

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

RIGORÓZNÍ PRÁCE

2010

Mgr. Martina Válová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO ČLENA CÍRKVE
ADVENTISTŮ SEDMÉHO DNE**

Rigorózní práce

Autor: Mgr. Martina Válová

2010

Abstract

The Seventh-day Adventist Church in the Czech Republic belongs among churches with the number of members lower than ten thousand. Nevertheless, this Christian church achieved considerable reputation particularly thanks to a big amount of pro-social activities.

The goals of the paper, which addresses the particularities of the nursing care for ill Seventh-day Adventist Church members, were set as follows: 1) to find out information necessary for providing good-quality nursing care for the Seventh-day Adventist Church members, 2) to identify expectations and possible problems associated with hospitalisation of the Seventh-day Adventist Church members and 3) to detect the medical staff knowledge concerning the Seventh-day Adventist Church. For the research part of the paper following research questions were set: 1) Does an ill member of the Seventh-day Adventist Church need a different approach during the treatment? 2) Is a hospitalized member of the Seventh-day Adventist Church a source of possible problems? 3) How do the Adventists perceive the current approach of the health workers? From the qualitative part of the research, which was created with interviews with Adventists and so tried to disclose cultural phenomena significant for the nursing practice, following hypotheses result: H 1 the nurses are unable to define the Adventists limitations that would need a specific approach during the hospitalisation and H 2 the nurses do not know the Seventh-day Adventist Church. For the research part of the paper even the third hypothesis was set: H 3 Nurses with academic and higher professional education know the term multicultural/transcultural nursing in contrast to nurses with secondary and secondary specialized education. For obtaining the information and fulfilling the research goal and for answering the research questions and verification of the hypotheses following methods were used: half structured dialogue with respondents inspired by the Giger and Davidhizar model, unstandardized questionnaire of own construction; selected facts from the half structured dialogues with respondents were written down into charts; for evaluation of the unstandardized questionnaires describing statistics and the Microsoft Excel program and for detection of dependencies the coincidence test χ^2 and charts for identification of critical χ^2 values were used. The interviews with Adventists took place in Písek, the questionnaire investigation ran among nurses in the hospital in Písek. From most of the interviews with Adventists a demand for vegetarian food resulted and most Adventists do not drink black coffee, black tea and none of them drinks alcohol. Adventists refuse neither diagnostic nor therapeutic treatment and do not have special demands on health workers or medical facilities. Adventists are quite satisfied with the current approach of health workers. The results of the questionnaire research gave a rough sketch of nurses' informedness regarding not only the Seventh-day Adventist Church but are also an indicator of the attitude to the area of multicultural nursing – nurses are unable to define the Adventists' limits that would need a specific approach during the hospitalization and nurses do not know the Seventh-day Adventist Church. The terms intercultural and transcultural can be defined by nurses with academic and higher professional education in contrast to sisters with secondary education.

In the nursing praxis it is possible to use the created standard of the nursing care, which is a part of this paper and which specifies single criteria necessary for good-quality nursing care for a Seventh-day Adventist Church member.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u nemocného člena Církve adventistů sedmého dne“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis autora rigorózní práce

Poděkování bych na tomto místě chtěla věnovat Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. a B.Th. Václavu Vondráškovi, kazateli Církve adventistů sedmého dne, za cenné připomínky, podporu a motivaci při psaní rigorózní práce.

Úvod	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Ošetřovatelství a význam individualizované péče.....	11
1.1.1 Multikulturní/transkulturní přístup	21
1.1.2 Ošetřovatelské modely týkající se transkulturního ošetřovatelství.....	24
1.2 Náboženství a jeho specifika	26
1.2.3 Náboženská situace ČR na začátku nového milénia.....	26
1.2.4 Potřeba náboženské zkušenosti.....	27
1.2.5 Funkce náboženství.....	28
1.2.6 Příčiny vstupu do náboženské skupiny	28
1.2.7 Věřící člověk jako pacient	30
1.3 Církev adventistů sedmého dne	32
1.3.8 Významné osobnosti a historie církve	34
1.3.8.1 William Miller	34
1.3.8.2 Josef Wolff.....	36
1.3.8.3 Ellen Gould Whiteová	37
1.3.9 Společenství	39
1.3.9.1 Církev Adventistů sedmého dne v české zemi	39
1.3.10 Učení církve	41
1.3.10.1 Základní věroučné výroky Církve adventistů sedmého dne.....	41
1.3.11 Zachovávaní soboty	49
1.3.12 Péče o umírající	52
1.3.13 Postoj k interrupci.....	55
1.3.14 Další stanoviska, usnesení a postoje církve	57
1.3.15 Životospóra a životní styl.....	59
1.3.15.1 Vegetariánství	61
1.3.16 Zdravý životní styl – NEW START	62
1.3.17 Aktivity Církve adventistů sedmého dne.....	63
1.3.17.1 ADRA (Adventist Development and Relief Agency)	63
1.3.17.2 Advent-Orion nakladatelství a vydavatelství.....	65

1.3.17.3	Vězeňská duchovenská služba.....	66
1.3.17.4	Kaplanská služba	67
1.3.17.5	Další aktivity Církve adventistů sedmého dne	68
1.3.17.6	Teologický seminář.....	72
2	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	74
2.1	Cíle práce	74
2.2	Výzkumné otázky	74
2.3	Hypotézy	74
3	Metodika výzkumu	75
3.1	Použité metody	75
3.2	Organizace a průběh výzkumu	75
3.3	Charakteristika sledovaného souboru	76
4	Výsledky.....	77
4.1	Rozhovory s členy Církve adventistů sedmého dne	77
4.1.1	Rozhovory s členy CASD zpracované do tabulek.....	106
4.2	Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků	120
4.3	Analýza dat pomocí χ^2 testu	138
5	Diskuze.....	144
6	Závěr	157
7	Seznam použitých zdrojů	165
8	Klíčová slova.....	177
9	Přílohy.....	178
9.1	Seznam příloh	178

