by vedl modlitbu, jako např. je to u katolické církve, kde je kněz. Každý muž se učí znát korán, aby byl schopen vést kdykoliv modlitbu.

6.3 Svatba

Svatba v muslimské komunitě je jednou z největších příležitostí k velkým oslavám a veselí. Podle oblastí, kde svatba probíhá se liší způsob zprostředkování ženicha pro nevěstu. V tradičním islámském prostředí, které převládá ve většině muslimských zemí zprostředkovávají vše rodiče.

Často hledají manžela mladé ženě, která ale má právo vybraného muže odmítnout. Podle tradic budoucí manžel vyjednává s otcem nevěsty. Je samozřejmostí, že před svatbou není dovolen pohlavní styk. V některých arabských zemích nesmějí budoucí manželé spolu zůstat o samotě. Setkávání probíhá za přítomnosti rodičů, či jiných příbuzných. V Koránu se můžeme setkat s pojmem „mahram“, což znamená stupeň pokrevní příbuznosti, v níž se nesmějí uzavírat sňatky. Muslimská ženy by se společensky neměla stýkat s mužem, který nepatří do „mahramu“. Zajímavostí je, že neexistují žádné zákazy, které se týkají setkávání žen se ženami a mužů s muži.

Korán v různých částech muslimského světa dovoluje mužům, aby pojali do manželství současně až čtyři ženy. Podmínkou ale je, aby se všemi nakládali stejně. V praxi stále více panuje u muslimů názor, že manželství by měla být monogamní. O rozvod mohou požádat oba partneři, ale platí, že zrušení manželství je snazší pro muže než pro ženu.

Zvláštností zůstává to, že muslimové si mohou vzít i ženu jiného náboženského vyznání. Děti z těchto manželství jsou automaticky muslimské víry. Žena muslimského vyznání si nesmí vzít za muže nemuslima.

6.4 Umírání a smrt

Podle Koránu by umírající člověk měl obrátit hlavu k Mekce a pronést: „Není božstva kromě Boha“, jako přípravu na výslech, který podle muslimů provádějí v hrobce andělé smrti. Pokud muslim umírá nebo již zemřel, tak se na pohřbu a vzpomínkových obřadech recitují části Koránu.

Podstatné pro zdravotníky je to, že tělo zemřelého musí projít poslední rituální očištěním. Tělo se nebalzamuje, zahaluje se do bílého prostěradla. Pokud zemře muslimský mučedník, není ho třeba po smrti omývat. Jeho rány jsou v očích Boha očištěny. Podle islámského zákona by měl pohřeb proběhnout ve stejný den, kdy člověk zemřel.

Pohřbívat se však nesmí po západu slunce. V hrobu se mrtvé tělo umístí na bok a to hlavou směrem na Mekku.

Islámská tradice popisuje, že přílišný smutek a hlasité nařikání působí zemřelému v hrobě utrpení. Nejlepším vyjádřením zármutku a úcty k zemřelému je recitace z Koránu.

7 Muslimská komunita v České republice

Z historického hlediska byl islám na našem území uzákoněn říšským zákonem již v roce 1912. V roce 1934 byla zřízena Muslimská obec v tehdejší Československu. Začal také být vydáván časopis Hlas, který je vydáván i dnes. Tato Muslimská obec byla schválena Ministerstvem školství a národní osvěty. Po 2. světové válce v roce 1949 vešel v platnost zákon, který zrušil všechny předchozí předpisy, které upravovaly právní poměry církví a náboženských společností. Po roce 1968 v souvislosti s uvolněním tehdejší politické situace se muslimové snaží založit muslimskou organizaci. Doba normalizace tyto pokusy ukončila. V období 70. a 80. let minulého století stejně jako u většiny náboženských organizací se u nás konají tajné setkání věřících muslimů v soukromých bytech. Vychází také v této oblasti samizdatová literatura. Překlad Koránu do českého jazyka byl uskutečněn za účelem kulturní literatury, nikoliv jako náboženské dílo.

V současné době největší muslimská komunita žije v Praze, druhou nejpočetnější komunitou jsou muslimové v Brně. Oficiální statistiky o počtu občanů, kteří praktikují islám na našem území neexistují. Neoficiální odhady věřících muslimů u nás se pohybují okolo dvaceti tisíc. Z tohoto počtu lze za ortodoxně praktikující islám označit asi dva tisíce věřících. Většinou se jedná o cizince, kteří studují nebo pracují u nás.

Je samozřejmostí, že muslimové musejí stejně jako ostatní obyvatelé respektovat český právní řád. Tito věřící praktikují islám spíše ve svém soukromí. Pokud např. zaměstnání neumožňuje provést ve stanovený čas modlitbu, tak ji lze nahradit později. Určité problémy by mohly nastat při shánění typické muslimské stravy, i když v dnešní době se i tato situace zlepšila. Ústředí muslimských obcí se snaží v současné době získat na našem území stejné postavení jako mají ostatní církve. K tomu je potřeba zvýšit informovanost občanů o islámu a muslimském životě.

8 Specifika při ošetřování muslimské komunity

Základní údaje, které by měl zdravotník znát při péči o příslušníky jiných etnik, menšin a kultur jsou:

Etnicita – rozpoznání etnické příslušnosti pomůže lépe pochopit potřeby pacienta. Je užitečné vědět, zda jde o utečence, současného přistěhovalce, či potomka přistěhovalců, žijící u nás delší dobu, člena usedlé a integrované menšiny, aj.

Jazyk – je důležité zjištění, jaký je rodný jazyk pacienta, i když mluví česky. Může se stát, že vlivem onemocnění, stresu, vysokých teplot aj. začne používat rodný jazyk.

Náboženské a duchovní potřeby – poskytování zdravotní péče si také vyžaduje pochopení víry klienta a s tím související potřeby.

Model rodiny – podstatná je informace, z jaké rodiny pacient pochází. Souvisí např. s následných chováním a rozhodováním pacienta

Jídlo a způsob stravování – názory na výživu a stravování mohou výrazně ovlivňovat zdraví pacienta. Zdravotníci by měli vědět, která jídla pacientova kultura zakazuje.

Názory na zdraví a zdravotní praktiky – poznání názorů pacienta na příčinu jeho choroby může pomoci při léčebné spolupráci. Zda si pacient myslí, že jeho onemocnění způsobil špatný životní styl, choroboplodné zárodky, nebo jeho nemoc je trestem, kletbou, aj.

(Ivanová, 2005, s. 176)

Konkrétní specifika při ošetřování muslimské komunity vycházejí z poznání jejich tradic a náboženství. Charakteristické pro tuto společnost je, že ženy mají silnou citovou a sociální vazbu na své děti, zejména na syny. Obecně ženy mají méně času věnovat se sobě a svým problémům. Na druhou stranu muži jsou více zaměřeny na sebe, toto nelze zaměňovat se sobectvím.

