



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Ošetřovatelství

Lucie Štědrá

Gaudeamus 2013

Recenzovali:

Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

MUDr. Eva Sansevičová

Jazyková úprava:

PhDr. Jaroslava Divišová

Edice texty k sociální práci

Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 7

Studijní materiál vznikl za podpory projektu

Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-306-2

Obsah

1	Úvod.....	5
2	Historie ošetrovatelství.....	6
2.1	Pravěk.....	6
2.2	Starověk.....	6
2.3	Středověk.....	9
2.4	Novověk.....	10
2.4.1	Krymská válka.....	11
2.4.2	Některé z osobností světového významu.....	13
2.4.3	Vybrané osobnosti českého ošetrovatelství.....	21
3	Současné ošetrovatelství	33
3.1	Koncepce ošetrovatelství	33
3.2	Ošetrovatelství jako vědní disciplína	34
3.2.1	Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství.....	35
3.2.2	Předmět zkoumání – metaparadigma oboru	36
3.2.3	Paradigma oboru – koncepční modely a teorie	37
3.2.4	Metodologie: ošetrovatelský proces.....	37
3.2.5	Výzkum	37
3.2.6	Systém vzdělávání v ošetrovatelství	38
3.3	Profesní organizace sester	38
3.3.1	Mezinárodní sesterské organizace	39
3.3.2	České sesterské organizace.....	41
4	Etika v ošetrovatelství	44
4.1	Etické teorie.....	45
4.2	Etické kodexy	45
4.3	Historický vývoj etických principů v péči o člověka	46
4.3.1	Hippokratova přísaha	47
4.3.2	Etické principy v judaismu.....	49
4.3.3	Etické principy v křesťanství.....	50
4.4	Bioetika.....	50
4.5	Lékařská etika	52
4.6	Ošetrovatelská etika	54
4.7	Vztah etiky a práva	56
4.7.1	Právní normy	57

5	Komunitní ošetrovatelství	60
6	Paliativní péče	67
6.1	Paliativní péče doma – domácí hospic.....	71
6.2	Hospic	72
6.3	Umírání.....	74
6.3.1	Fáze umírání podle Elizabeth Küblerové-Rossově	74
6.3.2	Pravda a způsoby jejího sdělování	75
6.4	Eutanazie.....	77
7	Transkulturní ošetrovatelství	79
7.1	Základní pojmy	82
7.1.1	Kultura a multikultura	82
7.1.2	Etnikum, etnicita, etnocentrismus, etnická totožnost	84
7.1.3	Národ, národnost, národnostní menšina.....	85
7.1.4	Duchovnost, spiritualita, víra, náboženství, církve	85
7.1.5	Stereotyp, předsudek, xenofobie, diskriminace, rasa a rasismus	86
7.2	Komunikace s pacienty z jiné kultury	87
7.3	Zdraví cizinců v ČR	89
7.4	Národnostní menšiny a cizinci v České republice	89
7.4.1	Romové.....	90
7.4.2	Ukrajinci	100
7.4.3	Vietnamci	102
7.5	Náboženství a církve v České republice	106
7.5.1	Judaismus	108
7.5.2	Křesťanství	111
7.5.3	Islám.....	115
7.5.4	Buddhismus	117
8	Závěr.....	120
9	Literatura.....	121
10	Rejstřík.....	126

1 Úvod

Vážení a milí studenti,

v předloženém studijním textu bych vás ráda provedla základy teorie ošetrovatelství. Ošetrovatelství jako takové čili péče o nemocné provází člověka od nepaměti, ale ošetrovatelství jako vědní obor je relativně mladé. V současné době se na celém světě klade důraz na poskytování komplexní kvalitní zdravotní a sociální péče. Tato péče je především zaměřena na preventivní opatření a na ochranu zdraví.

Studijní text vás seznámí s koncepcí současného ošetrovatelství, s cíli a charakteristickými rysy koncepce. Představí vám ošetrovatelství jako vědní disciplínu a vysvětlí vám význam holistického přístupu v moderním ošetrovatelství.

Dále vám přiblíží důležitost etiky v ošetrovatelství, představí mezinárodní a národní programy na podporu zdraví, objasní důvody, které vedou k rozvoji komunitního ošetrovatelství, přiblíží paliativní péči a zdůrazní význam transkulturního ošetrovatelství.

Studijní text je vybaven třemi rejstříky – předmětovým, jmen osob (historických i mytických) a rejstříkem zeměpisných názvů a státních útvarů, které slouží k vyhledání pojmu či tématu v textu. Kromě toho předmětový rejstřík slouží k ujasnění vazeb mezi pojmy a dále k dohledání souvisejících informací. Lze jej využít i při studiu jako oporu či podklad ke zvládnutí daných tematických celků.

Studijní text je pouze doplňujícím studijním materiálem, který vás provede pojmoslovím a základy oboru. Proto je nezbytné, abyste při studiu vycházeli ze základní oborové a související literatury.

Mnoho úspěchů při studiu.

Autorka

2 Historie ošetrovatelství

Na vývoj ošetrovatelství, stejně jako medicíny měly vliv poměry v dané společnosti, ať již náboženské, politické, kulturní, nebo ekonomické. Velký význam měly i válečné konflikty a s nimi spojené vědecké objevy. V dobách největší nouze dochází k největším objevům – lidé mají větší potřebu a pud něco změnit a lidstvo se posune o kousek dál.

Z historického hlediska můžeme rozlišit tři prolínající se a překrývající se linie péče o nemocné:

- neprofesionální ošetrovatelství (nejstarší laická péče);
- charitativní ošetrovatelství (charitativní péče);
- profesionální ošetrovatelství (organizovaná léčebná péče).

Jak jsme již zmínili, tyto tři linie se prolínají a překrývají. Proto bude v nástinu historie ošetrovatelství jednodušší postupovat od nejstarších dob namísto po jednotlivých liniích.

2.1 Pravěk

Historie ošetrovatelství (péče o nemocného či zraněného člověka) je stará jako lidstvo samo. Odnepaměti lidé pomáhali sobě, svým nejbližším a své rodině. Vrozeným instinktem (stejně jako zvířata – vymýt ránu, ležet, odpočívat) a formou pokus – omyl získávali první znalosti o lidském těle a péči o ně. Tak jak lidstvo postupně měnilo svůj způsob života – z kočovného na postupné osídlování (a tím vznik prvních osad) – vytrácely se některé problémy, jako např. množství zranění při lovu, nemožnost starat se o zraněné a nemocné, a naopak vznikaly problémy jiné, např. rostoucí počet obyvatelstva a s tím spojené zhoršující se hygienické podmínky a související epidemie atp. Protože si lidé neuměli mnohé přírodní jevy vysvětlit, rodila se přírodní náboženství a s nimi spojené magické myšlení, obřady, čarování, talismany, z kterého se postupně vyvíjelo přírodní léčitelství (lektvary, byliny atd.).

2.2 Starověk

Indie: Počátkem 3. tisíciletí př. n. l. se v povodí řeky Indu vytvořila nejstarší kultura zvaná *harappská*, jejímž charakteristickým rysem je až pozoruhodná civilizační vyspělost. O léčení a péči o nemocné se píše ve starých védách (véda je soubor vědění, znalostí a poznatků – *věda*). Například Ájurvéda (vědění o životě) se zmiňuje se o tom, jak léčit

a jak si udržet zdraví. Ájurvéda je považována za nejstarší a nejholističtější systém péče o zdraví. Je systémem tradičního indického lékařství, který je praktikován dodnes a v západním světě se stal alternativním léčebným způsobem. Na vysoké úrovni byla v Indii chirurgie, odtud znalosti o amputaci, plastických operacích uší, nosu a rtu. Indie zavedla císařský řez a porodnické obraty plodu. Chirurgické nástroje byly velmi propracované a bylo jich okolo sto dvaceti.

Čína: Lékařství v Číně se výrazně lišilo od ostatních, a to svým racionálním charakterem a chápáním příčin nemoci. Číňané byli přesvědčeni, že nemoc vniká do těla ústy, a proto dodržovali přísná hygienická pravidla; jejich porušení považovali za příčinu onemocnění. Již ve 3. tisíciletí př. n. l. vznikly v Číně první spisy o lékařství; je v nich popsána řada přírodních léčiv (terapie tradiční čínské medicíny je založena na přírodních produktech, převážně rostlinného původu) a léčebných postupů (např. akupunktura).

Akupunktura vznikla již před několika tisíciletími a její principy vycházejí z konfucianismu a taoismu. Jelikož nejstarší akupunkturální jehly vyrobené z kostí se datují asi 7000 let př. n. l. (doba kamenná), je akupunktura považována za nejstarší léčbu na světě. Číňané uznávali a dodnes uznávají dva principy – *jin* a *jan* – a věří, že nemoci vznikají při disharmonii těchto principů, a proto z nich vychází i léčba nemocí.

Zvláštní vyšetřovací metodou byla palpace tepů – Číňané znali a rozpoznávali více než 150 druhů tepu a každý byl specifický pro určité onemocnění. Ke stanovení diagnózy byl důležitý i jazyk a tělesné otvory (ústa, nos, uši).

Nejcharakterističtějším znakem čínského lékařství je chápání těla jako propojeného celku v rámci vnitřních i vnějších vazeb – holistický přístup k člověku. Tradiční čínská medicína nejen přetrvala do současnosti, ale je uznávanou alternativní medicínou západního světa.

Egypt: Představu o léčení a ošetřování nemocných ve Starém Egyptě si lze utvořit ze starých papyrů. Příkladem je **papyrus z Kahúnu** pojednávající o ženských chorobách (datován okolo r. 1900 př. n. l.), **Smithův papyrus** o vnitřních chorobách, kostní chirurgii a traumatologii (okolo r. 1700 př. n. l.), **Ebersův papyrus** (okolo r. 1500 př. n. l.), který pojednává o chorobách dětských, kožních, ušních, očních, ženských, a další papyry, přičemž zmíněné papyry odkazují na mnohem starší texty. Egyptské lékařství bylo na vysoké úrovni a poznatky, k nimž se dopracovalo, ovlivnily lékařství řecké.

Řecko: Řecké lékařství mělo nemalý vliv na rozvoj léčení a ošetřování v evropských zemích. **Asklépios**¹, původně thessalský héros² zdraví, byl v řecké mytologii syn boha Apollóna (jeho dcerou byla Hygieia, bohyně zdraví), později bůh lékařství. Nejranější dosud známé zmínky o Asklépiovi pocházejí z Homérovy *Iliady* a jsou již mýtického charakteru; s nimi je spojen i dosud dostupný informační materiál. (Jinými slovy není prokázáno, že Asklépios je historickou osobou, že žil. V mýtech však zpočátku tak na něho bylo nahlíženo, ke zbožštění došlo později.) Řekové na počest Asklépia zřizovali Asklépiovi zasvěcené chrámy se svatyněmi – tzv. asklépia (asi od r. 500 př. n. l.). Léčilo se v nich zejm. inkubací, tzn. ve spánku, během něhož měl ve snu bůh Asklépios léčit dotykem nebo předat léčebné instrukce. Obsah snu vykládali léčenému člověku Asklépiovi kněží. **Asklépiův kult** se šířil z Epidauru, k jeho přenosu do Athén r. 420 př. n. l. přispěl Sofoklés. Ve 3. stol. př. n. l. se kult rozšířil na východ do Efesu, Milétu, Pergamu, na ostrov Kós i na západ do Říma. Tam byl Asklépiův kult uveden r. 293 př. n. l. přímo z Epidauru. **Ke konci 4. stol. n. l. bylo Asklépiovi zasvěceno okolo 400 svatyní po celém helénistickém světě.** Nejznámější byly v Epidauru a na ostrově Kós, kde z proslulé lékařské školy vynikal lékař Hippokratés.

Asklépios se stal ochranným božstvem lékařů, byl zobrazován jako vousatý muž opírající se o hůl ovinutou hadem (prastaré chtonické božstvo symbolizující neustále se obnovující život) a v doprovodu psa. **Hůl s ovinutým hadem se stala znakem lékařů a zdravotníků.** [Encyklopedie, 1973, s. 81; Glomb, 2011]

Významným lékařem byl **Hippokratés** (460 – asi 370 př. n. l.) pocházející z ostrova Kós v Egejském moři. O jeho životě se ví jen to, že pocházel z lékařské rodiny. (Pod jménem Hippokratés je známo více lékařů.) Chápal nemoc jako přirozený proces a narušení rovnováhy mezi čtyřmi základními tělesnými šťávami: hlen, krev, žlutá žluč, černá žluč. Dodnes lékaři na celém světě skládají tzv. **Hippokratovu přísahu** (viz s. 47), která je etickým kodexem lékařů a lékařství.

Řím: Rozvoj medicíny v Římě souvisel s působením řeckých lékařů (2. stol. př. n. l.). Do té doby si Římané příčinu nemocí vysvětlovali jako hněv boží a péče o nemocné spočívala v usmířování bohů. Za vlády císaře Augusta (30 př. n. l. až 14 n. l.) zakládali Římané **valetudinaria** (předchůdce nemocnic) určená především postupující armádě (legionářům). Jiná valetudinaria sloužila císařskému dvoru, patriciům, další otrokům.

1 řec. Asklepios, lat. Aesculapius, v češtině Aeskulap, Eskulap
2 hrdina

Římané měli propracovanou komunální hygienu (kanalizace, pohřebiště za městem, akvadukty aj.) a péči o tělo (koupelny, lázně aj.).

Nejvýznamnější z lékařů byl **Galén**³, který svým dílem ovlivnil medicínu celého středověku a počátku novověku. Shrnul veškeré vědění helénistické medicíny do uceleného systému medicíny. Značné lékařské zkušenosti získal v rodném Pergamu jako lékař v gladiátorské škole. Po odchodu do Říma provozoval praxi, psal, přednášel a demonstroval znalosti z anatomie – učil anatomii. Řídil se pozorováním i experimentem. Věřil v léčivý účinek rostlin a užíval jejich výtažky. Je autorem sedmnácti svazků *De usu partium* (Důležitost částí lidského těla) a stovek odborných pojednání. Texty galénovské medicíny byly postupně překládány a staly se po vzniku univerzit hlavními učebnicemi na lékařských fakultách. Galénovo učení bylo považováno za lékařský zákon až do 16. století.

O chudé a nemocné pečovali také **diákoní**, původně pomocníci apoštolů, později pomocníci kněží. Konali pastorační a sociální službu, přičemž se zaměřovali na nemocné, na vdovy a ty, kteří byli odkázáni na pomoc druhých, na zajatce a cizince. Nový zákon i nebibličtí autoři dokládají, že diakonii vykonávali od počátku jak muži, tak ženy – **diakonky**. Diakonky vykonávaly diakonii ještě ve 12. století, poté jejich činnost zanikla. Organizovaná činnost diakonek byla obnovena se vznikem protestantských církví a trvá dosud. Patrně nejznámější se stala díky Theodoru Fliednerovi (viz s. 13), který činnost diakonek začal organizovat v Německu a rozšířil do čtyř kontinentů.

2.3 Středověk

Vymezení středověku není jednoznačné, za počátek lze považovat například pád Západořímské říše (476 n. l.), za konec například objevení Ameriky (1492) nebo v českém prostředí konec vlády Jagellonců (1526). Zásadní politické, ekonomické a kulturní dění se přesouvá ze Středomoří do Evropy, rozšiřuje se **křesťanství**. S šířením křesťanství souvisí vznik a šíření **charitativní a řádové péče**.

Ve středověku vznikají první **řeholní řády**, například Řád svatého Benedikta (benediktýni, r. 529), cisterciáci (r. 1098, řád reformující řád sv. Benedikta), premonstráti (1126), františkáni (r. 1209, řád založený sv. Františkem z Assisi; jednou z větví jsou minorité), dominikáni (r. 1215), řád českých křížovníků s červenou hvězdou (1237, viz

3 Klaudios Galénos, lat. Claudius Galenus, arabsky Jalinus, *129, † okolo 200 n. l., římský lékař řeckého původu; studium zejm. filozofie a medicíny; osobní lékař císaře Marka Aurelia

níže Svatá Anežka Přemyslovna) aj. Sídlem řeholní komunity byl a je **klášter**. Při klášterech a při některých kostelech byly zřizovány **špitály** (hospitales, z lat. *hospes* – host, hostitel; *hospitium* – pohostinství), které ve středověku a dlouho do novověku poskytovaly potřebným lidem sociální, zdravotní a duchovní pomoc, tedy hmotné i nehmotné zabezpečení.

Kromě těchto řádů vznikají koncem 11. a zač. 12. stol. **rytířské řády** – řeholní organizace tvořené rytíři-mnichy.⁴ Původní myšlenkou církevních rytířských řádů byla péče o nemocné poutníky (johanité) nebo ochrana poutnických cest (templáři) do Svaté země (Palestina), ale ve vrcholném středověku vstupoval do popředí ozbrojený boj na obranu křesťanství před islámem (viz s. 115), pohanstvím, schizmatismem či kacířstvím. Činnost řádů, které se dochovaly do dnešní doby, je výlučně dobročinného charakteru.⁴

Charitativní ošetrovatelství, rozvíjející se od 9. století, vycházelo z křesťanské lásky k člověku. Poskytovalo péči těm trpícím, kteří si ji nemohli zajistit sami, tedy sirotkům, lidem nemocným, tělesně a mentálně postiženým, chudým a starým.

2.4 Novověk

Vznik **profesionálního ošetrovatelství** lze zasadit do **19. století**, přičemž vznik ošetrovatelství jako specifického **oboru zdravotnické činnosti** do zač. druhé poloviny 19. stol.

Ošetrovatelská péče se začala organizovat

- jednak kvůli potřebě ošetřovat vojáky zraněné ve válkách vedených stále modernějšími zbraněmi (krymská válka, rakousko–italské války, prusko–rakouská a prusko–francouzská válka),
- jednak kvůli nové orientaci medicíny na nemocniční péči – s rozvojem průmyslové společnosti se začala lůžková péče poskytovat větší části obyvatel a bylo třeba množství školeného ošetrovatelského personálu. [Michalský, 2006, s. 91]

Válečné události vedly také ke vzniku mezinárodních organizací, které měly zlepšit osud zraněných vojáků. [Michalský, 2006, s. 92]

⁴ převzato z Wikipedie, kde k 10. 10. 2012 je inf. materiál vhodný pro účel těchto skript; http://cs.wikipedia.org/wiki/Ryt%C3%AD%C5%99sk%C3%BD_%C5%99%C3%A1d

O počátcích profesionálního ošetrovatelství mluvíme zpravidla též v souvislosti s činností několika osobností, přičemž za nejvýznamnější můžeme považovat německého teologa a zakladatele ošetrovatelské školy **Theodora Fliednera**, anglickou ošetrovatelku šlechtického původu **Florence Nightingalovou**, ruského chirurga **Nikolaje Ivanoviče Pirogova** a švýcarského altruistu **Henriho Dunanta**, zakladatele Červeného kříže.

F. Nightingalová a N. I. Pirogov se z vlastní vůle účastnili **krymské války** – sice na opačných stranách fronty, v odlišném postavení a s rozdílným zázemím, ale ve jménu stejné snahy. **Počátky profesionálního ošetrovatelství jsou spojeny právě s tímto válečným konfliktem.**

2.4.1 Krymská válka

K zásadní změně v ošetrovatelství došlo během krymské války (1853–1856), ve které proti Rusku bojovala Anglie, Francie, Turecko a Sardinie. Armádní zdravotnické zázemí bylo zcela nepřípravené jak na straně spojenců, tak Rusů.

„Našel jsem dva tisíce raněných, kteří leželi buď na slámě, nebo na vojenských oděvech. Ty dva tisíce nemocných lidí se mohly spoléhat na pomoc jediného lékaře Smirnova. Bydlel v konírně na půdě ... Tento jediný lékař měl k dispozici jediný chirurgický nástroj, zlámanou lancetu, ale i ta byla osobním vlastnictvím ranhojiče.“
[Tarle, 1951, s. 295–296]

Blíže nespecifikovaný anglický chirurg, který se účastnil bitvy u řeky Almy, uvádí: „Tyto dva dny jsem se přímo koupal v krvi. Žádný popis nemůže vylíčit všechny hrůzy tohoto bojiště, mrtví, umírající, koně, pušky, lafety, těla bez hlav, trupy bez nohou, zranění taková, že mi krev stydne v žilách, když si na ně vzpomenu. Nemohu opravdu přirovnat bojiště v těchto dvou dnech k ničemu, jen k jatkám. Když jsem procházel mezi raněnými, rozrývaly mi jejich úpěnlivé prosby srdce a zatímco jsem se zabýval jedním z nich, dvacet jiných mě zoufale volalo k sobě. Lékařů se u Angličanů a Francouzů ukázalo právě tak málo, jako v ruské armádě. Na korábu Vulcan, který odvážel Angličany od řeky Almy do Cařihradu, se převáželi jen velmi těžce ranění a zmrzačení. O tři sta raněných a sto sedmdesát nemocných cholerou se starali pouze čtyři lékaři. Loď Colombo převážela 553 raněných a zmrzačených. Leželi na holé palubě, která se za dva dny změnila v hniající hmotu. V nemytých a neobvázaných ranách se jim vylíhli červi a těch bylo pak všude plno. Mnozí ranění byli ošetřeni teprve šestý den po bitvě.“ [Tarle, 1951, s. 159]

O neúnosných podmínkách, v jakých žijí a umírají ranění a nemocní cholerou, tyfem, úplavicí aj.⁵ a v jakých pracují lékaři a jejich pomocníci, se Anglie dozvěděla ze zpráv dopisovatele *The Times* Williama Howarda Russella.⁶ Čtenáři byli otřeseni a vláda si uvědomila vážnost situace. Ministr války Sidney Herbert se obrátil na F. Nightingalovou a požádal ji, aby vedla ošetrovatelský tým, který se vláda rozhodla vyslat do vojenské nemocnice v Turecku ve Scutari (dnes Üsküdar v Istanbulu). F. Nightingalová odjela se třiceti osmi sestrami, které si vybrala a zaškolila.

Pod vlivem zpráv z války žádá v Rusku o vyslání na frontu lékař N. I. Pirogov a současně píše přítelkyni velkovévodkyni Jeleně Pavlovně (roz. Charlotte von Würtemberg), že prosí o podporu při kladném vyřízení žádosti a při realizaci plánu založit společnost žen, která by pomáhala nemocným a raněným vojákům. Velkovévodkyně⁷ získala třicet dva dobrovolnic, jimž zprostředkovala 24hodinovou stáž v nemocnici, a vyslala je na Krym, kam s její podporou přijel i Pirogov s dalšími lékaři a kam přijela pracovat i ona.

Po bitvě u řeky Almy v září 1854, v níž spojenci porazili Rusy, začali spojenci v říjnu obléhat Sevastopol (bitvy u Balaklavy, u Inkermanu, na řece Čorna), který kapituloval až následujícího roku 9. září. Boje ustaly v únoru 1856 a mírová smlouva byla podepsána 30. března 1856 v Paříži.

Krymská válka byla prvním válečným konfliktem, v němž organizovaně působily vyškolené ženy-ošetrovatelky. Do té doby zajišťovali ošetrovatelství výhradně muži.



Obrázek 1 - Krymská válka, 1855 (fot. Roger Fenton)⁸

Obrázek 2 – Součástí opevnění Sevastopolu byla řada pevnůstek; opuštěná pevnůstka Redan⁹

5 Uvádí se, že poměr vojáků, kteří zemřeli na zranění, k těm, kteří zemřeli na nemoci, byl 1 : 16.

6 Jako první novinář si vysloužil označení válečný zpravodaj.

7 Z vlastních zdrojů k tomu účelu založila Společenství sester Pozdvižení sv. Kříže.

8 Zdroj: <http://www.fotografovani.cz/novinky/trendy1/pocatky-vzniku-a-vyvoje-fotografie-149874cz>

9 Zdroj: <http://www.britishbattles.com/crimean-war/sevastopol.htm>

Krymská válka byla první systematicky fotografovanou válečnou událostí, o které byla informována veřejnost.

Pro zajímavost zmiňme, že kromě výše zmíněných dvou profesionálů z Anglie a Ruska odjela na Krym dobrovolně laická ošetrovatelka **Mary Seacolová** (1805–1881). Pocházela z Jamajky, od matky získala praktické zkušenosti s ošetřováním nemocných a později pomáhala nemocným cholerou, žlutou horečkou a úplavicí při epidemiích na Jamajce a v Panamě. Protože se jí nepodařilo získat místo ošetrovatelky prostřednictvím rekrutační kanceláře, odjela na Krym se společníkem T. Dayem na vlastní náklady jako obchodnice, markytánka. Vybudovala u Balaklavy hotel s restaurací a barem a zřídila v něm ubytování pro nemocné a zotavující se vojáky na způsob nemocnice. Pacientům poskytovala stravu a léky včetně medikamentů, které připravovala sama. Kromě toho poskytovala ošetrovatelskou pomoc přímo na bojišti a nerozlišovala mezi spojenci a Rusy. Když ošetřovala raněné pod palbou, musela se krýt vleže na zemi. Byla schopna vracet se s mulami několikrát denně do hotelu pro zásoby cestou dlouhou tři a půl míle.¹⁰

2.4.2 Některé z osobností světového významu

Theodor Fliedner (1800–1864)

Theodor Fliedner, syn luteránského faráře, vystudoval teologii a krátce pracoval jako domácí učitel. V roce 1822 převzal evangelickou faru v malé německé vesnici Kaiserwerthu. Zatímco katolická církev se orientovala na péči o potřebné a nemocné mj. zakládáním špitálů při klášterech řeholních řádů, evangelická církev se zaměřovala na pomoc jedince v rodině a komunitě.

O nemocné se v protestantských zemích staraly zejména diakonky (z řeckého *diakonein*, sloužit, pomáhat). Mladý luteránský pastor T. Fliedner se k charitativní ošetrovatelské službě inspiroval v Nizozemsku a Anglii. V Anglii se setkal s filantropkou Elizabeth Fryovou (1780–1845), reformátorkou vězeňství a sociální práce, přičemž se seznámil s péčí o chudé lidi a propuštěné vězně. V Kaiserwerthu začal organizovat práci diakonek – služba, k níž Fliedner povolával svobodné ženy, měla význam jak pro nemocné, tak pro mladé zdravé lidi: **diakonie jako péče (ošetrovatelství) a diakonie jako vzdělávání**. V roce 1826 založil Rýnsko-Westfálskou vězeňskou společnost určenou k pastorační a péči o vězně, v roce 1833 založil útulek pro propuštěné vězně. Podílel se na zřízení nemocnice v Kaiserswerthu (1836), jejíž součástí je školicí středisko pro

¹⁰ Za odvahu a obětavost oceněna mj. řády za zásluhy – anglickým, francouzským, ruským a tureckým.

evangelické sestry, z něhož vzniká Rýnsko-Westfálské sdružení pro výchovu (vzdělávání) a zaměstnání (činnost, praxi) diakonek.

V roce 1836 zřizuje opatrovnu (mateřská škola) pro chudé děti. Protože opatrovna potřebuje vyškolené učitelské síly, vzniká seminář pro učitelky malých dětí, z něho r. 1844 seminář pro učitelky základních škol a r. 1849 seminář pro učitelky na vyšších školách.

Od roku 1838 byly diakonky z Kaiserswerthu vysílány pracovat do nemocnic a opatroven, za domácí péči a komunitní práci. Mimo jiné se podílely na péči o nemocné skvrnitým tyfem a cholerou při epidemiích v letech 1848 a 1849. V roce 1844 vzniká mužské diakonické (jáhenské) zařízení v Duisburgu. Diakonství se rychle prosazuje. Fliedner školí ošetrovatelky v nemocnicích v Německu i v zahraničí.

Z katolicismu přebírá Fliedner myšlenku domů pro matky a naplňuje ji evangelickým duchem – dům pro matky jako domov sesterství, jež je společenstvím ve jménu víry, života a služby. Podílí se na zakládání domů pro matky v Kaiserswerthu, Berlíně, Halle, Königsbergu, Vratislavi a v roce 1849 v Pittsburghu v Pensylvánii (USA), kam přijíždí se čtyřmi diakonkami.

V roce 1851 odjíždí se čtyřmi diakonkami do Jeruzaléma, čímž ve Svaté zemi položil základy ženské nemocniční¹¹ ošetrovatelské práce a základy ošetrovatelské výchovy (vzdělávání) mladých žen. Poté posílá diakonky do Konstantinopole (dnes Istanbul), Smyrny (Izmir), Bejrútu, Alexandrie a Florencie. Na konci Fliednerova života pracují diakonky ve čtyřech světadílech. Fliednera v Kaiserwerthu dvakrát záměrně vyhledala F. Nightingalová (viz níže) a nechala se jím inspirovat a vzdělávat.

POZNÁMKA

Česká diakonie: První českou diakonkou moderní doby byla Marie Karafiátová z Jimramova (sestra Jana Karafiáta, autora knihy *Broučci*). Odešla do střediska Theodora Fliednera s úmyslem přenést kaiserswerthskou zkušenost diakonické práce do Čech. Vysvěcena byla 11. září 1865 v Německu, ale nedlouho na to tam zemřela (3. 2. 1868). [Bárta, 2001–2004]

Diakonickou činnost v Čechách podporoval evangelický farář Václav Šubrt v Krabčicích pod Řípem, kde založil r. 1864 opatrovnu pro děti a později dívčí vzdělávací ústav. **Česká diakonie byla oficiálně ustanovena v r. 1903 pod názvem Česká Diakonie, spolek evangelický pro ošetřování nemocných a chudých.** Diakonky působily

¹¹ Hospital- und Mädchenerziehungsarbeit

v rodinách, nemocnicích, zdravotně-sociálních ústavech a sirotčincích, po druhé světové válce ošetřovaly raněné a vězně z koncentračního tábora v Terezíně. Roku 1948 odešly ošetřovat nemocné dětskou obrnou do Jánských Lázní. S nástupem komunismu nesměla církev organizovat veřejnou sociální službu – Česká Diakonie působila do r. 1952. **Obnovena byla 1. června 1989 jako Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE).** Diakonie ČCE poskytuje více než sto dvacet registrovaných sociálních služeb. Péče a podpora klientů jsou směřovány tak, aby klienti mohli žít svým co nejběžnějším a důstojným způsobem života.

Florence Nightingalová (1820–1910)

Pocházela z rodiny vysoké anglické šlechty, vlivné a společensky uznávané. Získala kvalitní vzdělání od soukromých učitelů a univerzitně vzdělaného otce (matematika, fyzika, dějepis, filozofie, francouzština, italština, němčina, řečtina, latina). Zajímal se zejména o matematiku a statistiku. Její sociální cítění ovlivnil dědeček William Smith, přesvědčený abolicionista a člen parlamentu usilující o sociální reformy. Když oznámila rodičům, že se cítí být povolána Bohem stát se ošetřovatelkou, upřímně se zděsili.



Obrázek 3 – Florence Nightingalová

V polovině 19. století nebyla profese ošetřovatelky pokládána za přijatelnou pro ženu (nemocné ošetřovali muži), natož ve viktoriánské Anglii a pro vzdělanou dívku urozeného původu. Nemocnice byly zchátralé a špinavé, pokud v nich působily ženy, tak spíše

prostitutky, často alkoholičky. Podle pochopitelného názoru Nightingalových nemohla žádná slušná dáma tak pokleslé povolání vykonávat. Přesto své dceři nebránili (lze říci osvíceně) v prohlídkách nemocnic ve městech, která navštěvovali během častých rodinných cest po Evropě. V nich si Florence pořizovala zápisky o hygieně, organizaci, řízení, stavebním uspořádání oddělení i práci lékařů.

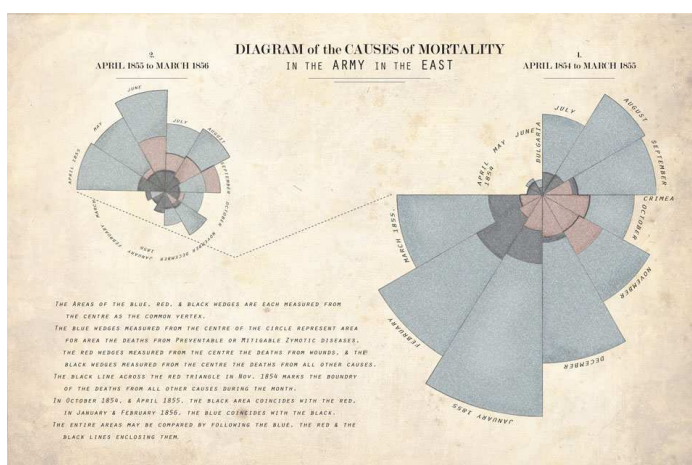
Při cestě s rodinnými přáteli do Egypta, Řecka a Itálie se ve svém přesvědčení utvrdila. Cestou domů se v Německu v roce 1850 cíleně setkala s Theodorem Fliednerem. Rok na to prosadila, že se může u něho vzdělávat, a složila zkoušku z ošetrovatelství v tříměsíčním kurzu (1851). Protože ošetrovatelská práce byla nad její fyzické možnosti, stala se r. 1853 vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně a provedla řadu změn. Jakkoli se rozešla názorově s rodinou, otec ji hmotně zabezpečil a mohla se nadále opírat o společenské postavení rodiny spřátelené s královskou rodinou.

Po přečtení alarmujících reportáží z krymské války písemně nabídla své síly ministru války Sidney Herbertovi, svému příteli, který ji údajně ve stejnou chvíli písemně žádal, aby vedla ošetrovatelky, které chce vláda vyslat do vojenské nemocnice v Turecku. („V celé Anglii je pouze jediná osoba, kterou znám, jež bude schopna takový plán uskutečnit.“) F. Nightingalová s pověřením souhlasila s podmínkou, že si členky týmu vybere. Zaškolila spolu se svou tetou May (Mary Shore Smith) třicet osm sester (6 členek řádu St. John's House, 8 anglikánských jeptišek, 10 římskokatolických jeptišek, 14 sester bez vyznání) a 21. října 1854 s nimi odjela z Londýna přes Buloň a Marseille do Konstantinopole čili Istanbulu a do Scutari.¹² Když začátkem listopadu¹³ 1854 sestry do Scutari dorazily, začaly pracovat, přestože s jejich přítomností nesouhlasili ani lékaři, ani vojenští představitelé. Během zimy 1854–1855 zemřelo ve scutarské nemocnici 4077 vojáků, přičemž desetkrát více na břišní a skvrnitý tyfus, choleru a úplavici než na válečná zranění. F. Nightingalová během téže zimy předložila anglické vládě 800stránkovou šokující zprávu o situaci ve Scutari. Požádala také o příjezd hygienické komise. (Komise odjela z Anglie v březnu; úmrtnost prudce klesla poté, co byla vyčištěna kanalizace a zkvalitněno větrání.) Byly postaveny dvě nemocnice – v létě 1855 byla otevřena nemocnice pro 300 pacientů a v prosinci pro 1000 pacientů.

¹² **Scutari** byl řecký název pro istanbulskou čtvrť, nyní samosprávný obvod Istanbulu s názvem Üsküdar; nachází se na asijském břehu Bosporu (tzn. v asijské části Istanbulu).

¹³ Patrně zatím není doloženo přesné datum příjezdu; nejčastěji se uvádí 4., někdy 3. listopad, ale nové a serióznější zdroje přesné datum neuvádějí.