SEZNAM ZKRATEK

ADRA	Adventist Development and Relief Agency
ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
B. Th.	bakalář teologie
CASD	Církev adventistů sedmého dne
ČR	Česká republika
Di.S.	diplomovaný specialista
ICN	International Council of Nurses
JIP	jednotka intenzivní péče
LNP	léčebna následné péče
Mgr.	magistr
SŠ	střední škola
SZŠ	střední zdravotnická škola
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola

Úvod

Současná moderní společnost žije ve světě, který ztrácí hranice. Žijeme ve společnosti, která se stává díky globalizaci stále multikulturnější. V naší republice se můžeme běžně setkávat s mnoha jedinci odlišných kultur, náboženství a národností. O cizincích, kteří žijí v naší republice, jsou nyní základní informace dostupné, ačkoli tomu dřív tak nebylo. Každý z nás, kdo má zájem se v oblasti multikultury vzdělávat, ví co je pro obyvatele různých národností typické. Nepřetržitě vznikají nové publikace a v odborných časopisech i běžném denním tisku lze nalézt mnoho informací o lidech, kteří odešli ze své rodné země, aby se v České republice na dobu přechodnou nebo trvalou usadili. Média nás informují o důvodech, proč si cizinci zvolili právě naši zemi k životu, k práci, a třeba i k založení rodiny. Také výzkum v ošetrovatelství se naplno zabývá minoritními skupinami obyvatel a objasňuje tuto problematiku sestrám. Cíle těchto výzkumů jsou naprosto jasné – získat informace o lidech, kteří jsou potencionálními pacienty, poskytnout sestře „návod“ a tím usnadnit péči o takového pacienta. Protože jak se může sestra kvalitně postarat o klienta, kterému nerozumí a o kultuře jeho země nic neví? Jak může sestra adekvátně uspokojit potřeby člověka z úplně odlišné společnosti tak, aby nedošlo k srororigenii?

Sestra musí být dostatečně připravena řešit specifické problémy různých komunit ve zdraví i v nemoci. Pouze zdravotník, který je vzdělaný v oblasti multikulturního ošetrovatelství, je schopen poskytnout nemocnému kulturně přiměřenou péči, která respektuje kulturní odlišnosti. Takový profesionál bere kulturní rozdíly jako výzvu a příležitost. Pro sestru, která se v této oblasti neorientuje, může znamenat kontakt s cizincem stres a subjektivní nepříjemné pocity, které se poté odrazí v poskytované ošetrovatelské péči.

Lidé, kteří k nám přicházejí odjinud, by měli být poznáváni, společnost by se měla seznamovat s jejich kulturou a chápat ji jako přínos a obohacení, nikoli jako ohrožení a zátěž. Pokud se cizinec stane pacientem a ocitne se v péči zdravotnického personálu, potřebuje pomoc a pochopení.

Multikulturní péče se zabývá nejen národnostními menšinami, ale i dalšími minoritami, které jsou definované nějakým sociologicky významným společným znakem. Jedná se například o náboženské menšiny a jazykové a rasové skupiny. Tyto menšiny se početně nemohou rovnat dominantní skupině, tvořící společnost a pro svoje kulturní či fyzické charakteristiky jsou většinou vyčleněny od ostatních příslušníků společnosti a dominantní skupina se k nim chová nerovným a odlišným způsobem. Členové menšin jsou si často vědomi určitého sociálního znevýhodnění (64).

Práce předkládá základní informace týkající se současného moderního ošetrovatelství, včetně pohledu na sestru, jakožto představitelku individualizované ošetrovatelské péče. Dále se práce orientuje na minoritní skupinu členů Církve adventistů sedmého dne, snaží se shrnout základní informace o této církvi, která v naší republice získává uznání veřejnosti za společensky přínosné aktivity. Pro lepší ilustraci problematiky je práce doplněna o obecné informace o náboženství. Standard, který je součástí práce, by měl přispět k lepší informovanosti sester v transkulturní oblasti a tím i ke zvýšení kvality a efektivity ošetrovatelské péče poskytované členům Církve adventistů sedmého dne.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelství a význam individualizované péče

Ošetrovatelství představuje v současnosti samostatnou vědní disciplínu, jejímž předmětem je poskytování ošetrovatelské péče zdravým i nemocným jedincům, rodinám a celým komunitám. Zaměřuje se na ochranu a udržení zdraví, na prevenci vzniku chorob, na co nejrychlejší navrácení zdraví, pokud už k nemoci došlo, a na pomoc při důstojném umírání. Objektem ošetrovatelské péče je člověk se svými fyzickými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Proto má ošetrovatelství holistické zaměření a chápe jedince jako celostní objekt, ne jako chorobu a právě z tohoto důvodu, hraje významnou roli individualizovaná péče.

Rozvoji ošetrovatelství napomáhají, kromě vlastního ošetrovatelského výzkumu, mnohé vědní oblasti, jako například biologické a medicínské vědy, psychologie, sociologie, pedagogika a další.

Individualizované péče, která je pacientovi „šitá na míru“, sestra dosáhne pouze za těchto podmínek:

- plně se chopí své role
- plní hlavní funkce vyplývající z jejího povolání
- realizuje kvalitně a aktivně ošetrovatelský proces
- produktivně komunikuje s nemocným
- vychází z ošetrovatelské etiky
- ví, jakým způsobem adekvátně uspokojit potřeby pacienta
- celoživotně se vzdělává (51)

Role sestry

V každé společenské skupině plní člověk určitou roli a každý je vždy nositelem několika rolí. Od sociální role se ve společnosti vždy očekává určité chování, proto i pro roli sestry platí určité vzory chování, a to zejména univerzalismus, emocionální neutralita a kolektivní orientace. Role sestry nebyla vždy taková, jakou ji známe dnes, ale s rozvojem ošetrovatelství se její role postupně měnila od charitativní činnosti ve středověkých špitálech, přes pomocníka lékaře až k samostatnému, aktivnímu, vzdělanému členu zdravotnického týmu. Podstatné je, že role sestry se mění i dnes, neboť dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti a vědomosti, kterých v minulosti nebylo třeba (51).