Důležité je, aby sestra při zjišťování informací a poskytování péče spolupracovala s rodinou. Často velmi početná muslimská rodina udržuje blízké kontakty. Pečování

jednotlivců vzájemně, popř. péče o celou rodinu je povinnost, která je dána Koránem. Veškerá rozhodnutí, která se týkají zdraví a života jednotlivce, provádí rodina jako celek.

Sestra by se měla snažit využít rodiny jako podpory při péči o muslima. Na získávání údajů o rodině může být překážkou to, že svěřování se s osobními a rodinnými problémy mimo okruh rodiny je problematické.

Dále je třeba mít na paměti, že muži hůře akceptují pokyny sestry – ženy. To je dáno dominantním postavením muže v arabské kultuře. Dalším specifikem je vzdálenost kontaktu mezi sestrou a pacientem – mužem a délka zrakového kontaktu. Je vhodné vždy zvolit spíše formální, neosobní a zdrženlivou komunikaci.

(Kolektiv, 2005)

Muslimská žena - pokud je zdravotní péče poskytována muslimské ženě, je třeba si uvědomit nutnost přítomnosti některého z příbuzných. Často se jí stává manžel, který je po celou dobu vyšetření, zvláště, pokud je vyšetřující muž. Někdy je nutno, aby vyšetření bylo provedeno ženou. Zdravotnický personál by měl dbát, aby žena nebyla zbytečně odhalována. Toho se dá docílit např. tím, že žena je po celou dobu před operačním výkonem zahalena a po převzetí na sál zarouškována. Aplikace léků injekční formou lze aplikovat do částí těla vzdálenějších od intimních partií (např. aplikovat inzulin do paže namísto břišních partií).

Psychiatrické péče - je nutné vědět, že arabská kultura odmítá sebevraždu. Pro zdravotníka je složité identifikovat sebevražedné myšlenky. Depresivní pacient většinou odpoví, že sebevražedné myšlenky nemá, protože je dobrý člověk, který žije podle Koránu.

Způsob stravování - muslimové mohou požívat většinu potravin. Zakázané je vepřové maso a všechny výrobky z něho, včetně sádla. Dále krev a alkoholické nápoje. Povolené jsou všechny druhy mořských živočichů.

Duchovní potřeby - muslim i v nemocničním prostředí může vyžadovat, aby mohl provádět modlitbu. Pokud to zdravotní stav dovoluje, sestra by měla umožnit rituální očistu, nejideálnější očista je pod tekoucí vodou. Pomůže zaujmout polohu k modlitbě a informuje o tom, kde je směr na Mekku. Nejdůležitější modlitební předměty, často muslim vezme s sebou do nemocnice je Korán a modlitební koberec.

Umírání a smrt – Korán dovoluje lékařům podniknout všechny opatření k záchraně života včetně transfuze. Pokud je prognóza infaustní, je možno v zásadách lékařské etiky muslimského klienta odpojit od přístrojů, které udržují základní životní funkce. Islám zakazuje euthanasii. Je zakázán pohřeb žehem a ve většině případů i pitva.

EMPIRICKÁ ČÁST

9 Metodika výzkumu

Průzkumně výzkumná práce vznikla z potřeby zkvalitnit ošetrovatelskou péči o pacienty z různých kultur, konkrétně o muslimskou komunitu, která přichází do České republiky. Jedná se o lokální výzkumně průzkumnou práci v konkrétním zdravotnickém zařízení, které leží v centru Prahy. Personál je zde častěji konfrontován s kulturně odlišnou péčí o pacienty – cizince.

Sběr dat proběhl v průběhu sesterského semináře právě na téma multikulturního ošetrovatelství. Využil jsem tak moment, kdy respondenti neměly možnost se na mé otázky připravit.

Výzkumem jsem chtěl zjistit, jak zdravotničtí pracovníci jsou informováni o multikulturním ošetrovatelství. O tom, jestli se setkali s kulturními menšinami, jestli dokážou s nimi komunikovat a ošetrovat je. Dále mě ve výzkumu zajímalo, jestli jsou v nemocnici k dispozici standardy ošetrovatelské péče zaměřené na menšiny. Oslovil jsem 50 respondentů.

9.1 Výzkumný problém

Je podle názoru sesterského managementu v pražských nemocnicích dostatek informací o multikulturním ošetrovatelství? Jsou na odděleních k dispozici standardy ošetrovatelské péče se zaměřením na kulturní menšiny?

9.2 Cíle a úkoly výzkumu

1. Zjistit informovanost o multikulturním ošetrovatelství a jeho realizaci v praxi,

2. Zjistit, jestli má ošetrovatelský zdravotnický personál na oddělení k dispozici standard ošetrovatelské péče zaměřený na kulturní a náboženské menšiny,
3. Zjistit informovanost o arabské komunitě a její specifice.

9.3 Východisková hypotéza

Znalost a uplatňování kulturně specifické ošetrovatelské péče v běžné praxi sester.

9.4 Hypotetická tvrzení

- H 1 Předpokládám, že multikulturní ošetrovatelská péče je více realizovaná podle obecných pravidel, než podle konkrétních specifik multikulturní péče, informovanost sester v oboru multikulturního ošetrovatelství je nedostatečná.
- H 2 Předpokládám, že vytvořený standard multikulturní ošetrovatelské péče sestřám usnadní péči o pacienty – cizince, než ošetrování pouze podle obecných norem, že na odděleních pražských nemocnic není v dostatečné míře k dispozici standard ošetrovatelské péče zaměřený na ošetrování kulturních menšin.

9.5 Metody

1. Výzkumná metoda a technika – výzkum bude kvantitativní, metodou dotazníku, tento dotazník je uveden v příloze č. 3
2. Časový plán výzkumu – předpokládám, že výzkum bude trvat přibližně 2 týdny a vrátí se mi všechny dotazníky, které rozdám 50. respondentům. Dotazníky si po vyplnění ihned vyberu.
3. Technika – v dotazníku jsou uzavřené i otevřené otázky

9.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo 50 respondentů, což je přibližně 50% zaměstnanců. Jednalo se o náhodný vzorek zaměstnanců (zdravotních sester) z pražské Nemocnice na Františku s poliklinikou, kde se velmi často setkávají s pacienty – cizinci. Oslovil jsem náměstkyni ošetrovatelské péče, vrchní sestry a staniční sestry. Zbytek výzkumného vzorku tvořily zaměstnanci na postu všeobecné sestry.

10 Výsledky výzkumu

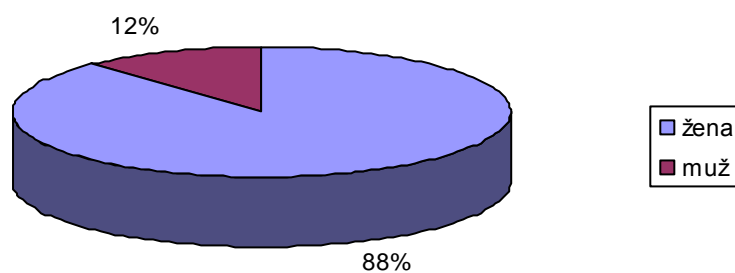
Tímto výzkumem jsem chtěl zjistit, jestli mají sestry dostatek informací o specifikách při ošetřování kulturních a jazykových menšin. Dále mě zajímalo, jestli je na odděleních k dispozici standard ošetrovatelské péče se zaměřením na ošetřování muslimské komunity.