Do Anglie se Florence Nightingalová vrátila čtyři měsíce po podepsání mírové smlouvy (podepsána 30. 3. 1856). Setkala se s významným anglickým epidemiologem, zakladatelem lékařské statistiky, jímž byl William Farr. Jejich spolupráce trvala až do Farrovy smrti. **Statistiky**, které chtěla předložit Královské komisi pro zdraví armády (jejíž vznik iniciovala; Royal Commission on the Health of the Army), zpracovala graficky tak, aby byly srozumitelné i nestatistikům. Vytvořila tzv. graf netopýřího křídla, jímž před komisí demonstrovala příčiny úmrtnosti vojáků (zranění, infekční nemoci, jiné příčiny). Později graf opravila a poté k témuž účelu vytvořila **výsečový graf** (coxcomb, kohoutí hřebínek; koláčový graf), u něhož napříště již zůstala.



Obrázek 4 – Diagram of the causes of mortality in the army in the east¹⁴

Výsečový graf je tvořen dvanácti výsečemi, přičemž každá přísluší středovému úhlu 30°. Výseče mají různé poloměry, a proto různé obsahy. Obsahy výsečí jsou rozděleny oblouky soustředných kružnic na tři různobarevné části:

- červená – úmrtí způsobená zraněním v bitvě;
- modrá – úmrtí způsobená nakažlivým onemocněním;
- černá – úmrtí z ostatních příčin.

Kromě jiného v roce 1859 publikovala *Notes on Hospitals*, v roce 1860 otevřela svoji ošetrovatelskou školu při nemocnici svatého Tomáše (Florence Nightingale Training School for Nurses) a publikovala *Notes on Nursing* čili Poznámky o ošetrovatelství (česky *Miss Florence Nightingale-ovy Kniha o ošetřování nemocných*. Praha: J. Otto, 1874. 187 s.). Ačkoli již nemohla cestovat do Indie, na požádání reformovala indické vojenské

¹⁴ Graf příčin úmrtnosti v armádě na východě. Zdroj: <http://dupress.com/articles/telling-a-story-with-data>

zdravotnictví (*Observations on the Sanitary State of the Army in India with illustrations*, 1863; *Life or Death in India*, 1873, with an appendix on *Life or Death by Irrigation*, 1874). Iniciovala vznik britské asociace sester (**Metropolitan and National Nursing Association**, 1874) aj. Její reformy vojenského i civilního zdravotnictví zásadně ovlivnily vývoj zdravotní a ošetrovatelské péče ve světě.

Z krymské války se Florence Nightingalová vrátila vyčerpaná a nemocná. Přestože se již nikdy zcela neuzdravila a odešla do ústraní, ošetrovatelství se věnovala nadále. Zemřela 13. srpna 1910 ve věku 90 let.

Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810–1881)¹⁵

Narodil se v Moskvě v rodině státního úředníka, který však brzy zemřel a sedmičlenná rodina zůstala nezaopatřená. Rodinný lékař Jefrem Osipovič Muchin, profesor anatomie a fyziologie na univerzitě v Moskvě se postaral, aby nadaný Pirogov (psal rusky, latinsky, německy a francouzsky) mohl studovat. Ve 14 letech byl přijat na lékařskou fakultu moskevské univerzity (vydával se za staršího), ve 21 letech složil doktorát a ve 26 letech přijal místo chirurga na (německé) univerzitě ve východopruském Dorpatu, kde pracoval do r. 1840. Poté se stal vedoucím chirurgického oddělení (1000 lůžek) v nemocnici Akademie vojenského lékařství v Petrohradu. V září 1854 požádal o vyslání do **krymské války**.

Zásadní roli v tom, že Pirogova žádost o vyslání do války byla schválena a že se podařilo do válečného ošetrovatelství prosadit ošetrovatelky, měla Pirogova přítelkyně **Jelena Pavlovna** (1807–1873), rozená **princezna Charlotte von Württemberg**, po provdání švagrová cara Mikuláše I., vzdělaná žena, která založila několik charitativních organizací a podporovala umění, pozdější zakladatelka ruského Červeného kříže. Právě na ni se Pirogov obrátil s prosbou o pomoc s realizací plánu založit společnost žen, která by pomáhala nemocným a raněným, a požádal ji také o získání adeptek ošetrovatelské práce.

Velkovévodkyně z vlastních zdrojů založila **Společenství sester Pozdvížení sv. Kříže** (Krestovozdvizženskaja obščina sester Miloserdija) určené k pomoci raněným a nemocným vojákům, jehož členy byly jak významné osobnosti, tak pozdější ošetrovatelky. Vyhledala řadu životem zklamaných a obětavých žen, které absolvovaly 24hodinovou stáž v nemocnici, při níž se seznámily s prostředím a obvazovou technikou. Před odjezdem na

¹⁵ Nesrovnalosti v datacích různých událostí mohou být dány užíváním různých kalendářů; Rusko přešlo z juliánského kalendáře na gregoriánský až r. 1918 (pravoslaví užívá nadále juliánský). Omyly mohly vznikat již při přebírání informací z pramenů devatenáctého století do literatury dvacátého století.

frontu složily přísahu na jeden rok služby v polní nemocnici. První skupina třiceti dvou ošetřovatelek přijela v prosinci 1854 do Simferopolu (dnes hl. město Autonomní republiky Krym, součásti Ukrajiny). Do začátku dubna přijelo na Krym dalších 40 ošetřovatelek ve třech skupinách. Sestry pracovaly v Simferopolu, Sevastopolu, Bachčisaraji, Perekopu a Nikolajevu.¹⁶

Pirogov byl prvním lékařem, který z vlastní vůle spolupracoval s ošetřovatelkami. Pracovali v lazaretech zřízených ve stanech poblíž Sevastopolu. V dopise manželce píše, že *jakmile Jelena Pavlovna se skupinou sester přijela, dala se horlivě do práce, ve dne v noci zůstává v nemocnici, pomáhá při obvazování, při operacích, nosí pacientům čaj a víno, dohlíží na obsluhu, na sluhy, stejně jako na doktory. Přítomnost žen, čistota a soucitnost probudily k životu ty, kteří trpěli a byli souženi závojem těžkomyslnosti.*

Z hlediska ošetřovatelství je zásadní, že inicioval vznik prvního společenství žen, které pomáhalo nemocným a raněným vojákům. Spolupracoval s ošetřovatelkami a byl jim metodikem. Organizoval práci tak, aby ranění byli tříděni již na obvazišti a do malých skupin. **Z lékařského hlediska** je významné, že na Krymu prosadil užívání anestezie při operování, čímž mj. zmírňoval utrpení. Amputaci nahrazoval resekci – byl proti amputaci končetin po střelných zraněních. Zavedl znehybňování zlomených končetin sádrovými obvazy přímo na obvazišti.

Po skončení krymské války se Pirogov vrací do Petrohradu, vydává *Voprosy žizni. Dnevnik starogo vrača* (1856). Kvůli pokrokovým názorům je do roka propuštěn z petrohradské nemocnice Akademie vojenského lékařství. Ze stejných důvodů je odvoláván z míst, na kterých se snaží o reformu školství a vzdělávání. Když je r. 1861 donucen odejít do penze, odchází do ústraní na svůj statek ve vsi Višňa na jižní Ukrajině. Z pověření Červeného kříže vede v 70. letech 19. stol. dobrovolné sestry ve francouzsko–německé, a později v rusko–turecké válce. Vydává slavné dílo *Grundzüge der allgemeinen*

16 „The total number of Russian nurses who worked in the hospitals and at bandage posts in Sebastopol, Kherson, Simferopol and many other places is still disputable. The list of the main group of nurses – the nurses of St. Petersburg’s Krestovozdvizhenskaya Commune – includes 236 names. The list of the smaller group – the Compassionate Widows of Moscow and St. Petersburg’s Widow Houses – contains 91 names. Yet, there were some other women – officers’ wives and local residents, who voluntarily joined the above-mentioned communes or just came to work in hospitals as nurses, servants, or sitters, striving to alleviate the sufferings of the wounded. According to the research made by the Russian historian Valeri Durov, Russian government stamped out 7 gold medals and 1450 silver medals to award women who had worked in the hospitals during the Crimean War. The places where the nurses provided care to the sick and wounded Russian officers and soldiers were listed on one side of the medal – Sebastopol, Perekop, Belbek, Bakhchisarai, Kherson, Nikolaev, Simferopol.“ BESSONOV, Yuri [БЕССОНОВ, Юрий]. Russian Nurses after the Crimean War : Bureaucracy and Prejudice Against Nurses. *Journal of Nursing* [online]. ©2000–2013 [chybí rok, ročník, číslo, ISSN; okolo 2010]. [Cit. 29. 10. 2012.] Dostupné z: <http://rnjournal.com/journal-of-nursing/russian-nurses-after-the-crimean-war>

Kriegschirurgie (1864), rusky *Načala obščej voenno-polevoj chirurgii* (1865–1866) čili *Základy všeobecné válečné chirurgie*. Zemřel 5. prosince 1881 ve věku 71 let.

Henri Jean Dunant (1828–1910)¹⁷

Švýcarský obchodník a bankéř H. J. Dunant pocházel z aristokratické kalvinistické rodiny, která se aktivně věnovala pomoci chudým a trpícím. Od mládí působil v různých dobročinných společnostech. [Honzíková, 2009]. Již před druhou italskou válkou za nezávislost (válka mezi Sardinií a Francií na straně jedné a Rakouskem na straně druhé, 1859–1860) se zabýval otázkou lidumilných zařízení pro raněné vojáky. Stal se svědkem následků bitvy u Solferina – tisíce vojáků zůstaly ležet na bojišti, neošetření ranění, živí mezi mrtvými... Těla se ukládala do společných hrobů, aniž by se kdo snažil o jejich identifikaci. Nikdo nezjišťoval, zda jsou vojáci skutečně mrtví.

Zasažen utrpením raněných a umírajících, kteří leželi na bitevním poli bez pomoci, nabídl Dunant svou pomoc. Nakupoval zdravotnický materiál, pomáhal při stavbě polních nemocnic, vyjednal s vedením armády, že zajatí lékaři mohli léčit raněné, uspořádal množství sbírek ve prospěch péče o raněné aj. Podnítil vznik **organizované pomoci dobrovolníků**; podněcoval místní obyvatele, aby se zapojili do **pomoci raněným bez ohledu na to, z jaké jsou armády**. Tehdy poprvé zveřejnil myšlenku zřídit v době míru v každé zemi společnost, která by se starala o výchovu dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů, aby v době války byl k dispozici potřebný personál. Tak vznikla **idea organizace Červeného kříže** [Staňková, 2001; Honzíková, 2009].

V roce 1862 vlastním nákladem vydal a významným evropským osobnostem rozeslal rozsahem drobnou, ale zásadní publikaci *Un Souvenir de Solferino* (Vzpomínky na Solferino). Využil v ní také zkušenosti N. I. Pirogova (viz s. 18) a F. Nightingalové (viz s. 15) z krymské války a navrhl ustavit mezinárodní společnost pro pomoc raněným a uzavřít mezinárodní dohodu o ochraně raněných.

V únoru 1863 v Ženevě s podporou prezidenta ženevské Společnosti pro veřejné blaho Gustava Moyniera založil tzv. výbor pěti (záhy prohlášený za Stálý mezinárodní výbor pro pomoc raněným, tzn. budoucí Mezinárodní výbor Červeného kříže.) Již v říjnu 1863 se z iniciativy výboru konala v Ženevě konference, na níž byla vypracována zakládací listina (charta) Červeného kříže a mj. jako znak navržen červený kříž v bílém poli, tj. barevně

¹⁷ ŠVEJNOHA, Josef. *Henri Dunant: zakladatel mezinárodního hnutí Červeného kříže*. Praha: Český červený kříž, 2004. Dostupné také z: <http://www.cervenýkříž.eu/cz/edicehnuti/dunant.pdf>

obrácený státní symbol Švýcarska. Fakticky tak byl založen **Mezinárodní výbor Červeného kříže**.

Červený kříž v bílém poli zaručuje ochranu raněným, nemocným, lékařům, zdravotníkům a zdravotnickým zařízením.¹⁸

Na druhé konferenci v Ženevě (8. – 28. 8. 1864) byla 22. srpna 1864 podepsána první *ženevská úmluva o zlepšení osudu raněných v polních armádách*. Měla deset článků (např. ustanovení, že ambulance a vojenské nemocnice se pokládají za neutrální a že je válčící strany budou šetřit, dokud jsou v nich nemocní a ranění). Do konce roku 1864 ratifikovalo úmluvu deset zemí: Francie, Švýcarsko, Belgie, Nizozemsko, Itálie, Španělsko, Švédsko, Norsko, Dánsko a Bádenské velkovévodství.

Současné organizace Červeného kříže poskytují pomoc obětem válečných konfliktů a také obětem hladomoru a živelních pohrom – záplav, zemětřesení a jiných ničivých událostí.

V roce 1901 byla udělena **první Nobelova cena za mír**. Získali ji H. J. Dunant jako ocenění za založení Mezinárodního Červeného kříže a Frédéric Passy za celoživotní snahu přecházet válečným konfliktům. Den narození H. J. Dunanta – 8. květen – se slaví jako Světový den Červeného kříže a Červeného půlměsíce.

2.4.3 Vybrané osobnosti českého ošetřovatelství

Kromě dvou patronek ošetřovatelství, svaté Anežky a svaté Zdislavy žijících ve 13. století se zastavíme u několika osobností 20. století. Především u Alice Masarykové, která zásadně přispěla ke zrodu sociálního a zdravotního systému v ČSR a souvisejícího vzdělávání, a dále zmíníme některé sestry angažující se v českém ošetřovatelství od 20. let 20. století.

Svatá Anežka Přemyslovna, princezna a řeholnice (1211–1282)

„Princeznu Anežku nazývají v cizině Anežka Česká nebo Pražská, ale český národ obvykle mluví o Anežce Přemyslovně. Nejmladší světice je dcerou rodu, jenž je symbolem české státnosti a samostatnosti a z něhož vyšli i první čeští světci sv. Ludmila a hlavní zemský patron sv. Václav“ [Vlček, 1995, s. 207].

18 Dalšími mezinárodními rozeznávacími znaky zdravotnické služby v současnosti jsou: červený půlměsíc (1929), červený lev a slunce (1980), červený krystal (2005).

Anežka se narodila nejspíše v Praze jako nejmladší dítě třetího českého krále Přemysla Otakara I. a jeho druhé ženy Konstancie Uherské (uherské princezny). Z tohoto manželství vzešlo devět dětí, mezi nimi byl i Václav I., budoucí český král.

Otec ji jako tříletou zasnoubil a poté nechal odvézt spolu se starší sestrou Annou na výchovu do kláštera v Třebnici ve Slezsku. Snoubenec však r. 1216 zemřel a Anežka se vrátila do Čech. Na výchovu byla dána do premonstrátského kláštera v Doksanech na Litoměřicku, který založili její prarodiče. V osmi letech ji otec zasnoubil za Jindřicha, syna císaře Fridricha II., a nechal ji odvézt do Rakouska, kde měla být pro Jindřicha vychovávána.



Obrázek 5 – Anežka Přemyslovna

Fridrich II. však synovo zasnoubení s Anežkou zrušil a 14letá Anežka se vrátila do Prahy. Rok na to požádal o její ruku anglický král Jindřich III., kterému byla přislíbena. Ovšem císař Fridrich II. nemohl připustit, aby se otec Anežky král Přemysl Otakar I. spojil s Anglií, a požádal o ruku Anežky sám (původně měl být jejím tchánem); anglický král Jindřich III. zasnoubení zrušil. Anežka nemohla mít vliv na rozhodnutí svého otce, ale když r. 1230 zemřel, využila toho, že ji bratr Václav I. k nechtěnému sňatku nenutí, a stala se řeholnicí.

Na Anežčino rozhodnutí měla jistě vliv klášterní výchova a dvě významné ženy – Hedvika Slezská (matka představená slezského kláštera v Třebnici, později svatořečená a prohlášená za patronku Slezska a Polska) a Anežka Durynská (Anežčina sestřenice, zakladatelka špitálů, krátce po své smrti ve 24 letech prohlášená za svatou).

Anežka se tedy rozhodla zasvětit život zbožné a charitativní činnosti. Na pozemcích (na nábřeží Starého Města pražského), jež dostala od svého bratra Václava I., který ji podporoval, založila v roce 1233 špitál sv. Františka. „Následující rok přibýly v jeho

sousedství hned dva kláštery – mužský klášter řádu menších bratří sv. Františka z Assisi a ženský klášter řádu sv. Kláry, což vlastně byla ženská větev františkánů. A právě do tohoto kláštera v roce 1234 sama vstoupila a stala se jeho abatyší.“ [Bauer, 2006, s. 114].

Anežka si dopisovala s Klárou z Assisi (nejstarší ze čtyř dopisů odeslaných z Assisi je z r. 1235), která založila druhý františkánský řád – později nazývaný klarisky – a která byla dva roky po své smrti (†1253) prohlášena za svatou. Inspirovala ji k usilování o založení **nového řádu** podle přísných regulí chudoby, pokory a zbožnosti tak, jak je prosazoval sv. František.

Při špitále vzniklo společenstvo laických bratří a z laických bratrů se postupně stávali řeholníci. Na Anežčinu prosbu dostali roku 1237 od papeže Řehoře IX. mimo jiné právní samostatnost a povolení nosit vlastní řádové označení – červený kříž a pod ním červenou šesticípou hvězdu v černém poli. Vznikl tak jediný ryze český řád křižovníci. Rok na to bylo dokončeno osamostatnění řádu: papež odevzdal řádu křižovníků špitál se vším majetkem, jehož se Anežka ve prospěch papeže zřekla.

„Ze špitálního bratrstva se později stal samostatný řád českých křižovníků s červenou hvězdou. Anežka je tak jedinou ženou-zakladatelkou mužského řádu v dějinách církve. Její zásluhou vznikl špitální řád, který se rozšířil po celých Čechách a vytvořil podivuhodnou síť sociálních služeb. Rozšířil se i ve Slezsku, v Polsku a později v Uhrách a Rakousku. K tomuto novému pojmání křesťanství patřila i charitativní činnost šlechty, paní Zdislava z Lemberka založila špitál při klášteře v Jablonném. Anežka zřejmě pochopila problém městské chudiny, který zůstal i při rozmachu Čech nevyřešen a později vyústil v sociální krizi a její krvavé řešení v podobě husitských válek. Anežčino křesťanství nepředstavovalo od světa odtrženou náboženskou abstrakci, ale bylo každodenní praxí dobrého skutku.“ [Vlček, 1995, s. 209]

O svatořečení Anežky usilovala již její praneteř Eliška Přemyslovna (1292–1330; poslední Přemyslovec na českém trůně) a poté její syn (císař Karel IV.). Ovšem teprve v 19. století byla Anežka – díky podnětu pražského arcibiskupa a kardinála Bedřicha J. Schwarzenberga – prohlášena papežem Piem IX. za blahoslavenou (1874). Svatořečena byla o více než sto let později, 12. listopadu 1989 papežem Janem Pavlem II. „Pouhý týden po jejím svatořečení vypukla »sametová« revoluce, která smetla komunistický režim. Ne náhodou se o tomto politickém převratu hovoří jako o novém svatoanežském zázraku.“ [Krumlowský, 2009, s. 117]

Anežčiným životním ideálem byla naprostá chudoba sv. Františka, kterou prosazovala i udržovala. S odchodem do kláštera motiv radikální chudoby naplnila. „Legenda, která se o jejím životě zachovala, vypráví slovy plnými zbožného obdivu »o převeliké pokoře a poslušnosti její«, »o svaté a pravé chudobě této panny«, »jak tvrdě trýznila tělo své«, »o horlivé modlitbě a podivuhodné úctě k svátosti oltářní«, »o vroucí lásce k utrpení a kříži Kristovu«, »o veliké lásce k sestrám a jiným jakkoliv stísněným«.“ [Karešová, 1996, s. 74]

Svatá Anežka Česká je patronkou všech nemocných, chudých a trpících, je považována za patronku českého ošetřovatelství.

Svatá Zdislava z Lemberka (okolo 1220–1252)

Narodila se moravskému šlechtici Přibyslavovi a Sibyle pravděpodobně v Křižanově blízko Žďáru nad Sázavou. Rodiče Zdislavy, kteří byli podporovateli brněnských klášterů (hlavně františkánských a dominikánských), založili cisterciácký klášter a tehdejší Brno mělo značný význam z hlediska působení církve. Vychování a vzdělání získala Zdislava patrně v rodině (zejm. díky matce, která bývala členkou královského dvora) a od členů místních církevních konventů, zejm. brněnských.



Obrázek 6 – Svátá Zdislava

Přibližně ve dvaceti letech se provdala za Havla z Jablonného (později z Lemberka) a následovala ho do severních Čech, nepoměrně méně kulturně a duchovně rozvinutých. (Obr. Svátá Zdislava viz Kratochvilová, 1980.)

Zdislava podpořila pozvání příslušníků Řádu bratří kazatelů (dominikánů) do oblasti a přispěla k založení dominikánských konventů v Turnově a v Jablonném v Podještědí. Klášter v Turnově a klášter se špitálem v Jablonném byly založeny z její a manželovy

iniciativy. Kromě jiného tak přispěla k christianizaci a duchovnímu rozvoji oblasti severních Čech. K řeholnímu životu se Zdislava nezavázala.

Zdislava byla matkou čtyř dětí, starala se o rodinu a vedla panství v době nepřítomnosti manžela. V historii je uctívána jako vzorná paní, manželka a matka. Označení *paní* (Dalimilova kronika) znamená ženský protějšek pojmu *rytíř*. Bylo to označení pro ženu, která vedle muže byla hlavou rodiny, svobodně vládla svým statkem, měla autoritu a zodpovědnost. „S nejstarším dokladem úcty se setkáváme v kronice tzv. Dalimila. ... V této kronice je Zdislava nazývána »ženou svatého života« a jsou zde popisovány její zázračné skutky.“ [Růžička, 1990, s. 21] Dnes je uctívána jako patronka manželství a rodiny.

Dokončení stavby kláštera v Jablonném se Zdislava nedožila, zemřela roku 1252 (pravděpodobně). Ostatky Zdislavy jsou uloženy v bazilice minor sv. Vavřince a sv. Zdislavy v Jablonném v Podještědí.

„Její hrob se těší úctě věřících nepřetržitě od její smrti dodnes. ... Dodnes u jejího hrobu dochází k podivuhodným vyslyšením, uzdravením a jiným divům na přímlovu této světičky. Proto byl už v 18. století na místě dřívějšího gotického kostela postaven k jejímu budoucímu blahořečení, o němž se začalo usilovat, velkolepý barokní chrám sv. Vavřince.“ [Dolistová, 2008, s. 6–7]

Zdislava byla roku 1907 blahořečena papežem Piem X. a 21. května 1995 v Olomouci svatořečena papežem Janem Pavlem II.

„Dne 24. října 2000 prohlásil papež Jan Pavel II. svatou Zdislavu za hlavní patronku Litoměřické diecéze. Od jara roku 2002 dle ustanovení krajského zastupitelstva je patronkou celého libereckého kraje.“ [Dolistová, 2008, s. 9]

Alice Garrigue Masaryková (1879–1966)

Doma jí říkali Elis nebo Eliska (dle anglického znění). Byla nejstarší potomek prvního československého prezidenta a sestra Jana Masaryka (patřil k našim nejvýznamnějším diplomatům první republiky), pozdějšího ministra zahraničí exilové vlády Dr. Edvarda Beneše a také vlády Klementa Gottwalda.

Abychom alespoň trochu pochopili Alici Masarykovou, je důležité si na úvod říci, z jaké rodiny pocházela, jakou výchovou byla formována. (Foto převzato z Mitchell, 1980.)



Obrázek 7 – Alice Garrigue Masaryková

Byla prvorozené dítě Tomáše Masaryka a Charlotty Garrigue. Charlotta pocházela ze Spojených států, byla velmi vzdělaná, sečtělá a inteligentní, a to v době, kdy panovalo všeobecné mínění, že ženy nejsou rovnoprávné mužům, že úlohou ženy je plodit potomky a starat se o manžela a domácnost. Jejich vzdělávání nebylo podporováno a často ani umožňováno. Radovan Lovčí ve své publikaci říká: „Masarykovi imponovalo, že se seznámil s dívkou, s níž mohl diskutovat o hloubce a myšlenkách různých filozofických děl, o nichž mnohé Charlottiny vrstevnice neměly ani ponětí. Skutečnost, že se mu podařilo osobně poznat sečtělou a na svou dobu nezvykle vzdělanou ženu, však pro něj byla nesmírně cenná ještě z jiného hlediska. Pomohla ho utvrdit v přesvědčení, že ženy jsou stejně intelektově vybavené jako muži a že právě rovný přístup ke vzdělání je jednou z cest, s jejíž pomocí bude možno v budoucnu dosáhnout plného zrovnoprávnění žen ve společnosti.“ [Lovčí, 2007, s. 21–22]

S tímto přesvědčením Tomáš Garrigue Masaryk vychovával své děti a celou společnost. Alice vyrůstala v demokraticky smýšlející rodině, která velmi podporovala ženskou emancipaci a vzdělanost. Oba rodiče podporovali u všech svých dětí samostatné myšlení, vychovávali je k vzájemné úctě a pochopení, zastávali rovnoprávnost obou pohlaví a doma vedli časté debaty, při kterých brali své děti jako rovnocenné partnery.

Alice studovala na prvním dívčím gymnáziu v Praze (na otevření prvního pražského gymnázia se zasloužily členky spolku Minerva, jedna z hlavních členek byla Eliška Krásnohorská). Předtím nebylo dívkám v českých zemích (ani v některých evropských zemích) studium na gymnáziu dovoleno, čímž bylo znemožněno studium na univerzitě. Alice se od dětství toužila stát lékařkou, a proto r. 1898 nastoupila ke studiu medicíny na Karlo-Ferdinandovu univerzitu v Praze. Byla jedinou dívkou mezi padesáti chlapci a navíc „měla přiznáno postavení pouhé mimořádné posluchačky a namísto zkoušek směla skládat

jen kolokvia“ [Lovčí, 2007, s. 47]. To byl nejspíše jeden z důvodů, který ji vedl k tomu, že začala paralelně studovat historii na filozofické fakultě, kde získala statut řádné studentky. Dalším důvodem byla patrně její krátkozrakost a nedostatek odvahy nosit brýle na veřejnosti, což jí znemožňovalo práci s mikroskopem. Proto po skončení druhého semestru medicínu opustila a věnovala se studiu historie na filozofické fakultě.

Zkušenosti se sociální prací získávala v USA, kde pracovala (a postgraduálně studovala) s přistěhovalci, „působila jako poradkyně nejen české, ale i slovenské imigrantské komunity“. [Lovčí, 2007, s. 64] Zde se na jednu stranu stala svědkem krutých začátků přistěhovalců, na druhou stranu obdivovala propracovaný místní sociální systém a řešení sociální problematiky, kterým Rakousko–Uhersko ani Evropa nemohly v té době konkurovat. K jejím velkým zásluhám patří:

- Stala se průkopnicí českého sportu (na školách).
- 1908 – pomáhala otevřít první moravské ženské gymnázium, které se vyrovnalo už po léta fungující české Minervě.
- 1911 – iniciovala vznik sociologické sekce Svazu československého studentstva (a stala se její předsedkyní); měla v úmyslu studenty seznámit se sociální problematikou a sociální situací dělnictva. Chtěla, aby vzdělaní lidé, kteří pracují s lidmi (lékaři, právníci, učitelé), měli sociologickou průpravu. Upozorňovala na potřebu pěstovat sociologické vědy, usilovala o vznik sociologického ústavu na pražské univerzitě (s archivem a knihovnou), o zavedení sociologie na odborných školách. Byla spoluzakladatelkou Sdružení akademicky vzdělaných žen.
- Byla členkou Československého abstinentního svazu – informovanost veřejnosti o nenávratných škodách, které páchá alkohol na dětech, mládeži, těhotných a kojících ženách a samozřejmě i na mužích, byla velmi malá a sociální dopad na rodiny s abusem alkoholu obrovský. Alice usilovala, aby poučení o škodlivosti alkoholu bylo ve školních osnovách.
- Zasloužila se o to, že ve školním roce 1912/1913 předlitavské ministerstvo školství nařídilo všem pedagogům zavést povinné protialkoholní vyučování. Budoucí učitelé byli seznamováni s účinky alkoholu na lidské tělo a psychiku a tyto informace měli předávat svým žákům na nižších a středních školách.
- Její zásluhou byl ve školním roce 1918/1919 otevřen první ročník sociální školy – Ženská vyšší škola pro sociální péči.

- Stala se první československou poslankyní (začátkem roku 1919) a držela v parlamentu oficiální řeč. „Při dělení poslanců do specializovaných výborů byla nejprve zařazena do výboru právního“ [Lovčí, 2007, s. 201], později přešla do výboru zdravotního.
- Bojovala za vytvoření samostatných ministerstev zdravotnictví (hygieny) a sociálních věcí, což se jí nakonec podařilo.
- Její politické působení skončilo ještě během roku 1919. V únoru 1919 byl formálně ustaven ČSČK (Československý červený kříž), v němž Alice léta aktivně působila. Plnění obou funkcí bylo časově velmi náročné, a proto se Alice rozhodla opustit politiku a nadále se věnovat ČSČK.
- Stala se zakladatelkou a předsedkyní ČSČK, který měl za úkol pomáhat lidem nejen ve válečném období, ale také v období míru. V poválečném období zůstalo mnoho dětí bez rodičů, byla bída a hlad, špatné hygienické podmínky, příp. návyky; důsledkem byly i nemoci (tuberkulóza, křivice aj.) včetně vrozených. ČSČK měl pomáhat jednotlivcům i zřizovat sanatoria, „působit v oblasti zdravotní prevence a poradenství, napomáhat při likvidaci nebezpečných epidemií, školit dobrovolné ošetrovatelsky a zřizovat sirotčince“. [Lovčí, 2007, s. 246]
- Po zvolení T. G. Masaryka prvním československým prezidentem plnila Alice (nejprve se svou sestrou Olgou, později sama) povinnosti první dámy, protože její matka byla nemocná. Po smrti matky a provdání sestry do Švýcarska se vlastně stala první dámou Československé republiky se všemi příslušnými povinnostmi.
- Podnikala cesty do zahraničí, kde sháněla finanční a jiné příspěvky pro ČSČK a také odborníky z oblasti sociální práce a zdravotnictví. Tím získala pro ČSR nemalé finanční částky. Například v USA „významným způsobem posílila styky s tzv. Rockefellerovou nadací, která po dlouhá léta poskytovala přímou finanční pomoc mnoha sociálním a zdravotnickým organizacím po celém světě, podporovala vzdělávání lékařů a hygieniků a uvolňovala prostředky na budování ústavu a laboratoří. ... Aliciny kontakty s nadací přinesly Československu 23 milionů korun určených na zřízení a vybudování Státního zdravotnického ústavu v Praze, několik každoročních stipendií spojených s možností studia na zahraničních školách pro čs. lékaře a zdravotníky a milionové finanční příspěvky na potřeby humanitární akce ČSČK.“ [Lovčí, 2007, s. 263]

- Odhaduje se, že Alicinou osobní zásluhou získalo Československo okolo 120 milionů korun v potravinách, šatstvu, prádle a lécích plus asi 707 milionů Kčs (pomoc 7 mil. od Herberta Hoovera a 700 mil. od organizace dr. H. O. Eversola).
- Alice věnovala velkou pozornost profesionálnímu a dobrovolnému ošetrovatelství, na kterém ji velmi záleželo. Již v počátku působení ČSČK přispěla k založení stipendijního výboru Florence Nightingalové, který umožňoval umístit diplomované sestry na zahraniční univerzity, a tím rozvíjel zahraniční kontakty. Její zásluhou přijela do Prahy po válce „pracovnice amerického ČK Miss Parsonsová, jež se později ve spolupráci s pedagogy pražské LF UK zasadila o zásadní reorganizaci původní ošetrovateľské školy rakouského Červeného kříže v Praze“ [Lovčí, 2007, s. 267], a tím vznikla první československá ošetrovateľská škola, za jejíž zakladatelku bývá Alice Masaryková považována. Lovčí hovoří o také důrazu, který Alice kladla na vzdělávání a výcvik dobrovolných ošetrovatelek ČK, které by se mohly uplatnit při živelních katastrofách, mobilizaci nebo v přímém válečném konfliktu. „Iniciovala proto příjezd několika ošetrovatelek Amerického Červeného kříže. Ty v letech 1920–1923 vybudovaly na různých čs. klinikách síť vzorových školicích stanic pro praktický výcvik posluchaček.“ [Lovčí, 2007, s. 267]
- „Po vzoru západních zemí se Alice rozhodla do ČSR uvést též organizaci Dorostu Červeného kříže, což byl jakýsi mládežnický spolek Červeného kříže s vlastním samosprávným postavením. Dorost se v Československu oficiálně zrodil roku 1921 a neformálně byl od svého vzniku označován jako Malý Červený kříž.“ [Lovčí, 2007, s. 268] Uplatňoval se na školách, učil děti a mládež základním hygienickým návykům (mytí rukou, přezouvání), péči o sebe, své blízké a okolí, realizoval zcela základní sexuální výchovu (což s sebou neslo nemalou kritiku), dohled nad pravidelnými lékařskými prohlídkami, charitativní sbírky na pomoc sociálně slabým žákům, výchovu k pomoci druhému a solidaritě atd.
- Dále Alice prosadila slavení Svátku matek (druhou květnovou neděli; slavíme dodnes), tzv. mléčné akce (propagace pití mléka a zřizování stánku s mlékem ve školách), činnost Českého srdce (spolek zajímající se o osud českých lidí za hranicemi ČSR, pomáhala organizovat letní pobyty v ČSR pro děti krajanů žijících v cizině), tzv. prázdninové osady (ozdravné pobyty pořádané v létě v čistém venkovském prostředí pro nemocné či oslabené děti) a mnohé další.

PhDr. Alice Garrigue Masaryková byla neobyčejná žena, která svůj život zasvětila pomoci druhým. Byla velmi vzdělaná a snažila se znalosti předávat dál a být co nejvíce prospěšná ostatním. Bojovala za rovnoprávnost žen a za umožnění vzdělávání ženám. **Zasloužila se o vznik a rozvoj sociálního a zdravotního systému v ČSR včetně školení budoucích sociálních pracovníků a ošetrovatelek.** Věnovala se těm nejslabším ve společnosti – dětem, těhotným ženám a chudým rodinám – a pomáhala jim. Navštěvovala ty nejpotřebnější a hledala možná řešení a zlepšení jejich špatné zdravotní a sociální situace.