Funkce sestry

Hlavní funkce sestry hrají při péči o klienta významnou roli, protože ošetrování nemocných je ovlivňováno chováním a jednáním sestry, a úzká kvalitní spolupráce sestry a nemocného urychluje terapeutický a ošetrovatelský proces. Mezi hlavní funkce sestry se řadí řízení a poskytování ošetrovatelské péče jednotlivcům, rodinám i skupinám, výuka pacientů i zdravotnického personálu, aktivní začlenění sestry do

zdravotnického týmu a rozvoj ošetrovatelské praxe a výzkumu. Ve snaze dosáhnout lepších výsledků se zavádí stále novější a modernější způsoby práce. I dokonalejší zručnost v ošetrovatelské praxi se dá označit za výsledek výzkumu v ošetrovatelství, který má za cíl také zvyšovat vědomosti sester.

Kvalitu ošetrovatelské péče netvoří pouze ošetrovatelské výkony, ale zejména z hlediska nemocného ji podstatně ovlivňuje chování a jednání sestry. Pokud se mezi nemocným a sestrou vytvoří vzájemný pozitivní vztah, pak je možná úzká spolupráce sestry s nemocným a terapeutický i ošetrovatelský proces se urychluje. Z uvedeného vyplývá, že v případě, kdy sestra jedná nevhodně, nemocného poškozuje, a léčbu i ošetrovatelskou péči komplikuje (51).

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je odrazem iniciativy a aktivity sestry, která poznala svého pacienta, jenž často své potřeby nesignalizuje dostatečně, hlouběji. Člověk je v ošetrovatelském procesu chápán holisticky, jako celek, na který působí celá řada faktorů, ovlivňujících jeho zdravotní stav. Ošetrovatelský proces má pro pacienta své výhody, a to kvalitní plánovanou péči, která směřuje k uspokojení potřeb, soustavnou péči a účast nemocného na péči. Pro sestru proces přináší tyto výhody: uspokojení ze samostatné práce, důsledné a systematické vzdělání, odborný růst, vyhýbání se rozporům se zákonem, splnění ošetrovatelských norem, a v neposlední řadě splnění norem akreditovaných nemocnic.

Ošetrovatelský proces bývá charakterizován jako otevřený, dynamický a přizpůsobivý systém, který individualizuje přístup k potřebám každého pacienta. Je plánovitý, cílený, přizpůsobuje se osobním potřebám nejen pacienta, ale i jeho rodiny a společnosti. Ošetrovatelský proces umožňuje tvořivý přístup sestry a pacienta při hledání řešení zdravotního problému, kroky procesu jsou ve vzájemném vztahu, a proto bývá označován jako proces cyklický, který nemá začátku ani konce. Důležité je, že zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posuzování nebo k revizi plánu péče. Poslední fakt, který lze dodat k ošetrovatelskému procesu, je ten, že proces je obecně použitelný pro všechny věkové kategorie a typy pacientů. Ošetrovatelský proces

má pět fází, které jsou logickým pořadím, určujícím, jak přistupovat k nemocnému. Kroky procesu jsou posuzování a zhodnocení nemocného, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelské péče, realizace, aktivní ošetrovatelská péče a vyhodnocení efektu poskytnuté péče. Všechny tyto kroky spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují (51, 100, 101, 110).

Komunikace sestry s pacientem

Není jednoduché komunikovat s člověkem, který se nachází v náročné životní situaci, má bolesti, strach, trpí úzkostí, je smutný nebo agresivní. Sestra se musí nejen domluvit. Musí navíc získat a předat kvalitní informace a navíc pacienta povzbudit, dát mu naději a pocit důvěry. Sestra musí zvládat komunikaci nejen s těmito nemocnými, ale musí se orientovat i v oblastech komunikace, které jsou specificky sesterské. Mezi tyto zvláštní oblasti patří umění domluvit se s pacientem, který má změněno chování spojené s příchodem nemoci, domluvit se s dítětem, s nemocným s problémovým chováním (deprese, úzkost, narcismus, neuróza, psychiatrické onemocnění), s pacientem se změnou intelektu, s pacientem se závažným onemocněním, s nemocným s různými typy postižení (sluchu, zraku, řeči, pohybového aparátu, mentální postižení) a s klienty sociálně problematickými (122).

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování a výměna informací prostřednictvím signálů a prostředků, jako je slovo, písmo, gesta, minika, proxemika a další řeč těla, dále pomocí tisku, rozhlasu a ostatních médií. Komunikační proces, který tvoří základ ošetrovatelské péče, má vždy pět základních složek, z nichž chybí-li některá, komunikace začít nemůže. Mezi složky komunikace patří komunikátor (mluvčí), komuniké (zpráva), komunikant (příjemce), zpětná vazba (reakce, odpověď) a situační kontext.

Komunikovat lze verbálně a neverbálně. Verbální komunikace sděluje informace pomocí slov, které se u jednotlivých lidí liší dle jejich kultury, věku, vzdělání a sociálně-ekonomického postavení. Dobrá sestra dokáže vyjádřit základní informace jednoduchým způsobem, pomocí běžných a pochopitelných slov, citlivě k potřebám pacienta. Chybou je, pokud sestra v komunikaci sklouzne k autoritativnímu přístupu a

k rutině, kdy nereaguje na projevy pacienta. Z projevu sestry by měla vždy vyzařovat spolehlivost, jistota, profesionalita a projev by měl být vždy evalvační (39, 51, 52, 105).

Neverbální komunikací se nazývá řeč nebo mluva těla, a často o pocitech pacienta napoví více, než komunikace verbální. Patří sem chůze a držení těla, proxemika, posturika, mimika, pantomimika (gestikulace), haptika a zrakový kontakt. Sestra může pomocí neverbálních prostředků mnohem snadněji vyjádřit emoce (i negativní), sounáležitost, porozumění a empatii.

V ošetrovatelství nevystačíme s komunikací, kterou používáme v běžném životě. Sestra musí ovládat komunikaci sociální, která je neplánovaná a odehrává se při neformálním setkání s pacientem, dále komunikaci strukturovanou s určitým plánovaným obsahem a komunikaci terapeutickou, díky které se pacient snaží překonávat přechodný stres, vycházet s lidmi a překonávat fyzické i psychické překážky.