Dotazník byl rozdán náměstkyni ošetrovatelské péče, 2. vrchním sestřám, 6. staničním sestřám a 41. všeobecným sestřám. Dotazníky se vrátily všechny a řádně vyplněné. K doplnění výsledku dále přikládám grafické zpracování odpovědí.

- H 1 Předpokládám, že multikulturní ošetrovatelská péče je více realizovaná podle obecných pravidel, než podle konkrétních specifik multikulturní péče, informovanost sester v oboru multikulturního ošetrovatelství je nedostatečná. Toto hypotetické tvrzení se potvrdilo. S pojmem multikulturní ošetrovatelství se setkala 21 oslovených.
- H 2 Předpokládám, že vytvořený standard multikulturní ošetrovatelské péče sestřám usnadní péči o pacienty – cizince, než ošetřování pouze podle obecných norem, že na odděleních pražských nemocnic není v dostatečné míře k dispozici standard ošetrovatelské péče zaměřený na ošetřování. Toto hypotetické tvrzení se také potvrdilo, převážná většina dotázaných neví o standardu ošetrovatelské péče o kulturní menšiny.

10.1 Analýza dotazníku

1. Pohlaví respondenta:

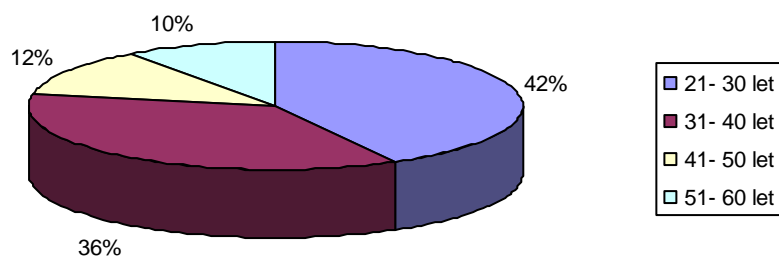


Celkový počet dotázaných respondentů tvořilo :

88 % ženy

12 % muži

2. Věk respondenta:



Na dotazník odpovídalo:

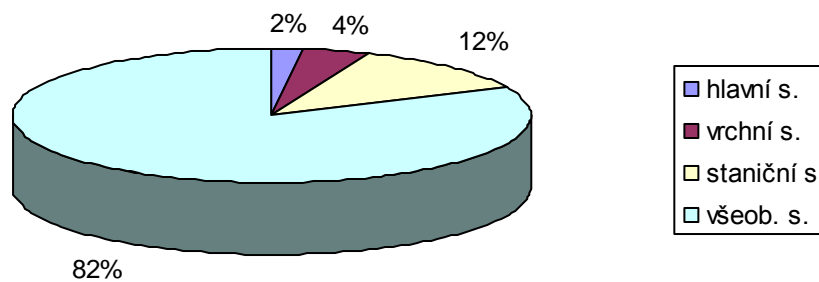
42 % respondentů ve věku 21- 30 let

36 % respondentů ve věku 31- 40 let

12 % respondentů ve věku 41- 50 let

10 % respondentů ve věku 51- 60 let

3. Pracuji jako:



Na otázku služebního zařazení respondenti odpověděli takto:

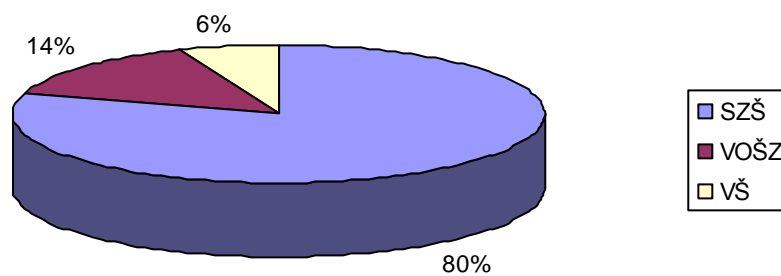
2 % pracují na postu hlavní sestry

4 % na postu vrchní sestry

12 % pracují na postu staniční sestry

82 % pracuje na postu všeobecné sestry

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:



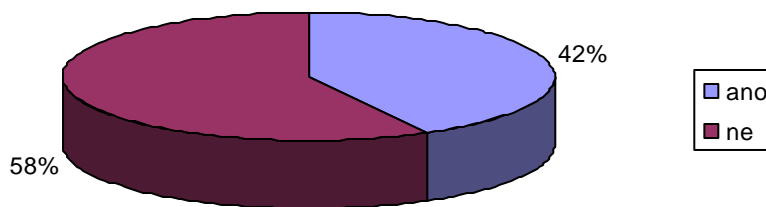
Z celkového počtu dotázaných mělo:

80 % Středoškolské vzdělání

14 % Vyšší odborné vzdělání (Dis)

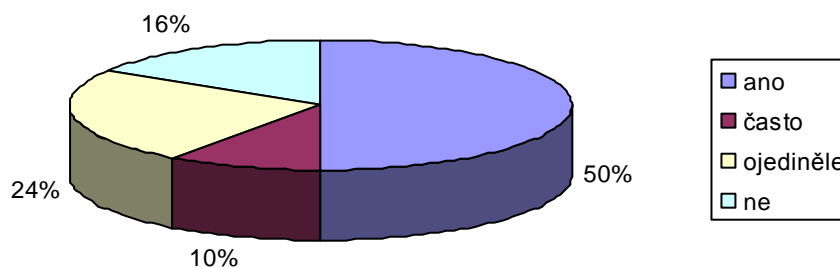
6 % Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)

5. Setkal(a) jste se ve škole (nějakém kurzu, konferenci) s pojmem multikulturní ošetřovatelství?



S pojmem multikulturní ošetřovatelství se setkalo celkem 42 % dotázaných, 58 % respondentů se s tímto pojmem nesetkalo.

6. Setkal(a) jste se při výkonu svého povolání s komunikací (ošetřováním) kulturních, jazykových nebo náboženských menšin?