V českých zemích jsou **počátky profesionálního ošetrovatelství** spojovány také se jmény dvou českých spisovatelek, **Eliškou Krásnohorskou** a **Karolínou Světlou**. Ve 2. polovině 19. století založily Ženský výrobní spolek český, „jehož hlavním cílem bylo připravovat ženy a dívky k různým povoláním. Spolu se Spolkem českých lékařů založily v roce 1874 v Praze **odbornou ošetrovatelskou školu.**“ [Archalousová, 2006, s. 5]

Rozvoj českého ošetrovatelství mj. ovlivnily (chronologicky dle data narození):

Diplomovaná sestra **Sylva Macharová** (1893–1968), dcera spisovatele J. S. Machara. Diplom získala ve Vídni, hovořila německy a anglicky, kladla důraz na vzdělávání, sebevzdělávání a kulturní rozhled. Prostřednictvím Alice Masarykové byla jmenována r. 1923 první českou ředitelkou České ošetrovatelské školy v Praze. Je první českou nositelkou medaile Florence Nightingalové (1920)¹⁹.

Diplomovaná sestra **Emilie Ruth Tobolářová** (1895–1973), významná představitelka českého ošetrovatelství a ošetrovatelského školství; studijní pobyty ve Švýcarsku, Velké Británii, dva roky působila v Bagdádu, ředitelka České ošetrovatelské školy v Praze od r. 1931 do r. 1948. Mluvila několika jazyky včetně arabštiny, překládala oborovou literaturu, přednášela v zahraničí; autorka *Odborné němčiny pro ošetrovatelky* (1942) a *Praktické němčiny pro ošetrovatelky* (1942); zakládající členka Spolku absolventek školy ošetrovatelské v Praze (později Spolek diplomovaných sester), členka Mezinárodní nemocniční společnosti aj. Krátce po komunistickém puči 1948 odchází do ústraní.

Diplomovaná sestra **Anna Rypáčková** (1896–1978), první nemocniční sociálně-zdravotní sestra; r. 1925 ředitelkou nemocnice vyslána ošetrovat prezidenta T. G. Masaryka do Lán, díky tomu další vzdělávání, stipendijní pobyt ve Velké Británii (1927); r. 1937 účast na mezinárodním kongresu ošetrovatelek v Londýně; poslední

¹⁹ Nejvýznamnější vyznamenání sester, které uděluje mezinárodní Červený kříž.

předválečná předsedkyně Spolku diplomovaných sester; r. 1942 zatčena a odsouzena na 2,5 roku, po propuštění vězenkyně-ošetřovatelka v Terezíně; poválečná sestra představená Všeobecné nemocnice v Praze; roční stipendijní pobyt v USA (1947) – nositelka medaile Florence Nightingalové (1947); po propuštění E. R. Tobolářové z místa ředitelky r. 1948 se stává ředitelkou Ošetřovatelské školy v Praze.

Marie Jitka Nápravníková-Pazourková (1897–1987), první civilní sestra představená v ČSR (Masarykovy domovy v Praze-Krči), angažovala se ve vzdělávání porodních asistentek.

Diplomovaná sestra **Marta Anna Šindlerová** (1897–?), inspirována Macharovou *Nemocnicí* (1914) vystudovala po obchodní škole Českou ošetřovatelskou školu v Praze. Studijní pobyty v Anglii, USA, Kanadě. Angažovala se zejména v ČSČK a ve spolkové činnosti (1937 vydává první číslo periodika *Diplomovaná sestra*), krátce ve školství. Po r. 1948 na ministerstvu zdravotnictví, v 50. letech dorostovou sestrou; práce na metodikách. Nositelka medaile Florence Nightingalové (1967).

Diplomovaná sestra **Marie Anzenbacherová** (1898–1970), zastávala vysoké funkce ve zdravotnické administrativě, prosazovala profesní zájmy sester formou legislativy.

Diplomovaná sestra **Jarmila Roušarová** (1900–1979), zabývala se péčí o matku a dítě, ošetřováním nemocných, první pomocí aj. a osvětou v této oblasti jako řádová i civilní sestra v nemocnicích, ve veřejné komunitní péči, v ošetřovatelském školství; působila v ČSČK; místopředsedkyně Spolku diplomovaných sester; studijní pobyt ve Velké Británii; participovala na vzniku Ošetřovatelské školy ČSČK v Praze a Vyšší ošetřovatelské školy v Praze a stala se jejich první ředitelkou (1945). Autorka první české učebnice ošetřovatelství *Pokyny k ošetřovatelské technice: pro posluchačky ošetřovatelských a sociálních škol* (1945, 1947, 1949) a učebnice *Ošetřovatelství* (1950, 1951; *Ošetrovatel'stvo* 1952).

K tématu více viz např. seriál *Ženy, které měnily zdravotnictví* v periodiku *Florence* (2009, 2010), ISSN 1801-464X.

FIŠER, Zdeněk Cyril. *Na přímluvu paní Zdislavy*. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2001. ISBN 80-7266-091-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

KYBAL, Vlastimil. *Svatá Anežka Česká*. Brno: L. Marek, 2001. 316 s. ISBN 80-86263-14-2.

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I: [historie – vzdělávání – současné ošetřovatelství – role sestry a nemocného – ošetřovatelský proces – konceptuální modely a teorie – klasifikační systémy – výzkum – praxe založená na důkazech]*. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství : 7 : galerie historických osobností*. Brno: IDVZ, 2001. ISBN 80-7013-329-5.

ŠVEJNOHA, Josef. *Henri Dunant: zakladatel mezinárodního hnutí Červeného kříže*. Praha: Český červený kříž, 2004. Dostupné také z: <http://www.cervenykriz.eu/cz/edicehnuti/dunant.pdf>

The Collected Works of Florence Nightingale [online]. ©2007–2013 [cit. 24. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.uoguelph.ca/~cwfn/whatsnew/franco.html>

VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodních asistentek*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.

3 Současné ošetrovatelství

„Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.“ [Koncepce, 2004, s. 2]

„Součástí ošetrovatelství je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče.“ [Koncepce, 2004, s. 2]

3.1 Koncepce ošetrovatelství

V roce 2004 vydalo MZ ČR metodické opatření č. 9 *Koncepce ošetrovatelství* s cílem zajistit jednotný postup při poskytování **ošetrovatelské péče** ve zdravotnických zařízeních (lůžkové nebo ambulantní péče), v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob. Tato koncepce vychází z koncepce ošetrovatelství ČR z roku 1998 a respektuje směrnice Evropské unie (EU), doporučení Evropské komise (EK) a doporučení OSN, Světové zdravotnické organizace (WHO, viz s. 40), Mezinárodní organizace práce (International Labour Organization, ILO), Mezinárodní rady sester (ICN, viz s. 39) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (International Confederation of Midwives, ICM). Dokumenty EU a zmíněných organizací určují vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století. [Koncepce, 2004, s. 2]

Definice ošetrovatelství

V roce 2004 vydalo MZ ČR metodické opatření č. 9 *Koncepce ošetrovatelství*, v němž je ošetrovatelství definováno takto: „Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ [Koncepce, 2004, s. 3]

„Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče.

Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.“ [Koncepce, 2004, s. 3]

Pro zajímavost odkazujeme i na definici ošetrovatelství Američanky Madeleine Leiningerové v úvodní stati kapitoly 6 Transkulturní ošetrovatelství (s. 81).

Cíle ošetrovatelství

Ve zmíněné *Koncepci* se uvádí, že cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka, které vedou jednak k udržení nebo navrácení zdraví, jednak ke zmírnění fyzické a psychické bolesti při umírání. Při uspokojování potřeb člověka je třeba respektovat jedinečnost kvality života jednotlivce. „Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.“ [Koncepce, 2004, s. 3]

Charakteristické rysy

Charakteristické rysy ošetrovatelství jsou poskytování aktivní ošetrovatelské péče; poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu; poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem; holistický přístup k člověku; preventivní charakter péče; poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob).

3.2 Ošetrovatelství jako vědní disciplína

Ošetrovatelství jako obor je **multidisciplinární obor**, protože vychází z poznatků jiných oborů přírodních a humanitních věd. (Oborů, které se zabývají studiem člověka, lidského zdraví, společnosti a prostředí.)

„Ošetrovatelství jako obor musí být vědecky podloženo a ošetrovatelské povolání se musí formovat **na vědeckých základech**. Proto se rozvoj ošetrovatelství stává jedním z východisek změn ošetrovatelského vzdělávání a následné ošetrovatelské praxe.“ [Farkašová, 2006, s. 12]

Ošetrovatelství je aplikovaná vědní disciplína s vlastní teoretickou základnou a praktickou aplikací. Znamená to, že má dvě stránky: systém specifických teoretických poznatků (předmět zkoumání) a metodu praxe (ošetrovatelský proces).

Ošetrovatelství jako věda je mladá vědní disciplína. Stojí zejména na poznatcích *humanitních vědních oborů* (filozofie, etika, psychologie, sociologie, pedagogika) a *oborů*

medicíny (v nichž ošetrovatelství působí, čerpá z nich poznatky o etiologii, patogenezi, projevech onemocnění, o prevenci, diagnostice a terapii).

Ošetrovatelství jako vědní disciplínu lze rozdělit na základní a aplikované obory:

Základní obory ošetrovatelství: teorie ošetrovatelství, dějiny ošetrovatelství, metodologie ošetrovatelství, etika v ošetrovatelství, výzkum v ošetrovatelství.

Aplikované obory ošetrovatelství: interní ošetrovatelství, chirurgické ošetrovatelství, pediatrické ošetrovatelství, gynekologicko–porodnické ošetrovatelství, intenzivní ošetrovatelství, psychiatrické ošetrovatelství, geriatrické ošetrovatelství, onkologické ošetrovatelství, ošetrovatelství v primární zdravotní péči, komunitní ošetrovatelství, ošetrovatelství v oblasti zdraví při práci, rehabilitační ošetrovatelství, transkulturní ošetrovatelství (s. 79), paliativní ošetrovatelství (s. 67).

Archalousová uvádí, že jako každá vědní disciplína (vědecký obor) má i ošetrovatelství svoji (svůj):

1. filozofii – tou je celostní přístup k osobnosti člověka čili holismus;²⁰
2. předmět zkoumání čili metaparadigma – tím je osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelská činnost;
3. teorii oboru čili paradigma – tím jsou koncepční modely a teorie;
4. metodologii – tou je ošetrovatelský proces;
5. výzkum;
6. systém vzdělávání;
7. národní a mezinárodní profesní organizace. [Archalousová, 2006, s. 13]

3.2.1 Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství

Podle holistické teorie:

- jsou živé organismy jako celky složeny z množství částí;
- všechny části jsou ve vzájemné interakci (ve vztahu);
- porucha části vyvolává poruchu systému.

Ošetrovatelství přistupuje k jedinci jako k celistvé jedinečné bytosti. Holistická péče o člověka znamená péči o **bio-psycho-sociální a spirituální** stránku každého jednotlivce. Princip holistického přístupu je obsažen v takovém ošetrovatelském procesu, který

²⁰ termín J. H. Smutse (1926); zdůraznění celistvosti živého organismu, který nemůže být pochopen analýzou jednotlivých částí [Hartl, 1993, s. 63]

zohledňuje veškeré stránky lidských potřeb (tedy stránky fyzické, psychické, sociální a duchovní) zdravých a nemocných lidí. Takový ošetrovatelský proces se nezaměřuje pouze na nemocnou část těla nebo na nemoc; zaměřuje se na lidskou bytost jako celek.

Holismus (holistický přístup) je žádoucím základem ošetrovatelských teorií, ošetrovatelských modelů a etických zásad v ošetrovatelství. Je (měl by být) východiskem hodnotového systému ošetrovatelství.

3.2.2 Předmět zkoumání – metaparadigma oboru

Metaparadigma je nejglobálnější pohled určité disciplíny na zkoumání určitého problému. Ošetrovatelské metaparadigma se vyvíjí od chvíle, kdy Florence Nightingalová formulovala vztah mezi zdravím člověka, prostředím a ošetrovatelskými postupy. Metaparadigmatická koncepce ošetrovatelství stojí na interakci: osoba – prostředí – zdraví – ošetrovatelství.

„Metaparadigma ošetrovatelství představuje globální pohled na to, čím se ošetrovatelství jako věda zabývá“ [Csisko, 2011, s. 25]. Podle Csiska současné ošetrovatelské metaparadigma, resp. jeho strukturu a obsah vyjadřují čtyři základní pojmy a čtyři navazující definiční tvrzení plus čtyři relační²¹ tvrzení. Metaparadigmatické **pojmy** jsou definovány prostřednictvím **definičních tvrzení** takto:

1. **osoba** je jakýkoli účastník ošetrovatelské péče – jednotlivec (individuální osobnost tvořená svými biologickými, psychologickými, sociálními a duchovními aspekty), rodina, komunita či celá společnost;
2. **prostředí** je dle Csiska souhrn příznačných jiných okolností, v nichž probíhá péče, jakož i „souhrn jakýchkoli podmínek a okolností, které souvisejí se zdravím osoby, resp. ve kterých se realizuje ošetrovatelská péče“;
3. **zdraví** je definované jako stav pohody osoby jako příjemce ošetrovatelské péče v průběhu ošetrování;
4. **ošetrovatelská péče** se pokládá za souhrn všech činností, které vykonávají sestry ve prospěch osoby anebo společně s ní, jakož i souhrn cílů či výsledků těchto činností.“ [Csisko, 2011, s. 25–26]

²¹ relační tvrzení viz autor

3.2.3 Paradigma oboru – koncepční modely a teorie

Jednotlivé části metaparadigmatu ošetrovatelství (tj. osobu, prostředí, zdraví, ošetrovatelství) umožňují různým způsobem a z různého pohledu řešit koncepční modely ošetrovatelství. Vycházejí ze světonázoru, z filozofických přesvědčení, jež se vztahují k hlavním oblastem ošetrovatelství jako disciplíny, tzn. k osobě, která je těžištěm zájmu, k prostředí, ve kterém osoba existuje, a k interakcím mezi nimi. [Farkašová, 2006]

3.2.4 Metodologie: ošetrovatelský proces

Hlavní pracovní metodou nelékařského zdravotnického personálu je ošetrovatelský proces. **Ošetrovatelský proces byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče.** Je standardním postupem, užívá se k identifikaci pacientových problémů a při ošetrovatelské péči. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů.

Ošetrovatelský proces je používán jako model v ošetrovatelské praxi, lze ho použít v každé praktické situaci, tzn. v nemocnici, na klinice, v domácím prostředí, ve škole atd. Užívání ošetrovatelského procesu je jedna z metod, která zajišťuje, že péče o člověka obsahuje všechny aspekty péče holistické.

Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které nelékařský zdravotnický personál v ošetrovatelství užívá k: zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity; stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz); plánování ošetrovatelské péče; realizaci ošetrovatelské péče a k vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče.

3.2.5 Výzkum

Výzkum v ošetrovatelství je součástí výzkumu ve zdravotnictví. Vytváří nové poznatky, které mohou přímo nebo nepřímo ovlivňovat ošetrovatelskou praxi. Umožňuje poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči založenou na důkazech. Zlepšuje znalosti a podporuje kritické přemýšlení o praxi. Umožňuje nelékařskému zdravotnickému personálu zkoumat a kriticky hodnotit zavedené postupy, zkoumat efektivitu a hodnotu postupů nových nebo navrhovaných. Probíhá ve výzkumných ústavech, na vysokých školách, v jiných vzdělávacích institucích, ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Výzkum se řídí platnými právními předpisy a mezinárodními etickými směrnici pro biomedicínský výzkum.

3.2.6 Systém vzdělávání v ošetrovatelství

Vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu dělíme na:

1. **Kvalifikační studium**, realizované na VOŠ a VŠ v souladu s příslušnými směnicemi EU.
2. **Celoživotní vzdělávání**, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti, znalosti a způsobilost pracovat v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je i specializační vzdělávání, které je zaměřeno (specializováno) na ošetrovatelství v konkrétních klinických oborech nebo na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské).

Každý nelékařský zdravotnický pracovník pracující bez odborného dohledu musí být v průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese registrován v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr je veřejně přístupný s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Tento systém poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči.

3.3 Profesní organizace sester

Profesní organizace sester (nelékařského zdravotnického personálu) slouží k tomu, aby podporovaly, zastupovaly a na dobrovolné bázi shromažďovaly nelékařský zdravotnický personál a zároveň aby rozvíjely ošetrovatelství na teoretické i praktické úrovni, sledovaly jeho kvalitu a podporovaly výzkum. K dalším činnostem patří ovlivňování kvality a úrovně kvalifikační a specializační přípravy nelékařského zdravotnického personálu a reprezentace a zvyšování prestiže nelékařských zdravotnických povolání u široké veřejnosti. [Mezinárodní, 2010]

Profesní organizace vznikají na národní i mezinárodní úrovni. Z velkého množství organizací si blíže představíme jen některé – nejdůležitější nebo nejznámější či největší.

3.3.1 Mezinárodní sesterské organizace

Mezinárodní rada sester (ICN – International Council of Nurses)

Založena r. 1899; je federací více než 130 národních asociací sester, jež zastupují více než 13 mil. sester z celého světa.

Představuje první a nejstarší mezinárodní organizaci pro zdravotnické pracovníky. Sídli v Ženevě ve Švýcarsku.



Obrázek 8 – Znak ICN

Posláním ICN je reprezentovat ošetrovatelství po celém světě, podporovat zdravotnické povolání a ovlivňovat zdravotní politiku.

ICN má tři hlavní cíle a pět základních hodnot: (1) sdružovat sestry z celého světa, (2) poskytovat sestry a ošetrovatelství po celém světě, (3) ovlivňovat zdravotní politiku; (1) vedení, (2) inkluzivnost čili začleňování, (3) inovativnost, (4) partnerství, (5) průhlednost. [Our mission, 2012]

Web: <http://www.icn.ch>

Pracovní skupina evropských sester pro výzkum (WENR – Workgroups of European Nurses Researches)

Založena r. 1978; hlavní činností jsou výroční schůze Workgroups. Tato setkání jsou vynikající příležitostí k diskuzi a výměně informací o rozvoji ošetrovatelského výzkumu v členských zemích. WENR sídlí v Utrechtu v Holandsku.



Obrázek 9 – Znak WENR

Posláním WENR je podporovat a posilovat spolupráci v ošetrovatelském výzkumu v Evropě ve prospěch Evropanů a solidaritu sester pracujících ve výzkumu.

Cíle WENR: ovlivnit evropskou a národní zdravotní politiku; rozvíjet ošetrovatelské výzkumné sítě – infrastrukturu výzkumu a šíření informací; rozšiřovat komunikační kanály mezi členy WENR a dalšími organizacemi; vytvářet a podporovat vědecké aktivity.

Web: <http://www.wenr.org/index.php?id=310>

Evropská federace sester (EFN – European Federation for Nursing Associations), původně Stálý výbor sester při EU (PCN – The Standing Committee of Nurses of the EU)

Založena r. 1971 jako PCN, v roce 2004 byla transformována na EFN. Má za úkol reprezentovat ošetrovatelské povolání a hájit jeho zájmy v rámci EU prostřednictvím lobování v institucích EU.



Obrázek 10 – Znak EFN

Dále vydává doporučení pro ošetrovatelské povolání včetně požadavků na získání příslušného vzdělání v jednotlivých zemích EU (cílem je dosahovat vysoké a srovnatelné úrovně vzdělání, a tím umožnit volný pracovní trh). Sídli v Bruselu v Belgii a členy jsou Národní sesterské organizace v Evropě.

Web: <http://www.efnweb.eu>

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organisation)

Založena r. 1948 jako organizace, která má za úkol pracovat tak, aby dosáhla co nejvyšší možné úrovně zdraví ve všech členských státech. WHO spolupracuje se 194 členskými státy.



Obrázek 11 – Znak WHO

„Hlavními směry činnosti WHO je vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče.“ [Mezinárodní, 2010]

Prostřednictvím svých programů se snaží zlepšit výživu, bydlení, sanitární zařízení či pracovní podmínky na celém světě. Její sídlo je v Ženevě ve Švýcarsku a má šest regionálních poboček po celém světě.

Web: www.euro.who.int

Dále lze zmínit: Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM – International Confederation of Midwives), Evropská asociace porodních asistentek (European midwives association), Evropská onkologická sesterská společnost (EONS – European Oncology Nursing Society), Evropská skupina pro transplantaci kostní dřeně (EMBT – The European Group for Blood and Marrow Transplantation), Mezinárodní asociace pro společné evropské ošetrovatelské diagnózy, zákroky a výsledky (ACENDIO – Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes), Evropská asociace sálových sester (EORNA – European Operating Room Nurses Association) aj.

3.3.2 České sesterské organizace

Česká asociace sester (ČAS)

ČAS byla založena roku 1991 a je největší odbornou profesní organizací sester a jiných odborných pracovníků v ČR. Sídlí v Praze; je členem ICN a EFN. „Je otevřena pro všechny sestry a ostatní nelékaře působící v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství a ve všech oblastech soukromého nebo jiného podnikání bez ohledu na národnost nebo náboženské vyznání s působností po celé České republice.“ [O společnosti, 2008]



Obrázek 12 – Znak ČAS

Cíle ČASu: Podporovat přípravu nelékařských zdravotnických oborů na výkon povolání; spolupracovat na změnách systému zdravotnických služeb ČR; zvyšovat prestiž nelékařských zdravotnických povolání ve společnosti; podporovat volný pohyb pracovních sil v rámci EU i mimo EU; vytvářet účinné prostředky k zajištění bezpečných a kvalitních ošetrovatelských služeb aj.

Web: <http://www.cnna.cz>

Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska (POUZPČMS)

Vznikla r. 1990 jako profesní organizace. Na bázi dobrovolnosti sdružuje fyzické osoby, které vykonávají zdravotnické povolání, a je odborovou organizací zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních a v zařízeních sociálních služeb.



Obrázek 13 – Znak POUZP

Podporuje celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků za účelem rozvoje českého ošetrovatelství a porodní asistence. Působí v celé ČR.

„Hlavním posláním POUZP je: ochrana a obhajování práv, potřeb a zájmů členů, zejména v oblasti ekonomické, mzdové, pracovně-právní a sociální; kolektivní vyjednávání a předkládání návrhů zaměstnavatelů orgánům státní moci a správy a dalším organizacím a institucím; prosazování a obhajoba práv a zájmů členů na základě využívání zákonných prostředků včetně stávky; prosazování náležitého uplatnění společenského a profesního postavení zdravotnických pracovníků.“ [Poslání, 2005–2012]

Web: <http://www.pouzp.cz>

Dále lze zmínit: Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA), Unie porodních asistentek (UNIPA), Komora záchranářů, Unie nelékařských pracovníků zdravotnických záchranných služeb České republiky (UNP ZZS ČR), Unie fyzioterapeutů (UNIFY ČR), Asociace dentálních hygienistek ČR (ADH), Společnost instrumentárek aj.

K tématu více viz např.:

ČESKO. ZDRAVÍ 21. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: MZČR, 2003. ISBN 80-85047-99-3.

ČESKO. ZDRAVÍ 21. *Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: MZČR, 2004. ISBN 80-85047-33-0.

ČESKO. Zdraví pro všechny v 21. století. MZČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR, ©2010 [cit. 17. 4. 2012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

JANEBOVÁ, Radka, ed. *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 533 s. ISBN 978-80-7435-259-1.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2010. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

POCHYLÁ, Karla. *České ošetrovatelství [část] 1. Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: IDVPZ, 2005. 50 s. ISBN 80-7013-420-8.

World Health Organization [online]. Kancelář WHO v České republice, ©2011 [cit. 19. 4. 2012]. Dostupné z: <http://www.who.cz>

4 Etika v ošetrovatelství

Etické požadavky jsou kladeny na každé povolání, některá však mají formulovanou speciální profesní etiku. Požadavky na etiku se neprojevují nikde tak výrazně jako v profesi lékaře a zdravotníků. Je tomu tak proto, že na tato povolání je kladena vysoká odpovědnost za život a zdraví člověka. Pro začátek si pojďme vysvětlit rozdíl mezi etikou a etiketou, protože termíny bývají zaměňovány:

Etika (ethika, řecky ethos – mrav) je filozofická disciplína, která zkoumá morálku nebo morálně relevantní jednání a jeho normy. Etika je disciplínou praktické filozofie. Jako samostatný obor lidského bádání byla systematizována starořeckým filozofem Aristotelem²². Sám definoval etiku jako nauku o dobrých charakterových vlastnostech, tj. o lidských ctnostech. **Etiketa** je souhrn pravidel uznávané formy společenského chování nebo také souhrn společenských zvyklostí.

Etika je tedy odvětvím filozofie a jako takovou ji ovlivňují obecné otázky o životě a jeho smyslu. Na její utváření má vliv sociální, politická a náboženská kultura. Úkolem etiky není jen stanovovat mravní zásady a dávat příkázání, ale především nalézat pro člověka platná kritéria, podle kterých by mohl spolehlivě rozlišit dobré od zlého. Etika se spíše než průměrnými standardy chování zabývá hledáním, co je správné a jak nejlépe žít. Thompson k tématu uvádí „... To samozřejmě neznamená zaujmout úzce mravní pohled v tom smyslu, že zavrhneme všechny, kdo nesouhlasí s určitým konkrétním kodexem, ale zdůraznit, že chceme najít základní hodnoty, podle nichž bychom mohli žít za předpokladu, že povedou ke spravedlnosti a ke štěstí.“ [Thompson, 2004, s. 14]

Každý obor lidské činnosti má svou morálku, své etické kodexy a ošetrovatelství není výjimkou. V medicíně a ošetrovatelství navíc nesmíme zapomenout na to, co je pro pacienta prospěšné, co konat, aby byla zachována jeho důstojnost, autonomie, intimita, aby pacient neztrácel důvěru ve zdravotnický personál. Etika předpokládá, že člověk je rozumná a svobodná bytost zodpovědná za svá rozhodnutí a že jeho rozumná volba je nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti. Být mravní bytost tedy znamená být osobou, která je schopna být mravně odpovědná za své činy.

²² Aristotelés ze Stageiry (384–322 př. n. l.), filozof vrcholného období řecké filozofie patřil k nejpřednějším myslitelům v dějinách filozofie. Byl žákem a později odpůrcem Platóna a vychovatel a učitel Alexandra Makedonského. Jeho rozsáhlé encyklopedické dílo položilo základy mnoha věd: přírodních věd, geografie, ekonomie, filozofie, logiky, etiky, psychologie, politiky aj. Etikou se Aristotelés zabýval v dílech *Etika Nikomachova*, *Politika*, *Magna moralia*, *Etika Eudemova* (někdy připisována A. Žákovi aj.). ThDr. Pavel Keřkovský uvádí, že „Aristotelés sice rozpracoval nauku o ctnostech, etické jednání však považoval pouze za prostředek k jinému cíli: k uspořádání poměrů v polis takovým způsobem, aby některým k tomu vybaveným jedincům bylo umožněno získat blaženost.“ [Rozumnost a odpovědnost v etické reflexi. Dostupné z: www.catharina.cz/dwn/1003/9248_Dokument-Kerka.pdf]

4.1 Etické teorie

Dvě kategorie etických teorií, které převládají při morálním rozhodování, jsou racionální teorie a deontologické teorie:

1. Racionální teorie: Podle této teorie jsou činy správné nebo špatné pouze podle svých *důsledků*. Nejběžnější formou racionalismu je utilitarismus, který lze velmi zjednodušeně vyjádřit „účel svěť prostředky“, a proto nabývají důsledky konkrétních činů v procesu rozhodování významnou roli. Etická rozhodnutí založená na utilitární bázi lze dělat z perspektivy „*utilitarizmu činů*“ (posuzuje důsledky nebo prospěšnost jednotlivých činů, např. klamání pacienta ohledně diagnózy může být morálně přijatelné, protože v určité situaci uspokojuje potřeby rodiny, a tím ochraňuje pacienta před možnou depresí), nebo z perspektivy „*utilitarizmu pravidel*“ (neposuzuje důsledky prospěšnosti jednotlivých činů, ale toho, zda se jedinec drží jistých morálních pravidel, např. klamání pacientů je špatné, protože společnosti nejvíce prospívá, držíme-li se morálního pravidla „nelži!“).

2. Deontologické teorie jsou založeny na předpokladu, že posuzování správnosti nebo nesprávnosti jednotlivých činů je založeno na jiných rysech než na důsledcích. Deontologie (z řec. *deon* – to, co má být; povinnost) označuje učení o povinnosti v obecné rovině. Deontologické teorie předpokládají, že člověk koná dobro a vyhýbá se zlu, a dobré nebo správné činy respektují pravdu, sliby, smlouvy a významné vztahy (př. deontolog si může myslet, že klamání pacienta ohledně diagnózy je vždy špatné, protože klamání samo o sobě je špatné bez ohledu na důsledky). Etická rozhodnutí učiněná v rámci deontologie jsou založena na náboženských tradicích, přirozeném zákonu nebo „společném morálním povědomí“. V deontologii jsou formulovány mravní závazky lékařů a zdravotníků v tzv. deontologických kodexech. Nejstarším takovým kodexem je známá Hippokratova přísaha (viz s. 47).

4.2 Etické kodexy

Etické kodexy jsou veřejnou deklarací přesvědčení a hodnot určité profese a vykonavatelů této profese. Kodexy uveřejňují cíle, hodnoty a měřítko těch, kdož se hlásí k dané profesi. Jsou veřejným prohlášením toho, co se mezi vykonavateli profese chápe jako etické chování.

Etické kodexy zavazují profesionály dané profese k určitému chování. V lékařství se jedná především o lékaře, v ošetrovatelství o sestry a porodní asistentky, vysokoškolské nelékaře i pacienty.

Nejdůležitější etické kodexy v péči o pacienta či klienta: Hippokratova přísaha, Etický kodex České lékařské komory, Stavovský řád – etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex lékárníků, Etické kodexy zdravotních sester a porodních asistentek, ICN – kodex pro zdravotní sestry, ICM – kodex porodních asistentek, Kodex sester, Etické normy v ošetrovatelském povolání, Etický kodex vysokoškolských nelékařů, Charta pracovníků ve zdravotnictví, Etický kodex práva pacientů, Charta práv hospitalizovaných dětí, Právo ženy a dítěte, Práva umírajících a onkocharta.

4.3 Historický vývoj etických principů v péči o člověka

Současné etické principy západní lékařské a zdravotnické etiky vycházejí ze tří základních pramenů. Jsou to *Hippokratova přísaha*, *judaismus* a *křesťanství*.

Text Hippokratovy přísahy²³ je základním historickým zdrojem etického medicínského myšlení tzv. západní medicíny (western medical ethics). Lékařská etika v nezápadních kulturách (non-western medical ethics) se formovala:

- Ájurvédou (posvátný hinduistický text); Ájurvéda se stala základem systému indického lékařství – ájurvédy; vývoj a rozšíření ájurvédy podpořil zejména buddhismus (viz s. 117);
- Chammurapiho zákoníkem (zákoník vydaný asi 1686 př. n. l., uvádí se též 1800 př. n. l., Chammurapim, králem Babylonu); v zákoníku, z něhož vychází islámská lékařská etika, jsou formulovány první kodexy společenského chování včetně chování lékařů;
- buddhismem, taoismem a Konfuciovou filozofií (a etikou), která se rozvinula ve filozofický směr konfucianismus.

²³ Historikové nejsou zajedno, zda pojednání v přísaze jsou jeho dílem, nebo (příp. zčásti) dílem jeho žáků.



Obrázek 14 – Chammurapiho zákoník²⁴

4.3.1 Hippokratova přísaha

Hippokratova přísaha je jedním z řeckých lékařských spisů, které vznikaly od poloviny 5. stol. př. n. l. do 2. stol. n. l. a jejichž soubor se označuje jako Corpus Hippocraticum (hippokratovská sbírka). Dnes se Hippokratova přísaha (vznik asi 400 př. n. l.) užívá ve změněných podobách. Původně zněla asi takto.

„Přísahám při lékaři Apollónovi a Asklepiovi a Hygiei a Panacei a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu.

Budu považovat toho, který mne naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

²⁴ Zdroj: Irák – Chammurapiho zákoník

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení, dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“
[Munzarová, 2005, s. 19–20]

V přísaze jsou uvedeny tři smlouvy: smlouva s bohy, smlouva mezi lékaři a smlouva mezi lékařem a jeho pacientem. Nejrozsáhlejší pasáž je věnována smlouvě mezi lékařem a pacientem, a to ve třech oblastech:

1. Část vztahující se k léčení:

- Rovina dietetická – zdůrazňuje dobro nemocných.
- Rovina farmakologická – zakazuje všechny formy eutanazie či asistované sebevraždy a interrupce.
- Rovina chirurgická – vlastně popírá celou současnou chirurgii (lékař měl všechny chirurgické výkony přenechat jiným k tomu určeným – ranhojičům, lazebníkům aj.).

2. Část vztahující se k chování a postojům lékařů:

- Je zde zdůrazňováno blaho nemocného, které má být upřednostňováno před všemi žádostmi lékaře.
- Mlčenlivost lékaře – zde byl položen základní kámen povinné mlčenlivosti.

3. Závěrečná část zdůrazňuje posvátnost přísahy (spolu s odměnou za správné chování nebo tresty za porušení pravidel) a důstojnost lékařského povolání a poslání.

Mnohá pravidla Hippokratovy přísahy lze v dnešní medicíně jen těžko použít, ale mnohá platí dodnes: otevřený, přátelský a podporující postoj lékařů ke svým učitelům a kolegům; léčení podle (nejlepších) schopností a možností a pro dobro nemocných;

ochrana nemocných před poškozením křivdou; ochrana lidského života; vyvarování se sexuálních vztahů s pacienty, zachování mlčenlivosti.

4.3.2 Etické principy v judaismu

Mnozí židovští lékaři byli původně rabíny (rabín – duchovní vůdce židovské obce); odhaduje se, že více než polovina nejznámějších středověkých rabínských učenců a spisovatelů byli současně lékaři.

Židovská lékařská etika vychází především z Tóry a z Talmudu (tedy i z Desatera Božích přikázání). Je srozumitelná i lidem bez lékařského vzdělání. Pokud se v průběhu léčby vyskytne závažnější etický problém, je jeho řešení ponecháno člověku vzdělanému v Zákoně.

Na rozdíl od Hippokratovy přísahy, kde je blaho nemocného hodnoceno lékařem (do určité míry subjektivně), stojí židovská lékařská etika na jasně formulovaných etických principech a kodexech:

- princip posvátnosti a důstojnosti lidského života (vychází z toho, že člověk je stvořen k obrazu Božímu);
- princip povinnosti pečovat o zdraví;
- princip nekompromisního odporu k pověrám a iracionálnímu způsobu léčení;
- rigidní kodex hygienických pravidel a dietetických opatření;
- kodex sexuální morálky.

V židovském Zákoně je lékař povinen přijít a provést jakýkoli zásah, aby zachránil nemocného nebo umírajícího, a to i tehdy, když pacient pomoc odmítá. Důraz je spíše kladen na povinnost lékaře léčit, než na právo pacienta být léčen. Židé jsou velkými zastánci práva na život. Prakticky to znamená zavrnutí eutanazie, asistované sebevraždy i interrupce. (Výjimku tvoří hlasy některých liberálních rabínů schvalujících provedení potratu v případě těžkého poškození plodu nebo v případě znásilnění, aby bylo zachráněno psychické zdraví ženy.) K židovství viz též kap. Náboženství a církve v České republice s. 106.

4.3.3 Etické principy v křesťanství

Křesťanská etika vyžaduje, aby věřící žil v míru s ostatními lidmi a soucítil s trpícími; křesťanské společenství je založeno na rovnosti před Bohem. Základní principy mravního života shrnuje Desatero Božích přikázání, které je rozvedením toho, co nám ukládá naše svědomí.