K dosažení kvalitní oboustranné komunikace sestry s nemocným je nutné respektovat tyto požadavky: schopnost empatie, individuální přístup, úctu k pacientovi, pozitivní vztah k pacientovi.

Mezi specifické komunikační techniky, které by sestře neměly činit problém, je aktivní naslouchání, kladení otázek (pozor na sugestivní otázky), zrcadlení (reflexe), sumarizování a mlčení.

Pokud sestra s nemocným povede rozhovor, pak základní podmínkou je vztah důvěry a spolupráce. Existuje několik typů rozhovorů a záleží jen na sestře, jak tento záměrný a organizovaný dialog povede. Vždy by však výstupem z rozhovoru měly být přínosné informace, které přispějí k blahu pacienta. Je možné využít rozhovor individuální nebo skupinový, diagnostický nebo terapeutický, standardizovaný, nestandardizovaný nebo volný. Před vlastním rozhovorem musí být jasný cíl rozhovoru a v ideálním případě jsou zajištěny vnější vhodné podmínky. Všechny důležité informace, které sestra prostřednictvím rozhovoru získá, by měly být zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace a využity při vlastní ošetrovatelské práci (39, 51, 52).

Etika v práci sestry

Etika je vědou o mravnosti a dříve byla nazývána mravovědou nebo praktickou filozofií. Etika stanoví, co je správné (mravné) a co není (40). O etice se uvádí, že je větví filozofie, která se snaží určovat, jak mohou být lidské činy hodnoceny jako správné nebo špatné, a že principem celé etiky je konat dobro a vyhýbat se zlu (73). Etické principy určují směr člověka a slouží jako normy chování.

Lidstvo má své negativní zkušenosti z oblasti medicíny (např. pokusy nacistických lékařů, thalidomidová aféra), a to vedlo k přijetí různých opatření na národní i mezinárodní úrovni, která měla zabránit opakování podobných událostí. Tak vznikla Všeobecná deklarace lidských práv (rok 1948), Mezinárodní konvence o lidských a občanských právech (rok 1950), Norimberský kodex (rok 1945), helsinská deklarace (rok 1964) a další etické kodexy a pravidla pro oblast medicíny. V 70. letech minulého století byly ve Spojených státech amerických definovány základní principy medicínské etiky, která se postupně rozšířila do celého světa (51, 111).

Existují tzv. principy etiky, z nichž principy dobřečinnosti (beneficence) a nepoškození (nonmaleficence) jsou známy z etiky hippokratovské. Další dva, novější, principy jsou v moderních podmínkách nesmírně důležité. Jde o respekt k autonomii a o princip spravedlnosti. V posledních letech však přibývá kritiků, kteří upozorňují na nové výzvy v moderní medicíně (73).

Základním posláním ošetrovatelství je uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb jedince, a to je důvod, proč sestra musí vycházet z principů etiky. Předmětem etiky v ošetrovatelství jsou etické problémy ošetrovatelské praxe, jako například vztah a postoj sestry k pacientovi, interpersonální vztahy pracovníků a morálně dilematické problémy ošetrovatelství, kde morální přístup není vždy jednoznačný.

Cílem etiky v ošetrovatelství je zejména humanizace lidských vztahů, usměrnění chování a jednání při profesionálních ošetrovatelských výkonech a vhodný způsob uspokojování fyzických, psychických, sociálních, duchovních, kulturních a jiných potřeb klienta (51).

V roce 1899 byla založena společnost ICN (International Council of Nurses), jejímž sídlem pro Evropu je Ženeva. Jde o největší mezinárodní organizaci zdravotních sester a ošetrovatelek. Organizace přijala vlastní etický kodex. V roce 1983 byla jako řádný člen navržena Československá společnost sester. Definitivně byla přijata za člena v Tel Avivu v roce 1985 (40).

Etické kodexy v ošetrovatelství jsou jakási formální pravidla činností v dané profesi a osoby v tomto povolání by se s nimi měly ztotožnit (51). Kodex sester (Příloha 1) poskytuje základní rámec, podle něhož by měly sestry činit vlastní etická rozhodnutí. Kodex byl přijat Českou asociací sester a bude pravidelně revidován. Zásady chování sester vycházejí z principů přijatých Mezinárodní radou sester. Na zasedání národních představitelů této rady (v r. 1989) byla přijata zásadní ustanovení, která říkají, že základní povinnost sestry je čtyřnásobná: podpora zdraví, prevence nemocí, navrácení zdraví a zmírňování utrpení.

Kodex sester není, bohužel, zázračným prostředkem, který by zajistil morální chování sestry. To není v silách žádného kodexu. Mravního jednání lze dosáhnout pouze tehdy, pokud má sestra vnitřně zakotvenou morálku a altruismus. Dalšími možnými návody pro jednání sester jsou Etické normy v ošetrovatelském povolání (Příloha 2), Práva pacientů (Příloha 3). Existují i další práva pacientů, která se soustředí na specifické skupiny – např. práva hospitalizovaných dětí, práva duševně nemocných, handicapovaných osob, umírajících aj.(40).

Evropská porada WHO o právech pacientů schválila v Amsterdamu v březnu 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o zásady, které podporují uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU. Na několika místech je zdůrazněno, že při ošetrování pacienta musíme respektovat kulturu pacienta, jeho morální hodnoty, náboženské a filosofické přesvědčení a žebříček hodnot (64).

Potřeby nemocných

Každý člověk po celý svůj život uspokojuje různé potřeby různým způsobem. Potřeba je charakterizována jako vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání

podmínek nutných pro život nebo vyhýbání se podmínkám, které jsou pro život nepříznivé. Zcela zásadní pro lidskou existenci jsou primární (fyziologické) potřeby. Naopak potřeby sekundární, vyšší, jsou nezbytné pro pocit fyzické i psychické životní pohody. Tyto vyšší potřeby vytvářejí v životě člověka určitou hodnotovou orientaci.