Při výkonu svého povolání s menšinami komunikovali dotázaní takto:

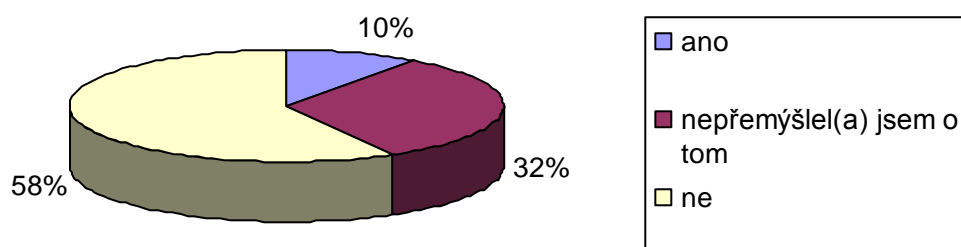
50 % komunikovalo

10 % komunikovalo často

24 % komunikovalo ojediněle

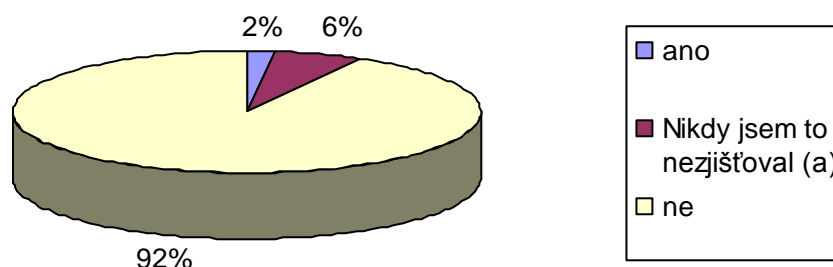
16 % nekomunikovalo

7. Dokázal(a) byste komunikovat (ošetřovat) s klientem z minoritní společnosti (Romové, Arabové, Židé...)?



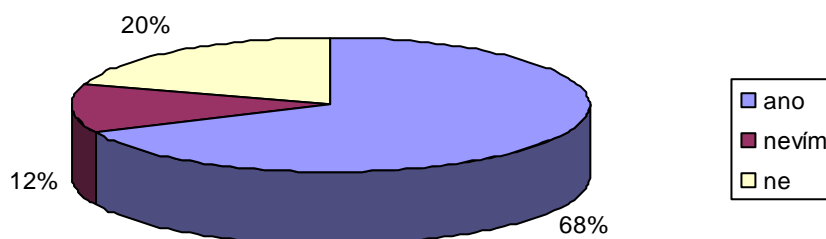
Komunikovat s klientem z minoritní společnosti by dokázalo 10 % dotázaných, 32 % respondentů by toto nedokázalo a 58 % o tom nepřemýšlelo.

8. Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče zaměřený na poskytování péče o menšiny?



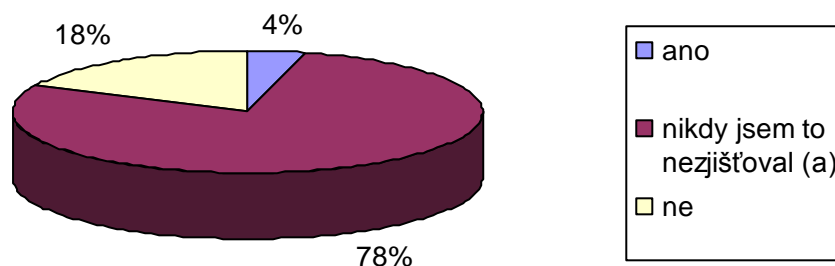
Standard ošetrovatelské péče o menšiny nemá k dispozici na oddělení 92 % sester, 6 % dotázaných to nezjišťovalo a pouze 2 % tento standard na oddělení mají k dispozici.

9. Pokud takový standard nemáte, myslíte, že je nutné, aby byl k dispozici na vašem oddělení?



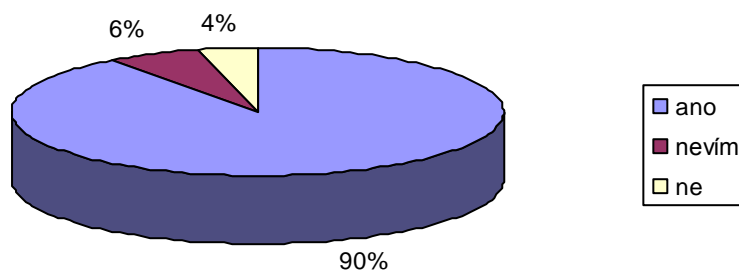
68 % respondentů si myslí, že je důležitý mít standard ošetrovatelské péče o menšiny k dispozici na oddělení, 20 % toto nepovažuje za nutné a 12 % dotázaných neví.

10. Máte na oddělení kontakt na nějakou společnost, která se zabývá menšinami?



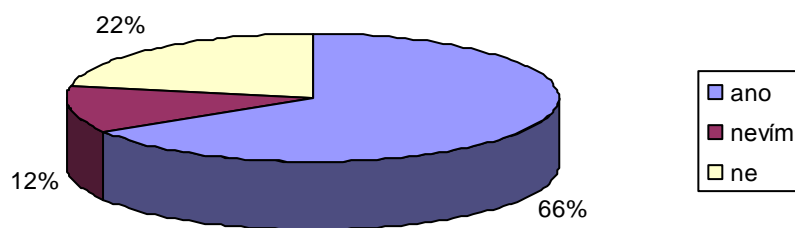
Kontakt na společnost zabývající se menšinami mají k dispozici na oddělení jen 4 % dotázaných, 78 % to nezjišťovalo a 18 procent žádný kontakt na oddělení nemá.

11. Myslíte si, že sestra by měla znát základní specifika jednotlivých kultur ?



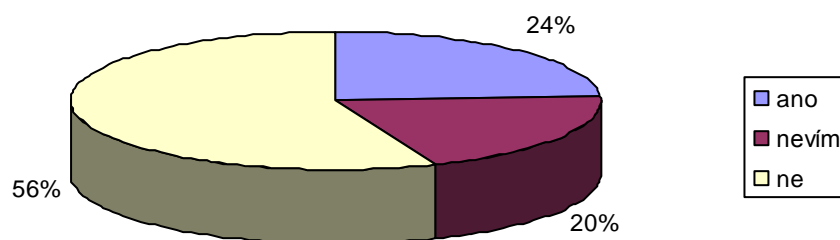
90 % respondentů si myslí, že je nutné, aby sestra znala specifika jednotlivých kultur, 6 % na tuto otázku nedokázalo odpovědět a 4 % si myslí, že není nutné znát tato specifika.

12. Setkal(a) jste se někdy s muslimským klientem při výkonu svého zaměstnání?



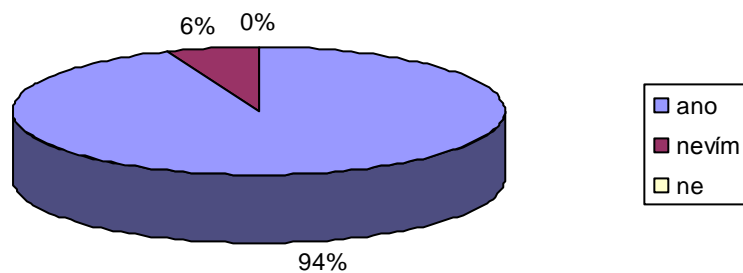
S muslimským klientem při výkonu povolání se setkalo 66 % sester, 22 % se neseťkalo s takovýmto klientem a 12 % na tuto otázku nedokázala odpovědět.