Křesťanství přineslo do civilizace nový prvek – vztah k trpícímu člověku založený na principu milosrdné lásky. Při prokazování služby lásky a milosrdenství nelze hledět na to, zda je člověk členem vlastní rodiny, nebo cizí (tedy potenciální nepřítel). Podstatou křesťanské etiky v přístupu k nemocnému je, že vidí v nemocném a trpícím člověku přítomnost Ježíše; zdůrazňuje důstojnost, integritu, nenarušitelnost a hodnotu každého lidského života bez ohledu na jeho vnější kvalitu. Život je pro křesťany darem od Boha, na který člověk nemá právo sahat (ve smyslu ničit ho).

Hlavní etické principy křesťanství související s naším tématem:

- Princip správcovství: povinnost člověka pečovat o své zdraví a svůj život a kultivovat jej, protože lidský život pochází od Boha a člověk je pouze jeho správcem.
- Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života: člověk nemá rozhodovat, zda bude, nebo nebude žít, zda jeho život má, nebo nemá smysl.
- Princip zachování rodu: účelem lidské sexuality je především plození a výchova dětí a současně láskyplné spojení v manželském svazku, nikoli pouhé uspokojení žádosti.
- Princip svobody a odpovědnosti (znamená, že člověk má zvažovat své skutky nejen ve vztahu k sobě, ale i k jiným lidem).
- Princip společenství a vzájemné pomoci (znamená, že lidé mají uznávat důstojnost každé lidské bytosti a mají se vzájemně respektovat). Ke křesťanství viz též kap. Náboženství a církve v České republice, s. 106.

4.4 Bioetika

Bioetika je obor na pomezí medicíny a filozofie zabývající se mravní problematikou života a zdraví člověka. Pojem „je nadřazen pojmu lékařská etika či jeho synonymům. Rozumí se jím zkoumání etických problémů nejen v praktickém výkonu lékařské praxe, ale též ve výzkumu, a to zejména v těch oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují (biologie, biofyzika, chemie, farmacie)“ [Haškovcová, 2002, s. 15].

„Zhruba od poloviny dvacátého století vyvíjejí mezinárodní organizace a vědecká komunita, právníci, lékaři, biologové, lékaři, filozofové, teologové i politici značné úsilí při hledání cesty, jak na jedné straně umožnit svobodu vědeckého bádání a pokrok biologických věd ve prospěch člověka, a na druhé straně zaručit práva lidí, na nichž je výzkum prováděn. Norimberský proces s nacistickými lékaři odkryl, nakolik jsou lidská pýcha a fanatismus schopny pohrdat druhým člověkem, upírat mu lidskou důstojnost a nerespektovat jeho základní lidská práva. Ovšem to, co v totalitním režimu (nejenom nacistickém) bylo zdůvodňováno ideologicky a narostlo organizovaně do zruďných rozměrů, nebylo v lidských dějinách novinkou. Rozlišování lidí na hodnotnější a méně hodnotné můžeme sledovat od pravěku a medicínský výzkum ... neváhal obětovat jednotlivé lidi jako pokusné objekty v zájmu »pokroku«, »vědy« a »v zájmu lidstva«. Tato tendence s pádem nacismu nevymizela (navíc se zdůraznily nezastírané ekonomické zájmy), ale právě Norimberský proces na ni upozornil a zejména v Evropě vzbudil k těmto otázkám větší citlivost, úměrně tomu, jak začalo mezinárodní společenství věnovat pozornost lidským právům jako takovým.“ [Pohunková, 2001]

Pohunková uvádí výčet dokumentů, které vznikly od druhé světové války a zabývají se právě ochranou práv lidí, kteří se účastní biomedicínských výzkumů jako probandi: Norimberský kodex (1947), Helsinská deklarace Světové lékařské asociace (1964, ..., 2000), Mezinárodní úmluva o občanských a lidských právech Valného shromáždění OSN (1966), Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky připravené CIOMS ve spolupráci s WHO (1993), Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech UNESCO (1997), Směrnice EU č. 98/44/ES o právní ochraně biotechnologických vynálezů (1998). [tamtéž]

V 90. letech 20. století převzala iniciativu při řešení bioetických otázek Rada Evropy. Její prací je zejména vypracovat mezinárodní úmluvy a doporučení pro členské státy. V roce 1985 byl založen výbor expertů pro bioetiku s odpovědností za mezinárodní a mezioborové řešení bioetických otázek. Výsledkem jeho mnohaleté práce je dokument *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* (první mezinárodní smlouva v oblasti bioetiky), zkráceně *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*, případně *bioetická konvence*. [tamtéž]

K jednotlivým kapitolám a článkům Úmluvy jsou postupně vypracovávány dodatkové protokoly. V roce 2001 byl dokončen Protokol o biomedicínském výzkumu, který řeší podrobně a komplexně celou oblast biomedicínského výzkumu na lidech: „Jeho cílem je

ochrana důstojnosti, identity a integrity všech lidských bytostí, které se stávají probandy ve výzkumném procesu, a záruka jejich základních práv. Týká se nejen výzkumu terapeutického i neterapeutického, zkoušení léčiv a prostředků zdravotnické techniky, zavádění nových metod, ale i dotazníkových šetření, statistických a epidemiologických studií. Zahrnuje i výzkum na těhotných ženách, tedy i na embryích a féttech in vivo, netýká se však výzkumu na embryích in vitro ...“ [tamtéž]

Protokol stanovil hlavní principy biomedicínského výzkumu [tamtéž]:

- **Princip priority lidské bytosti** (zájem lidského jedince zúčastněného na výzkumu musí mít přednost před společenským a vědeckým zájmem).
- **Princip odpovědnosti** (svoboda vědeckého bádání musí být zaručena v rámci ustanovení tohoto protokolu a zákonů zajišťujících ochranu lidské bytosti. Není tedy bezbřehá a je na vědecké komunitě, politicích a veřejnosti, aby v obtížném hledání konsenzu vytvářeli vyváženou legislativu a regulační mechanismy).
- **Princip vědecké oprávněnosti** (vědecký výzkum na lidech je oprávněn pouze tehdy, pokud může přinést poznatky důležité pro zlepšení lidského zdraví a boj proti nemocem a neexistuje-li srovnatelně účinná alternativa).
- Výzkum nesmí být pro probanda spojen s rizikem neúměrným očekávanému prospěchu.
- **Princip proporcionality** (výzkum, jehož cílem není prospěch konkrétního probanda, musí přinášet nové poznatky významné pro ochranu zdraví a boji proti nemocem jiných lidí, aniž konkrétního probanda nepřiměřeně ohrožuje nebo zatěžuje).
- **Princip etické přijatelnosti** (výzkumný projekt musí být schválen kompetentním orgánem – ve shodě s národní legislativou – po nezávislém posouzení jeho vědecké oprávněnosti a etické přijatelnosti; závažnost výzkumu má být posouzena v souladu s potřebami zdravotní péče v dané společnosti nebo lokální komunitě).
- **Princip odbornosti a profesionality** (každý výzkum musí být vědecky oprávněný, v souladu s obecně uznanými kritérii a standardy profesionální vědecké práce; dohled nad ním musí mít výzkumník s příslušnou kvalifikací). [Pohunková, 2001]

4.5 Lékařská etika

Lékařská etika je specializovaná etika, která se zabývá etickými otázkami týkajícími se chování lékaře při výkonu jeho profese. Zdravotnická etika je pojem odlišný, neboť

souhrnně označuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů.

V roce 1949 vznikla pro WHO a UNESCO Rada pro mezinárodní organizaci lékařských věd (CIOMS – Council for International Organizations of Medical Science), která upozorňovala na etické problémy a dopady rychle se rozvíjející moderní technické medicíny. Od této doby je lékařské etice věnována soustavná pozornost. V některých zemích se stala lékařská etika samostatnou lékařskou disciplínou, ve všech pak existují nejrůznější centra a instituce pro lékařskou etiku. V roce 1985 byla z iniciativy Bioetického centra v Barceloně, Bruselu a Maastrichtu založena Evropská asociace center pro lékařskou etiku.

O situaci v našich zemích stručně a jasně informuje Haškovcová, když si všímá vývoje po druhé světové válce, tedy po r. 1945: „...změny v medicíně a v pojetí zdravotnické péče:

- 1946 – Deontologický ústav²⁵ při Lékařské fakultě UK v Praze (roku 1952)
 - 1952 – povinná výuka marxismu leninismu
 - 1968 – politické uvolnění a následná normalizace
 - 1991 – lékařská etika jako samostatný obor
 - 1992 – povinná výuka lékařské etiky na všech lékařských fakultách v ČR
 - 1998 – zdravotnická etika jako povinný předmět na vyšších zdravotnických školách“
- [Haškovcová, 2001, s. 11].

Když byla v České republice lékařská etika prohlášena za samostatný obor, konalo se slavností zasedání na 3. lékařské fakultě UK v Praze, kde byla přečtena důvodová zpráva. Zasedání se zúčastnili nejen zástupci téměř všech lékařských fakult z Čech a Moravy, ale i reprezentanti jiných fakult a kateder humanitní výchovy.

Důvody: etická kritéria experimentu na zvířatech i lidech; problematika ideální a dostupné medicíny; práva fétu²⁶, práva dítěte; práva pacientů; práva duševně nemocných; práva handicapovaných osob; práva umírajících, thanatologie; eutanazie, smysl lidského života s nemocí a v nemoci; právo na zdraví a povinnost ke zdraví; pravda na nemocničním lůžku; život ve stáří; problematika ošetřujícího týmu (jistoty a nejistoty,

²⁵ tzn. ústav lékařské etiky

²⁶ fetus (lat.): lidský plod; lidský organismus od počátku 3. měsíce po oplození až do porodu

zodpovědnost a povinnost atd.); problematika tzv. heroické medicíny (mimořádná terapie) atd.

4.6 Ošetrovatelská etika

„Souhrnně označuje pojem zahrnující etickou problematiku ošetrovatelských aktivit. Jednotlivé ošetrovatelské profese mají tak formulovány etické normy ošetrovatelského povolání a své specifické etické kodexy.“ [Archalousová, 2006, s. 74]

Ošetrovatelská etika se liší od lékařské tím, že je specificky zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče (která dnes dosáhla samostatného postavení vedle odborných činností lékařů). Liší se rolemi a postavením těch, kteří vykonávají tyto činnosti, protože jednotlivé činnosti slouží různým cílům a jsou prováděny odlišně.

Do předmětu můžeme zahrnout:

- Vztah a postoj sestry k pacientovi – sestra jej projevuje verbální a neverbální komunikací při všech úkonech. Dává najevo laskavost, zájem, sympatii, trpělivost atp., příp. nežádoucí lhostejnost, spěch, nezáměr, štitivost, zlobu atp.
- Kolegiální vztah jedné sestry k druhé a také vztah sestry k lékaři a k dalším spolupracovníkům. Tyto vztahy ovlivňují atmosféru na oddělení, pracovní spokojenost, výkonnost, motivaci aj.

Povolání reprezentantů nelékařských profesí (povolání regulované EU) vyžaduje dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k lidské bytosti a ke spolupracovníkům. Očekává se, že vedle řady odborných činností budou tyto profesionálové ovlivňovat prožívání a jednání zdravých i nemocných lidí a že unesou fyzické nároky své profese a dokážou se vypořádat s problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Došlo k přehodnocení postavení nelékařských zdravotníků do role nezastupitelných profesionálů plně odpovědných za svá rozhodnutí a jednání. Tím přebrali následky svých rozhodnutí a především morálních hodnot tvořících osu jejich morálních jednání.

Etické principy v ošetrovatelství

- **Beneficence** – zodpovědnost ošetřujícího za to, že pacient bude mít z jeho rozhodnutí o způsobu ošetrování prospěch. Představuje pozitivní dimenzi neškození: předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, duševní pohodu.

- **Nonmaleficience** – zodpovědnost ošetřujícího za své činy při ošetřování, aby neškodily pacientovi. Zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné.
- **Autonomie** – respekt k autonomii, tj. k nezávislému samostatnému jednání v souladu s vlastními plány dle vlastního výběru, dle svých vlastních preferencí.
- **Spravedlnost** – poskytnout všem ošetřovaným bez rozdílu přiměřenou dostatečnou péči. Souvisí s rozdělováním prostředků.
- **Respektování hodnot života** – chránit život v jeho lidské podobě, mít úctu k lidskému životu ve všech situacích.
- **Zabezpečení** co nejplnohodnotnějšího života a lidského blaha všem, kteří jsou na ošetřovatelskou péči odkázáni.
- **Profesionální zvládnutí** ošetřovatelské péče tak, aby nevědomost a neschopnost nebyly příčinou nedostatečné péče.

Úkoly a cíle ošetřovatelské etiky

Nejdůležitější úkoly ošetřovatelské etiky (dle Bužgové):

- „Zkoumání kvality rozmanitých vztahů a postojů mezi sestrou – ošetřovatelkou a pacientem a vytyčení žádoucích mezilidských vztahů.
- Formulování povinnosti a odpovědnosti sester a stanovení mravní normy profese.
- Analýzy eticky komplikovaných situací, které nemají jednoznačné řešení, a stanovení cílů a hodnot, kterých má být při ošetřování dosaženo.
- Studium interpersonálních vztahů na pracovišti a formulování toho, co je správné a žádoucí.“ [Bužgová, 2011a, s. 78]

Cíle ošetřovatelské etiky y (dle Bužgové):

- „Humanizace mezilidských vztahů, zejm. mezi nemocným a sestrou, mezi sestrou a rodinou pacienta. Neméně důležité jsou vztahy mezi sestrami, sestrami a lékaři či jinými zdravotníky.
- Usměrnování chování a jednání při profesionálních výkonech se záměrem porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu také pomoci.
- Vhodným způsobem usilovat o uspokojení potřeb pacienta a tím zajistit požadované hodnoty.“ [Bužgová, 2011a, s. 78]

Při této změně je třeba přihlížet k několika aspektům (dle Archalousové):

- „Pacient je v nemocnici a v primární péči nejdůležitější osobou, není v naší péči kvůli zdravotníkům, ale zdravotníci kvůli němu.

- Pacient není ošetřovaný případ, ale člověk.
- Pacient má nárok na nejvyšší kvalitu ošetrovatelské péče.
- Pacient má nárok na starostlivý a laskavý přístup a porozumění pro jeho biologické, psychické, sociální či jiné potřeby.“ [Archalousová, 2006, s. 78]

Univerzální morální hodnoty jako základy klinické ošetrovatelské praxe: úcta k člověku, nezávislost, dobročinnost, neškodnost, pravdomluvnost, důvěryhodnost, věrnost a spolehlivost, spravedlnost.

4.7 Vztah etiky a práva

Otázky, které se nabízejí v této souvislosti, mohou být např. následující: Jakou roli má právo v oblasti lékařské etiky? Jakou roli může sehrát právo při prosazování a formulování etických požadavků? Nebo také – Směřují etické postuláty a právní normy ke stejnému cíli? K hlubšímu pochopení povahy lékařské etiky je vhodné naznačit vztah mezi etikou, případně morálkou, a právem.

„**Morálka** (z lat. *mos* – mrav): Reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem pokládá taková pravidla za závazná pro své konkrétní chování a jednání. Výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti.“ [Archalousová, 2006, s. 73]

Lékařská etika vychází z obecné etiky a má úzký vztah k právu. Ostatně jak etika, tak právo se vyvinuly ze stejné vědy – filozofie. Optimální stav je takový, kdy se etická a právní norma shodují. Je důležité rozlišovat mezi mravními principy a právními normami (např. zákony).

Právo a etiku (případně morálku) můžeme chápat jako dvě kategorie i jako spojité nádoby. Jaký je rozdíl mezi právem a etikou? Tak např. zatímco etika respektuje dilematické situace, právo dbá na jednoznačná tvrzení. Zatímco etika má tendenci dosáhnout ideálního stavu, zákon se snaží zaručit alespoň minimální standardy nebo kritéria vynutitelná prostřednictvím sankcí a trestů. Etika je dobrovolná a nemůže být vynucena. Zákon je neosobní, potlačuje nežádoucí chování s cílem prosadit své požadavky. Etika je osobnější a závislá na svědomí člověka. Zákon a etika se mohou navzájem posilovat a doplňovat. Zákon chrání, zajišťuje práva, zatímco etika vyžaduje, abychom jednali podle zásad a svého svědomí, které často přesahují povinnosti dané zákonem. Morálka je daleko víc „žita“ než teoreticky reflektována, zatímco právo je

systémem obecně závazných právních norem stanovených státem a vynucovaných prostřednictvím sankcí. Právo je úzce provázáno s etikou a morálkou, někdy se uvádí, že právo je nástrojem morálky.

Mravní hodnoty musejí mít alespoň rámcově podporu v zákonech; etické kodexy jsou výhradně mravně závaznou normou (nemohou odporovat platné legislativě); právo je pouze minimální etika; pro zdravotníky je důležité orientovat se jak v mravně závazných, tak právně závazných normách.

4.7.1 Právní normy

„Právní normou nejvyšší závaznosti ve zdravotnictví je, kromě Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kterou ČR ratifikovala v roce 2001. Jedním z hlavních zákonů ve zdravotní péči je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona je každý zdravotnický pracovník povinen zejména (§ 55 odst. 2):

- Vykonávat povolání v rozsahu daném MZ a Lékařskou komorou.
- Plnit mimořádné úkoly v důležitém obecném zájmu.
- Poskytovat neprodleně první pomoc každému a zajistit další odbornou péči.
- Zachovat mlčenlivost.“ [Bužgová, 2011a, s. 85].

Zachování povinné mlčenlivosti

Důvěra mezi zdravotníkem a pacientem je při poskytování ošetrovatelské péče zásadní a nesmíme ji podceňovat. Projevuje se mj. tím, že se pacient zdravotníkovi svěřuje často se zcela intimními a osobními problémy včetně skutečností, které se přímo nevážejí k jeho chorobě, ale které pacienta tíží a potřebuje se s nimi svěřit.

Povinná mlčenlivost je etický i legislativně daný normativ pro všechny zdravotnické pracovníky. Jeho porušením může být poškozen pacient i zdravotník. „Pacient, ale i laická stejně jako odborná zdravotnická veřejnost porušení povinné mlčenlivosti vnímá jako hrubé porušení etických norem i právních předpisů s požadavkem na postih toho, kdo povinnou mlčenlivost porušil. V současné době žádná etická norma ani právní předpis nemluví o lékařském tajemství, ale výhradně o povinné mlčenlivosti.“ [Vondráček, Wirthová, 2009, s. 59]

„**Úmluva o lidských právech a biomedicíně** stanovuje, že každý má právo na respektování svého soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví. **Zákon**

č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, stanovuje: »Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání s výjimkou případů, kdy skutečnosti sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu. **Etický kodex práv pacienta** uvádí, že pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné; ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.“ [Vondráček, Ludvík, 2005, s. 29]

Povinná mlčenlivost se vztahuje na všechny skutečnosti, tedy na diagnózu a léčebný postup, na veškeré skutečnosti související s rodinou pacienta, na jeho sociální záležitosti, pracovní zařazení, náboženskou víru a také na zcela konkrétní skutečnosti jako například řídičské oprávnění atp.

K tématu více viz např.:

CANDIGLIOTA, Zuzana; ČERVENÁ, Kateřina. Nedostatky návrhů zdravotnických zákonů z hlediska práv pacientů. *Zdravotnictví a právo*. 2011, roč. 15, č. 9, s. 2-6. ISSN 1211-6432.

ČESKO. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992, Listina základních práv a svobod. *Sbírka zákonů ČR*. 1993, částka 1, s. 17–23. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Sbírka zákonů ČR*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011, o specifických zdravotních službách. *Sbírka zákonů ČR*. 2011, částka 131, s. 4802–4838. ISSN 1211-1244.

GOLDMANN, Radoslav; CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etika a komunikace lékařů s pracovníky nelékařských oborů. In: PTÁČEK, R.; BARTŮŇEK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ©2011, s. 305–312. ISBN 978-80-247-3976-2.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

KOUKALOVÁ, Světlana. *Ošetrovatelství – Historie etiky* [online]. Zápisky zdravotní sestřičky. Datum vzniku: 29. 3. 2006, ©2013. [Zdroj dat: školní sešit – přednášky Heleny Haškovcové.] [Cit. 17. 4. 2012.] Dostupné z: http://vnl.xf.cz/ose/ose-etika_historie.php

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ©2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

5 Komunitní ošetrovatelství

Ošetrovatelství zaměřené na zdraví komunity není ničím novým. Odpradáva lidé stonali více doma než v institucích a v mnoha kulturách je to samozřejmost. V posledních letech znovu začíná převládat tendence řešit co nejvíce zdravotních problémů v komunitě, doma, a tím zkracovat pobyt v lůžkovém zařízení na nezbytnou dobu. Tím se zvyšuje význam komunitní ošetrovatelské péče včetně veškerých služeb, které k ní náležejí (zdravotní, sociální aj.) a které umožňují klientům žít v prostředí, na něž jsou zvyklí. [Hanzlíková in Karnetová, 2012]

„V roce 1974 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) tři **nezbytné charakteristiky komunitní ošetrovatelské péče** k tomu, aby popsala jedinečnost této disciplíny:

1. Smysl pro zodpovědnost při poskytování potřebné zdravotní péče v komunitě.
2. Prioritou je péče o ohrožené jedince a skupiny v komunitě.
3. Klient (jednotlivec, rodina, skupina, komunita) musí být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče.“ [Marková, Mikulková, 2009, s. 16]

Komunitní péče

Komunita je „Společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě. ... Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí. Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimity, rozšířeného domova. Lidstvo žilo po většinu svého vývoje v malých, intenzivně spolupracujících společenstvích, jež se v moderní době fragmentovala do komunit, které mají jen jeden nebo několik znaků archaické komunity.“ [Matoušek, 2008, s. 85–86]

Komunitní péče je „Péče poskytovaná v rámci komunity nebo péče poskytovaná členy komunity. V prvním případě (care in the community) jde o systém tvořený státními i nestátními službami, jež jsou dostupné členům komunity. V druhém případě (care by the community) jde o péči obvykle svépomocného charakteru, kterou si navzájem poskytují sousedé, rodiny, různá neformální společenství. Předěl mezi oběma typy péče není ostrý.“ [Matoušek, 2008, s. 87]

„Pojem komunitní péče přesahuje klasické dělení na péči zdravotní a péči sociální. Komunity by měly vytvářet podmínky a zajistit dostupnost zdravotních i sociálních služeb klientům včetně informovanosti o nich a snadného přístupu k těmto službám. Společnost

potřebuje ošetrovatelskou disciplínu, která podporuje výchovu ke zdraví v komunitě.“
[Karnetová, 2012, s. 31]

V komunitním ošetrovatelství je klientem celá komunita.

Obecné principy komunitní péče [Vostřáková, 2000 in Jarošová, 2007, s. 28]:

- Čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci pro všechny druhy náhlých příhod.
- Snadná dostupnost zdravotnických a sociálních služeb ve smyslu fyzickém (transport) i psychologickém (informační síť).
- Rychlé předávání klienta odpovídajícím službám kvalitním referenčním systémem, aby byla zajištěna optimální péče.
- Návaznost péče, tj. zajištění kontinuity a propojení zdravotní a sociální, ústavní a komunitní péče.
- Multidisciplinární spolupráce a koordinace činností poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb.
- Možnost výběru služeb, aby byla zajištěna spoluúčast občana na rozhodnutí o formě odpovídající pomoci (aktivní zapojení, plná informovanost).
- Individuální přístup v respektování jedinečnosti každého člověka a jeho potřeb v různých fázích nemoci či života.
- Diskrétnost při předávání informací.
- Účelnost nákladů k vytvoření a udržení komunitního systému, podpora přirozených zdrojů v komunitě, koordinace, eliminace duplicit.

Poskytovateli komunitní péče jsou:

- zdravotníci;
- sociální pracovníci;
- odborníci dalších profesí (psychologové, psychoterapeuti, duchovní aj.).

Faktory ovlivňující pozitivně nebo negativně rozvoj komunitní péče:

- demografické stárnutí (stárnoucí populace);
- změny rodinných struktur, a tím vzrůstající poptávka veřejnosti po domácí péči (samostatné domácnosti, méně dětí, neúplné rodiny);
- postmoderní společnost (individualistický způsob života, emancipace žen);
- vzrůstající ekonomický tlak;
- rozvoj technologií (péči doma umožňují poskytovat na vyšší úrovni);
- možnost nouzového volání (z klientova domova);

- dobrá informovanost o zdravotní a sociální péči (nabídkách služeb);
- krize ošetrovatelství (zvyšuje se celosvětově průměrný věk sester).

Komunitní ošetrovatelství

- Je syntéza ošetrovatelské praxe a veřejného zdraví aplikovaná k podpoře a zachování zdraví populace.
- Zahrnuje zdravotní, sociální a další služby, které jsou poskytovány nemocným i zdravým občanům, celým rodinám či skupinám určité komunity (geografické, etnické).
- Zahrnuje činnosti zaměřené na podporu zdraví, udržení zdraví, zdravotní výchovu, na management, koordinaci a kontinuitu péče.
- Ošetrovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel.
- Tyto služby doplňují primární, sekundární i terciální péči včetně prevence.
- Náplň péče spočívá v zajištění všech pacientových potřeb (fyzických, psychologických, duchovních i paliativních).
- Zahrnuje i péči o chronicky a nevléčitelně nemocné, zdravotně znevýhodněné občany (včetně zajištění různých forem domácí péče).
- Je určena pro občany všech věkových skupin.
- Péče je postavena na spolupráci celého týmu komunitní péče – pacient, rodinný/i pečovatel(é), zdravotníci a sociální pracovníci, psychologové, duchovní, dobrovolníci atd.)

Cíle komunitního ošetrovatelství

- Nejvyšším cílem komunitního ošetrovatelství je zlepšit zdraví populace v komunitě, a to identifikací každé rizikové podskupiny.
- Dalším cílem je poskytnout péči v domácím prostředí, a tím umožnit pacientovi setrvat v dané komunitě (rodině) co nejdéle.
- Zlepšit ošetrovatelskou péči o vysoce rizikové klienty se závažným onemocněním, případně o bezmocné a umírající.
- Poskytnout podporu a služby vhodnou formou a ve vhodnou dobu, aby se dosáhlo co nejvyšší úrovně pacientovy nezávislosti.

Komunitní ošetrovatelství je zaměřeno:

- na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví;

- na péči o nemocného a jeho rehabilitaci včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče;
- na péči o chronicky a nevyléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany včetně zajišťování různých forem domácí péče.

Zdravotnický pracovník zabývající se komunitní péčí úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace.

Prevence v komunitním ošetrovatelství

- Úloha primární prevence: upevnit zdraví v komunitě (vychovávat ke zdraví, edukovat), podporovat programy zaměřené na upevnění zdraví, na péči o zdravé prostředí (odstraňovat nevhodné prostředí).
- Úloha sekundární prevence: řešit vzniklé zdravotní problémy členů komunity (eliminovat je), motivovat členy komunity k navrácení zdraví a podporovat je v tom.
- Úloha terciální prevence: zaměřit se na stabilizaci poškozených funkcí organismu, předejít opakování obtíží a zhoršování zdravotního stavu členů komunity. Pokud je to možné obnovit zdraví a zajistit optimální fungování organismu, případně podporovat adaptaci na chronické či nevyléčitelné onemocnění.

Vypracovat systém komunitního ošetrovatelství a včlenit jej do systému zdravotnické péče je aktuální nezbytný krok k tomu, aby se zlepšila zdravotní péče o celou populaci. V České republice zatím neexistuje ucelený systém komunitního ošetrovatelství, přestože tento druh ošetrovatelské péče se u nás rozvíjel. Již první ošetrovatelské školy, které vznikaly na začátku 20. století v ČSR, vychovávaly sestry, jež se uplatnily v různých poradnách (poradna pro matku a dítě, poradna pro dispenzarizaci TBC aj.), kde sestry pracovaly samostatně. Vývoj v tomto směru ukončily nepříznivé společenské podmínky.

Z hlediska péče o zdraví se od 2. poloviny 20. století výrazně mění úloha občana a jeho rodiny. Díky pokroku v technice a medicíně lze řadu nemocí, vad a úrazů léčit. Tuto skutečnost má občan tendenci vnímat jako samozřejmost, ovšem za méně samozřejmou považuje aktivní participaci na uzdravení, zdravý způsob života, žádoucí změnu životního stylu, snižování rizikového chování, posilování zdraví, prevenci.

Probíhající reformy zdravotní péče jsou postaveny na základech primární zdravotní péče. Podněcují občana a jeho rodinu k odpovědnosti za vlastní zdraví a za zdravý způsob života. Donedávna byl zdravotnický systém prvotně zaměřen na pomoc poskytovanou

občanům, kteří již potřebují léčbu, než na prevenci a podporu zdraví v komunitě. Dnes se začíná klást důraz na podporu zdraví a prevenci onemocnění.

Jednotlivé komunity by se měly snažit vytvářet podmínky ke společnému bydlení lidí zdravých s nemocnými a tělesně či mentálně postiženými. Měly by se snažit zajistit zdravotní a sociální služby, jejich dostupnost a informovanost o nich. Seniorům se sníženou soběstačností či nemocným by se měly snažit zajistit systém domácích služeb (pomoc a ošetrovatelská péče v domácnosti, rehabilitace, respitní péče, nouzové volání a signalizace, osobní asistence aj.), případně možnost krátkodobé či dlouhodobé péče mimo domácnost.

„Rozšíření komunitní zdravotní péče, zvláště ve vztahu k ošetrovatelským službám, je klíčem ke zlepšení zdraví a tělesné i duševní pohody všech lidí. Bohužel v ČR není komunitní péče řešena komplexně, ale ve dvou formách – linii zdravotní a linii sociální.“
[Bártlová, 2009, s. 114]

Komunitní sestra

„Komunitní sestra je zdravotnický pracovník s vyšší kvalifikací, který samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí“. [Kalvach, Čeledová, Holmerová et al, 2012, s. 164]

Náplní práce komunitní sestry je:

- v primární, sekundární a terciární prevenci poskytovat péči celé komunitě;
- znalost potřeb souvisejících se zdravím i s riziky, která danou komunitu ohrožují;
- poznání sociálních, kulturních, ekonomických a ekologických podmínek komunity.

Domácí péče

Domácí péče bývá definována jako zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí, a sice na základě doporučení jejich registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci.

Domácí péče je zaměřena na podporu, udržení či navrácení zdraví, na rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti.

Cílem domácí péče je:

- zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, a to v jejich vlastním sociálním prostředí;
- eliminovat možnost nozokomiální nákazy a iatropatogenního poškození pacienta.

Domácí zdravotní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem pracovníků (rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, duchovní, nutriční terapeut aj.). Celý tým poskytuje péči dle aktuálního a individuálního stavu pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí.

Zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí přispívá k psychické pohodě pacienta a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování.

Je důležité, aby pacient spolu s rodinou byl *aktivním participantem* celé péče (sebepečce a vzájemná pomoc).

Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů: stoupající náklady na zdravotní péči; populační stárnutí; rostoucí poptávka veřejnosti; snaha o zachování životního stylu v přirozeném prostředí; rozvoj moderních technologií; politické faktory aj.

Kvalitní (komplexní) domácí péče je ovlivňována principy, které vycházejí z filozofie domácí péče: humanizace zdravotní péče; orientace na občana (zdravého i nemocného); obnova zdraví společnosti; respektování základních lidských práv a svobod; chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím; komplexnost (integrace zdravotní a sociální péče na všech úrovních); efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby aj.

Výhody domácí péče: ekonomičnost (zkracování hospitalizace); víceoborovost (multidisciplinární tým); individuální péče (individuální potřeby jedince); komplexnost (činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, spirituální aj.); možnost dlouhodobé péče (délka péče vychází z individuálních potřeb klienta a jeho rodiny); podpora zdraví (primární, sekundární a terciární prevence) aj.

K tématu více viz např.:

HANZLÍKOVÁ, Alžběta et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-155-7.

Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.

MARKOVÁ, Marie. *Všeobecná sestra v komunitní péči* [elektronický zdroj] : *e-learningový vzdělávací program off-line*. Brno: NCONZO, 2009. 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7013-507-5.

CHILTON, Sue; MELLING, Karen; CLARRIDGE, Ann. *A Textbook of Community Nursing* [Electronic book]. London: Hodder Education, 2012. ISBN 9781444121506.

6 Paliativní péče

Paliativní péče je snad nejstarší formou ošetrovatelské péče. Po dlouhá staletí patřila péče o nemocné a umírající k hlavnímu poslání lékařů a ošetrovatelek. Tato péče byla spojena se zmírněním lidského utrpení a provázením k *dobré smrti*. Po celá staletí a v mnohých kulturách dodnes probíhala taková péče v přirozeném domácím prostředí, kde se vedle „zdravotníků“ (a často bez nich) podílela na péči především rodina, přátelé a duchovní. Ještě před druhou světovou válkou bylo zcela běžné a normální pečovat o umírajícího člena rodiny doma, případně s podporou rodinného lékaře (spíše výjimečně placené ošetrovatelky) a kněze kvůli udělení posledního pomazání a s možností rozloučení v širší rodině.

„V minulém století se »podařilo« vyrvat umírání z rodinného života. Umírání se stalo lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologizace oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu.“ [Marková, 2010, s. 14]

Pro klidný a ničím nerušený průběh hospitalizace a práce zdravotního personálu nebylo vhodné, aby rodinní příslušníci rušili denní a noční režim v nemocnicích, a tak umírající trávili své poslední chvíle většinou v úplném osamocení.

V 60. letech 20. století se poprvé objevil etický problém zvaný *dystanazie – zadržaná smrt*. Což je situace, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních okolností v klidu zemřel. To byl také důvod, proč se začalo rozvíjet tzv. hospicové hnutí a otevírat první **hospice** (v r. 1967 v Anglii a v r. 1974 v Americe). Moderní zařízení hospicového typu založila r. 1967 dr. Cecilie Saundersová v Londýně pod jménem Hospic sv. Kryštofa (St Christopher's Hospice). Od té doby začaly vznikat hospice po celém světě. V 70. letech 20. století dochází s rozvojem hospiců i k rozvoji **paliativní medicíny** jako samostatného lékařského oboru.