Proces uspokojování potřeb je dynamický a významné místo zde zaujímá motivace, která vyvolá reakci vedoucí k naplnění potřeby. Pokud nemocný dlouhodobě prožívá stav nepohody v souvislosti s uspokojováním potřeb, bývá negativně ovlivněn průběh nemoci i její prožívání. Proces uspokojování potřeb je ovlivňován mnoha faktory, jako např. faktory obecnými (věk, pohlaví), individuálními (vzdělání, výchova), společenskými a některými patologickými stavy.

Teorii lidských potřeb vyvinul Abraham Maslow ve 40. letech minulého století. Rozdělil potřeby takto: potřeby biologické, potřeby bezpečí a jistoty, potřeba lásky, sounáležitosti, náklonnosti, dále potřeba úcty, ocenění, sebeúcty a potřeba seberealizace.

V 60. letech minulého století definovala Victoria Hendersonová 14 principů základní ošetrovatelské péče (Příloha 4), na které je třeba se zaměřit při poskytování péče. V ošetrovatelské praxi jsou její principy známé jako Hendersonové klasifikace potřeb. V současnosti tvoří jeden z nejčastěji používaných teoretických modelů pro aplikaci ošetrovatelského procesu (51, 114).

Celoživotní vzdělávání sester a ošetrovatelský výzkum

Sestra je povinna se kontinuálně vzdělávat a udržovat, rozšiřovat a prohlubovat tak své odborné znalosti. V současnosti je trvalé vzdělávání sester zajištěno systémem registrace sester, která je časově omezena (zpravidla na pět let). Sestry jsou registrovány v centrálním registru sester. V průběhu registrace se sestra vzdělává – plní stanovené podmínky (99).

Sestra se vzdělává nejen v oblasti teoretické. Technický pokrok, přinášející nové přístroje a technologie, nutí sestru, aby získávala další a nové dovednosti. Sestra by jinak neobstála v praxi, kde je určitá „technická zdatnost“ nezbytností.

Celoživotní vzdělávání úzce souvisí s ošetrovatelským výzkumem nejen proto, že sestra získává nové poznatky z oboru díky výzkumným projektům „pasivně“ jako čtenář nebo posluchač přednášky či konference, ale také proto, že sestra se výzkumu přímo aktivně účastní a je nucena si tak doplnit vědomosti.

Jednotlivé univerzity a vysoké školy jsou akademickou základnou výzkumu, kde se realizují jednotlivé výzkumné projekty, nejčastěji ve spolupráci s klinickými pracovišti. Výzkum není přínosem pouze pro sestry, ale také pro pacienty, kterým se bude dostávat kvalitnější péče. Dále výzkum přináší plusy pro ty, kteří ošetrovatelství financují, organizují a působí v oblasti profesionální přípravy.

Sestry z vysokých škol, univerzit a klinických pracovišť by se měly v oblasti ošetrovatelského výzkumu zaměřit především na problematiku např. preventivních aktivit, etických problémů a edukace v ošetrovatelství, standardizace ošetrovatelských postupů, zavádění ošetrovatelského procesu do praxe, multikulturní ošetrovatelské péče a dalších (112).

Také ošetrovatelský výzkum má určité etické principy – všeobecné a specifické, kterými se sestra-badatelka musí řídit. Všeobecné zásady platí pro vědeckovýzkumný proces všech oborů. Specifické aspekty pro výzkum v ošetrovatelství vycházejí ze skutečnosti, že objektem zájmu je lidská bytost. Norimberský kodex shrnuje zásady výzkumu, jejichž objektem je člověk. K těmto zásadám časem přibýly ještě další principy, které kladou přísnější požadavky na schvalování protokolů výzkumných projektů, do nichž jsou zapojeni lidé (111).

Systematická výzkumná činnost v ošetrovatelství se významně odráží ve zkvalitnění péče o nemocné nejen v nemocniční péči, ale také v oblasti péče ambulantní, domácí a komunitní, a též na úseku prevence a výchovy ke zdraví (113).

Kvalita ošetrovatelské péče a ošetrovatelské standardy

Kvalita ošetrovatelské péče je dána sociálním a kulturním prostředím a je tak odrazem hodnot společnosti, hodnot zdravotníků a tvůrců zdravotnické legislativy. Kvalitní ošetrovatelská praxe je charakterizována znaky jako je například: poskytování

péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jasná koncepce ošetrovatelství, týmová práce, adekvátní uspokojování potřeb pacienta, stanovení reálných cílů při ošetrování pacienta, motivace a odborná příprava personálu, dodržování etického kodexu, vědecký základ poskytované péče a aktivní zapojení nemocných do ošetrovatelského procesu.

Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována podle různých kritérií, v souvislosti s tím, zda hodnocení provádí lékař, pacient, sestra nebo pracovníci ošetrovatelského managementu.

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče je proces, který zahrnuje tři důležité kroky:

1. monitorace skutečné praxe a odstraňování problémů
2. ošetrovatelský audit
3. tvorba ošetrovatelských standardů

Kvalita ošetrovatelské péče musí být měřitelná na základě objektivně měřitelných kritérií. V ošetrovatelských standardech jsou stanoveny kritéria i definice kvalitní péče. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma kvality, je pro sestru „vodítkem“, které ukazuje, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni a vymezuje minimální úroveň péče, která má být nemocnému poskytnuta (30, 51).

Historie ošetrovatelských standardů sahá až k Florence Nightingalové, která v krymské válce (1853-1856) sestavila první standardy zaměřené na ošetrovatelský proces a stanovila indikátory kvality ošetrovatelské péče. V USA vznikaly první standardy v 70. letech jako odezva na vyhlášení Charty práv pacientů. Americký univerzitní profesor, Avedis Donabedián (1919-2000), stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě (69).

Existuje několik druhů standardů (standardy výkonu ošetrovatelské profese, standardy ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace, standardy vybavení pracoviště, personálního vybavení, pracovních postupů a standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků), které jsou vydávány centrálně, zpravidla ministerstvem nebo lokálně, kdy standardy zpracuje a přijme konkrétní zdravotnické pracoviště.