13. Dokázal(a) byste komunikovat s muslimským pacientem (pokud by hovořil českým jazykem)?



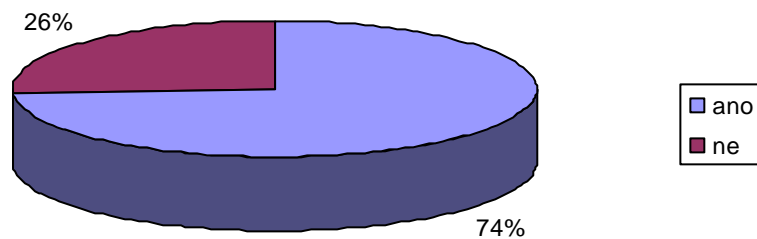
Komunikovat s muslimským pacientem by dokázalo 24 % respondentů, 56 % by toto nedokázalo a 20 % neví.

14. Myslíte si, že je důležité respektovat tradice muslimů při jejich pobytu v nemocnici?



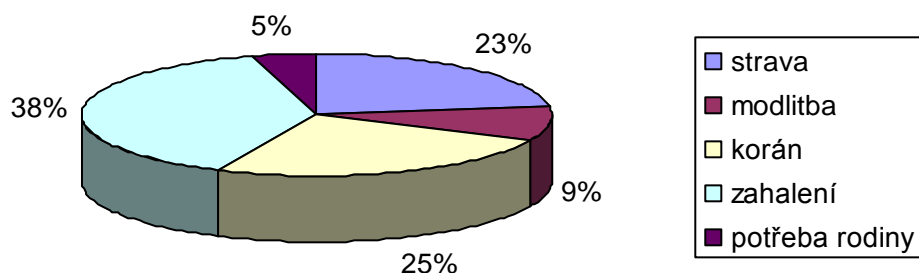
94 % sester si myslí, že je důležité respektovat tradice muslimů během hospitalizace, 6 % na tuto otázku nedokáže odpovědět.

15. Znáte nějaká specifika v ošetrovatelské péči o muslimskou komunitu?



Specifika muslimů v ošetrovatelské péči zná 74 % respondentů, 26 % dotázaných žádná specifika nezná.

16. Pokud uvádíte v bodě 15. odpověď „ano“, vyjmenujte jaká.



Jako specifika nejčastěji dotázaní uvedli nutnost zahalení žen 38 %, nutnost žít podle Koránu 25 %. 23 % dotázaných uvádí jako důležitou specifiku tradiční stravu. Dále potřebu modlit se 9 % a potřebu rodiny 5 %.

10.2 Diskuze

Z respondentů převažovaly ženy, nejčastěji ve věku kolem 30. let. Vzdělání respondentů bylo převážně středoškolské, vysokoškolské vzdělané sestry byly zastoupeny ve výzkumném vzorku v počtu 3. respondentů. Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden v nemocnici v centru Prahy, pouze 8 sester se nesetkalo s klientem z kulturních nebo náboženských menšin. Z celkového počtu 50- ti dotázaných pouze 5 sester si je jistých, že by dokázaly komunikovat s klientem z minoritní společnosti.

46 respondentů neví o tom, že by byl na jejich oddělení standard ošetrovatelské péče zaměřený na ošetřování minoritních klientů. Většina dotázaných by uvítala, aby tento standard byl k dispozici ošetřujícímu personálu.

Z výzkumu vyplývá, že sestra by měla znát základní specifika jednotlivých kultur. Z otázek zaměřených na muslimskou komunitou vyplývá, že 33 sester se již setkalo s muslimským klientem, který potřeboval ošetrovatelskou péči, při tom komunikovat s tímto klientem by dokázalo pouze 10 dotázaných. Téměř všichni z dotázaných si myslí, že je nutné respektovat tradice muslimů při jejich pobytu v nemocnici.

Dotazem na konkrétní specifika muslimských klientů respondenti nejčastěji uvedli, že je důležité respektovat zásady stravování, modlitbu, učení Koránu, u žen zahalení a také spolupráce rodiny na ošetrovatelské péči.

Poslední otázku, jestli chtějí dotázaní k této problematice něco dodat využili pouze 3 dotázaní. 1. respondent uvedl: „je nutné, aby se muslimské komunita podřídila prostředí, ve kterém je ošetrována“. 2. respondent: „již ve výuce na středních zdravotnických školách by měl být zařazen předmět multikulturní ošetrovatelství“. 3. respondent uvedl: „je potřeba mít jasně stanovený postup při setkání klienta z jiné než minoritní společnosti a ten striktně dodržovat“.

10.3 Doporučení na závěr

Z uvedeného průzkumně výzkumného šetření vyplývá, že informovanost v oblasti multikulturního ošetrovatelství je nedostatečná. Zdravotní sestry mají problém s komunikací s klientem z jiné kultury. Tento problém popisují, i kdyby zde nebyla jazyková bariéra.

Do budoucna bych doporučil dále výzkum rozpracovat o další zdravotnická zařízení v České republice a srovnat kvalitu ošetrovatelské péče. Tuto kvalitu by bylo vhodné srovnat v místech, kde je užíván standard ošetrovatelské péče v péči o klienty – cizince a v místech, kde tento standard není k dispozici.

Dále by bylo vhodné konfrontovat standard s jinými zdravotnickými pracovišti. Standard bude k dispozici v Nemocnici na Františku s poliklinikou a v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha.

11 Standard ošetrovatelské péče

POSKYTOVÁNÍ MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA MUSLIMSKOU KOMUNITU

Autor : Patrik Burda

Míra závaznosti : informační a edukační

Kontakt : patrik.burda@Post.cz

1) Definice:

„Multikulturní ošetrovatelství je odborné odvětví ošetrovatelské péče, které se soustředí na komparativní studium a analýzu různých kultur s ohledem na ošetrovatelskou činnost ve zdraví i nemoci a s respektem k postojům a hodnotám klientů. Cílem této odbornosti je poskytovat účelnou, smysluplnou a efektivní péči potřebným lidem tak, aby byla v souladu s kulturními hodnotami a situačním kontextem“.

2) Standard:

Poskytování kulturně citlivé ošetrovatelské péče klientům z muslimské komunity s přihlédnutím ke specifitě jejich kulturních a náboženských tradic. Tato péče probíhá formou ošetrovatelského procesu:

1. Posouzení aktuálního stavu klienta,
2. stanovení prioritních ošetrovatelských diagnóz,
3. plánování péče s ohledem na specifiku klientovi kultury,
4. realizace ošetrovatelského plánu,
5. zhodnocení poskytnuté péče

3) Cíl standardu:

Poskytování kulturně a nábožensky citlivé, individuální péče při ošetrování klientů z muslimské komunity.

4) Cílová skupina:

Zdravotnická zařízení, které poskytují ošetrovatelskou péči jazykovým, kulturním a náboženským menšinám.

- lůžková zařízení (všechna oddělení)
- ordinace praktických a odborných lékařů
- agentury domácí péče
- všechny typy ústavní sociální péče

5) Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný:

- Ošetrovatelský zdravotnícký personál (všeobecné sestry , sestry specialistky, fyzioterapeutové, nutriční terapeutové, porodní asistentky),
- nižší zdravotnícký personál (zdravotní asistenti, ošetrovatelé, sanitári).