U nás se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospicu v roce 1989. Mezi prvními s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná. Píše: „Prvním porevolučním ministrem zdravotnictví se stal významný onkolog prof. MUDr. Pavel Klenner, DrSc. Přijal mne a se založením hospice souhlasil. V Praze 6–Bubenči v Rooseveltově ulici stála bývalá porodnice a gynekologie... Nejdříve byla uzavřena porodnice, následně i gynekologie. ... Můj návrh proto směřoval k tomu, aby se bývalá porodnice přestavěla na hospic s tím, že by zde sídlilo i tzv. POKO Prahy 6 (poliklinické oddělení klinické onkologie). Následovala

řada náročných jednání odborných, technických i organizačních. ... A budova v »Rooseveltce«, ač památkově chráněná, chátřala řadu let, až musela být stržena.“ [Havlenová, 2012, s. 36–37] Při atestačním řízení v roce 1991 navrhla MUDr. Opatrná v práci *Hospicové hnutí* založit hospic se složkou terapeutickou, paliativní a hospicovou v jednom zařízení (European Society for Medical Oncology propaguje integraci klinické onkologie a paliativní péče až od r. 2003). [Havlenová, 2012]

Po roce 1990 začala hospicové hnutí v ČR propagovat MUDr. Marie Svatošová²⁷, již se podařilo v r. 1995 otevřít první český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další byly otevřeny v Plzni, Brně a Praze (1998), v Rajhradu u Brna (1999), Litoměřicích (2001), na Svatém Kopečku u Olomouce (2002), ve Zlíně, Brně a Valašském Meziříčí (2004), v Mostě a Prachaticích (2005), v Ostravě (2007), v Čerčanech (2008), v Chrudimi a Frýdku-Místku (2010). Domácí hospice jsou činné např. v Havlíčkově Brodě, Uherském Hradišti, Jihlavě, Novém Městě na Moravě, Třebíči, Žďáru nad Sázavou, Benešově, Ostravě, Žirči, v Praze 7 a v Praze 5 na Zbraslavi.

Definice paliativní péče

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovi důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ [Špinková, Špinka, 2004, s. 11]

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Důležitým faktorem je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako bio-psycho-sociálních (holistických) potřeb nemocného. Cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ [WHO in Uhura, 2006, s. 161]

Definice WHO vychází z holistického pojetí člověka a obsahuje všechny aspekty péče o nemocného a jeho rodinu. Podstatné na paliativní péči je to, že zahrnuje léčbu a péči jak o pacienta, tak o jeho rodinu a blízké. Je to kompletní péče celého multidisciplinárního týmu (lékaři, všeobecné sestry, dietní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, duchovní, členové rodiny, přátelé a dobrovolníci aj.) o celou rodinu (komunitu).

27 **MUDr. Marie Svatošová** (*1942), česká lékařka, publicistka a spisovatelka; zakladatelka a vůdčí osobnost českého hospicového hnutí, r. 1993 založila občanské sdružení Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V r. 1995 otevřela první český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Autorka řady příspěvků a monografií, např. *Hospice a umění doprovázet* (2011, 2008, 1999, 1995), *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* (2012), *Hospic slovem a obrazem* (spoluautorka, 1998), *Náhody a náhodičky* (2004, 2005), *O naději s Marií Svatošovou* (2003, 2006). Práci v hospicích předala mladším kolegům a věnuje se evangelizačním kurzům Alfa (www.kurzyalfa.cz, www.katolalfa.cz). [Převzato z: <http://www.lidemezilidmi.cz/vip/mudr-marie-svatosova-aby-tu-byla-jina-alternativa-nez-zabijeni-nemocnych>]

Pacient a jeho rodina jsou považováni za celek (za jednu jednotku) a tak s nimi musí být zacházeno. Pokud je jim péče věnována odděleně nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči.

O paliativní péči uvažujeme, jestliže jsou negativní důsledky běžné léčebné péče větší než očekávaný přínos. Paliativní péče může být uplatněna u lidí všech věkových skupin a při všech onemocněních.

Principy a cíle paliativní péče

Paliativní péče si klade cíl uspokojit pacientovy bio-psycho-sociální a duchovní potřeby a zároveň zapojit do péče o pacienta celou rodinu a současně pečovat o všechny rodinné příslušníky, a to i po smrti pacienta. Stěžejním cílem paliativní péče je dosáhnout co nejkvalitnějšího a nejdůstojnějšího pacientova života a života jeho rodiny.

Špinková se Špinkou (2004) uvádějí, že „paliativní péče:

- Chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk tuto závěrečnou část svého života se všemi jeho fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá navýsost individuálně.
- Chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života.
- Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority.
- Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění.
- Je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty.
- Nevytrhuje nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí.
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.
- Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a prosazuje stále sledování nejvyšší kvality této péče a nárok pacienta na tuto péči.“ [Špinková, Špinka, 2004, s. 11]

„Jako doplněk své nejnovější definice stanovilo WHO tyto hlavní zásady (cíle), podle nichž paliativní péče:

- Poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů.
- Podporuje život a považuje umírání za normální proces.
- Ani neurychluje, ani neoddaluje smrt.
- Důraz je kladen na kvalitu života, celostní přístup k nemocnému a jeho rodině, zapojení rodiny do péče.
- Začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní dimenze člověka.
- Vytváří podpůrný systém, který pomáhá nemocnému žít co nejefektivněji až do smrti.
- Pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a smrtí.
- Využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku.“ [Bužgová, 2011b, s. 107]

Rozdělení paliativní péče

Laická veřejnost se někdy domnívá, že paliativní péče znamená péči ve specializovaném zařízení nazývaném hospic, ale není tomu tak. Mnoho umírajících se do takového hospice nedostane. Paliativní péči rozlišujeme na [Standardy, 2006]:

- **Obecnou paliativní péči**, které by měla být schopna všechna zdravotnická zařízení v rámci své specializace. Rozumíme tím dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, kterou poskytuje zdravotní personál v rámci své odbornosti.
- **Specializovanou paliativní péči**, kterou poskytují specializovaná zařízení paliativní péče. Ta se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou pro tuto činnost speciálně vyškoleni (vzděláni) a disponují potřebnými zkušenostmi. Zařízení poskytující takovou péči by měla být schopna poskytnout pacientovi podporu kdekoli a ve všech formách péče.

Formy specializované paliativní péče jsou: zařízení domácí paliativní péče (domácí hospic označovaný také jako mobilní hospic); hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči; oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (především v rámci nemocnic a léčeben); konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnic nebo léčeben); specializovaná ambulance paliativní péče; semiambulantní čili stacionární forma hospicové péče (denní stacionář); zvláštní zařízení specializované paliativní péče, např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atp.

6.1 Paliativní péče doma – domácí hospic

Hospic není jen budova, hospic je určitý způsob přístupu k umírajícím, který lze při dobré vůli poskytnout všude. Nevyléčitelně nemocní, umírající a jejich blízcí mají nezcizitelné právo rozhodnout se, v jakém prostředí bude paliativní péče poskytována. Paliativní péče vedená v domácím prostředí je z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů tou nejlepší alternativou. Pacient a jeho rodina (případně přátelé) jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na plánování i realizaci poskytované péče.

Pro domácí paliativní péči musí být splněny **3 podmínky**: *rodina* (alespoň jeden člen musí být schopný a ochotný převzít celodenní péči o nemocného), *nemocný* (musí s touto formou péče souhlasit) a *multidisciplinární tým* (musí být k dispozici a schopný kdykoli během 24 hodin po 7 dní v týdnu řešit náhle vzniklé situace).

Tým domácí paliativní péče by měl (podle svých možností) spolupracovat s praktickými lékaři, agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími odborníky.

V ČR je úroveň domácí paliativní péče bohužel diskutabilní. Praktičtí lékaři nemívají znalosti o léčbě bolesti a dalších symptomů spojených s terminálním stadiem onemocnění ani zkušenosti; potřeba agentur domácí ošetrovatelské péče je větší než nabídka.

Toto všechno jsou důvody, proč nezřídka ti nemocní, kteří by si přáli zemřít doma, a rodina je schopna a ochotna jim to umožnit, jsou při náhlých komplikacích převezeni do nemocnice a umírají tam a osamoceni.

Aspekty kvalitní paliativní péče [Špinková, Špinka, 2004, s. 15–23]

- *Struktura a postupy péče*: Plán péče je založen na celkovém interdisciplinárním zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho rodiny.
- *Fyzické aspekty péče*: Bolest a další symptomy a případné vedlejší účinky léčby jsou zvládány v souladu s nejlepšími známými postupy.
- *Psychologické aspekty péče*: Členy interdisciplinárního týmu jsou odborníci se znalostmi a dovednostmi v oblasti prevence, diagnostiky léčby psychologických důsledků a psychiatrických komplikací závažných onemocnění, a to jak pacientů, tak jejich rodin (včetně depresí, úzkostí, delirií a kognitivních poruch). Psychologické a psychiatrické problémy jsou řešeny v souladu s nejlepšími dostupnými znalostmi. Na základě nutnosti takové služby je pacientům a jejich rodinám poskytována péče, jejímž cílem je zmírnění žalu a pocitu ztráty.

- *Sociální aspekty péče:* Na základě důkladného interdisciplinárního posouzení jsou identifikovány sociální potřeby pacientů a jejich rodiny a je vypracován plán péče zajišťující co nejefektivnější reakci na ně.
- *Duchovní a existenciální aspekty péče:* Členy interdisciplinárního týmu jsou odborníci se znalostí hodnocení a citlivého reagování na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním.
- *Kulturní aspekty péče:* Tým poskytující domácí paliativní péči posuzuje a snaží se vycházet vstříc specifickým kulturním potřebám pacienta a rodiny.
- *Specifické aspekty péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci:* Znamky a symptomy nadcházející smrti jsou včas rozpoznávány a pacientovi i rodině je poskytována péče odpovídající této fázi nemoci.
- *Etické a právní aspekty péče:* Záměry, preference a rozhodnutí pacienta jsou (v souladu s daným platným právním řádem) respektovány a tvoří základ plánu péče.

6.2 Hospic

Slovo hospic je často užíváno pro zdravotnicko-sociální zařízení lůžkového typu (již jsme zmiňovali, že hospic je zejména určitý způsob přístupu k umírajícím, nikoli budova), které je naprosto odlišné od nemocnice. Slouží k pobytu klientů v terminálním stadiu života. (Hospic není nemocniční zařízení určené k dlouhodobé hospitalizaci.)

Hlavním cílem hospiců je co nejvíce zlepšit kvalitu života člověka v závěrečné fázi života a umožnit člověku důstojné umírání. Pomoc spočívá především ve snižování nebo odstraňování bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů případného onemocnění.

V hospicu může být v pokoji klienta přítomen rodinný příslušník v denní i noční době. Denní režim si klient určuje spolu se svou rodinou nebo sám, pokud jej rodina nedoprovází. Vše je zařízeno tak, aby měl maximální pohodlí a péči, tedy podmínky k důstojnému umírání.

MUDr. Marie Svatošová v publikaci *Hospic slovem a obrazem* popisuje, že většina lidí, kteří do hospicu přijíždějí (zdravotní personál, stážisti, dobrovolníci, klienti a jejich rodina) jsou překvapeni atmosférou klidu, pohody a radosti. Jako by se najednou uprostřed rozbouřeného světa ocitli v nějaké oáze. Hospic je místo, kde lidé (klienti, jejich rodiny či ošetřující personál) často přehodnotí svůj dosavadní život a srovnají si priority. Dochází

k opravdovému odpuštění a smíření, protože odpustit znamená ze srdce vypustit. [Svatošová et al., 1998]

Doprovázení umírajících není vždy negativní zážitek, naopak to může být zážitek pozitivní a obohacující. [Svatošová et al., 1998]

Podle M. Svatošové se v hospici nejen umírá, ale také uzdravuje – uzdravují se tu pacienti a s nimi všichni okolo včetně personálu: „V tomhle prostředí si člověk žebříček hodnot hodně rychle přerovná. Najednou zjišťuje, že skoro všechno, co pokládal za hrozně důležité, vlastně může klidně počkat. Najednou zjišťuje, že v životě není nic důležitějšího než láska. Kolik lidí za ty necelé tři roky v hospici už složilo maturitu. Nikoli z češtiny nebo matematiky, ale z lásky! Skutečnou maturitu, zkoušku zralosti.“ [Svatošová et al., 1998, s. 18]

Specializovaná paliativní péče ve zdravotnických zařízeních

Specializovaná paliativní péče může být poskytována na oddělení paliativní péče (OPP) v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice, léčebny). Pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují kvůli diagnostice a léčbě ostatní služby nemocnice.

V rámci zdravotnického zařízení také může být zřízen konziliární tým paliativní péče. Pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná.

Specializovaná ambulantní paliativní péče

Jedná se o ambulantní péči pacientům, kteří žijí doma nebo v zařízení sociální péče. Důležitá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízením obecné domácí péče a specializované paliativní péče.

Denní stacionář paliativní péče

Na jeden nebo více dní v týdnu poskytuje denní péči umírajícím, kteří žijí doma. Denní stacionář pomáhá umírajícímu řešit zdravotní problémy a současně nabízí edukační, relaxační a rekreační aktivity podle jeho individuálních potřeb. Nezanedbatelnou výhodou stacionáře je, že umožní hlavním pečovatelům (rodině), aby si odpočinuli, čímž usnadní další pobyt umírajícího člověka v domácím prostředí a předchází zbytečné hospitalizaci nemocného.

Jako další zvláštní zařízení specializované paliativní péči můžeme zmínit specializované poradny a tísňové linky či zařízení určená pro určité diagnostické skupiny.

6.3 Umírání

Podle lékařské definice znamená umírání terminální stav, naproti tomu ve filozofickém pojetí je umírání proces – umíráme od narození.

Je obecně známo, že mnoho lidí v naší kultuře umírá o samotě. V dobách minulých (v některých kulturách dodnes) umírali lidé doma, v rodině a každý člen rodiny věděl, jaká je jeho role. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak o umírajícího pečovat, ale také prožitek, jak umírání a smrt vypadají. Rodina a blízcí zcela přirozeně zažívali roli doprovázejícího před tím, než se stali doprovázenými. Protože své umírající neopouštěli, měli důvod se domnívat, že ani oni nebudou opuštěni. Taková jistota a případná víra v Boha přinášely umírajícím i doprovázejícím klid.

Dnes se medicína spolu s moderní technikou a léky snaží se smrti bojovat a co nejvíce ji oddálit. Je paradoxní, že právě z toho mají lidé největší strach. Smrt bereme jako součást života a možná jsme s ní i smířeni, ale pomyšlení na to, že místo poskytnutí úlevy lidským porozuměním, empatií a napojením na člověka se nám dostane jen napojení na přístroje, bývá těžko snesitelné. Každý z nás podvědomě touží po důstojné smrti.

6.3.1 Fáze umírání podle Elizabeth Küblerové-Rossové

Model Küblerové-Rossové známý též jako **pět fází smutku** poprvé publikovala v roce 1969 švýcarsko-americká psychiatrická Elisabeth Küblerová-Rossová v monografii *On Death and Dying*. **Model procesu vyrovnání se s umíráním** byl výsledkem autorčina výzkumu s umírajícími pacienty. Popisuje pět samostatných fází procesu, ve kterém se člověk vyrovnává s tragédií nebo se silným smutkem, nejčastěji kvůli diagnóze smrtelného onemocnění (vlastního nebo blízkého člověka) nebo v případě mimořádné ztráty.

Küblerová-Rossová zdůrazňovala, že je třeba si uvědomit, že reakce na šok způsobený nemocí či smrtí jsou stejně jedinečné jako osoba, která je prožívá. Proto se některé z fází mohou opakovat nebo nemusejí nastat vůbec nebo mohou být prožity v jiném pořadí.

1. **Popírání, šok:** Pacient se dozvídá o svém nevléčitelném onemocnění, nemůže tomu věřit, popírá skutečnost a ocitá se v izolaci. „Tohle se nemůže stát, ne mně.“, „Došlo k záměně výsledků, to musí být omyl.“ Popírání nastalé situace je pro jedince pouze dočasnou obranou, ale může trvat různě dlouho.
2. **Agrese, hněv (vzpoura):** Projevy hněvu a agrese, vzbouření proti tomu, co se děje. Tato fáze je těžká zejména pro okolí – o pacienta je velmi těžké pečovat kvůli projevům

vzteku a závisti („Proč zrovna já?“, „To není fér!“, „Za to může...“). V určité fázi si člověk uvědomí, že popírání již nemůže pokračovat.

3. **Smlouvání, vyjednávání:** Nemocný přijímá realitu své smrti, ale pokouší se získat čas smlouváním. „Udělám cokoli, abych mohl(a) žít ještě pár let.“, „Dám všechny své peníze, za...“ Třetí fáze zahrnuje naději, že člověk může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt. Často dochází k obracení se k vyšší moci s žádostí o delší život výměnou za změnu životního stylu atp. Psychologicky dotyčný říká: „Chápu, že umřu, jen kdybych měl o trochu víc času...“ V této fázi též dochází k hledání zázračného léku či alternativních metod léčby.
4. **Fáze deprese a smutku:** Projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč. „Umřu, tak o co jde?“, „Ztratil(a) jsem milovaného/milovanou, proč žít?“ Je nutné, aby člověk mohl smutek vyjádřit a občas být sám. Okolí by ho mělo ujišťovat, že ho neopustí ani ve chvíli smrti. Během čtvrté fáze si umírající začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Kvůli tomu může být mlčenlivý, odmítat návštěvy a trávit většinu času v pláči a truchlení s pocity strachu, úzkosti, smutku a beznaděje. V této fázi je důležité nesnažit se rozveselovat a násilně rozptylovat – období smutku je důležité a musí proběhnout.
5. **Přijetí, smíření:** Vyjadřuje souhlas s neměnným děním, smířením se s tím, co se děje. Nemocný potřebuje klid, je pokojný, vyrovnaný, připravený přijmout v klidu svůj osud. „Nemůžu proti tomu bojovat, měl bych se na to připravit.“ V této poslední fázi se dotyčný začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí milovaného. Dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní rozumem.

Na závěr je důležité připomenout, že všemi popsánymi fázemi neprochází jen nemocný, ale i jeho nejbližší.

Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejšetněji a nejrychleji projít těmito nepříjemnými fázemi a dozrát do fáze smíření, akceptace.

6.3.2 Pravda a způsoby jejího sdělování

Přístup lékařů ke sdělování pravdy o negativní diagnóze se mění. V současnosti se preferuje a je uzákoněno nezatajovat skutečnost smrtelné choroby. Pacient má právo znát pravdu o vlastním zdravotním stavu a sám se rozhodnout o dalším postupu.

Sdělit pacientovi špatné zprávy (špatnou diagnózu) je pro lékaře nepříjemná povinnost. Pokud lékaři chybí potřebné komunikační schopnosti, mohou ho nepříjemné pocity

spojené se sdělováním špatné zprávy dovést k nepřipustným reakcím vůči nemocnému a jeho rodině (např. k emoční neangažovanosti atp.).

Je zřejmé, že pacienti obecně touží po upřímném a empatickém sdělení diagnózy nebo nepříznivé zprávy. Při **sdělování diagnózy** je důležité být upřímný a mluvit pravdu (při strategii lži hrozí ztráta důvěry mezi pacientem a lékařem při prozrazení pravdy), nikdy neříkat pacientovi víc, než chce vědět, pamatovat na povinnost mlčenlivosti (opět hrozí ztráta důvěry), nesdělovat dobu přežití (může dojít k omylu, pacient ztrácí naději a s blížícím se koncem by se zvyšovala jeho úzkost a deprese), pacienta po sdělení špatné zprávy opakovaně navštívit, zohlednit individuální stav a osobnost pacienta (umožnit mu vzít si jen tolik informací, kolik v dané chvíli unese) atd.

Pravda ano, či ne?

Nejprve se zamysleme, co je pravda. Myslíme si, že nemocnému sdělujeme pravdu, ale sdělujeme mu naši interpretaci určitého jevu. A proto by si lékař měl uvědomit, co je pravda a co jeho dedukce. Pacientovi by měl sdělovat pravdu založenou na nezvratných faktech, a to jen tehdy, pokud takovou pravdu chce slyšet. (Současně je třeba myslet na to, že pravda lze sdělit více či méně bolestivou formou.) Každý člověk má právo na informace a každý má také právo je nechtít znát. Stejný názor prezentuje i současná legislativa, která sice jednoznačně ukládá lékaři povinnost informovat své pacienty, ale nevymezuje rozsah ani způsob sdělení. Toto nastavení dovoluje reagovat na konkrétní situaci.

Takzvaná milosrdná lež dává prostor falešné naději a bere nemocnému svobodu volby, připravuje ho o možnost připravit se na smrt a vyrovnat se s ní.

Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích vyžadují paliativní péči

Onkologické onemocnění; neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence); AIDS; polymorbidní geriatričtí pacienti; pacienti v perzistujícím vegetativním stavu; konečná stadia chronických orgánových onemocnění (chronické srdeční, renální nebo jaterní selhání); některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění (např. cystická fibróza); kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.

Nejčastější příznaky konečného stadia nemoci

Příznaky nemocí bývají pro nemocné zatěžující, proto se jim věnuje individuální pozornost právě v souvislosti s důstojným umíráním. Umírající nemají fyzickou sílu a jsou plně závislí na pomoci druhých. „Mezi příznaky patří: bolest, dušnost, kašel, zahlenění

a namáhavé dýchání, chrčivé dýchání, nauzea a zvracení, nechutenství, snížená tělesná hmotnost až malnutrice, dehydratace organismu, úzkost, depresivní stavy, delirium, bezvědomí.“ [Mlýnková, 2010, s. 297–298]

6.4 Eutanazie

„Eutanazie je usmrcení pacienta s nevyлéčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení. V ČR a ve většině zemí je zakázána. Samozřejmou součástí lékařské péče o takové pacienty je však energetické tlumení bolesti a odstranění či alespoň zmírnění dalších obtíží, které umírání doprovázejí, aby nemocný prožil co možná nejdůstojněji poslední okamžiky života.“ [Vokurka, Hugo, 2004, s. 116].

„Dlouhou dobu se jako eutanazie označovala pouze činnost, která usnadňovala umírajícímu nadcházející smrt. Nemocný měl být uložen do příjemné, vhodné polohy, měl dostávat dostatek tekutin, aby nežíznil, měl mít dostatek analgetik, aby neměl bolesti a měly být odstraněny všechny rušivé elementy. V žádném případě neměly být podávány léky nebo látky, které by způsobovaly pacientovu smrt, a to ani v případech, kdy si tak přál.“ [Vondráček, Ludvík, 2005, s. 53]

Eutanazie (původně dobrá smrt, později smrt z milosrdenství či ze soucitu) v dnešním významu znamená úmyslné podání smrtící látky za účelem usmrcení pacienta, a to jakoukoliv formou (nitrožilně, nitrosvalově, per os aj.). Podstatné je, že se jedná vždy o **úmyslný aktivní čin s cílem usmrtit nemocného**.

Základní rozlišení eutanazie

- **Eutanazie pasivní** (strategie odklonění stříkačky) je čin zdravotnického pracovníka, který s úmyslem přivodit pacientovu smrt vědomě a aktivně nepodá potřebný lék.
- **Eutanazie aktivní** (strategie přeplněné stříkačky) je čin, který zdravotnický pracovník vykoná na žádost pacienta: aktivně a úmyslně podá pacientovi smrtící látku.
- **Asistovaná sebevražda** (pacient zemře vlastní rukou) je čin, který zdravotnický pracovník vykoná na žádost pacienta: připraví pro pacienta letální dávku smrtícího prostředku s vědomím, že si pacient přípravek vezme, a tím si přivodí smrt.

„V současném pojetí práva v České republice je eutanazie hodnocena jako závažný, společensky nebezpečný trestní čin, ať již je prováděna jakýmkoliv způsobem, v jakékoliv

formě a z jakéhokoliv důvodu, a to jako trestný čin vraždy, případně jako napomáhání sebevraždě.“ [Vondráček, Ludvík, 2005, s. 53]

K tématu více viz např.:

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Praha: Ermat, 2003. ISBN 80-903086-1-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On grief and grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner, 2007. ISBN 978-0-7432-6629-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu : úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

PAYNEOVÁ, Sheila; SEYMOUROVÁ, Jane; INGLETONOVÁ, Christine, eds. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

PTÁČEK, Radek et al. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet [I.–III.]. In: *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2010, roč. 20, č. 1, s. 26–31; č. 2, s. 10–15; 2011, roč. 21, č. 2, s. 14–20. ISSN 1212-6152.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd.. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

THEOVÁ, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

7 Transkulturní ošetrovatelství

Jedním z celosvětových témat, které se týká i České republiky, je **migrace**. Mění se struktura i počet cizinců na našem území a předpokládá se postupný nárůst počtu cizinců, kteří budou legálně pobývat na území ČR, a to z různých důvodů. Vzdělávání je dostupnější než dříve, čímž je lákavé jak pro cizince, kteří chtějí studovat u nás, tak pro české studenty, kteří touží po studiu v zahraničí. Proto je osobní kontakt s jinými kulturami častější. Také naši zdravotníci, sociální pracovníci, učitelé, vojáci aj. jsou součástí mezinárodních pracovních a pracovních-humanitárních skupin a kontakt s odlišnými kulturami je samozřejmý. Běžné jsou i pracovní aktivity v zemích se zcela odlišnou kulturou (např. arabské státy), které jsou finančně velmi výhodné, a tím lákavé. Proto je důležité, aby se český zdravotnický systém (a nejen on) připravil na větší různorodost pacientů.

Pohlédneme-li na transkulturní ošetrovatelství jako na **obor**, pak je to srovnávací teoretický a praktický obor zaměřený holisticky (celostně), který se zabývá studiem různých kultur a náboženství z hlediska ošetrovatelské praxe. Cílem oboru je, aby zdravotnický personál získal dostatečné znalosti o jiných kulturách a pochopil odlišnosti, které je třeba respektovat. Ať se jedná o vyšetřování, diagnostické a terapeutické výkony, o pojetí lidského těla, o přístup k intimitě, ke stravování, k režimu dne, nebo o specifika v komunikaci, o zvyky udržované v rodině, o praktikování náboženských rituálů, o pohled na umírání a smrt, odmítání darování či přijímání orgánů, pitvu či postoj k porodu a péči o novorozence aj.

Pojmy *transkulturní ošetrovatelství* a *multikulturní ošetrovatelství* bývají považovány za synonyma, příp. se zaměňují. Je mezi nimi nějaký rozdíl? *Multikulturní* znamená složený z vícero kultur, mnohočetný z hlediska zastoupených kultur, početné seskupení kultur. *Transkulturní* vyjadřuje prostupnost kulturami, průnik mezi kulturami, přesah, v němž se kultury setkávají a navzájem ovlivňují. Pojem *transkulturní* se teprve zavádí – v literatuře se běžně užívá k vyjádření obou významů pojem *multikulturní*.

Prvotní snahou majoritní společnosti bylo, aby se migranti stávající kultuře přizpůsobili (koncepte asimilace migrantů). Postupně společnost přijala princip multikulturalismu, který má zachovat původní kulturní identitu migrantů, ale praktiky nevedly k rovnoprávnému soužití, spíše k sociální izolaci a segregaci minorit. V dnešní době

vysoké pohyblivosti lidí, otevřených hranic a propojování světa v jednu společnost je důležitá sociální a ekonomická začleněnost migrantů do majoritní společnosti a zároveň jejich podíl na řešení sociálních, ekonomických a politických problémů v oblasti, kde žijí. A právě tomu lépe vyhovuje koncepce **transkulturalismu**, jehož předností je, že nestaví do popředí kulturu, ale interakci (vzájemné působení) majority s minoritou. Cílem transkulturalismu je hledat společné nebo blízké kulturní hodnoty, ze kterých bude možné vyjít při soužití a budování důvěry, respektu, tolerance a porozumění.

Snažíme-li se, aby péče o pacienty vycházela z holistické filozofie a byla zaměřena na kvalitu, efektivitu a naprostou individualitu, pak je naprosto nezbytné, aby se tato péče týkala všech pacientů, ať pocházejí z jakékoli kultury a uznávají jakékoli náboženství.

Zakladatelkou a vůdčí osobností transkulturního ošetrovatelství je **Madeleine Leiningerová**. Svou teorii nazvala *teorie kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti*, zkráceně **teorie shodné péče** nebo **teorie vhodné péče**. Tím se snažila vyjádřit potřebu poznat, pochopit a využít všech společných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Vycházela ze dvou disciplín: ošetrovatelství a antropologie. Věří, že lidé mají právo na vlastní víru, kulturní hodnoty a potřeby s nimi spojené a zároveň že **zdravotnický personál má povinnost toto právo respektovat**.

Myšlenka transkulturního ošetrovatelství a teorie kulturní péče se zrodila na přelomu 50. a 60. let 20. století v USA, v době, kdy Leiningerová pracovala na dětské psychiatrii s postiženými dětmi. Tam pochopila vliv kultury na péči o děti z různého kulturního zázemí. Prováděla první výzkumy v oboru a působila jako pedagog téměř na stovce univerzit; je autorkou asi třiceti odborných monografií. Pojem *transkulturní ošetrovatelství* (*transcultural care, t. nursing*) zavedla v 60. letech. Transkulturní ošetrovatelství definovala mj. v aktualizovaně vydávané publikaci ***Transcultural nursing***²⁸, jak uvádí Špirudová:

„**Transkulturní ošetrovatelství** je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi a nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně

28 např. Leininger, M.; McFarland, M. *Transcultural nursing : concepts, theories, research, and practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2002. 621 s. ISBN 0-07-135397-6.

vhodným způsobem (Leininger, M., 2002, s. 46)“, přičemž podle slov Špirudové Leiningerová nepovažuje za dostačující stávající definice ošetřovatelství, **a proto doporučuje definovat ošetřovatelství jako:**

- naučenou odbornou profesi a
- humanitní vědní disciplínu,
přičemž obě se zaměřují na péči o lidskou bytost, tzn. na:
 - pečování,
 - asistenci a
 - podporu,
jimiž odborník
- usnadňuje nebo umožňuje jednotlivcům či skupinám udržovat či znovu získat zdraví nebo pohodu (wellbeing, well-being; pozn. aut.),
- pomáhá jednotlivcům čelit zdravotnímu postižení nebo smrti (nebo vyrovnat se se smrtí, pozn. aut.),
a to vše způsobem jim prospěšným a z hlediska jejich kultury vhodným. [Špirudová, 2006, s. 27]

Kromě zásadní myšlenky o péči a pečování jako podstatě ošetřovatelství si všimněme, že Leiningerová v definici pracuje s formulací o „naučené odborné profesi“.

Transkulturní ošetřovatelství bylo v rozvinutých zemích zahrnuto do studijních programů v rámci pregraduálního vzdělání všeobecných sester a také do celoživotního vzdělávání. Zároveň je transkulturní ošetřovatelství uznáváno jako jeden z nejvýznamnějších trendů v ošetřovatelství 20. a 21. století.

Nejvýznamnější celosvětovou organizací zabývající se transkulturním ošetřovatelstvím je *Společnost transkulturního ošetřovatelství (Transcultural Nursing Society)*, kterou založila M. Leiningerová (1973) jako národní a mezinárodní organizaci. Společnost vydává od roku 1989 *Journal of Transcultural Nursing* (Časopis transkulturního ošetřovatelství).

Další organizací zabývající se transkulturním ošetřovatelstvím je European Transcultural Nurses Association (ETNA; Evropská transkulturní asociace sester) založená v roce 2005.

Významnými oborovými periodiky jsou také *Journal of Transcultural Diversity* (Časopis transkulturní rozmanitosti) a *Journal of Multicultural Nursing and Health* (Časopis multikulturního ošetrovatelství a zdraví).

7.1 Základní pojmy

Nejprve si vysvětlíme základní pojmy užívané v souvislosti s multikulturní problematikou.

Komunita

Komunitu lze definovat různými způsoby, z různých hledisek, například:

- „Sociální útvar, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností.“ [Jandourek, 2001, s. 127]
- „Komunita je místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ [Hartl, 1997, s. 35]
- „Společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě“ je jedním z více Matouškových definování, viz též s. 52. [Matoušek, 2003, s. 92]
- „Sociologové definovali dva hlavní přístupy k definici tohoto pojmu (Bulmer, 1987): Teritoriální komunita ... označuje lidi, kteří žijí na společném území. Zájmová komunita ... skupina lidí, kteří mají společné zájmy...“ [Navrátil, 2000, s. 55], přičemž se domníváme, že *zájmy* lze vyjádřit jako „zájmy“, „znaky“, příp. „cíle“ či „sdílení“ (hodnot, přesvědčení, víry, etnicity, geografického původu, handicapu, výhody...).

7.1.1 Kultura a multikultura

Kultura je „způsob konání, cítění a myšlení, který je vlastní určitému lidskému společenství. Kultura je vše, co je získané a předávané, tj. opak vrozeného. Je to souhrn materiálních a nemateriálních výtvorů sociálních institucí, hodnot a norem daného společenství. Předávání kulturních vzorců se primárně děje v rodinách vychovávajících děti.“ [Matoušek, 2008, s. 92]

Vetráková uvádí: „V průběhu života patří člověk k několika sociálním skupinám a setkává se s různými kulturními prvky, které ho ovlivňují. Nosí v sobě několik úrovní kultury:

- Úroveň národní kultury.
- Úroveň kultury spojená s určitým etnikem, náboženstvím nebo jazykem.

- Úroveň kultury spojená s příslušností k pohlaví (mužská a ženská kultura).
- Úroveň kultury spojená s určitou generací (generace se odlišují idoly, symboly, rituály a hodnotami).
- Úroveň kultury související s příslušností k určité třídě.
- Úroveň organizační kultury (související se zaměstnáním).