Každý standard musí obsahovat zaměření (které oblasti ošetřovatelství se konkrétně týká), míru závaznosti (pro koho platí), cíl, výčet kritérií k zajištění cíle, způsob hodnocení dosažené kvality a metodiku kontroly. Ošetřovatelský standard by měl obsahovat také kritéria strukturální, procesuální a kritéria výsledku.

Má-li být hodnocena kvalita ošetřovatelské péče, je nutný ošetřovatelský audit, který je definován jako systém hodnocení, zabezpečující kvalitu ošetřovatelské péče. Hodnotit lze objektivně měřitelné stránky kvality ošetřovatelské péče. Subjektivní hodnocení hledisek kvality je poměrně náročné. Audit hodnotí plnění ošetřovatelských standardů nebo celkovou kvalitu poskytované péče za pomoci rozličných metod (30, 37, 51).

1.1.1 Multikulturní/transkulturní přístup

„Multikulturalismus tvrdí, že lidé s různými kořeny mohou žít pospolu a učit se porozumět obraznosti druhých, mohou a měli by se bez předsudků či iluzí dívat přes hranice rasy, jazyka, rodu a věku a učit se myslet na pozadí promíšené společnosti. Multikulturalismus zastává skromně názor, že některé z nejzajímavějších věcí v historii a kultuře se dějí na rozhraní různých kultur. Situace na hranicích ho nezajímají jen proto, že jsou sami o sobě fascinující, ale protože jejich pochopení přináší světu naději (46, s. 83-84).“

Nejen sestry jsou mylně přesvědčené, že západní etika a morálka je, nebo by měla být, ve světě všudypřítomná. Pokud sestra nemá kulturní rozhled a není si vědoma kulturních odlišností, pravděpodobnost stresu nebo konfliktu se během ošetřování klienta zvyšuje. Pojem kulturní odlišnosti zahrnuje zejména obtíže ve vzájemném porozumění, které souvisí s rozdílným jazykem, se způsobem popisu zdravotních problémů a s rozdílnou neverbální komunikací. Dále mezi kulturní odlišnosti patří rozdíly v pravidlech chování a zvycích a rozdíly v základních znalostech o zdraví a nemoci, ve zvláštních přesvědčeních a léčebných praktikách a neposlední řadě rozdíly v hodnotách (63).

Multikulturní přístup

V 60.-70. letech minulého století byl přijat koncept multikulturalismu na základě kritiky dřívější koncepce asimilace migrantů. Multikulturalismus podporoval uchování kultury migrantů jako předpoklad psychické stability, která je nutná k toleranci a zdárné integraci. Postupně se však ukázalo, že tento koncept, který chápe kulturu jako ohraničený celek, je zavádějící. V 80. letech bylo zjištěno, že multikulturalismus spíše prohlubuje izolovanost a místo toho, aby vedl k rovnoprávnému soužití, se vytvářejí cizinecká ghetta a objevují se tendence ke společenskému znevýhodňování a sociální segregaci cizinců (48).

Multikulturalismus lze chápat jako požadavek rovného uznání všech lidí včetně jejich kultur. Je opakem etnocentrismu, neboť respektuje odlišnou národnost, rasu, etnikum, kulturu i náboženství. Základem tohoto přístupu je kulturní relativismus, který předpokládá, že není možné zcela pochopit odlišnou kulturu, pokud nejsme jejím příslušníkem, a každou kulturu považuje za unikátní fenomén. Ivanová výstižně přirovnává kulturu k cibuli, která má několik vrstev. Tato „kulturní cibule“ názorně popisuje produkty kultury, které jsou snadno viditelné a vnímatelné (tzv. zevní vrstva, slupka), dále produkty, které lze odhalit pomaleji, bližším kontaktem s kulturou (střední vrstva), a to, co zůstává uvnitř „kulturní cibule“ (vnitřní vrstva, jádro) jsou základní hodnoty, pravdy o životě, normy a otázky existence. Jádro kultury je pro cizince jen těžko rozpoznatelné a pouze dlouhodobý a intenzivní kontakt může přinést proniknutí do zkoumané kultury (31, 47).

V literatuře je uváděn pojem „multikulturní komunikace“. Jde o komunikaci, která ulehčuje vzájemné porozumění a sociální interakci příslušníků různých kultur. Je charakterizována jako interdisciplinární oblast, která respektuje tradice, názory a kulturní specifika jednotlivce nebo celé komunity. Nejedná se pouze o uplatnění konkrétního cizího jazyka, ale též o znalost projevů neverbální komunikace, konvencí a rituálů příslušníků cizích kultur, jejich tradic, historie a etikety (44).

Transkulturní přístup

Obor transkulturního ošetrovatelství se zformoval v 50. letech minulého století. Jsou to právě sestry, které zjistily, že povrchní znalost kultur nestačí. Transkulturní přístup se tak stává novým vzorcem pro ošetrovatelské povolání (47). Při zrodu tohoto oboru stála Madeleine Leiningerová a její „model vycházejícího slunce“ více než třicet let pomáhá sestřím prohlubovat vědomosti v této oblasti.

Faktory, které ovlivnily a stále ovlivňují potřebu rozvoje transkulturního ošetrovatelství, jsou například tyto: kulturní fluktuace a míšení, trvalý vzestup populační migrace, rozšíření elektronické komunikace, větší pohyb lékařů a sester, zájem o lidská práva, větší požadavek kulturních menšin na adekvátní péči a širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě se smysluplně dorozumět (68).

Transkulturní ošetrovatelství je důležitá oblast teorie a praxe ošetrovatelství, která se soustředí na porovnávání hodnot a zvyklostí jedinců a skupin náležejících do různých kulturních prostředí. Pro transkulturalismus je typické, že nestaví do centra pozornosti kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a minoritní skupinou (47). Významným rysem transkulturního ošetrovatelství je komparativní povaha oboru, tedy srovnávání, vyhledávání rozdílů a podobností nejen v léčbě, ale i v péči o kondici, ve vzorcích rozvoje onemocnění a ve vyrovnávání se se smrtí. Mnohotvárnost rysů a reakcí se nazývá kulturní variabilita (68).