6) Platnosť standardu:

3 roky (po troch rokoch je nutné standard prehodnotiť, popr. doplniť)

7) Odpovednosť za realizáciu:

Vedúci pracovník v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti (námestkyňa ošetrovateľskej starostlivosti, vrchná sestra, staničná sestra)

8) Kritéria štruktúry:

S 1 Pracovníci:

- všeobecné sestry, porodní asistentky a nižší zdravotnícký personál, ktorí poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť a za ňu sú zodpovední. Táto starostlivosť môže byť vykonávaná formou skupinovej ošetrovateľskej starostlivosti alebo formou primárnej sestry.

S 2 Zdravotnícká dokumentácia (ošetrovateľská časť):

- tu sa zaznamenávajú aktuálne potreby klienta a konkrétne fázy ošetrovateľského procesu. Dokumentuje sa tiež špecifika klienta a jeho požiadavky na ošetrovateľský personál (požiadavky na stravu, potrebu modlitby, rešpektovanie náboženských hodnôt).

S 3 Prostredie:

- priestor, v ktorom sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť. Tento priestor by mal v najvyššej možnej miere vyhovovať tradíciám klienta s ohľadom na jeho kultúru.

S 4 Pomôcky a vybavenie:

- pomôcky na fyzikálne vyšetrenie klienta, ošetrovateľské štandardy k jednotlivým výkonom, dokumentovanie ošetrovateľského procesu, merné škály na hodnotenie

tělesného a psychického stavu.

9) Kritéria procesu:

P 1 Sestra po přijetí klienta posoudí schopnost komunikace v českém jazyce, popř. zajistí tlumočnické služby. Zjistí jestli se jedná o klienta, který vyznává islám (nutné posoudit, jak ortodoxně je toto náboženství vyznáváno). K dispozici je na oddělení kontakt na Česko – Arabskou společnost (viz dále). Do 24 hodin od přijetí provede posouzení stavu aktuálních potřeb. K tomuto posouzení se použije vhodný koncepční model. Důležitá je, pokud je to možné spolupráce s rodinou.

Česko- Arabská společnost : sídlo: SČA, Mánesova 63, 120 00 Praha 2
email: info@czech-arab.org
telefonní spojení: + 420 272 740 186, +420 602 379 864

a) zjišťování anamnestických údajů:

- informace a anamnestická data z předchozí zdravotnické dokumentace
- anamnestický rozhovor (získání informací o individuálních potřebách klienta), je nutné se zaměřit především na tyto okruhy (příklad otázek):

Komunikace:

- jste ochoten odpovídat na položené otázky?
- jsou nějaké témata o kterých nechcete hovořit?

Prostor:

- vyhovuje vám vzdálenost při komunikaci?
- vyhovuje vám pokoj, lůžko?

Sociální začlenění:

- co děláte ve volném čase?
- věříte v nejvyšší bytost, v jakou?
- kdo, co vás v životě nejvíc ovlivnilo?
- rodinný stav, počet dětí, rodinné vztahy?

Pojetí času:

- jaký máte denní rytmus?

- kdy vstáváte, a kdy chodíte spát?
- kolik času věnujete duchovním potřebám, popř. relaxaci?
- má vaše víra vliv na denní rytmus?

Vliv výchovy a prostředí:

Věříte v duchovní síly?

Při onemocnění dáváte přednost medicíně nebo např. modlitbě, domácí léčbě, zaříkávání?

Jak vnímáte svůj současný stav?

Biologické odlišnosti:

Jsou nějaké onemocnění ve vaší rodině?

Trpíte nějakou chronickou chorobou?

Jakým jídlu dáváte přednost? Jsou jídla (nápoje), která nejíte (nepijete)?

Co vám pomáhá se vyrovnat se svými problémy, nemocí?

b) zjišťování objektivních a subjektivních příznaků a problémů:

- pozorování
- fyzikální vyšetření (základní fyzikální vyšetření, testy a škály)
- posouzení tělesného a psychického stavu

c) zdokumentování údajů ve zdravotnické dokumentaci:

- P 2** Na základě posouzení aktuálního stavu klienta sestra stanoví ošetrovatelskou problematiku se zvláštním přihlédnutím na spirituální potřeby. Dále se stanoví a formulují ošetrovatelské diagnózy a požadované cíle.
- P 3** Sestra sestaví písemně ošetrovatelský plán, který bude v souvislosti s kulturním a náboženským přesvědčením muslimského klienta.
- P 4** Sestra realizuje ošetrovatelský plán prostřednictvím ošetrovatelských intervencí za účelem dosažení stanovených cílů. Je nutné se zaměřit při poskytování

ošetřovatelské péče na specifika muslimských klientů, jsou to především tyto oblasti:

- rituální modlitba

- muslim se modlí pětkrát denně. Sestra pomůže (připraví) před modlitbou s rituální očištěním. Myty jsou ruce, předloktí, obličej a nohy tekoucí vodou. Muslim se modlí obličejem směrem k Mekce, klečí na zemi. Při modlitbě je nutno zachovávat intimitu. Nejvhodnější je ve zdravotnickém zařízení určit místnost pro modlení (jídlna v době, kdy není používána ostatními pacienty).

Normální hygiena nenahrazuje rituální omytí, které má určité pořadí,

- náboženské předměty

- Nejčastěji se jedná o Korán a modlitební koberec, sestra tyto předměty respektuje, nic na ně nepokládá, nedotýká se jich, pokud má ruce znečištěny (krví, močí),

- stravování

- Korán nepovoluje vepřové maso a všechny výrobky z něj, včetně sádla a všech potravin, které jsou na něm připraveny. Alkoholické nápoje a všechny pokrmy na něm připravené jsou rovněž zakázané. V islámu je dovoleno konzumovat všechny ryby, které mají šupiny. Ortodoxní muslimové konzumují pouze maso ze zvířat, které byli poraženi podle zvláštních pravidel – poražené zvíře se nechá vykrváčet. Sestra by měla jako jednu z možností nemocničního stravování nabídnout vegetariánskou stravu,

- význam rodiny

- sestra si uvědomuje, že muž je považován v islámu jako hlava rodiny, žena často komunikuje právě prostřednictvím muže. Pacienta mohou často navštěvovat velké počty návštěv, které budou chtít setrvávat dlouhou dobu, sestra takticky vysvětlí provoz oddělení a omezené kapacity prostoru. Při vyšetření a výkonech muslimskou ženu doprovází manžel nebo jiná žena

z rodiny. Sestra je povinna respektovat, že žena muslimka se neobnaží před jiným mužem (zdravotní sestra - muž, rentgenolog, sanitář),

- komunikace

- podání ruky v islámské kultuře není obvyklé, u osob opačného pohlaví je toto nepřipustné. Zdravotnický pracovník nesmí porušovat intimní zónu klienta. Nutné je zvážit i dotyky (pohlazení, uchopení za ruku).