Obsah kultury (hodnoty, názory, postoje, normy a kulturní vzorce – determinují způsoby myšlení, chování a také produkty materiální a nemateriální povahy) je pro každou kulturu specifický a přenáší se z generace na druhou generaci prostřednictvím učení.“ [Vetráková, 2007 in Zeleníková, Vrublová, 2011, s. 137]

Subkultura je „soubor specifických norem, hodnot, vzorců chování, které určují životní styl určité skupiny. Tento styl je zřetelně odlišný od stylu života v širším společenství, do něhož příslušníci subkultury z nějakého hlediska přesto patří. Zvláštní a významnou roli mají: jazykový kód, způsob úpravy zevnějšku, druh preferovaného zaměstnání, způsob trávení volného času.“ [Matoušek, 2008, s. 217]

Socializace je „proces utváření osobnosti člověka. Spočívá v osvojování kultury a v začleňování jedince do systému společenských vztahů postupným vytvářením vazeb s jinými lidmi.“ [tamtéž, s. 193]

Enkultura je „proces, během něhož si člověk osvojuje normy své kultury, případně normy rodiny nebo jiné skupiny, v níž je vychováván.“ [Matoušek, 2008, s. 81]

Akultura (asimilace): „v kontextu sociálních teorií jde o proces, během něhož jedna skupina přijímá normy, hodnoty a zvyklosti jiné skupiny. Jako akultura je označován proces změny kulturně specifických zvyklostí. Může jít o skupinu původních obyvatel určité země (např. indiánské kmeny v USA, domorodci neboli »aboriginové« v Austrálii), jež se přizpůsobuje civilizaci, jež přišla s přistěhovalci, nebo může jít o přistěhovalce, kteří se takto adaptují na podmínky v zemi, do níž přišli (např. Arabové ve Francii), poté co zažili tzv. kulturní šok. Akultura může být dobrovolná nebo vynucená.“ [tamtéž, s. 27]

Kulturní šok je „reakce jednotlivce na náhlé přenesení z jedné kultury do druhé. U disponovaných lidí někdy vzniká zmatenost, objevují se úzkosti a deprese.“ [tamtéž, s. 23]

7.1.2 Etnikum, etnicita, etnocentrismus, etnická totožnost

„Výraz **etnikum** pochází z antické řečtiny, v níž slovo *ethos* znamenalo *kmen, národ*, ve smyslu příbuzenské jednotky. Staří Řekové teprve postupně dospívali k pojetí teritoriální a kulturní sounáležitosti ve smyslu dnešního chápání *etnický národ*.“ [Ralbovská, 2010, s. 11]

„V západoevropské tradici tento pojem znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Podle Velkého sociologického slovníku je etnikum (etnická skupina) společenství lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu. Souhrnně lze říci, že etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou.“ [tamtéž, s. 11]

Etnicita je „systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktů, historických osudů a představ o společném původu formulující vědomí i nevědomí lidí, jejich identitu a životní orientaci. Podstatné jsou nejen objektivní složky etnicity (jazyk, náboženství, kultura), ale i novějšími autory zdůrazňované subjektivní přesvědčení lidí o jejich etnicitě.“ [Matoušek, 2008, s. 56]

Etnocentrismus je „přístup k jiným etnickým skupinám založený na nereflektovaném preferování hodnot a postojů typických pro etnickou skupinu posuzujícího. Etnocentrismus je obvykle uplatňován příslušníky většinové společnosti, kteří postrádají znalost menšiny, jednají na základě předsudků, často považují menšinu za homogenní, nechápou povahu vztahů v menšinových komunitách, neznají hierarchii v menšině, systém solidarity, neznají v menšinové komunitě normální způsob řešení problémů.“ [tamtéž, s. 57]

Etnická totožnost je „soubor představ a postojů vztahujících se k vlastní etnicitě, který je součástí osobní totožnosti. U příslušníků etnických menšin, jež jsou ve znevýhodněném společenském postavení, dochází často k neuvědomělému zvnitřnění předsudků většiny, jež se označuje jako internalizovaný rasismus. Naopak ti příslušníci menšiny, kteří ve společnosti dosáhnou významnějšího postavení, mají sklon svůj etnický původ popírat, aby unikli nálepce, jež byla pro předchozí generace etnické menšiny osudová a kterou vnímají jako stigma i méně úspěšní příslušníci menšiny v současnosti.“ [Matoušek, 2008, s. 57]

7.1.3 Národ, národnost, národnostní menšina

Národ je „velké kulturní společenství obvykle – ne však ve všech případech – spojené stejným jazykem, sdíleným územím, společnou ekonomikou, společnou historií, způsobem života; vždy s kolektivním sebevědomím. Národ je politická jednotka, která může – ale nemusí – mít svůj vlastní stát.“ [Matoušek, 2008, s. 109]

Národnost je „příslušnost občana k národnostní skupině, v evropském kontextu slovo neoznačuje příslušnost ke státu... V některých případech je chápána více jako otázka biologického původu (»krve«), jindy jako ztotožnění s hodnotami určitého společenství.“ [tamtéž, s. 109]

Národnostní menšina/skupina je „společenství osob, které mají státní občanství státu, v němž žijí, a projevují vůli být považováni za národnostní menšinu. Mají odlišné kulturní a etnické zvyklosti, mají zájem na jejich uchovávaní i rozvíjení a současně mají vztah k většinové společnosti.“ [tamtéž, s. 109–110]

7.1.4 Duchovnost, spiritualita, víra, náboženství, církve

Duchovnost, spiritualita (z lat. *spiritualis* – duchovní; spiritualita = česky duchovnost) je způsob duchovního života, který je vlastní lidskému jedinci. Lze chápat jako osobní vžitou nebo zvolenou duchovní životní praxi; způsob, jak vnímám a osobně zacházím s tím, co mne (člověka) přesahuje: s Bohem, s bohy, s transcendencí. Jak si odpovídám na otázky o smyslu a směřování života, o jeho konečnosti a nekonečnosti, na otázky o dobru (lásce) a zlu a také na otázky o vztahu k sobě samému, k lidem, k prostředí. Patrné jsou dvě dimenze spirituality: jedna „vertikální“, spojená s vírou ve vyšší moc, druhá „horizontální“, nevyhnutelná, daná vztahem k sobě, dalším lidem, resp. tvorům, resp. prostředí, v němž žijeme. Duchovní rozměr má každá bytost bez ohledu na její osobní přesvědčení. Předpokladem duchovnosti (spirituality) tedy není náboženství.

Duchovní či spirituální potřeba je potřeba smyslu života, významu vlastní existence, potřeba lásky, přijetí, naděje, spolehnutí, odpuštění, víry, potřeba vztahu s transcendentem.

Víra (věření, přesvědčení) souvisí s důvěrou, láskou, spolehnutím se; opak nedůvěry. Předpokladem je vztah. Víra podle Ralbovské „představuje charakteristiku žití, činnosti a sebepochopení. Mít víru znamená věřit nebo odevzdat se něčemu nebo někomu. Víra

v nějaký vyšší smysl, který může být chápáný jako hraniční pojem nebo nábožensky jako prozřetelnost, má významný psychoterapeutický a psychohygienický význam. [Ralbovská, 2010, s. 16]

Náboženství (religiozita; z lat. *religio* – ohled): V náboženství se projevuje vztah člověka (společenství lidí) k vyšší moci, náboženství je vírou v kontextu určité náboženské tradice tvořené určitými rituály, dogmatikou, praxí aj.

Církev a náboženská společnost jsou v ČR definovány zákonem č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech, jako „dobrovolné společenství osob s vlastní strukturou, orgány, vnitřními předpisy, náboženskými obřady a projevy víry, založené za účelem vyznávání určité náboženské víry, ať veřejně nebo soukromě, a zejména s tím spojeného shromažďování, bohoslužby, vyučování a duchovní služby.“ [Česko, 2002, s. 83] K tématu viz s. 93–99.

7.1.5 Stereotyp, předsudek, xenofobie, diskriminace, rasa a rasismus

Stereotyp je „předsudečné zobecněné přesvědčení určující očekávání... Př. Romové jsou líní a nespolehliví... rodiny mladistvých delikventů jsou vždy rodinami nefunkčními.“ [Matoušek, 2008, s. 215]

Předsudek rasový je „na fikci založené přesvědčení týkající se rasy nebo etnické menšiny, které dokládá její méněcennost... Rasové předsudky jsou spojeny s diskriminačním chováním.“ [tamtéž, s. 159]

Xenofobie: „Z předsudků může vycházet strach z cizího či neznámého, který umocňuje napětí jednotlivce a posléze i skupiny. Tento pocit je nazýván xenofobie“ (z řec. *xénos* – příchozí, *fóbos* – bázeň) „a je spojen s posuzováním jiných na základě tradice své etnické či národnostní skupiny. Xenofobie je bazální psychický pocit, na kterém mohou vyrůstat nenávistné ideologie, jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus apod.“ [Ivanová, 2005b, s. 32]

Diskriminace je „odlišování, odlišný přístup. Obvykle ke skupinám lidí určitého věku, pohlaví, rasového nebo etnického původu nebo hlásícím se k určité kultuře a náboženství...“ [Matoušek, 2008, s. 46]

Rasa je „soubor dědičně předávaných tělesných znaků. Antropologie tradičně rozeznává tři hlavní rasy: kavkazskou rasu (europoidní, indoevropskou), negroidní rasu a mongoloidní rasu, mezi nimiž existuje mnoho typů přechodných.“ [tamtéž, s. 168–169]

Rasismus je „doktrína obhajující nadřazenost jedné rasy nebo rasového podtypu nad jinou rasou či rasovým podtypem. Může být podporována vědeckými i pseudovědeckými teoriemi, náboženstvím a tradovanými předsudky.“ [Matoušek, 2008, s. 169]

7.2 Komunikace s pacienty z jiné kultury

Komunikace (z lat. *communicatio* – sdělení, sdílení) je sdělování, přenos (vysílání a příjem) informace. **V lidské společnosti nelze nekomunikovat.** Při komunikaci probíhají psychické procesy, s nimiž musíme počítat. Důležitou součástí procesu komunikace je předvídání partnerova chování (předjímání, anticipace). V průběhu komunikace dochází ke střídání rolí partnerů – z komunikanta se stává komunikátor a opačně. **Při komunikaci nelze oddělit složku verbální (slovní) od složky neverbální (mimoslovní).** Neverbální složka převažuje; uvádí se, že se podílí na komunikaci okolo 70 %. Klincková uvádí, že slova tvoří pouhých 7 % sdělení, zatímco 93 % sdělení sdělujeme neverbálně [Klincková, 1996, s. 10].

Největší bariéru mezi lidmi různých kultur vytváří kromě neznalosti jazyka neznalost neverbální komunikace a rituálů.

Do neverbální komunikace patří: mimika (komunikace pomocí výrazu tváře); haptika (doteky); proxemika (sdělování přiblížením a oddálením); posturologie (postoj těla); kinetika (řeč pohybu); gestika (řeč rukou); pohledy (řeč očí); paralingvistika (barva hlasu, výška, melodie, síla hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu); vůně těla (známá, neznámá; příjemná, nepříjemná); komunikace úpravou zevnějšku; chronemika (zacházení s časem); zacházení s předměty; úprava prostředí aj.

Základní pravidla pro komunikaci s cizincem

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči má efektivní komunikace nezastupitelné místo. Špatná komunikace je příčinou vzniku bariér mezi pacientem a zdravotním personálem, přičemž obě strany mohou mít při potížích v komunikaci pocit bezmoci.

Jedním ze základů úspěšné komunikace je pozdrav, oslovení a užívání jednoduchých frází v jazyce, kterému pacient rozumí. K tomu je však třeba znalosti jazyka.

V opačném případě je důležité pochopit, že nepochopení není dáno retardací klienta, ale nemožností verbálně komunikovat kvůli neznalosti jazyka. Není tedy nutné mluvit pomalu a zřetelně a již vůbec zvyšovat hlas. Pokud nelze zajistit tlumočníka, musíme využít všech možných způsobů a úspěšnou komunikaci zajistit (mimika a gestikulace společně s demonstrací, obrázky, piktogramy; fotoseriál, videoprojekce, překladové a edukační materiály). Platí pravidlo, že čím více metod budeme kombinovat, tím je pravděpodobnější, že budeme úspěšní.

Při komunikaci s pacienty z jiné kultury je důležité:

- Zjistit, v jakém jazyce se může pacient dorozumět a nakolik je schopen ho ovládat (v případě potřeby zajisti tlumočníka nebo jiný způsob efektivní komunikace).
- Snažit se hovořit pomalu, zřetelně artikulovat a nezvyšovat hlas.
- Užívat výhradně jednoduché a jasné věty.
- Všímat si všech projevů neverbální komunikace.
- Nemluvit současně s nikým dalším. Neverbálně jasně naznačit, kdy mluvíme k pacientovi a kdy např. k lékaři aj. (stačí gesto, úsměv...).
- Nemluvit k pacientovi, stojíme-li bokem nebo zády.
- Pozorně naslouchat (soustředit se na naslouchání), nehodnotit.
- Vyhradit si dostatek času a nespěchat.
- Nemít puštěné radio, televizi či reklamní projektor; při hluku z ulice zavřít okno.
- Snažit se vyhnout předsudkům a kulturním bariérám.
- Snažit se respektovat, nekomentovat a v duchu ani nahlas nesoudit pacientovu kulturu a kulturní zvyky (např. rodinné zvyky, úpravu zevnějšku, způsob stravování aj.).
- Připravit si několik základních slov a sdělení ke komunikaci v cizích jazycích.
- Vždy mít u sebe sdělné obrázky a piktogramy na doplnění informací.
- Poskytnout informační materiály v jazyce, jemuž pacient (příp. jeho rodina) rozumí.

Při komunikaci prostřednictvím tlumočníka je důležité:

- Pokusit se sejít s tlumočníkem před vlastním tlumočením.
- Aby zdravotník i tlumočník mluvili přímo na pacienta (ne mezi sebou).
- Mluvit v krátkých větách.
- Poskytnout tlumočnickovi dostatek času na překlad a nepřerušovat ho.
- Trvat na přesném překladu.

- Vyhýbat se nejasnému vyjadřování, odbornému jazyku (terminologii) a žargonu.
- Najít si na komunikaci dostatek času, nespěchat (komunikace s pacientem prostřednictvím tlumočnicka trvá déle).

Musíme si uvědomit, že pacient již z prvního setkání hodnotí nás a informace, které mu předáváme, z neverbální komunikace, proto je důležité neverbální vyjadřování kontrolovat, aby bylo přiměřené konkrétní situaci. Měli bychom u pacientů vzbuzovat pocit podpory a zájmu a nezapomínat na úsměv, který jednak pomáhá prolomit ledy, jednak uklidňuje, signalizuje vstřícnost.

7.3 Zdraví cizinců v ČR

Zatím nebyly zaznamenány výrazné odlišnosti zdravotních problémů cizinců od běžné populace. Statistiky o nemocnosti cizinců se samostatně nevedou. Obecně se u cizinců zmiňuje: zvýšený výskyt pracovních úrazů (důsledek nedodržování bezpečnosti práce), zvýšený výskyt reaktivních duševních poruch (zejm. posttraumatické stresové poruchy a adaptační poruchy), tělesná onemocnění (reakce na zvýšenou zátěž, kterou představuje migrace do zemí s odlišnou kulturou, sociálními a někdy klimatickými podmínkami), zvýšený výskyt infekčních onemocnění (infekce, které v našich podmínkách již desítky let nejsou díky povinnému očkování a které jsou běžné v zemích, z nichž cizinci přicházejí) a stomatologické potíže.

Je důležité si uvědomit, že i nově příšlí imigranti (i bez dokumentů) mají zásadní právo na zdravotní služby a péči ve stejné kvalitě jako občané České republiky.

7.4 Národnostní menšiny a cizinci v České republice

Národnostní menšiny představují prapůvodní společenský jev každého národa (majoritního či mateřského národa). V České republice se dělí národnostní menšiny podle počtu příslušníků do tří kategorií: v první překračuje počet 10 % obyvatelstva ve státě, ve druhé je 3 %–10 % a ve třetí nepřevyšuje 3 % populace ve státě – do té patří všechny národnostní menšiny v ČR. Podle údajů Ředitelství služby cizinecké policie MV ČR i přes určité zpomalení přílivu cizinců v době ekonomické krize žilo k 1. 1. 2011 na našem území 425 301 cizinců, což představuje 4,1 % z celkové populace. Z toho 189 962 cizinců

s trvalým pobytem a 235 3399 cizinců s některým z typů dlouhodobého pobytu nad 90 dnů (tj. přechodné pobyty občanů EU a jejich rodinných příslušníků, dále víza nad 90 dnů a povolení k dlouhodobému pobytu občanů zemí mimo EU). Patří sem: Ukrajinci (124 339 osob, 29 %), Slováci (71 780 osob, 17 %), Vietnamci (60 301 osob, 14 %), Rusové (31 941 osob, 8 %), Poláci (18 242 osob, 4 %) a další. Jak je vidět, ČR je státem národnostně heterogenním a byla jím již od vzniku ČSR v roce 1918 (tehdy dokonce patřili Němci a Slováci k většinovému obyvatelstvu). Zásadní změny nastaly po druhé světové válce v roce 1945 po odsunu většiny Němců a po roce 1993 při vzniku samostatné ČR. [Česko, 2010]

U cizinců, kteří žijí v jiné než rodné zemi již mnoho let s úmyslem v ní žít i nadále, dochází postupně k redukci kulturních osobitostí živé kultury odvozených z kultury země původu. První generace imigrantů udržuje svou kulturní identitu na vybraných symbolech, které se snaží uchovávat, případně přizpůsobovat pro svou existenci v cizí zemi. Další generace potomků imigrantů přijímá již základní rysy kulturního modelu každodenního života a norem chování společnosti, v níž žije. Pro příslušníky první generace je důležité udržovat osobitosti vlastní menšiny, jako jsou: mentální (rodný) jazyk, charakter mezilidských vztahů, model rodiny a rodinných vztahů, charakter vztahů uvnitř etnické menšiny, způsob skupinové komunikace, preference určitých životních hodnot, filozofické uchopení světa, strava, tradice (vázané k výjimečným okamžikům rodinného a společenského života). U příslušníků druhé a další generace dochází ke zjevnému útlumu a eliminaci těchto kulturních postojů. Další zvláštností je postoj k pojmu „domov“. Zatímco pro první generaci imigrantů zůstává často do konce života domovem země, kde se narodili a prožili dětství, pro druhou a další generaci imigrantů je „domovem“ nejčastěji opět místo, kde se narodili a prožili dětství, tedy „cizí“ země.

7.4.1 Romové

Původní vlastí Romů je Indie.²⁹ „O indickém původu svědčí nejen jazyk, ale i překvapivá podobnost některých zvyků, podobná společenská struktura, výběr povolání,

29 „...nejrozšířenější názor na původ Romů byl, že pocházejí z Egypta, odkud přišli do křesťanských zemí.“ Proto byli pojmenováni Gitanos (španělsky), Gitanes (francouzsky), Gypsies (anglicky), „ale ve skutečnosti jsou tato jména patrně odvozena od názvu oblasti Malý Egypt na Peloponésu nebo v oblasti Malé Asie. V jižní a východní Evropě byli pojmenováni podle manichejské sekty kněžích Athiganoi – Atsiganos, z čehož vznikla další skupina pojmenování – Zingaro (v italštině), Tsigane (ve francouzštině), Zigeuner (v němčině), Cigáni (ve slovanských jazycích) i české Cikáni.“ [Historie, asi 2000]



stejná technologie zpracování kovů aj. Romskou historii mohli nejpřesněji vypátrat lingvisté podle vývoje romských dialektů.“ [Historie, asi 2000]

Obrázek 15 – Romská vlajka

Staroindická společnost byla přísně rozdělena na kasty. Lingvisté a historikové vedou rozpravu, ke které kastě Romové náleželi. Většina se shoduje, že ke kastě nedotknutelných.³⁰ I to mohl být důvod, proč z Indie v 8. století odešli. Předpokládá se též, že z vlasti odcházeli před šířícím se islámem (viz s. 115).

V roce 2012 byly zveřejněny výsledky studie, které prokazují, že **pravlastí Romů je Indie** – největší shodu v DNA vědci našli s obyvateli severozápadní Indie; zde právě žije nejvíce obyvatel z někdejší kasty nedotknutelných. [Šupová, 2012]

Přes svůj odlišný způsob života (kočovný) bývali Romové v zemích, jimiž procházeli, přijímáni – přinášeli jiné zkušenosti, nové technologie atd. K dataci příchodu Romů k nám se dočteme, že průkazným je rok **1417**. Příznivé přijetí skupině zaručovaly ochranné listiny, jimiž se prokazovala.³¹ „Od poloviny 16. století se však postoj vůči Romům mění i na našich územích“. [Historie, 2002]

30 Nejvyšší kastou v indické společnosti byli brahmíni (kněží), následovali kšátriové (vládci a bojovníci) a vaišjové (svobodní řemeslníci, rolníci, obchodníci). Nejnižší kastou byli šúdrové (služebníci), kteří již nebyli plnoprávní. Jednotlivec nemohl stoupnout do vyšší kasty. Již mimo kastovní systém stáli tzv. nedotknutelní („nečistí“), patrně původní obyvatelé (v souč. asi 160 mil. lidí). Kastovní systém byl zrušen ústavou r. 1950, ovšem k diskriminaci na jeho základě dochází, zejm. na venkově.

31 „Podobný glejt vystavil 17. dubna 1423 císař římský a král český Zikmund Lucemburský na Spišském hradě vojvodovi Ladislavovi. Glejty zaručovaly předákům jednotlivých skupin na svou dobu nevídané pravomoci nad vlastními lidmi a zaručovaly jim ochranu na dalších cestách:

»My, Zikmund, král uherský, český, ..., náš věrný Ladislav, vojvoda svého lidu cikánského nás pokorně poprosil o dosvědčení naší zvláštní shovívavosti. Přijměte tedy jeho uctivou žádost a neodmítejte tento dopis. V takovém případě, jestliže se uvedený Ladislav a jeho lidé objeví na jakémkoli místě našeho císařství, ve městě nebo ve vsi, doporučujeme vám prokázat mu věrnost, kterou tímto prokazujete nám. Ochraňujte je, aby vojvoda Ladislav a jeho lid mohl přebývat bez újmy za vašimi zdi. Jestliže se najde mezi nimi někdo opilý, jestli kdokoli vyvolá hádku jakéhokoli druhu, My chceme a nařizujeme, že pouze sám Ladislav, vojvoda, má jediný právo tohoto soudit, potrestat, dát odpuštění a rozehřešení, vyloučit ho z vašeho kruhu...«

V novověku zůstávají Romové ve většině zemí, do nichž přicházejí, na okraji společnosti a stávají se i objektem pogromů³² a genocidy³³. Dodnes jsou v některých zemích vnímáni jako součást celku kočovných skupin, i přesto, že odhadem více než polovina Romů žijících v EU již nekočuje. Romové patří k nejchudším, nejvíce marginalizovaným, nejméně vzdělaným a nejčastěji nezaměstnaným lidem v EU.

Romština je indoárijský jazyk indoevropské jazykové rodiny. První, kdo rozpoznal, že je indickým jazykem, byl István Vályi (†1781). Mezinárodní klasifikace jazyků rozeznává sedm dialektů romštiny. Mnoho slov je přejatých z jazyků národů, jejichž územím Romové v historii putovali. Odhad počtu mluvčích v Evropě kolísá mezi 4,6 a 12 miliony s realistickým středem okolo 6,6 milionu mluvčích. Hodně Romů za svůj mateřský jazyk považuje jazyk země, v níž žijí.

Od většiny evropského obyvatelstva se Romové liší původem, tradicemi i historií. „Romská populace má sice společný etnický původ, ale je vnitřně heterogenní. Základem je rodová struktura, v jejímž rámci se vyvíjí i specifický dialekt, normy a hodnoty, zvyky a tradice. Přesto, že Romové přišli do Evropy před mnoha staletími, v žádné zemi nesplynuli s původním obyvatelstvem a všude si dodnes udrželi jistou svébytnost.“ [Romové, 2012]

Označení **Romové** je souhrnné označení „řady etnických skupin, které mají společný původ, jazyk a mnoho společných kulturních rysů.“ [Dělení, 2000] Požadavek na pojmenování **Rom** ze strany majoritní populace byl vznesen na prvním světovém kongresu Romů (8. – 12. 4. 1971) v Londýně (resp. v Opringhtonu). Výsledkem kongresového jednání bylo přijetí mezinárodní romské **hymny** a **vlajky** jako symbolů mezinárodního romského hnutí

a byl položen organizační základ vzniku **Mezinárodní romské unie** (International Romani Union), která byla r. 1979 přijata do sekce nevládních organizací při OSN. Na celém světě se proto 8. dubna konají připomínkové akce. V této souvislosti byl roku 1990 na 4. kongresu Mezinárodní romské unie ve Varšavě **8. duben** ustanoven jako **Mezinárodní den Romů**. V České republice se konají oslavy MDR od roku 2001. [Lhotka, 2007]

Novodobá historie

32 masové krvavé pronásledování, masové vraždění

33 zločin vyvražďování a vyhlazování příslušníků národních, etnických, náboženských a rasových skupin

Rada vlády pro národnostní menšiny uvádí: „Dalším faktem je absence poznatků majoritní společnosti o nedávné historii Romů a často i nepřiznaná míra zavinění, kterou se na současném stavu romské komunity sama podílela.“ [Česko, 1997]

„Téměř veškeré původní romské obyvatelstvo na území Čech a Moravy bylo vyvražďeno v období druhé světové války. Většina Romů, kteří zde v současné době žijí, pochází z tradičních osad na Slovensku. Do Čech přicházeli po válce, částečně dobrovolně, částečně v rámci organizovaných přesunů. Komunistický režim těmito přesuny získával mj. levnou pracovní sílu v řídce osídlené oblasti pohraničí, aniž věnoval odpovídající pozornost potřebě napomáhat adaptaci slovenských Romů na nové podmínky. Ti se ocitali ve zcela neznámém industriálním prostředí velkých měst, které kladlo nové nároky na styl bydlení, soužití atd. Stát přitom nevěnoval žádnou péči osvětě a výchově a nahrazoval ji zcela nekonceptními postupy: jednak přehlížením projevů nepřizpůsobivosti, například tolerováním devastace bytů a přidělováním nových, což je přetrvávajícím zdrojem negativních postojů vůči Romům ve většinové populaci, částečně pak restriktivními opatřeními. Například školský systém nijak nezohledňoval přítomnost dětí z odlišného sociokulturního prostředí, místo cílené osvěty a pozitivní motivace se zdůrazňovala hrozba odebrání dětí z rodičovské péče za zanedbávání školní docházky i za cenu rozpadu rodinných vazeb.“ [Česko, 1997]

V důsledku genocidy téměř zcela zmizeli příslušníci česko-moravských a německých Romů a do Čech přišli Romové ze Slovenska. Po zákazu kočování (zákon 74/1959, o trvalém usídlení kočujících osob) se v Čechách usadili i Romové olašští, kteří přišli z Rumunska, Valašska a Moldávie. V 50. letech komunistický režim degradoval Romy na asociální vrstvu a likvidoval znaky romské etnické identity. Romové byli vnímáni jako sociální problém společnosti, jenž se řešil násilnou asimilací k obrazu „řádných občanů“: „Již z formulace zákona přímo číší přístup, jenž v Československu panoval a který v mnohém přetrvává dodnes: my, civilizovaní a řádní občané musíme pomoci zcivilizovat je. Nabídka zde vzniká bez jakékoli poptávky, jinými slovy budeme pomáhat Romům, protože to potřebujeme my. V § 1 se praví: »Národní výbory poskytují osobám, které vedou kočovný způsob života, všestrannou pomoc, aby mohly přejít k usedlému způsobu života; zejména jsou povinny těmto osobám pomáhat při opatrování vhodného zaměstnání a ubytování a působit výchovnými prostředky soustavně k tomu, aby se stali řádnými pracujícími občany.« Ve třetím paragrafu se zákon hodlá rázně vypořádat s každým, kdo

»pomoc« neakceptuje: »Kdo setrvá při kočovném způsobu života, přestože mu byla poskytnuta pomoc k trvalému usídlení, bude potrestán pro trestný čin odnětím svobody na 6 měsíců až 3 léta.« [Historie, 2002]

Usazování kočovných Romů, ponejvíce olašských, probíhalo někdy nátlakem, například policie při noční razii uřezala maringotkám kola a odváděla či střílela koně. Někteří Romové se rozhodli vzdorovat a nadále setrvat v maringotkách, jiní po čase podlehli a odstěhovali se do státem přidělených bytů – z této doby pocházejí stížnosti na jejich „asociální“ chování. [Historie, 2002]

Tyto postupy se nelíbily ani Čechům (nepřičilo se jim násilí, ale to, jak „snadno“ Romové přišli k bytům), ani Romům – většina byla nucena žít život, který si nevybrali, který ignoroval jejich životní styl, hodnoty, tradice a který vyžadoval naprosté přizpůsobení. Komunistický režim způsobil, že původní romské hodnoty a normy byly ničeny, aniž by byly přirozeně nahrazovány jinými. I proto řada Romů dnes postrádá vědomí sounáležitosti, vědomí společného původu a společných dějin. Společným nositelem jejich identity je pak i pocit bezpráví, kterého se na nich společnost dopouštěla. [Historie, 2002]

Pod vlivem silných asimilačních tlaků se mnozí Romové snažili svoji identitu popřít, co nejvíce se přiblížit většinové společnosti a distancovat se od svého etnika. Někteří rodiče podlehli tlakům ze škol a přestali učit děti romštinu. [Historie, 2002]

„Násilné zásahy státu, které narušily přirozené vazby v romské komunitě a které se projevují i v její současné – často kritizované – nejednotnosti, pokračovaly až do nedávné doby. Například vyhláška 502 z roku 1965 stanovila, že v žádné obci nesmí Romové tvořit více než pět procent z celkového počtu obyvatel. Jejich »nadpočetní« skupina proto byla tzv. organizovaným rozptylem přestěhována do jiných míst, kde byla nevraživě přijímána jak majoritní společností, tak tamními usedlými Romy.“ [Česko, 1997]

Jiný typ problému nastal se vznikem ČR (1. 1. 1993) a vydáním zákona č. **40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství**. Protože Romové nebyli s to splnit podmínky zákona (projít řízením a provést včas volbu občanství), z většiny se tak stali cizinci v zemi, kde se narodili a celý život žili.

S příchodem tržní ekonomiky se často nekvalifikovaní Romové znovu dostali na okraj společnosti. Nezaměstnanost Romů v ČR dosahuje až 75 %, někde dokonce 95 %, přičemž

důvodem je zejména nedostatečné vzdělání (důvodů je více, viz odborná literatura), částečně i skrytý rasismus. To je důvod, proč se romské i neromské, vládní i nevládní organizace zabývají právě otázkou vzdělávání romské menšiny. Ruku v ruce s tím je třeba se zabývat otázkou vzdělávání majority počínaje předškolní výchovou, úpravou učebnic, aby se děti dozvěděly, že v České republice nežijí jen Češi, a aby se (romské) děti měly příležitost seznámit s historií (svého) etnika. [Historie, 2002]

Romská komunita

Stanovit přesný počet příslušníků romské menšiny v ČR je obtížné: na statistická data zjištěná při sčítání lidu nelze spoléhat, protože Romové se hlásí i k jiným národnostem než romské (rozhoduje princip sebeurčení) nebo se nepřihlásí k žádné. Při sčítání lidu v roce 1991 se k romské národnosti hlásilo 32 903 osob, v roce 2001 pouhých 11 746 osob, přičemž dalších 784 osob uvedlo romskou národnost v kombinaci s českou, slovenskou nebo moravskou. Počet Romů v ČR lze pouze odhadovat, přičemž odhady se pohybují ve značně neurčitém rozmezí od 150 000 do 400 000. [Romové, 2012]

Způsob života Romů se liší od způsobu života Čechů a hlavní příčinou je to, že Romové uznávají jiné hodnoty než Češi.

Romové tráví velice málo času v bytě, jsou častěji v ulicích. V romských osadách se život Romů odehrával (zejm. v letních měsících) hlavně venku: ženy vařily na sporácích, které si vynesly před dům, venku se jedlo, pralo, setkávalo.

Tradiční romská **rodina** je patriarchální, mnohogenerační (tří- a vícegenerační), značně sociálně závislá na příbuzenstvu. Není snad jiný národ s tak silnými rodovými vazbami. Děti a často ani dospělí nerozlišují stupeň příbuznosti (např. bratrance od bratra). Mezi sebou se Romové hodnotí podle toho, ze které rodiny pocházejí a jakou má tato rodina vážnost. Na rozdíl od Čechů je pro ně důležitější zaměření na rodinu než na profesi. Rodina je totiž zdrojem obživy, má funkci vzdělávací a ochrannou – *rodina je od Boha*.

Jedním z typických rysů romské kultury je úcta Romů k rodičům a ke starým lidem. Romští staří lidé se téměř nevyskytují v domovech pro seniory. Postarat se o staré rodiče je pro Romy naprostou samozřejmostí.

Děti jsou největším bohatstvím romské rodiny. Dětství a dospívání končí založením vlastní rodiny, což je někdy v nízkém věku. Dívky si někdy musejí brát muže, kterého vybere rodina.

Vzdělanost je problém, většina Romů neumí dobře číst a psát, což je způsobeno tím, že školství neposkytuje Romům to, co by potřebovali, příp. očekávali – neřeší jazykovou bariéru, nerespektuje mentalitu, kulturní odlišnosti a sociální podmínky. Problém je také v absenci relevantní předškolní přípravy. Další problémy vyplývají z toho, že rodiče nemohou dětem s učením pomoci, protože sami učivo nezvládají, z nízké motivace rodičů vést děti ke vzdělání, z nízké slovní zásoby v českém jazyce rodičů i dětí, příp. z neznalosti češtiny, tedy vyučovacího jazyka aj. To vše způsobuje, že jsou romské děti ve škole pozadu a dítě, byť inteligentní, je přeřazeno do speciální školy, kde se jeho vývoj zpomalí a problém se reprodukuje na další generace.

„V souvislosti se **vztahem Romů k hodnotám vzdělání a pracovní kvalifikace** je třeba říci, že v původní romské komunitě – byť v jiné podobě než která je vlastní současné majoritní společnosti – **byly na své úrovni uznávány a respektovány**. O tom, že romská zaměstnanost rapidně klesala až v důsledku poválečných zásahů do tradiční romské komunity a postupujících ekonomických procesů, svědčí například výsledky Šetření o snímku cikánského obyvatelstva, které v roce 1972 provedla na území Prahy tehdejší Správa sociálních služeb. Projekt zjišťoval aktuální romskou zaměstnanost a kvalifikaci a zároveň kvalifikaci děda a otce dospělých respondentů. Ukázalo se, že v generaci prarodičů vykonávalo tradiční romské řemeslo 90 % mužů. V rodičovské generaci se již jednalo o zanedbatelné procento a v generaci samotných respondentů se blížilo nule.“ [Česko, 1997]

Psychosociální odlišnosti mezi Romy a Čechy jsou: temperament – emotivita (snadnější vzrušivost, impulzivita, výbušnost, vyšší intenzita prožívaných emocí, nižší ovládání citových projevů atp.), nižší sebereflexe (bez tendence k introspekci, sebepoznávání a sebehodnocení); převaha praktikismu a konkretismu (orientace na současnost a aktuální prožitek); pragmatické myšlení (zaměření na maximální užitek a prožitek); odlišná struktura inteligence (dobrá schopnost řešit běžné praktické situace, a sice zejm. tehdy, jsou-li spojeny s uspokojením aktuální potřeby vlastní nebo členů rodiny; dobrá sociální inteligence); odlišný přístup k úkolům (nižší motivace a trpělivost); méně rozvinutá vůle a sebeovládání.

Víra a náboženství Romů byly v historii neodmyslitelně spjaty s životem, jako jsou spjaty v tzv. dharmových náboženstvích. Životní řád byl a někdy stále je dán **romipen** (romská tradice, způsob života Romů, zkráceně romství) podobně jako v hinduismu,

buddhismu aj. *dharmou* („způsob bytí“, „jak se věci mají“). Kořeny hinduismu se projevují v tradici, zvycích, vztazích i v místy trvajícím kastovním systému aj.

Velmi zjednodušeně lze říci, že tradiční duchovní kultura Romů je založena na lidovém náboženství, pověře a magii a do ní se promítají projevy duchovní kultury oblastí, jimiž Romové putovali z Indie, a země, v níž se usadili. Uvádí se, že spiritualita Romů je hluboká a osobitá; projevuje se vírou v určitou vyšší sílu, v to, že duše přesahuje člověka a existuje i po odchodu těla na onen svět. Bůh se romsky řekne *o Del*, přátelsky *o Deloro*, a věřící se k němu v rozhovoru obracejí (tedy modlí) pomocí mantry nebo bídžamantry, řidčeji modlitbou ve smyslu křesťanském. Věří, že je stvořitelem všeho světa a vládne mu. Dále Romové ctí duše mrtvých a současně věří, že se duše vrací na svět – ty dobré, aby jim pomáhaly, ty zlé, aby škodily, a proto se jich bojí. Víra je zpravidla předávána z generace na generaci a projevuje se i v mladé generaci.

V současnosti se v ČR náboženským vyznáním Romové většinou hlásí k římským katolíkům (a protože je duchovní kultura Romů úzce spjata s romskými tradicemi, zvyky a rituály, při praktikování víry se zpravidla s křesťanskými praktikami propojují), někteří k letničním hnutím.