Cílem transkulturního ošetrovatelství je vychovat novou generaci sester, které budou vybaveny patřičnými znalostmi, a tak bude možné poskytovat kulturně specifickou péči (47). Teprve až sestry poznají samy sebe, pak se oprostí od kulturních mýtů a od negativních postojů k druhým (68).

Základy multikulturního/transkulturního ošetrovatelství mají vztah k etickým aspektům a setra by měla u pacienta odlišné kultury sledovat a hodnotit tyto oblasti: rodinné prostředí, sociální život, politický systém, jazyk a tradice, světový pohled, orientační hodnoty a kulturní normy, náboženství, zdravotní zásady a praxe (64).

Termíny multikulturní a transkulturní se dodnes často zaměňují nebo se nesprávně používají k vyjádření téhož (47).

Neexistuje žádný univerzální a jednoduchý návod, jak pomoci pacientům z odlišného kulturního, náboženského a sociálně-ekonomického prostředí. Zdravotníci by si měli být vědomi, že naše evropská kultura není normou (64).

1.1.2 Ošetřovatelské modely týkající se transkulturního ošetřovatelství

Madelleine Leiningerová

V polovině 50. let, kdy začala M. Leiningerová pracovat jako sestra na dětském psychiatrickém oddělení, si všimla velkých kulturních rozdílů mezi dětmi a jejich rodiči i mezi dětmi a její irsko-německou kulturou. V 50. letech 20. století se začala zabývat teorií kulturně různorodé a univerzální péče, neboť si uvědomila potřebu udělat změnu. Ve své teorii rozlišuje dva systémy péče – tradiční (laický, charakterizuje přenesené a naučené poznatky a názory, které jsou využívány při zabezpečování podpory jedinců či skupin, je ovlivňován historií kultury a výchovou) a profesionální (představuje formálně naučenou a přenesenou péči, převládající v institucích, kde pracují zaměstnanci různých profesí). Profesionální systém prezentuje názory majoritní části obyvatelstva a jeho součástí jsou i sestry. Zkušenosti z praxe ukazují, že v této oblasti chybějí sestřím, bohužel, potřebné vědomosti a poznatky (59).

Model je známý jako „model vycházejícího slunce“ (Příloha 5) a má čtyři úrovně, seřazené od nejabstraktnější (první) po nejméně abstraktní úroveň (čtvrtou). První úroveň zahrnuje úroveň sociálního systému a filozofický názor. Úroveň druhá obsahuje poznatky o jedincích, skupinách a institucích v jiných zdravotnických systémech, určuje kulturně specifické vztahy k péči o zdraví. Třetí úroveň poskytuje specifické rysy péče a charakteristiky každého systému. Poslední čtvrtá úroveň rozvíjí transkulturní ošetřovatelství takovým způsobem, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami kultury, ke které nemocný patří (5, 67, 83).

Joyce Newman Gigerová, Ruth Davidhizarová

Model autorky vytvořily v roce 1988 a je nazýván modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Tento model (Příloha 6) usnadňuje kulturně ohleduplné

ošetřovatelské hodnocení potřeb pacienta, a tak je výběr vhodných ošetřovatelských intervencí efektivnější (66, 106).

Model Gigerové – Davidhizarové navazuje na práci Leiningerové, rozpracovává hodnocení stavu potřeb klienta a ošetřovatelské intervence. Model ukazuje, že každý jedinec je kulturně jedinečný, a má být hodnocen z hlediska šesti kulturních fenoménů, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace (106).

Právě tento ošetřovatelský model byl inspirací pro polostrukturovaný rozhovor a získávání informací týkajících se specifík ošetřování člena Církve adventistů sedmého dne.

Josepha Campinha – Bacote

Model, nazývaný modelem rozvoje kulturní způsobilosti, tvoří pět kulturních kompetencí. Je zařazen do osnov multikulturní výchovy v ošetřovatelství na celém světě a sestry jsou s jeho pomocí schopny poskytovat kulturně kompetentní péči. Jako kulturní kompetence je popisován proces, ve kterém se sestra snaží o efektivní interakci a spolupráci v rámci kulturního kontextu klienta, rodiny nebo komunity. Aby se sestra stala kulturně kompetentní, musí se aktivně věnovat těmto pěti oblastem:

- 1) kulturní přání – jedná se o motivaci sestry mít vědomosti a zručnosti v oblasti kultury a také hledat kulturní setkání; ideální je, pokud sestra vnímá pacienta jako jedinečnou lidskou bytost
- 2) kulturní uvědomění – je to prozkoumání kulturního pozadí, tzn. uznání předpojatosti a předsudků o člověku, který je odlišný
- 3) kulturní vědomosti – zahrnují získávání vědomostí o různých kulturních a etnických skupinách; sestra přechází přes čtyři stádia hledání vědomostí – nevědomá neschopnost (sestra neví, že jí chybějí kulturní vědomosti), vědomá neschopnost (sestra si uvědomuje, že jí chybí vědomosti o jiné kultuře), vědomá schopnost (sestra se záměrně učí kultuře pacienta a zajišťuje adekvátní ošetřovatelskou péči) a nevědomá schopnost (sestra je schopna spontánně zajistit odpovídající péči nemocným z kulturně odlišného prostředí)

- 4) kulturní zručnost – jde o schopnost zajistit kulturní údaje vztahující se k aktuálním pacientovým problémům, včetně kvalitního fyzikálního hodnocení
- 5) kulturní setkání – je proces, kdy dojde k interakci sestry a pacienta z kulturně odlišného prostředí (115).

1.2 Náboženství a jeho specifika

„Na jedné straně sice ještě přibývá ateistů a pokračuje sekularizace, na druhé straně však roste respekt k náboženství a šíří se nová religiozita (93, s.49).“

V literatuře zabývající se tematikou náboženství lze nalézt mnoho definic, které pojem náboženství vysvětlují. Říčan popisuje náboženství jako komplexní postoj a z něho vyplývající přístup ke světu, k sobě samému, i k tomu, co jej přesahuje, postoj, který respektuje určitý řád mající absolutní platnost (93). Jiná definice Říčana konstatuje, že náboženství je fenomén velmi rozmanitý a historicky proměnlivý, a jeho projevy se natolik liší v různých kulturách a společnostech, že někteří teoretici odmítají užívat toto slovo v jednotném čísle a jako obecný pojem (94). Mezi sociology je populární definice, která náboženství popisuje jako jednotný systém víry a praktik vztahující se k posvátným věcem (odtažitým a zakázaným); systém víry a praktik, které sjednocují všechny své přívržence ve společenství nazývaném církev. Tato definice není založena na koncepci bohů a ukazuje náboženskou praxi jako dynamickou a sociálně vymezenou (119).