- sestra zachovává opatrnost při odebrání anamnézy v oblastech intimních a rodinných, v otázkách vylučování (moč, stolice, výtok),

- umírání a smrt (život zachraňující výkony)

- lékař může dle islámu použít všechny prostředky k záchraně či prodloužení života. Euthanasie je zakázána. Transfuze jsou povoleny. Pokud umírá muslimský pacient, rodina bývá často přítomna a předčítá z Koránu. Umírající klient může od sestry požadovat, aby mohl mít tvář otočenou směrem na Mekku. je zakázán pohřeb žehem. Pitva není dovolena. Je nutné, aby sestra byla připravena na velmi emocionální jednání příbuzných. Po smrti si rodina může přát umýt zemřelého čistou vodou a zabalit ho do bílého roucha. Pohřeb by měl být co nejdříve.

P 5 Sestra zhodnotí plán ošetrovatelské péče zjistí, jestli došlo k dosažení stanovených cílů.

10) Kritéria výsledku:

V 1 – Sestra poskytuje individualizovanou, kontinuální a systematickou ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu s přihlédnutím ke specifitě muslimské komunity,

V 2 - ve zdravotnické dokumentaci jsou zaznamenány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu,

V 3 – klient a jeho rodina je aktivně zapojena do ošetrovatelského procesu, při čemž jsou respektovány kulturní a náboženské tradice islámu,

V 4 – klient popisuje spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, která je ohleduplná k jeho spiritualitě.

**11) Vyhodnocení standardu “Poskytování multikulturní ošetrovatelské péče
zaměřené na muslimskou komunitu“**

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ano	ne
S 1	Je na oddělení zaveden systém skupinové nebo primární péče?	Pozorování provozu		
S 2	Na oddělení je zavedena jednotná ošetrovatelská dokumentace, kde jsou zaznamenány potřeby klienta a realizace ošetrov. procesu?	Kontrola dokument.		
S 3	Odpovídá prostor, kde je poskytována oš. péče alespoň částečně specifikám muslimského klienta?	Pozorování provozu Dotazy na oš. personál		
S 4	Mají sestry k dispozici (dokáží používat) měřící škály a lokální	Dotazy na oš. personál Kontrola dokumentace		

procesuální standardy?

P 1

Je vhodné posouzení stavu klienta do 24. hodin od přijetí ? (sestra dokáže zajistit přiměřené tlumočnické služby)

Dotazy na oš. personál

Kontrola dokumentace

P 1

Bylo vstupní posouzení provedeno komplexně ve všech oblastech (bio-psycho-sociálně-spirituální)

Kontrola dokumentace

Dotazy na klienta a příbuzné

P 2

Byly ošetrovatelské diagnózy stanoveny na základě potřeb muslimského klienta s přihlédnutím na respektování jeho multikulturních potřeb?

Kontrola dokumentace

P 3

V ošetrovatelské dokumentaci je vytvořen plán oš. péče s ohledem na spirituální potřeby klienta?

Kontrola dokumentace

P 4

Ošetrovatelské intervence jsou stanoveny s ohledem na specifika života muslima? Plnění intervencí nenarušuje tradice klienta?

Kontrola dokumentace

Dotazy na klienta a příbuzné

P 5

Je v případě nedosažení stanoveného cíle přepracován plán ošetr. péče?

Kontrola dokumentace

V 3

Klient i rodina je zapojena do jednotlivých fází oš. procesu?

Dotazy na klienta a příbuzné

V 4

Klient i rodina jsou spokojeni s poskytovanou péčí?

Dotazy na klienta a příbuzné

12 Závěr

Prostudováním dostupné literatury o multikulturním ošetřovatelství bylo umožněno nastínit tuto problematiku v České republice. Práce byla zaměřena na muslimskou komunitu a islámské náboženství obecně. Teoretická část se stala návodem, jak poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči právě muslimským klientům tak, aby nebyly narušeny jejich kulturní a náboženské tradice.

V empirické části bylo provedeno průzkumně výzkumné šetření o informovanosti zdravotnického personálu v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Byla záměrně vybrána nemocnice v centru Prahy, kde se sestry velmi často setkávají s klienty rozdílných kultur. Průzkumně výzkumným šetřením bylo zjištěno, že zdravotní sestry chápou, jak je důležité respektovat kulturní, duchovní a spirituální potřeby pacientů, kteří vyhledají zdravotnickou pomoc. Dále z tohoto šetření vyplývá, že komunikovat s cizincem, v tomto případě muslimským pacientem dokáže necelá polovina dotázaných. Sestry postrádají při poskytování péče cizincům standard ošetřovatelské péče, který by jasně stanovil postup při poskytování této péče. .

Hlavním cílem celé práce bylo vytvořit standard ošetrovatelské péče, který by byl zaměřen na poskytování zdravotní péče klientům z rozdílných kultur a rozdílného náboženského vyznání. Standard byl vytvořen s přihlédnutím na specifika při poskytování ošetrovatelské péče muslimům.

Celá práce bude k dispozici v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha a v Nemocnici na Františku s poliklinikou.

Do budoucna bych doporučil výzkum dále rozpracovat o další zdravotnická zařízení v České republice. Vhodné by bylo srovnat kvalitu ošetrovatelské péče o klienty – cizince v místech, kde standard k dispozici je a kde tento standard k dispozici není.

13 Seznam literatury

BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S., 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra : Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied s zdravotníctva, 2007, ISBN 978-80-89245-03-1,

CROFTER, W., 2006. *Velká kniha Islámu*. Čechtice : BVD, 2006. ISBN 80-903754-0-5,

DENNY, F., 2003. *Islam and the Muslim Community*. Sanfrancisko: A Division of Harper-Collins Publisher, 2003. ISBN 80-7260-088-5,

FÍŠEROVÁ, J., 2003. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2003. Pomocný učební text,

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

KEENE, M., 2003. *Světová náboženství*. Praha: Euromedia Group, 2003. ISBN 80-242-0983-7,

KOLEKTIV. 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7042-344-7,

KOLEKTIV. 2005. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7042-349-8,

LEININGER, M., 1995. *Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1995. ISBN 0-07-037660-3

MENDEL, M., MULLER, Z. 1989. *Svět Arabů*. Praha : Svoboda, 1989. ISBN 25-048-89

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kosce*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3,

STAŇKOVÁ, M. et al., 2005. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6,

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1213-X,

TRACHTOVÁ, E., 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4,

VOKURKA, M., HUGO, J., 2004. *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-058-5,

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S PRAHA, 2007. *Ošetrování v multikulturní společnosti*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s, 2007. ISBN 978-80-86277-60-8,

Internetové zdroje:

Tvorba standardu [on line] dostupné na : www.fnplzen.cz/data/prac/usek/metodika.2Odyssey.htm [citované 18.ledna 2008]

Dokumentace [on line] dostupné na : www.szu.cz/cekz/dokumenty/akreditace/Zuvod_def.pdf [citované 18. ledna 2008]

Přílohy

Seznam příloh:

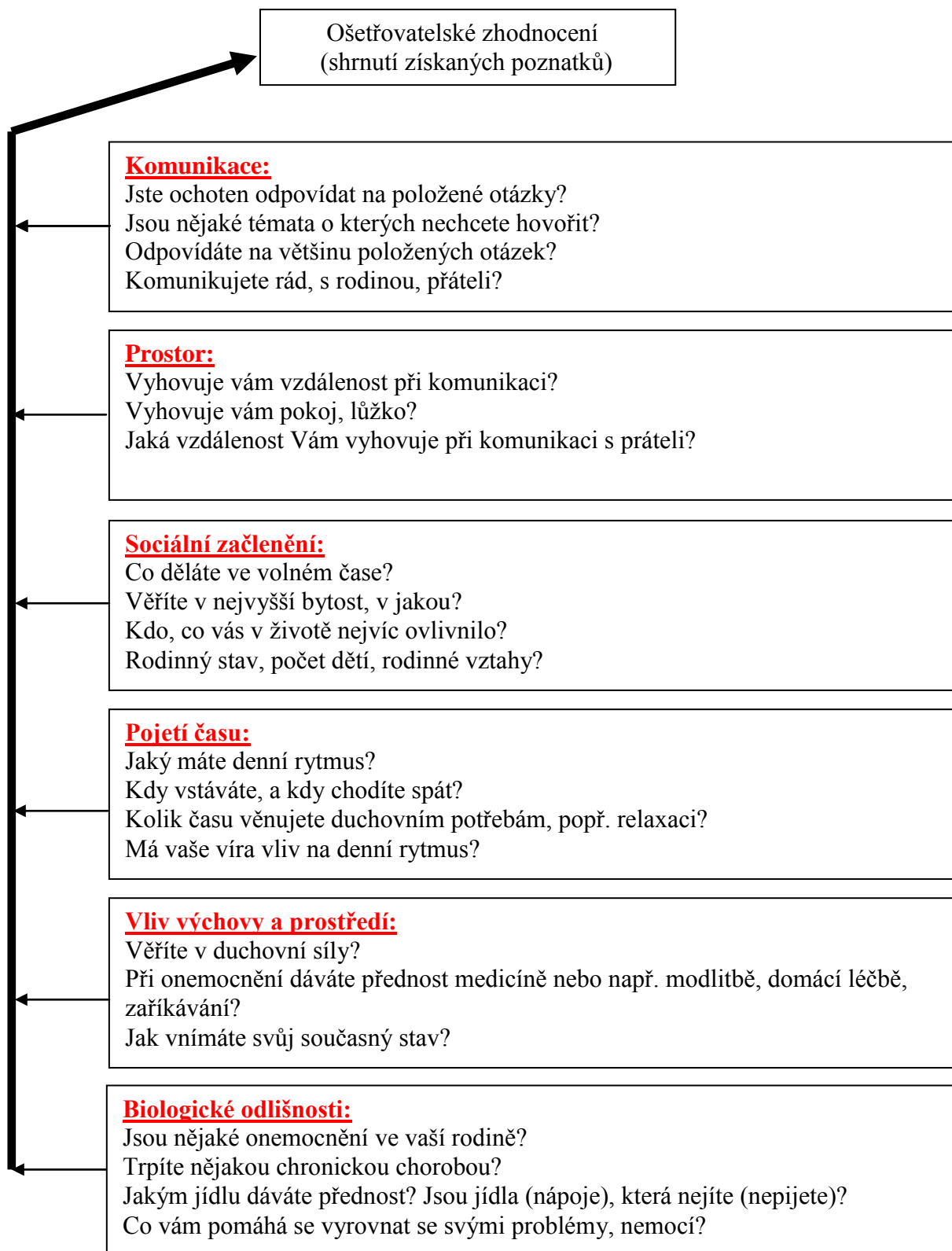
Příloha č. 1 Model Gigerové – Davidhizarové (příklad otázek):

Příloha č. 2 Madeleine Leiningerová

Příloha č.3 Dotazník k výzkumu

Příloha č.1 :

Model Gigerové – Davidhizarové (příklad otázek v jednotlivých oblastech):



Madeleine Leiningerová PhD., LHD, DS, CTN, RN, FAAN, FRCNA (1)
(zdroj www.tcns.org)



(1)

PhD., - Doctor of philosophy (doktor filosofie)

LHD, - Doctor of Humanities (doktor humanitních věd)

DS, - Doctorate of Science (doktor věd)

CTN, - Certified Transcultural Nurse (certifikovaná transkulturní sestra)

RN, - Registered Nurse (registrovaná sestra)

FAAN, - Fellow, American academy of Nursing (členka americké ošetrovatelské akademie)

Příloha č. 3: Dotazník k výzkumu:

Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Praha 5, Duškova 7

Dotazník k výzkumu na téma sestra a multikulturní ošetrovatelství se zaměřením na muslimskou komunitu

Vážená paní, vážený pane,

žádám Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit jako součást mé bakalářské práce na téma sestra v multikulturním prostředí a její ošetrovatelská péče se zaměřením na muslimskou komunitu. Výsledky budou prezentovány pouze v mé bakalářské práci. Dotazník je anonymní. Zakroužkujte prosím vždy jen jednu odpověď. Na konci dotazníku se můžete vyjádřit k této problematice. Předem děkuji za ochotu při vyplňování.

Burda Patrik,

student 3. ročníku oboru Všeobecná sestra

1. Pohlaví :

- a) muž
- b) žena

2. Věk :

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 a více

3. Pracuji jako :

- a) hlavní sestra (náměstek pro ošetrovatelskou péči)
- b) vrchní sestra
- c) staniční sestra
- d) všeobecná sestra

4. Nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

5. Setkal(a) jste se ve škole (nějakém kurzu, konferenci) s pojmem multikulturní ošetrovatelství?

- a) ano
- b) ne

6. Setkal(a) jste se při výkonu svého povolání s komunikací (ošetřováním) kulturních, jazykových nebo náboženských menšin?

- a) ano
- b) často
- c) ojediněle
- d) ne

7. Dokázal(a) byste komunikovat (ošetřovat) s klientem z minoritní společnosti (Romové, Arabové, Židé...)?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel(a) jsem o tom

8. Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče zaměřený na poskytování péče o menšiny?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy jsem to nezjišťoval(a)

9. Pokud takový standard nemáte, myslíte, že je nutné, aby byl k dispozici na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Máte na oddělení kontakt na nějakou společnost, která se zabývá menšinami (Česká tlumočnická komora znakového jazyka, Českoarabská společnost,...)

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy jsem to nezjišťoval(a)

11. Myslíte si, že sestra by měla znát základní specifika jednotlivých kultur ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Setkal(a) jste se někdy s muslimským klientem při výkonu svého zaměstnání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Dokázal(a) byste komunikovat s muslimským pacientem (pokud by hovořil českým jazykem)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Myslíte si, že je důležité respektovat tradice muslimů při jejich pobytu v nemocnici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. znáte nějaká specifika v ošetrovatelské společnosti o muslimskou komunitu?

a) ano

b) ne

16. Pokud uvádíte v bodě 15. odpověď „ano“, vyjmenujte jaká.

.....
.....
.....

17. Chcete k této problematice ještě něco dodat ?

.....
.....
.....
.....