Zdraví populace [Romové, 2012]

Protože zdravotnická statistika v ČR nesleduje kritérium národnosti, zdravotní stav romské menšiny lze jen odhadovat. Zprávy o zdraví romské populace jsou založeny na názorech lékařů, kteří přicházejí s občany bezprostředně do styku.

Z praxe vyplývá potřeba věnovat zvýšenou pozornost a péči zejména lidem ze sociálně vyloučených lokalit a zajistit jim rovnou šanci na zdraví. Je třeba pochopit potřebnost odlišné zdravotnické péče tehdy, jestliže se liší životní styl a životní podmínky člověka, tedy objektu zdravotnické péče (viz lidské potřeby ošetřovaných v kapitole *Ošetřovatelská etika*, s. 54). Je třeba pochopit specifika potřeb Romů, odlišnosti ve spotřebě zdravotnické péče a odlišnou motivaci ke zdraví a k péči o zdraví, odlišnou spoluzodpovědnost za vlastní zdraví. S tím může souviset i problematika ochrany veřejného zdraví.

„Zdravotní potřeby Romů souvisejí především s podmínkami jejich života a životním způsobem ve smyslu behaviorálním. V obou se odráží nízké vzdělání a horší životní úroveň, nízký standard bydlení, často zdravotně rizikové chování, tendence podléhat

častěji závislostem na alkoholu a drogách, problematické začlenění do majoritní společnosti a další psychosociální determinanty.“ [Romové, 2012]

Z pohledu sociální spravedlnosti je nutné brát v úvahu, zda jsou různé populační skupiny stejně schopné využívat příležitosti dané společností (př. šanci na zdravý způsob života).

Nejnovější data o zdraví romské populace přináší publikace *Romská populace a zdraví. Česká republika – Národní zpráva 2009*. Představuje výsledky a doporučení vyplývající z analýzy sociální a zdravotní situace romské populace v ČR. Analýza byla vypracována v rámci evropského projektu „Zdraví a romská populace“ koordinovaného španělskou nadací Fundación Secretariado Gitano v sedmi evropských zemích.

Odborníci se shodují, že zvýšená nemocnost a celkově horší zdravotní stav Romů jsou způsobeny mnoha faktory, přičemž dominují sociální a ekonomické podmínky života a zdravotní chování. Podstatnou roli hrají zhoršené podmínky bydlení, nižší standard vybavenosti bytů, větší počet obyvatel v bytě, vysoký výskyt kouření a výživa. Je však nutné si připomenout, že mezi jednotlivými rodinami a rody jsou značné rozdíly ve způsobu života a životní úrovni.

Je zásadní vědět, že občané ČR, kteří jsou romského původu, nezávisle na tom, zda se k romské národnosti hlásí, či nikoli, mají podle **Listiny základních práv a svobod** (viz s. 50) rovné právo na ochranu zdraví a zdravotní péči.

Česká vláda, představitelé neziskového sektoru i zdravotníci si uvědomují, že zlepšení zdravotního stavu romského obyvatelstva vyžaduje aktivní přístup ze strany společnosti a nové formy podpory. Proto byl vytvořen pilotní projekt zaměřený na zlepšení zdraví romské populace, který ověřoval (v rámci mezinárodní iniciativy Dekáda romské inkluze 2005–2015) činnost pomocných **zdravotně-sociálních pracovníků**.

Jejich úkol je v sociálně vyloučených lokalitách (s vysokým počtem romského obyvatelstva) aktivně vyhledávat jak v jednotlivých domácnostech, tak v celé komunitě osoby či skupiny ohrožené na zdraví kvůli rizikovému chování, kvůli nedostatku informací nebo nedostupnosti zdravotní péče.

Zaměřují se na péči o těhotné ženy a matky po porodu, děti, mladé lidi, užívání drog a hygienické podmínky v domácnostech. Mají spolupracovat se zdravotnickými zařízeními, praktickými lékaři, gynekology, stomatology, krajskými hygienickými

stanicemi aj. Další očekávaný přínos je zlepšení komunikace mezi zdravotníky a romskými pacienty.

Na základě dlouhodobých zkušeností byl na Ostravsku schválen projekt sociálně-zdravotního asistenta. Asistent pomáhal (ve spolupráci s terénními sociálními pracovníky) Romům v primární prevenci, což postupně vedlo ke zvýšení zájmu rodičů o pravidelné preventivní prohlídky dětí u praktických lékařů, k účasti v očkovacích programech, rodiče se začali více zajímat o životosprávu dětí a výrazně se zlepšila jejich spolupráce s praktickými lékaři. Na základě výrazně dobrých výsledků dospěla Rada vlády pro záležitosti romské komunity k rozhodnutí, že by asistenti měli působit i v dalších krajích, v nichž je romská komunita početnější.

Zdravotně-sociální pracovník není odborný zdravotnický pracovník, ale laik, jenž je důvěryhodným pomocníkem a rádčem ve věcech týkajících se péče o zdraví, zejména prevence. Hlavní body jeho činnosti byly rozděleny následovně: osvěta (v oblasti zdravého životního stylu), pomoc (při řešení zdravotních problémů a jejich prevence), zprostředkování (informací z oblasti zdraví a kontaktů na zdravotnická zařízení).

Poznámky k ošetřovatelství v populaci

Především je třeba si uvědomit, že neexistuje nikdo jako „typický pacient“. Následující informace jsou jistě v mnohém zobecňující a schematizující, a proto podáváme v závorce nástin možného vysvětlení.

- Zdraví je pro Romy důležité, v průzkumech zpravidla zaujímá druhé nebo třetí místo hodnotového žebříčku (po rodině, lásce). Znamená fyzickou odolnost, sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti.
- Romové mají strach z bolesti a ze smrti. Obojí mohou pociťovat a projevovat i tehdy, není-li jejich zdravotní stav vážný. Pak také mohou vnímat informace a rady jako podcenění vážnosti, příp. nespravedlnost a cítit se dotčeni (viz prvky lidového náboženství, nedůvěra k majoritě).
- Těhotná žena je požehnaná a přináší štěstí. Některé ženy se řídí pravidly na ochranu plodu, jako je zákaz pohlédnout na zesnulého, na postiženého člověka, na hada aj. (viz víra, prvky lidového náboženství).

- Některé těhotné ženy do poslední chvíle pracují.
- Rodící ženy bývají velmi citlivé na bolest; bolest dávají hlasitě najevo (viz zvýšená emotivita, temperament).
- Někteří pacienti jsou nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu (viz nedůvěra k majoritě; stanovisko personálu = stanovisko majority).
- Někteří pacienti potřebují rozhodnutí lékaře konzultovat s rodinou (viz rodový systém).
- Při hospitalizaci je patrná starostlivost příbuzných. Na stav pacienta se někdy přichází ptát široké příbuzenstvo, které dokáže čekat celé hodiny do skončení operačního výkonu či vyšetření. Je-li hospitalizována rodička, může se stát, že členové rodiny (zejm. olašských Romů) zůstávají poblíž porodnice, aby byli v kontaktu s rodičkou, dorozumívají oknem či přes okno, někdy hlučně (viz rodový a hodnotový systém, temperament).
- Rodina (spíše než pacient) někdy vyžaduje, aby informace o zdravotním stavu podával nejvyšší představitel lékařského týmu (viz charakteristiky kastovního systému v odborné literatuře; viz rodový systém) a odmítnutí požadavku může interpretovat jako diskriminaci (viz nedůvěra k majoritě), příp. se projevit agresivně (viz temperament).
- Příbuzní pacienta se někdy dožadují návštěv mimo návštěvní hodiny a shlukují se na pokoji nemocného. Tím sice pacienta povzbudí, ale současně ruší klid ostatních pacientů, někdy naruší i chod oddělení (viz rodový a hodnotový systém, viz temperament).
- Stává se, že krátkodobě nemocný romský pacient bude užívat léky a plnit přikázaná opatření jen do ustoupení příznaků choroby. Proto je důležité vysvětlovat možné následky takového jednání (viz nízká informovanost).

Z romských přísloví: Uřízni si jazyk, než ti jazyk uřízne hlavu. Kdo má rád jenom sebe, neví, co je štěstí. Lépe s moudrým roztloukat kamení, než s hlupákem jíst buchty. Hlupák říká, co ví, moudrý ví, co říká. Můžeš spočítat, kolik je jablek na stromě, ale nemůžeš spočítat, kolik je stromů v jablku. Nezahazuj velkou cestu pro malou.

7.4.2 Ukrajinci

Ukrajinci jsou slovanským národem. Ukrajina je přímořský stát ležící ve východní Evropě na pobřeží Černého a Azovského moře. Hlavním a největším městem Ukrajiny je Kyjev. Úředním jazykem je ukrajinština, ovšem pro část Ukrajinců je rodným jazykem



ruština. Kvůli těžkým životním podmínkám odcházejí Ukrajinci z domoviny do západních států.

Obrázek 16 – Ukrajinská vlajka

Historie

Ukrajinská migrace do ČR má svou dlouhou historii. První stopy přítomnosti Ukrajinců v Čechách a na Moravě byly zaznamenány již v 16. a 17. století, kdy začínali přicházet jako studenti nebo žoldáci.

Na počátku 20. století se v Čechách stali ukrajinští vysokoškoláci nejaktivnějšími představiteli ukrajinského společenského a kulturního života. Po první světové válce se počet Ukrajinců v Čechách zvýšil, protože přibýlo mnoho uprchlíků (z frontové oblasti) a po roce 1920 do ČSR přišla vlna uprchlíků z východní Ukrajiny obsazené sovětským Ruskem. Po druhé světové válce přišla další vlna ukrajinských uprchlíků. Tito Ukrajinci získali české občanství a převážně se asimilovali.

„Po pádu železné opony se otevřely nejen západní, ale i východní hranice a Československo se stalo poměrně atraktivní zemí pro imigranty, především z bývalého Sovětského svazu. Převládající špatná ekonomická situace Ukrajiny, geografická blízkost a poměrně malé jazykové i kulturní bariéry jsou hlavními příčinami toho, že v současné době Ukrajinci reprezentují nejpočetnější skupinu ekonomických migrantů v ČR, přičemž dočasná pracovní migrace Ukrajinců směřujících do České republiky již několik let postupně začíná mít charakter trvalé imigrace.“ [Leontiyeva, 2005]

Ukrajinská komunita

Ukrajinská kultura vychází z křesťanských tradic, nejvíce z pravoslaví, ale také z řeckého katolictví. Podstatný je i ruský vliv, který je v ukrajinské kultuře trvale a silně přítomný. Z hlediska náboženství převládá pravoslaví (okolo 84 %), na západě státu je rozšířena ukrajinská řeckokatolická církev (okolo 8 %). Menší část obyvatel se hlásí k náboženství římskokatolickému a protestantskému (nejčastější je baptismus) a rovněž

k judaismu; v jižní oblasti, zejména na Krymu, kde žijí muslimové (převážně sunnité) k islámu.

V minulosti byl živitelem ukrajinské rodiny muž. V současné době vzhledem k velké nezaměstnanosti přináší peníze do domácnosti často i žena. Míra nezaměstnanosti se podle odhadu z roku 2010 uvádí 8,4 %, neoficiálně je mnohem vyšší; navíc se ve skutečnosti okolo 50 % obyvatelstva podílí na šedé ekonomice. Podle údajů z roku 2009 35 % obyvatelstva žije pod hranicí chudoby.

Počet dětí v rodině klesá jako v celé Evropě, a to hlavně kvůli špatné ekonomické situaci rodin. Antikoncepce je na Ukrajině příliš nákladná, a tedy většině Ukrajinců nedostupná stejně jako eventuální miniinterrupce. Nechtěná těhotenství se proto často ukončují (ze sociálních či finančních důvodů) i v pokročilejším stadiu těhotenství. Špatné ekonomické podmínky se odrážejí i ve vzdělávání dětí (je omezena možnost středoškolského či vysokoškolského studia a následného uplatnění v oboru). Ukrajinci v ČR mají slabé znalosti češtiny i západních jazyků.

Ukrajinci a zdraví

Na Ukrajině je bohužel zdravotní péče katastrofální. Před plánovanou hospitalizací pacient obdrží seznam věcí, pomůcek a léků, které si musí koupit a přinést (prostěradlo, roušky, vatu, injekční stříkačky, obvazy, infuzní roztoky atd.).

Na Ukrajině se vyskytují některá infekční onemocnění, která nejsou v ČR běžná.

V České republice jsou ukrajinští pacienti velice ukáznění a nemají žádné specifické požadavky, emocionálně se příliš neprojevují. Rodinní příslušníci často do nemocnice nedorazí, poněvadž nejsou přítomni v ČR.

Nejčastějším problémem při ošetřování ukrajinských pacientů složitá komunikace daná neznalostí jazyka. Dalším problémem je pojištění, které pacientům často chybí.

7.4.3 Vietnamci

Vietnamská socialistická republika (Vietnam) je přímořský stát v jihovýchodní Asii ve východní části poloostrova Zadní Indie. Sousedí s Kambodžou, Čínou a Laosem. Hlavním městem je Hanoj. Počet obyvatel přesahuje 90 milionů. Úředním jazykem je vietnamština, nejrozšířenějšími užívanými cizími jazyky jsou čínština



(kantonská a mandarínská), angličtina, francouzština (převážně starší generace) a ruština.

Obrázek 17 – Vietnamská vlajka

Obyvatelstvo tvoří Vietnamci (asi 86 %) a etnika Tay, Thai, Muong, Khmerové, Hoa, Nun, Hmong (ca od 1,9 % po 1,0 %) aj. V zemi žije více než 60 národnostních menšin. *Vietnamci* = souhrnné označení obyvatel Vietnamu bez ohledu na národnostní a etnickou příslušnost.

Z náboženského hlediska (dle sčítání obyvatel r. 1999) převládají výrazně lidé bez vyznání (ateisté; 80,8 %), následují buddhisté (9,3 %), katolíci (6,7 %), členové sekty Hoa Hao (buddhistická sekta známá antikomunistickou orientací; 1,5 %), členové sekty Cao Dai (církvní organizace podle římskokatolického vzoru; 1,1 %), protestanti (0,5 %) a muslimové (islám; 0,1 %). Z hlediska složení věřících je okolo 90 % buddhistů.

V zemi vládne Komunistická strana Vietnamu.

Za oficiální počátek vietnamské migrace do ČR a za počátek vzájemných vztahů obou zemí považujeme navázání diplomatických vztahů v polovině 20. století mezi tehdejší Československou socialistickou republikou (ČSSR) a Vietnamskou demokratickou republikou (VDR). Vzájemné vztahy byly organizovány shora a účelově. ČSSR tehdy potřebovala více pracovní síly (hlavně v pohraničí) a spolupráce v rámci socialistického bloku zajišťovala celkem příznivé podmínky. Severní Vietnam zase potřeboval vzdělávat své pracovní síly. Když pomineme politickou a společenskou atmosféru té doby a zapomeneme na politickou motivaci, k příjezdu před rokem 1989 byli vietnamští občané motivováni mj. šancí získat kvalitní vzdělání, kvalifikaci a hlavně možnost zlepšit si ekonomickou situaci a poté společenské postavení ve Vietnamu.

Nejvyšší nárůst počtu Vietnamců byl zaznamenán v první polovině 80. let 20. stol., kdy na základě mezinárodní dohody přijelo do ČSSR 30 000 až 35 000 vietnamských občanů (dvě třetiny pracovaly v dělnických profesích). Vietnamští občané pracovali např. ve

Spolaně v Neratovicích, ve Frutě Mochov v Horních Počernicích, v Blanických strojárnách ve Vlašimi, ve sklárnách Oloví na Sokolovsku atd.

V důsledku politických rozhodnutí ČSSR nastal ve druhé polovině 80. let 20. stol. zvrát ve vzájemných vztazích a počet Vietnamců v ČSSR se začal snižovat. Vietnam tehdy prováděl hospodářské reformy (vietnamské hospodářství se otevíralo cizímu kapitálu, hlavně z Japonska, Číny a Francie). Česká hospodářská politika tuto změnu příliš neregistrovala a po roce 1989 odstoupila od vzájemných dohod a smluv (a tím přerušila téměř veškeré oficiální hospodářské styky). Následkem toho se většina vietnamských občanů musela vrátit do Vietnamu nebo změnit účel a formu svého pobytu, aby zde mohla zůstat.

Oproti období před rokem 1989, kdy největší počet Vietnamců žil v blízkosti velkých podniků a učilišť, se dnes Vietnamci usidlují ve velkých městech a pohraničních regionech, kde se zaměřují na prodej.

Většina vietnamských občanů bez ohledu na svou původní profesi a vzdělání oficiálně podniká. Na základě živnostenského oprávnění Vietnamci podnikají zejména ve volné živnosti, převážně na nákup a prodej zboží, a v gastronomii (občerstvení, restaurace).

Vietnamská komunita

V souvislosti s Vietnamskou komunitou v ČR se v poslední době hovoří o tzv. *problému druhé generace migrantů*. Protože vietnamské děti a studenti se tu již zpravidla narodili nebo tu žijí od malička, patří k významné skupině, která bezesporu ovlivní budoucnost vzájemných vztahů. Odborníci uvádějí, že se mladší generace imigrantů významně liší od té starší, a to především intenzitou zapojení do české společnosti. V této souvislosti se také hovoří o vzniku mezigeneračních a interkulturních konfliktů uvnitř samotné vietnamské komunity.

Vietnamská komunita je charakterizována jako uzavřená, samostatná a izolovaná komunita bez výrazné potřeby a chuti se integrovat do života české populace. Většina Vietnamců u nás žije v náročných podmínkách: jejich pracovní doba překračuje běžné zdejší zvyklosti, volného času mají opravdu málo, a proto jim nezbývá čas na volnočasové aktivity a odpočinek. I to přispívá k separaci vietnamské komunity.

„Mezi významné interkulturní faktory bránící integraci patří např.: silný vztah ke své vlasti, ke svým krajanům, lidový charakter a zaměření na rodinu a její soukromí, pocit

potřeby obrany země způsobený dlouhým obdobím válek a z toho plynoucí mírně negativní vztah k morálce západu, tradiční rysy etnické ekonomie (uzavírání ústních smluv, provázanost vzájemných dluhů a dalších závazkových vztahů, dodržování tradiční společenské hierarchie, určité nepochopení role státních institucí jako služebníků občanů, velmi slabé právní povědomí příchozích migrantů (o právu ve Vietnamu, o to více o právu v ČR), velmi slabé všeobecné povědomí o kultuře ČR.“ [Kocourek, 2005]

Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny, převažuje rozšířená rodina (rodiče, děti, vzdálené příbuzenstvo, někdy i blízcí přátelé), respektuje se prvorozenectví (prvorozený syn dědí rodinný majetek). Velký důraz a nemalé finanční prostředky se kladou na vzdělávání, neboť ve vzdělání je budoucnost, která může výrazně ovlivnit životní úroveň rodiny. „Rodiče těchto dětí kladou mimořádný důraz na vzdělání, takže děti ve škole dosahují průměrných i nadprůměrných výsledků. Tak jsou zapsány i v očích majoritní společnosti. Děti narozené u nás umí dobře česky a často mívají problémy s vietnamštinou. ... Vietnamští rodiče jen neradi pouštějí své děti na organizované a pravidelné volnočasové aktivity. Vietnamské děti mají méně volného času, učí se mnohem více než české děti, nechodí ven, tráví hodně času na internetu, hlavně bohatší rodiny platí dětem doučování a prestižní kroužky, např. jazyky a tenis.“ [Na křižovatce, 2010, s. 16]

Rodiče vychovávají děti k úctě k rodině a rodičům, příliš své děti nechválí, kladou důraz na úspěšnost a nezávislost. Uctivý způsob chování a pocit zodpovědnosti vůči rodičům je ve Vietnamcích hluboko zakořeněn. Pro Vietnamce je péče o staré rodiče až do konce jejich života naprostou samozřejmostí.

Vietnamci a zdraví

Ve Vietnamu tvoří rodina nejdůležitější jednotku společnosti. Představuje zázemí pro všechny své členy, v němž se řeší veškeré problémy včetně zdravotních. Povinností rodiny je postarat se o své nemocné a umírající členy.

Vietnamci věří, že síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem, přičemž nerovnováha těchto sil působí nemoc. Není ničím výjimečným vyhledat léčitele, aby poskytl léky, byliny a provedl spirituální léčebné obřady.

Při léčení vietnamských pacientů je důležité vědět, že lékařskou pomoc vyhledávají teprve tehdy, když je problém pokročilý nebo když mají velké bolesti. Vždy nejprve zkoušejí samoléčbu a domácí péči. Když pacient vyjádří přání mít u sebe člena rodiny, je důležité mu vyhovět. Protože jsou Vietnamci velmi stydliví (zejména ženy), je nezbytné k prohlídce zajistit naprosté soukromí (což by mělo být samozřejmé u všech pacientů, nejen u vietnamských). Pacientovi je třeba vysvětlit předem všechny procedury a testy, a to pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Pozor na to, že častá příkypnutí doprovázená úsměvem **neznamenají**, že pacient všemu rozuměl nebo že souhlasí. Mohou být vyjádřením úcty nebo skutečnosti, že nás slyší a vnímají (že nám naslouchají). Není vhodné sdělovat pacientovi závažnost zdravotního stavu bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina zpravidla nechce, aby byl pacient ve stresu a měl ještě více obav, a proto si může přát, aby diagnóza nebyla pacientovi sdělována. Jestliže je za určitých okolností nutná pitva, rozhodne celá rodina.

Abychom nenechali pacienta trpět, je důležité vědět, že Vietnamci prožívají bolest tišeji a klidněji než my a že sami od sebe nepožádají o léky na bolest. (Únavu nezmiňují vůbec.) Pokud není nezbytně nutný agresivní zákrok, odmítají ho. Pokud je třeba transfúze, členové rodiny budou ochotni darovat krev.

Obezita není pro Vietnamce problémem, ale znakem dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti.

Hodně pozornosti věnují Vietnamci těhotným ženám, u nichž dbají na zdravou stravu a dostatek odpočinku. Těhotné ženy musí být v teple a dodržovat speciální hygienu (např. na čištění zubů používají slanou vodu atp.); ženy upřednostňují vaginální porod před císařským řezem a trpí tíše, snaží se nenaříkat.

7.5 Náboženství a církve v České republice

Podle sčítání lidu z r. 2011 se v České republice hlásí k různým církvím a náboženským společnostem 1,5 miliónů obyvatel (13,9 %). Asi 707 000 občanů (6,7 %) se přihlásilo k víře, přičemž se nehlásí k žádné církvi. Bez vyznání (ateisté) je 3,6 miliónů obyvatel (34,2 %). Možnosti nevyjádřit se využilo 4,7 miliónu obyvatel (45,2 %).

Nejrozšířenější je v ČR **křesťanství** (viz s. 111), přičemž nejpočetnější církví je římskokatolická církev, ke které se hlásí 1,1 miliónu věřících, tj. 10,26 % populace. (Počet

členů církve římskokatolické výrazně poklesl, v roce 2001 se k ní hlásilo 2,7 miliónu věřících, tj. 26,8 %). Následují velké protestantské církve: Českobratrská církev evangelická s 52 000 členy (0,49 %) a Církev československá husitská s 39 000 členy (0,37 %). Pravoslavná církev má 27 000 členů; po 10 000 věřících se hlásí k Církvi bratrské a Církvi Křesťanská společenství. Náboženská společnost Svědkové Jehovovi má 13 000 členů.

K judaismu (viz níže) se hlásí asi 1500 obyvatel, k islámu (viz s. 115) téměř 3500 a k různým formám buddhismu (viz s. 117) přes 6100 osob. Přibližně 15 000 obyvatel se v ČR hlásí k jidiismu, 1075 obyvatel k ateismu a 863 k pohanství (novopohanství).

Oproti roku 2001 značně klesl jak počet obyvatel s nějakým náboženským vyznáním, tak počet obyvatel nehlásících se k žádnému náboženství. Novinkou ve sčítání lidu z roku 2011 byla totiž možnost přihlásit se jako věřící bez nutnosti uvést příslušnost ke konkrétní církvi (využilo jí téměř 7 % obyvatel). Určitou zvláštností je, že se zvýšil počet osob, které se rozhodly na otázku o víře neodpovídat.

Úkolem zdravotnického personálu je pomáhat nemocným ve všech oblastech jejich života. Péče má být holistická čili celostní, je tedy důležité starat se o člověka komplexně, pečovat o bio-psycho-sociálně-spirituální složku jeho podstaty. Spirituální potřeby mohou v určitých fázích onemocnění nabýt priority před potřebami ostatními. A proto je důležité s nemocnými více komunikovat a potřebnou péči jim umožnit, případně zajistit.

„Možnosti pomoci nemocnému v oblasti uspokojování spirituálních potřeb:

- Respektovat víru nemocného.
- Získat informace o duchovních potřebách nemocného.
- Informovat nemocného a příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení.
- Podle přání nemocného zprostředkovat návštěvu kněze, mnicha, rabína ...
- Zprostředkovat návštěvu jiných věřících.“ [Ivanová, 2005a, s. 209]

Fakultní nemocnice v Motole spolupracuje již několik let s duchovními různých církví, aby poskytla pacientům a jejich blízkým duchovní péči, kterou vnímá jako součást komplexní ošetrovatelské péče. V období od března 2008 do září 2012 využilo možnosti setkat se a hovořit s duchovním 18 526 klientů při 20 230 konzultacích (16 514 s pacientem, 1813 s příbuzným, 1903 se zaměstnancem). Uvádí se, že **klienti v naprosté většině nebyli členy žádné církve**. Překvapivé bylo, že o duchovní službu projevovali

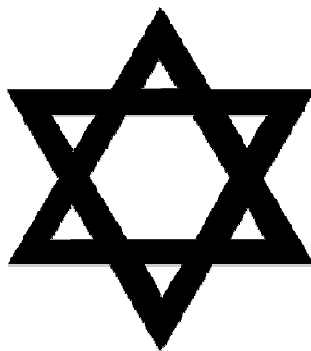
zájem pacienti **všech věkových kategorií** bez rozdílu, resp. rozdíl činil pouhá 3 % (sedm věkových kategorií počínaje kategorií 21–30 let a konče 81–90). Dále se uvádí:

- „Genderové rozdělení nám potvrdilo podobné zkušenosti, jaké známe z psychoterapie, že ženy vyhledávají podporu častěji (70 %) než muži (30 %).
- Kromě pacientů (82 %) vyhledávají pomoc i jejich blízcí (9 %) a personál (9 %).
- Nejvyšší počet konzultací byl uskutečněn na odděleních, kde jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě, tedy v LDN-CNP (41 %), na interních odděleních (12 %) a na spinální jednotce (10 %); také však v Prostoru ticha (12 %).“ [Rozvíjení, 2012]

Nejprve se zmíníme o tzv. **abrahámovských náboženstvích** (arab. *ahl al-kitáb* = lid knihy). Jsou spojována s prorokem Abrahámem a přes řadu odlišností mají množství společných znaků. Především je spojuje víra v jednoho a stejného Boha, který je chápán jako tvůrce a soudce světa i člověka. Prvním z nich je **judaismus**, po něm vzniklo **křesťanství**, později **islám**. Poté zmíníme buddhismus, který patří k indickým náboženstvím.

7.5.1 Judaismus

Judaismus (židovství, židovská víra) je náboženstvím židovského národa (náboženské vyznání: žid), přičemž židem se člověk může stát na základě víry, aniž by byl židovské národnosti (národnost: Žid) či žil v Izraeli.³⁴ Z odhadovaných 13 miliónů židů žije 5,5 mil. v Izraeli a asi 4 mil. v USA (mluvíme o víře, nikoli národnosti).



Obrázek 18 – Davidova hvězda

³⁴ **IZRAEL:** Náboženské vyznání: 76 % židé, 16,3 % muslimové, převážně sunnité, 2,1 % křesťané; islám v pozměněné formě vyznávají šiiťští drúzové (1,6 %); 4 % obyvatel mají jiné vyznání nebo jsou bez vyznání. Národnostní složení: většinu obyvatel tvoří Židé (76 %); druhou největší skupinou jsou Arabové (20 %); zbývající 4 % jsou zejm. nežidovští přistěhovalci z bývalého Sovětského svazu, Rumuni, Bulhaři, Etiopané ad. Úřední jazyk: hebrejščina, arabština; běžně se užívá angličtina, ruština. (Údaje excerp. 2008).

Za vlády Davida a Šalamouna se judaismus stal státním náboženstvím. Když okolo roku 586 př. n. l. rozbořili Římané židovský chrám v Jeruzalémě, židé se rozptýlili do celého tehdy známého světa, do tzv. diaspory.³⁵

McLoughlin [2005, s. 169] uvádí: „Judaismus, jehož historie sahá 4000 let nazpět, byl prvním náboženstvím, které vyznávalo jediného, všemocného Boha. Hebrejská bible se skládá z pěti knih, jejichž autorství je přisuzováno Mojžíšovi. ... Po ukončení biblického období rozvíjeli židovskou teologii a praxi rabíni.“ Text níže je převzat z: [Judaismus, 2005].

Podle **Bible** Bůh řekl Abrahámovi: „Odejdi ze své země, ze svého rodiště a z domu svého otce do země, kterou ti ukážu.“ A Abrahám vyšel do neznáma. Pro svou víru se stal otcem velkého národa. Jeho vnuk Jákob dostal od Boha nové jméno **Izrael** (Zápasí Bůh). Aby unikl před hladomorem, odstěhoval se se svými syny do Egypta a sloužil faraónovi. Jeho potomci však upadli do otroctví. Poté co faraon nechtěl lid z otroctví propustit, seslal Bůh na Egypt deset ran a pod vedením **Mojžíše** Izraelity z otroctví vysvobodil. Chodili pouští 40 let, až na hoře Sinai uzavřeli Mojžíš a lid s Bohem věčnou smlouvu. Bůh předal Mojžíšovi kamenné desky s **deseti přikázáními** a podle rabínů i celou ústní tradici.

Jiná ze základních knih judaismu **Talmud** vypráví, jak rabín Hillel byl požádán, aby jednoho muže naučil Tóru. Řekl: „Co sám nenávidíš, nečiň druhému. Ostatní je komentář, takže běž a studuj.“ **Tóra** je základním textem judaismu. Slovo *Tóra* je překládáno jako *Zákon*, ale původně znamenalo ukazatel cesty na poušti. Tóra je ukazatel a pomocník na cestě životem. Kromě Tóry obsahuje židovská Bible také tzv. Proroky a Spisy. Všechny tři části dohromady se označují hebrejským slovem **Tanach**.

Důležitou roli v judaismu hraje **chrám**. První chrám nechal postavit v roce 960 př. n. l. král Šalamoun. Byla v něm schována schránka úmluvy s deseti přikázáními. Zničil jej babylonský král Nabukodonozor kolem roku 586 př. n. l. Nový chrám, tzv. druhý, byl zveleben králem Herodem a následně zničen v roce 70 n. l. Římany. Dnes z chrámu zbyla jen západní zeď, známá Zeď nářků. Židovské **synagogy** nalezneme ve všech částech světa. Jejich podoba byla ovlivněna časem a kulturou, ve které byly postaveny. V žádné nenalezneme zobrazení Boha ani proroků (jako např. v křesťanství). Nejvyšší je neviditelný a pro lidské schopnosti nepochopitelný. K nejznámějším symbolům judaismu

35 Diaspora – lidé nebo etnická populace, kteří jsou přinuceni emigrovat z domoviny. Nejznámější je židovská diaspora mezi lety 70 n. l. až 1948.

patří šesticípá Davidova hvězda, která se asi prvně začala užívat ve středověku v Praze, a sedmiramenný svícen. Číslo sedm je symbolické a vyjadřuje spojení čísel čtyři a tři; čtyřka symbolizuje vše pozemské a trojka vše božské.

Velký význam dávají židé rituálům spojeným s určitými obdobími lidského života. Když je novorozenému chlapci osm dní, dostává jméno, podstoupí obřízku a stává se židem (obřad Brit mila). Holčička dostává jméno při obřadu Simchat Bat (radost z dcery). Ve věku šesti sedmi let dítě nastupuje do školy (cheder) a je vychováváno rabíny v judaismu a hebrejštině. Bar micva (syn přikázání), je obřad, během kterého se ze židovského chlapce stává nábožensky dospělý muž, který na sebe přijímá odpovědnost za dodržování přikázání. Když dívka nebo chlapec dosáhnou 18 let, je to věk zralosti pro svatbu. V principu židovství je zakotveno, že muž musí ctít ženu. Každý v rodině by se měl snažit o „pokoj v domě“.

Každý pátek se západem slunce začíná **Šabat** (šábes, česky sobota) – den čistoty, odpočinku. Slouží ke službě Hospodinu čili bohoslužbě a pro rodinu. Nevykonává se žádná práce, neobchoduje se, nedotýká se peněz, je to den požehnání, radosti. Mezi nejvýznamnější svátky patří **Jom kipur** čili Den smíření, kdy se 25 hodin nejí ani nepije a prosí se Boha o odpuštění. Zimní osmidenní Svátek světél čili **Chanuka** připomíná očištění a znovuzasvěcení chrámu v Jeruzalémě. Jarní svátek **Pesach** (Svátek nekvašených chlebů) oslavuje vysvobození židů z Egypta a patří k němu rodinná slavnost. **Purim** (Svátek losů – ve smyslu hazardní hra) je nejveselejším svátkem, připomíná události, které jsou zaznamenány v Knize Ester.

Židé byli v průběhu věků mnohokrát pronásledováni nebo diskriminováni. Znovu a znovu se museli vydávat na cestu a budovat své domovy. Největší ranou byl pro ně **holokaust**, zavraždění šesti milionů židů za druhé světové války. Ačkoli přijali jazyky sousedů, jejich spojovacím jazykem zůstal svatý jazyk Tóry hebrejšтина. [Judaismus, 2005]

Stravování

Židovská kultura je známa specifiky ve stravování. Tóra určuje, že košer (vhodné ke konzumaci) je maso ze zvířat, která mají rozdělenou nohu kopytem (sudokopytníci) a přežvykují (hovězí dobytek, ovce a kozy). To je důvod, proč židé nejedí nejen koňské či vepřové maso, ale ani králíka atp. Z ptáků je za košer považovaná drůbež, holub a ty druhy, které Tóra nezakazuje, z ryb ty, které mají ploutve a současně šupiny (tedy ne úhoři

nebo mořské plody). Pro mléko a vejce platí totéž co pro zvíře, z něhož pocházejí. Přípravě pokrmů bývá tradičně věnována velká pozornost. Savci a ptáci musejí být zcela zbaveni krve. Krev se považuje za sílu života a je zcela nevhodné, aby ji člověk pozřel. Maso se prosoluje a máčí ve studené vodě, aby se odstranily zbytky krve. Protože se nejí dohromady mléčná strava s masitou, je kuchyně vybavena dvojí oddělenou sadou nádobí. Prikázání se dodržují proto, že i stravou člověk uctívá Boha. [Judaismus, 2005]

Judaismus a zdraví

Hygiena celého těla je naprostou samozřejmostí. Rituální čistoty lze nabýt v židovské lázni (mikve) s přírodní čistou tekoucí vodou. Muži se v mikve očišťují před sabatem a svátky, ženy před svatbou, po menstruaci a po porodu.

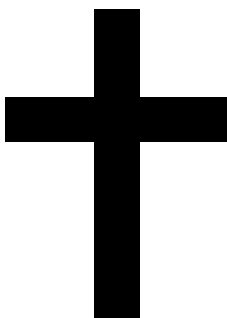
Již výše jsme se zmínili o obřadu obřízky, tzn. odstranění předkožky z penisu chlapce.

Přerušit těhotenství je dovoleno jen kvůli ohrožení fyzického či psychického zdraví ženy. Umělé přerušení těhotenství na požádání ženy se nepřipouští. Není povolena ani vasektomie. Žena, která menstruuje, má dvanáct hodin před menstruací a sedm dní po ní zakázaný pohlavní styk a musí spát odděleně.

Židé neopouštějí staré a nemocné. Velice si váží zdraví a se zdravotnickým personálem spolupracují.

7.5.2 Křesťanství

Termín „křesťanství“ je odvozen od řeckého Christós – **Kristus**, jímž první stoupenci označovali Ježíše z Nazaretu, Žida žijícího v prvním století. Výraz se užíval ve smyslu „mesiáš“ nebo „pomazaný“, tzn. jako označení spasitelské postavy židovského apokalyptického učení. [O’Callaghan, 2012, s. 13]



Obrázek 19 – Latinský kříž

Křesťanství je náboženství monoteistické (uznává jednoho Boha Stvořitele), univerzální (obrací se ke každému člověku), historické (svůj původ odvozuje od života a působení určité historické postavy – **Ježíše Nazaretského**) a misijní. Křesťanem se člověk nenarodí, křesťanem se stává křtem, přijetím určitého učení, morálních zásad a náboženské praxe.

Kořeny judaismu a myšlenkové proudy řecko-římského světa umožnily křesťanství rychlou expanzi do celého Středomoří. **Křesťanství se stalo nejrozšířenějším světovým náboženstvím s více než dvěma miliardami věřících.** Spolu s antickým kulturním dědictvím mělo křesťanství zásadní vliv na formování západní kultury.

„Posvátné texty křesťanství jsou soustředěny v jediné knize – **Bibli**, kterou tvoří mnoho knih dílčích. Nejlépe se dá Bible pochopit jako soubor knih, jež jako celek zahrnují celou řadu žánrů. Dělí se do dvou hlavních částí. **Starý zákon** (někdy označovaný též jako »hebrejská Bible«) zahrnuje všechny židovské spisy. **Nový zákon** je druhá část Bible, která obsahuje texty napsané Ježíšovými současníky a jejich duchovními následovníky.“ [O’Callaghan, 2012, s. 29]

Křesťané věří v jednoho Boha; vyznávají Ježíše Krista jako spasitele a syna Božího; věří v možnost odpuštění hříchů, ve spásu. Věřící, že Kristus byl ukřižován, třetího dne vzkříšen, čtyřicet dní se zjevoval učedníkům a vstoupil na nebe. V den letnic byl na apoštoly seslán Duch Svatý (Přímlovce, Utěšitel; v judaismu boží přítomnost). Následovníci Krista vedení apoštoly tvořili **prvotní církev**. Jejich působení, a tedy **počátky křesťanství** zachycuje Nový zákon čili druhá část křesťanské Bible.

Nový zákon (soubor 27 knih) jako nejčastěji používaná část Bible měl a má pro evropskou i českou kulturu nesmírný význam. **Biblické překlady** patřily v řadě evropských jazyků **k prvním psaným textům vůbec**, takže **silně ovlivnily vznik spisovných jazyků**.

Největší z křesťanských církví je **římskokatolická církev (západní katolíci)** – pokřtěných římských katolíků je asi jedna miliarda. Římskokatolická církev se považuje za přímého nástupce církve založené prvním římským biskupem, apoštolem Petrem. Hlavou římskokatolické církve je **papež**; je vnímán jako Petrův nástupce.

Římští katolíci věří v sedm svátostí (což jsou úkony nebo obřady, které věřícím zprostředkují Boží milost):

- Křest: Dítě nebo dospělý člověk jsou křtem uváděni do církve.
- Biřmování: Při biřmování se uznávají a potvrzují sliby složené při křtu.
- Svaté přijímání: Přijetí chleba a vína (tělo a krev Kristovy) během mše.
- Pokání: Zpověď věřícího knězi z hříchů a pochybení, aby dosáhl odpuštění.
- Pomazání nemocných: Dříve známé jako „poslední pomazání“, se uděluje nemocným, umírajícím nebo osobám v nebezpečí smrti (má umírajícího posílit a připravit na smrt).
- Svěcení: Vysvěcení muže na kněze a tím udělení pravomoci udělovat jménem Božím rozhřešení a sloužit mše (při kterých se chléb a víno mění v tělo a krev Kristovu). V římskokatolické církvi mohou být vysvěceni jen muži a svěcení může provádět jen biskup.
- Manželství: Římskokatolická církev považuje manželství za posvátný svazek mezi mužem a ženou.

Pravoslaví, pravoslavná církev či ortodoxní církev (z řeckého *orthos* správný, pravdivý a *doxa* sláva, názor, učení) je společenstvím samosprávných místních církví, z nichž každá je řízena vlastním nejvyšším představitelem – prvním z místních biskupů. Protože pravoslavné církve sdílejí církevní nauku a praxi (rozdíly jsou drobné), hovoří se zpravidla o jedné pravoslavné církvi. Jejím zástupcem v ČR je Pravoslavná církev v českých zemích.

Protestanti nebo také evangelíci (důraz na Bibli, evangelium) vycházejí z náboženských reformních hnutí západní Evropy pozdního středověku a raného novověku.

„V období renesance v Evropě se řada učenců vrátila ke studiu klasické literatury. Teologové, jako byl **Erasmus Rotterdamský** (1466–1536), začali poukazovat na rozdíly mezi praktikami katolické církve a učením raných křesťanů, kritizovali požívačnost a extrémní bohatství církve. V této souvislosti vzniklo hnutí nazvané **reformace**, u jehož zrodu stál v roce 1517 **Martin Luther**³⁶ a do kterého se zapojili další vůdčí osobnosti, např. **Jan Kalvín**.“ [McLoughlin, 2005, s. 204–205]

36 „Martin Luther, řeholník a profesor biblických studií, připevnil 31. října 1517 na severní dveře církevního chrámu ve Wittenbergu svých »95 tezí«. Tento dokument, který si měli přečíst věřící přicházející do kostela v den Všech svatých, obviňoval církev zejména z politických odpustků...“ (McLoughlin, 2005, s. 205)

K protestantům patří například **luteráni** (odkaz M. Luthera), **kalvinisté** (odkaz J. Kalvína), menší evangelické církve jako **baptisté**, **metodisté**, **presbyteriáni**, **puritáni** atd. U nás je nejvýznamnější z evangelických církví **Českobratrská církev evangelická** (spojuje učení M. Luthera, J. Kalvína a dědictví Jednoty bratrské). Za dědičku reformace se považuje **Církev československá husitská**, která vznikla r. 1920 odtržením od římskokatolické církve.

O sbližování zejména křesťanských církví se snaží tzv. **ekumenické hnutí** (řecké *oikúmené* znamená *celek obydleného světa*) – hnutí za sbližování, spolupráci, případně sjednocování.

Stravování

Původní stravovací zvyklosti křesťanů přirozeně vycházely ze zvyklostí židovských, postupně se však s rozšiřováním křesťanství měnily. Z našeho hlediska je třeba vědět, že někteří křesťané dodržují posty – jednodenní půst či postní období. Postním dnem je v některých církvích pátek, v pravoslaví navíc středa. Postním obdobím je například čtyřicet dní před Velikonocemi a čtyři neděle před Vánoci (římskokatolická církev).

V každém případě je třeba zajímat se, zda klient či pacient neodmítá určitou stravu právě proto, že dodržuje půst, a najít vhodné řešení. (Postní jídelníček neobsahuje maso, někdy ani ryby; zpravidla je možné jíst zeleninu včetně brambor, obiloviny, luštěniny, chléb, pečivo, rostlinné tuky aj.) Důvodem k odmítnutí určité stravy může být i vegetariánství – například církevní řád Adventistů sedmého dne³⁷ doporučuje, aby se věřící drželi lakto-ovo-vegetariánské diety. Klade důraz na zdravou životosprávu a harmonický životní styl.

Křesťanství a zdraví

Každý, kdo pečuje o nemocné a umírající, by měl vědět, že existuje křesťanský obřad zvaný **svátost**. Počet svátostí, kompetence k provedení obřadu či obřad se v jednotlivých křesťanských církvích liší, ale téměř všechny uznávají svátost křtu a svátost eucharistie (svaté přijímání, Večeře Páně), některé svátost smíření (pokání). Svátost nemocných (pomazání nemocných) má duchovně posílit a potěšit člověka a navrátit mu zdraví; kromě katolických církví ji uznávají i pravoslavní a některé protestantské církve.

37 Církev se angažuje v oblasti humanitární péče prostřednictvím občanského sdružení ADRA.

Všechny jmenované svátosti lze udělit i v nemocnici či hospicu. Důležité je nikdy neodmítnout pacienta, který o udělení svátosti požádá, a zprostředkovat mu ji domluvou s knězem (biskupem, farářem...) či ji dokonce udělit, protože svátost křtu může udělit každý, tedy i zdravotník, pokud udělení míní opravdově. Požádá-li rodič zdravotníka o křest, může zdravotník pokřtít živé dítě v nebezpečí smrti tak, že mu při slovech „..., já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha Svatého“ naleje na hlavičku symbolické množství vody. Křestní formule³⁸ začíná jménem či více jmény křtěného (Jane, já tě křtím...; Anno, Marie, já tě křtím...). Křestní formule pravoslavného křtu jménem křtěného končí: „Křtí se služebník Boží ve jménu otce i Syna i Svatého Ducha, ...“.

Římskokatolická církev nepřipouští umělé přerušení těhotenství ani eutanazii.

7.5.3 Islám

Islám v překladu znamená *podřízení*, příp. *odevzdání se Bohu*.



Obrázek 20 – Hvězda a půlměsíc

„Není boha kromě Boha, Muhammad je boží prorok.“ Toto je muslimské vyznání víry zvané šaháda, první z pěti pilířů islámu. Islám sice nemá žádné autoritativní krédo, které by znamenalo »podřízenost«, ale opakování těchto dvou tvrzení dělá člověka muslimem, »tím, kdo se podřizuje«. *Šaháda* je obvykle to první, co muslimské děti slyší při příchodu na tento svět, a je také posledním, co člověk slyší, když jej opouští. Recituje se také pokaždé, když muslimové vykonávají svých pět povinných denních modliteb. Důraz na jednoho boha (v arabštině **Alláh**) spojuje islám s jeho monoteistickým dědictvím z judaismu a křesťanství. Muslimové však věří, že islám tak, jak byl zjeven proroku **Muhammadovi** v koránu (doslova znamená »to, co má být recitováno«), je konečnou verzí zjeveného náboženství. Muhammad je prorok jako Abrahám, Mojžíš a Ježíš před

38 Mluvíme o křestní formuli římskokatolické církve, některých evangelických církví a Církve československé husitské.

ním, ale jeho posvátná kniha je naplněním a dokončením poselství těchto předchůdců. Po něm již bůh nesešle žádné další proroky.“ [McLoughlin, 2005, s. 209]

Dodejme, že islám je monoteistické abrahámovské náboženství založené na učení proroka Muhammada (náboženský a politický vůdce). Muhammad se narodil ve městě Mekka, proto je Saudská Arábie považována za kolébku islámu a saudský král je králem všech muslimů. Islám vznikl v 7 stol. n. l. a rychle se šířil.

Posvátné texty: Svatá kniha muslimů **korán** je považována (na rozdíl od Bible) za absolutní neměnnou pravdu, zde není žádný prostor pro zpochybňování ani kritické myšlení. Hodně muslimských dětí navštěvuje speciální školy, jejichž jediným cílem je memorování a recitování koránu. Velký vliv v islámu má i soubor textů *hadísy* (souhrn Mahammadova učení). Muslimové věří, že Alláh má neomezenou moc, kterou ovlivňuje osudy lidí.

Islám je po křesťanství druhým největším náboženstvím na světě a současně patří k náboženstvím, s nejrychleji rostoucím počtem věřících.

„Islám není pouze nauka o víře, ale prostřednictvím předepsaných způsobů chování utváří životní styl věřících. Činnosti jsou rozděleny do pěti kategorií: zavazující, doporučující, lhostejné, nežádoucí, zakázané. Například mytí je před modlitbou povinnost, zahájit mytí pravou stranou je doporučeno, bude-li použita teplá voda, nebo studená voda, je lhostejné, ale cizímu je zakázáno se této vody dotknout.“ [Ralbovská, 2010, s. 78]

Pět pilířů islámu (povinnosti každého muslima): **vyznání víry** (Není boha kromě Boha, Muhammad je boží prorok); **povinné modlitby** (5× denně); **půst v měsíci ramadánu** (muslimové jsou povinni dodržovat půst během svatého měsíce ramadánu, devátého měsíce islámského lunárního kalendáře); **daně chudým** (přesně regulované uzákoněné odvody ve prospěch chudých a potřebných; hromadění majetku pouze ze sobeckých důvodů korán odsuzuje); **pout' do Mekky** (měl by ji vykonat každý dospělý muslim alespoň jedenkrát za život).

Islám říká, že smrt a život, nemoc a zdraví jsou vůle Boží. Zároveň muslimům přikazuje, aby léčili své nemocné a provedli vše k prevenci nemoci.

Jídlo, stolování a pohostinství je v islámské kultuře přikládána velká důležitost. Příjem potravy je i společenskou událostí, u jídla se setkává celá rodina i přátelé. Proto i v nemocnici chtějí příbuzní jíst s nemocným, aby nemusel jíst sám, a mnohdy vysloví i přání sami nemocnému vařit. Je nutné zajistit pacientovi možnost mýt si ruce před jídlem i po jídle.

Islámská kultura přísně zakazuje konzumaci některých potravin. Je důležité znát alespoň některé: vepřové maso (maso, které muslimové mohou jíst, má být ze zvířat poražených dle islámských pravidel – poražené zvíře se nechává vykrvácet, na úpravě masa nezáleží); z mořských živočichů mohou jíst všechny druhy ryb, které mají šupiny, a některé měkkýše (např. humry, garnáty); zakázány jsou alkoholické nápoje.

Islám a zdraví

Muslimové věří, že čím více lidí se sejde u lůžka nemocného, tím dříve se nemocný uzdraví. Nemocný není vyloučen z rodinného dění, naopak se dostává do centra zájmu a péče celé rodiny.

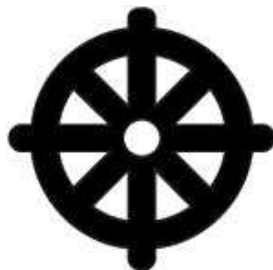
V islámské kultuře je nepřípustné mluvit s nezúčastněným o rodinné a intimní problematice, o fyziologických funkcích, těhotenství a rodinném stavu. Při poskytování zdravotní péče muslimským pacientům je nutné respektovat ty tělesné oblasti, které jsou tabu. U mužů oblast mezi pupkem a koleny, která musí být neustále zahalena (muži a mladiství by měli být ošetřováni lékařem-mužem). U žen je intimní oblast od krku až po kolena (ženy i dospívající dívky by měly být vyšetřovány lékařkou).

Muslimové jsou zvyklí provádět hygienu pod tekoucí vodou (nepoužívají toaletní papír), před modlitbou si myjí paže, nohy a obličej. K přirozené čistotě těla patří mužská obřízka. Muslimové přistupují ke smrti s nadějí ve vzkříšení. Mrtvého se mohou dotýkat jen příbuzní; tělo třikrát omyjí, zabalí do tří bílých pláten a otočí nohama směrem k Mekce. Při pohřbívání se ctí pravidlo, že pravá strana těla musí směřovat k Mekce.

Muslimské náboženství dovoluje lékařům používat všechny prostředky k záchraně života muslima či k prodloužení jeho života. Islám zakazuje pitvu, žeh a eutanazii. Povoluje transplantaci orgánů, darování orgánů, život zachraňující výkony. Interrupci povoluje pouze v případě znásilnění nebo ohrožení života matky.

7.5.4 Buddhismus

Historickým zakladatelem buddhistického hnutí je **Siddhártha Gautama Buddha**. Spíše než pod vlastním jménem Siddhártha nebo příjmením Gautama je v západní kultuře znám jako Buddha čili *probuzený, osvícený*. Narodil se pravděpodobně v severní Indii v 6. nebo 5. stol. př. n. l. Více než na Buddhu samotného kladou buddhisté důraz na jeho učení.



Obrázek 21 - Dharmačakra

Dharma (Buddhovo učení a cesta, po níž ho měli následovat jeho žáci) je považována za **prostředek pravdy**. Zůstává otázkou, zda lze buddhismus považovat za náboženství, nebo spíše za filozofii či etický kodex. Kořeny buddhistického náboženství leží v hinduistických tradicích (koncepte karmy a znovuzrození).

„Buddha se narodil, žil a zemřel jako člověk. Není to bůh. Výjimečné na něm bylo to, že dosáhl stavu vznešené moudrosti nazvané *nirvána*. Objevil příčiny všeho utrpení a cestu, na níž mohou dosáhnout téhož stavu všechny bytosti.“ [McLoughlin, 2005, s. 45]

Středem Buddhova učení jsou čtyři ušlechtilé pravdy: pravda o utrpení; pravda o vzniku (příčině) utrpení; pravda o zániku utrpení; pravda o cestě vedoucí ke konci utrpení.

Pro buddhisty je důležitá zásada neutlačovat žádnou živou bytost. Platí pět základních pravidel: nepůsobit bolest živým tvorům a nezabíjet; nekrást; mluvit pouze pravdu; nedopouštět se nevěry a neužívat povzbuzující drogy a alkohol.

Buddhisté připouštějí užívání léků, transfuzi, vakcinaci, transplantaci orgánů (mohou být dárci i příjemci); buddhisté neodpouštějí odnětí života, ale v určitých situacích připouštějí eutanazii, interrupci (jen ze závažných zdravotních důvodů); zavrhnou sebevraždu.

K tématu více viz např.:

BALVÍN, Jaroslav et al. *Romové a etika multikulturní výchovy*. Ústí nad Labem: Hnutí R, 1999. ISBN 80-902461-0-9.

Cizinci v ČR 2011. CZSO: Český statistický úřad [online]. CZSO, ©2012 [cit. 17. 4. 2012]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/1414-11>

Náboženství světa [online]. Česká televize. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10077100525-nabozenstvi-sveta>

ŠIŠKOVÁ, Tatjana, ed. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.

8 Závěr

Cílem tohoto studijního textu bylo vás co nejsrozumitelněji a nejjednodušeji provést současným ošetrovatelstvím.

Již na začátku tohoto textu jsem se zmiňovala, že moderní ošetrovatelství stojí na základech holistického přístupu k člověku – že na každou lidskou bytost je třeba pohlížet z její bio-psycho-sociálně-spirituální složky.

V současné době se klade důraz na rozvoj multidisciplinárních týmů, ve kterých jak zdravotník, tak sociální pracovník mají nezastupitelnou roli. Cílem je, aby péče o pacienta či klienta byla co nejkomplexnější a pro pacienta či klienta i co nej pohodlnější.

Asi nejvíce je patrná důležitost spolupráce sociálního pracovníka a zdravotníka v komunitním ošetrovatelství. Sociální pracovníci a zdravotníci spolupracují při poskytování služeb sociální péče v pobytových zařízeních, v zařízeních, ve kterých je prováděn výkon ústavní výchovy, v nemocnicích aj., a proto je důležité, aby sociální pracovníci měli povědomí o ošetrovatelství a zdravotníci o sociální práci.

9 Literatura

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra et al. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Karolinum, 2006. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.

BÁRTA, Zdeněk. *Církev a diakonie* [online]. [2001–2004], [cit. 4. 10. 2012]. Dostupné z: <http://barta.kdu.cz/kazani/kaz20.htm>

BÁRTLOVÁ, Sylva. Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče [online]. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 109–114 [cit. 4. 7. 2012]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328112043438207.pdf>

BAUER, Jan. *Čeští světci a kacíři*. Brno: MOBA, ©2006. 221 s. ISBN 80-243-2221-8.

BUŽGOVÁ, Radka. 2011a. Etika v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 69–87. ISBN 978-80-247-3558-0.

BUŽGOVÁ, Radka. 2011b. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 106–128. ISBN 978-80-247-3558-0.

CSISKO, Matej. Metaparadigma ošetrovatelství. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 7–8, s. 25–26. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/metaparadigma-osestrovatelstvi-460963>

ČESKO. *Policie České republiky – Služba cizinecké policie* [online]. ©2010 [cit. 15. 6. 2012]. Přístup z: <http://www.policie.cz/clanek/statistiky-885151.aspx>

ČESKO. Vláda české republiky. *Rada vlády pro národnostní menšiny* [online]. [Mezi 13. 6. a 31. 8. 1997], [cit. 2. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/.../zprava-o-situaci-romske-komunity---cast-i-1428>

ČESKO. Zákon č. 3 ze dne 27. listopadu 2001, o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech). *Sbírka zákonů ČR*. 2002, částka 2, s. 83–95. ISSN 1211-1244.

Dělení Romů. *Romové v České republice* [online]. Český rozhlas 26. 2. 2000 [cit. 8. 8. 2012]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18901>

DOLISTOVÁ, Marie. *Paní Zdislava z Lemberka*. Praha: ŘÁD, 2009. 100 s. ISBN 978-80-86673-15-8.

Encyklopedie antiky. Zprac. kol. za vedení Ludvíka Svobody. Praha: Academia, 1973. 741 s.

FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

GLOMB, Tomáš. *Imhotep a Asklépios – Srovnání*. Brno, 2011. Bakalářská diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav religionistiky, Religionistika. Ved. práce PhDr. Iva Doležalová. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/342522/ff_b/Glomb_Tomas_-_bakalarska_diplomova_prace.txt

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství [část] 9. Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. Brno: IDVPZ, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X. Edice Praktické příručky pro sestry.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3.rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAVLENOVÁ, Zita. *Hospicová péče v českých zemích*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra církevních dějin a dějin křesťanského umění. Ved. práce PhDr. Jitka Jonová, Th.D.

Historie a původ Romů. *Romové v České republice* [online]. [Asi 2000]. Český rozhlas ©1997–2013 [cit. 8. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.romove.radio.cz/cz/clanek/18530>

Historie Romů na území České republiky. *Romové v České republice* [online]. 12. 2. 2002. Český rozhlas [cit. 8. 8. 2012]. Autoři prof. PhDr. Ctibor Nečas, DrSc., Mgr. Marta Miklušáková et al. Dostupné z: <http://www.romove.radio.cz/cz/clanek/18785>

[HONZÍKOVÁ, Bára]. *Henry Dunant, 8. 5. 1828–30. 10. 1910* [online]. Klub historie Červeného kříže. 21. 5. 2009 [cit. 6. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.klubhistorieck.wgz.cz/osobnosti-cerveneho-krize/henry-dunant-8-5-1828-30-10-1910.html>

IVANOVÁ, Kateřina. 2005a. Spiritualita náboženství a duševní zdraví. In: IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005, s. 19–42. ISBN 80-247-1212-1.

IVANOVÁ, Kateřina. 2005b. Základní pojmový aparát. In: IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005, s. 204–233. ISBN 80-247-1212-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

Judaismus [film]. 4. díl cyklu Náboženství světa. Scénář a režie Jolana Matějková. Česká televize 2005. Premiéra 23. 1. 2006, 8.35 hod. ČT2. Dostupné také z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10077100525-nabozenstvi-sveta/205562230380004-judaismus>

KALVACH, Z; ČELEDVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2012. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KARNETOVÁ, Zuzana. Teorie a praxe komunitního ošetrovatelství. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 30–31. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/teorie-a-praxe-komunitniho-osetrovatelstvi-463437>

KLINCKOVÁ, Jana. Pragmatické aspekty neverbálnej komunikácie. In *Sociolingvisticke a psycholingvisticke aspekty jazykovej komunikácie*. 2. diel. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 1996, s. 7–18. ISBN 80-88825-42-3.

KOCOUREK, Jiří. Vietnamci v ČR. *Sociologický webzin* [online]. 2005, roč. 3, č. 5., 23. 12. 2005 [cit. 20. 4. 2012]. ISSN 1214-1720. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=199&lst=106>.

- Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. 2004, částka 9, s. 2–8. Dostupné také z: http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_osetrovatelstvi.pdf
- KOUKALOVÁ, Světlana. *Ošetrovatelství – Úvod* [online]. Zápisky zdravotní sestřičky. Datum vzniku: 29.3.2006, ©2013. [Zdroj dat: školní sešit.] [Cit. 23. 4. 2012, 26. 9. 2012.] Dostupné z: <http://vnl.xf.cz/index-ose.php>
- KRUMLOWSKÝ, Felix. *Běda ženám, kterým muži vládou: bouřlivé osudy českých panovnic a šlechticů*. Frýdek-Místek: Alpress, 2009. 332 s. ISBN 978-80-7362-691-4.
- LEONTIYEVA, Yana. Ukrajinci v ČR. *Socioweb : Sociologický webzín* [online]. 2005, roč. 3, č. 5. 20. 12. 2005 [cit. 20. 4. 2012]. ISSN 1214-1720. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=200&lst=106>
- Dostupné také z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/124_socioweb_5.pdf
- LHOTKA, Petr. Proč je 8. duben Mezinárodním dnem Romů [online]. *Romano hangos*. 2007, roč. 7, č. 9 [cit. 9. 11. 2012]. Dostupné z: http://www.romanohangos.cekit.cz/clanek.php?id_clanek=1721
- LOVČÍ, Radovan. *Alice Garrigue Masaryková: život ve stínu slavného otce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta ve vydavatelství Togga, 2007. 485 s. ISBN 978-80-7308-189-8.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MARKOVÁ, Marie; MIKULKOVÁ, Jana. Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9, s. 16–18. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pecce-v-ceske-republice-444781>
- MAŠKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelství za krymské války*. Praha, 2007. 107 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- McLOUGHLIN, Seán et al. *Světová náboženství v kostce*. Čestlice: REBO, 2005. 320 s. ISBN 80-7234-446-3.
- Mezinárodní sesterské organizace* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2010 [cit. 5. 9. 2012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-sesterske-organizace_2239_930_3.html
- MICHALSKÝ, Rudolf. Kořeny moderní chirurgie – 2. polovina 19. století. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků 1. slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2006, s. 88–92. s. ISBN 80-7248-388-9.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 2. díl. Praha: Grada, 2010. 315 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

Na křižovatce kultur, aneb, Romové, Vietnamci a Číňané mezi námi. [Praha]: Národní institut dětí a mládeže, 2010. 21 s. ISBN 978-80-86784-91-5.

NAVRÁTIL, Pavel. *Úvod do teorií a metod sociální práce.* Brno: Marek Zeman, 2000. 67 s.

O'CALLAGHAN, Sean. *Malé kompendium světových náboženství.* Praha: Knižní klub, 2012. 192 s. ISBN 978-80-242-3467-0.

O společnosti [online]. *Česká asociace sester. ČAS*, ©2008 [cit. 5. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/o-spolecnosti>

Our mission [online]. *The International Council of Nurses. ICN*, last updated 18 October 2012 [cit. 5. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission>

POHUNKOVÁ, Dagmar. Etika a právo v biomedicínském výzkumu : dokumenty Rady Evropy se stávají součástí právního řádu České republiky. *Lékařské listy*. 2001, roč. 50, č. 27, s. 26–28. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/etika-a-pravo-v-biomedicinskem-vyzkumu-137174>

Poslání a činnost [online]. *Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků*. Brno, 2005–2012 [cit. 9. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.pouzp.cz/text/cs/poslani-a-cinnost.aspx>

RALBOVSKÁ, Rebeka. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2., dopl. vyd. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010. 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.

Romové. *Mighealthnet* [online]. 15. 11. 2012 [cit. 8. 12. 2012]. Dostupné z: <http://www.mighealth.net/cz/index.php/Romov%C3%A9>

Rozvíjení spirituální péče ve FNM [online]. Fakultní nemocnice v Motole, ©2012 [cit. 9. 12. 2012]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/poskytovani-spiritualni-pece/rozvijeni-spiritualni-pece-ve-fnm>

RŮŽIČKA, Václav. Zdislava z Lemberka. In: *Paní Zdislava z Lemberka – významná osobnost českého středověku*. Česká Lípa: Okresní národní výbor v České Lípě, Okresní vlastivědné muzeum, [1990], s. 15–25.

Standardy hospicové paliativní péče. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, červen 2006 [duben 2007]. 25 s. Dostupné také z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality>

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství [část] 7. Galerie historických osobností*. Brno: IDVPZ, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.

SVATOŠOVÁ, Marie [et al.]. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.

ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 37 s. ISBN 80-239-4329-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Teorie transkulturního ošetrovatelství. In: ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006, s. 23–65. ISBN 80-247-1213-X.

ŠUPOVÁ, Tereza. Evropští Romové pocházejí z indické kasty Nedotknutelných, tvrdí studie. *iDNES.cz* [online]. 4. 12. 2012 [cit. 30. 12. 2012]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/indicky-puvod-romu-potvrzen-dgx-/zahranicni.aspx?c=A121204_125609_zahranicni_tss

TARLE, Jevgenij Viktorovič. Krymská válka. Sv. 2. Praha: Naše vojsko, 1951. 704 s. Edice Živá minulost, sv. 17.

THOMPSON, Mel. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-806-6.

UHURA, Alan Maria. Definice. In: ARCHALOUSOVÁ, A. et al. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Karolinum, 2006, s. 161–163. ISBN 80-246-1113-9.

VLČEK, Emanuel. *Osudy českých patronů*. Praha: Zvon, 1995. 303 s. ISBN 80-7113-131-8.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

VONDRÁČEK, Lubomír; LUDVÍK, Miroslav. *České ošetrovatelství [část] 12. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi 1*. Brno: IDVPZ, ©2005. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.

VONDRÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

ZELENÍKOVÁ, Renáta; VRUBLOVÁ, Yveta. Transkulturní ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al., eds. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 129–166. ISBN 978-80-247-3558-0.

Vyobrazení

DAVENPORT, Thomas H. *Telling a Story with Data* [online]. Deloitte University Press, ©2012 [cit. 8. 10. 2012.]. Dostupné z: <http://dupress.com/articles/telling-a-story-with-data>

Florence Nightingalová (1820–1910). *Historie ošetrovatelství* [online]. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. [B. r.], [cit. 6. 10. 2012.] Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/126>

Charita sv. Anežky Otrokovice [online]. [Mezi 2000–2012], [cit. 6. 10. 2012.] Dostupné z: <http://www.otrokovice.caritas.cz>

Irák – Chammurapiho zákoník [online]. [B. r.], [cit. 6. 10. 2012.] Dostupné z: <http://2.bp.blogspot.com/-oL9d8jBpoTI/TbL9VMhEqVI/AAAAAAAAAK8/6GrYDOMBz4U/s1600/Chammurapiho+z%25C3%25A1kon%25C3%25ADk.jpg>

KRATOCHVILOVÁ, Sabina. *Svatá Zdislava* [online]. [Kolem r. 1980], [cit. 6. 10. 2012.] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1185258379-cesty-viry/308298380070003-znak-a-svedectvi>

MITCHELL, Ruth Grawford. *Alice Garrigue Masaryk: 1879–1966 : Her Life as Recorded in Her Own Words and by Her Friends*. Pittsburgh: The Univ. Center for Internat. Studies Univ. of Pittsburgh, 1980, s. 277. ISBN 0-916002-48-9. [Alice Masaryková – foto z doby počátku ČSČK.]

Počátky vzniku a vývoje fotografie [online]. Fotografovani. ©2003 [cit. 6. 10. 2012.]. Dostupné z: <http://www.fotografovani.cz/novinky/trendy1/pocatky-vzniku-a-vyvoje-fotografie-149874cz>

The Siege of Sevastopol - Crimean War [online]. Britishbattles.com [cit. 6. 10. 2012.]. Přístup z: <http://www.britishbattles.com> [menu Crimean War, Siege of Sevastopol]. [Přímý link někdy nefunkční: <http://www.britishbattles.com/crimean-war/sevastopol.htm>]

10 Rejstřík

A

Ājurvěda, 6, 46
Akupunktura, 7
Anežka Přemyslovna, 10, 21, 22, 23, 24, 32
Anzenbacherová Marie, 31
Asklépios, 8, 121

B

Bioetika, 3, 50
Buddhismus, 4, 46, 108, 117, 118

Č

Červený kříž, 11, 18, 19, 20, 21, 23, 28, 29, 32, 122
Česká asociace sester, 41, 124

D

Diákoni, 9
Diakonie, 13, 14, 121
Domácí péče, 62, 63, 64, 65, 68, 73
Dunant Henri, 11, 20, 21, 32, 122

E

Etické principy, 3, 46, 49, 50, 54
Etika, 3, 44, 56, 58, 59, 121, 124
lékařská, 3, 46, 52, 56, 122
ošetřovatelská, 3, 54, 55, 97
European Federation for Nursing Associations, 40
Eutanazie, 4, 48, 49, 53, 77, 78

F

Fliedner Theodor, 11, 13, 14

G

Galén, 9, 122

H

Hippokratés, 8
Hippokratova přísaha, 3, 45, 46, 47
Holismus, 36
Hospic, 67, 68, 70, 71, 72
domácí, 4, 70, 71

Ch

Charita, 6, 9, 13, 22, 23, 29

I

International Council of Nurses, 39, 124
Islám, 4, 103, 108, 115, 116, 117

J

Judaismus, 4, 46, 108, 109, 110, 111, 122

K

Komunitní péče, 60
Krymská válka, 3, 11, 12, 13, 125
Křesťanství, 3, 4, 9, 10, 23, 46, 50, 106, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116

L

Leiningarová Madeleine, 80

M

Macharová Sylva, 30
Masaryková Alice Garrigue, 25, 26, 30, 123
Metaparadigma, 36, 121

N

Nápravníková-Pazourková Marie Jitka, 31
Nightingalová Florence, 11

O

Ošetrovatelství, 1, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19,
21, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42,
43, 44, 46, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 79, 80, 81, 82,
99, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128
komunitní, 4, 60, 62, 65
transkulturní, 4, 34, 35, 79, 80, 81, 125

P

Paliativní péče, 4, 33, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 78, 121,
124
Péče o národnostní menšiny, 4, 89
Pirogov N. I., 11, 12, 18, 20
Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků,
42, 124

R

Roušarová Jarmila, 31
Rypáčková Anna, 30

S

Seacolová Mary, 13
Svatá Zdislava z Lemberka, 23, 24, 25, 121, 124, 125

Š

Šindlerová Marta Anna, 31
Špitály, 10

T

Tobolářová Emilie Ruth, 30

U

Umírání, 4, 67, 74
fáze, 4, 74

W

Workgroups of European Nurses Researches, 39
World Health Organisation, 40

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 7

Název: **Ošetřovatelství**

Rok a místo vydání: 2013, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1246. publikaci.

ISBN 978-80-7435-306-2