1.2.3 Náboženská situace ČR na začátku nového milénia

Sčítání lidu, domů a bytů provedené v roce 2001 ukázalo, že v české společnosti došlo k odcírkevnění, provázeném úpadkem tradičních křesťanských denominací. Podle získaných údajů klesl oproti roku 1991 počet lidí hlásících se k nějaké konkrétní náboženské skupině o více než 10% (z 43,9 % na 32,2 %). Pokles členů se ale netýkal všech náboženských skupin, neboť mnohé naopak zaznamenaly výrazný nárůst členské základny (např. nejvýraznější byl nárůst u Církve bratrské – 360 % oproti roku 1991). O téměř 20 % (z 39,9 % na 59 %) vzrostl počet těch, kteří se deklarovali jako „bez vyznání“. Zajímavým zjištěním bylo také to, že téměř o polovinu oproti roku 1991

klesl počet těch, kteří na otázku po náboženské příslušnosti odmítli odpovědět, což potvrzuje skutečnost, že otázka náboženství a jeho vnímání se stala významnou součástí života české společnosti. Z tohoto důvodu je možné říci, že 59 % populace „bez vyznání“ nemůže být zjednodušeně interpretováno jako doklad indiferentního postoje Čechů k náboženství, ale spíše jako signál o transformaci jeho vnímání. Jinými slovy se dá říci, že na počátku nového milénia bylo náboženství v naší společnosti významným tématem (121).

Přehled náboženských vyznání obyvatel ČR v roce 1991 a 2001 viz. Příloha 7.

1.2.4 Potřeba náboženské zkušenosti

U mnoha lidí se projevuje potřeba náboženské zkušenosti, která by jedinci přinesla silný emocionální a duchovní prožitek a jistotu řádu. Tuto potřebu lze chápat jako jednu ze základních lidských psychických potřeb. Odborníci považují za nejdůležitější primární psychologický motiv k náboženské orientaci, potřebu oddanosti a potřebu kořit se. Význam má z tohoto hlediska i potřeba bezpečí. Z těchto potřeb lze odvodit tendenci být vázán k něčemu, co má takovou hodnotu, aby stálo za to být jí oddán. Taková vazba slouží zároveň jako zdroj jistoty a bezpečí, ale způsob jejího uspokojení může být pochopitelně různý. I nezvládnutá vlastní svoboda, která se pro někoho může jevit jako ohrožující, souvisí se zvýšenou potřebou jistoty.

Jiná potřeba, která je náboženstvím uspokojována, je potřeba autority – potřeba být veden a někdy se i zbavit odpovědnosti za svá rozhodnutí, dále potřeba seberealizace, kdy si jedinec potvrdí vlastní význam a může mít pocit privilegovanosti, neboť sounáležitost s lidmi, kteří se mu jeví jako výjimeční, slouží jako zdroj sebejistoty. Potřeba akceptace a sociálního zakotvení je členstvím v náboženské skupině také uspokojována, protože příslušná církev umožňuje vyjádřit svůj vztah k transcendentnu formou obřadu a umožňuje tak jedinci sdílet zkušenosti a prožitky s ostatními lidmi. V tomto případě vědomí příslušnosti ke skupině a emoční přijetí touto skupinou se stává významnou složkou sebepojetí jedince. U mladých lidí může být motivací ke vstupu do náboženské skupiny potřeba intenzivního a autentického prožitku, který by ho vytrhl z nudy běžného života.

Vágnerová uvádí několik autorů, kteří blíže specifikují potřeby náboženské zkušenosti:

- 1) Wilson považuje sklon k duchovnímu životu za jednu z vrozených dispozic člověka.
- 2) Jung popisuje náboženské prožitky jako jedinečné a nepřevoditelné na jiné psychické zkušenosti. Deprivace této potřeby má negativní důsledky. Náboženské prožívání je součástí archetypu bytostného Já, které souvisí s vnitřním rozvojem osobnosti.
- 3) Remeš vnímá potřebu náboženské zkušenosti jako projev tendence k prožitkům posvátna a neempirickému zakotvení lidského myšlení.
- 4) Štampach uvádí, že potřeba náboženství vyjadřuje přijetí skutečnosti, že život člověka je regulován a určován něčím, co nás přesahuje. Bůh je chápán jako ochránce, jako ten, kdo odkrývá smysl života a umožňuje vyrovnat se i s negativními životními událostmi a navíc těmto událostem přiřadit i význam (119).

1.2.5 Funkce náboženství

Náboženství má několik funkcí, které lze stručně popsat takto:

- a) poskytuje podporu a útěchu v nejistém a nestálém světě
- b) přispívá ke stabilitě a k udržení nezbytného sociálního i ontologického řádu
- c) upřednostňuje skupinové cíle před cíli individuálními
- d) nabízí takové hodnoty, které zpochybňují společností zavedené normy a v souvislosti s tím podporuje změny stávajícího sociálního pořádku
- e) umožňuje zformování a udržení identity, lepší pochopení sebe sama
- f) usnadňuje přechod z jedné věkové skupiny do druhé

Obecně lze říci, že náboženství přináší pocit bezpečí a jistoty prostřednictvím účasti na rituálu, který přivádí člověka do vztahu s něčím co je „mimo náš svět“ (119).

1.2.6 Příčiny vstupu do náboženské skupiny

Motivace ke vstoupení do náboženské skupiny může vyplývat z osobnostního zaměření jedince. Může být projevem potřeby rozšířit své zkušenosti a možnosti, něco nového získat, ale může být i projevem únikového chování od neuspokojivé reality.

Existují vývojová období jedince, která jsou typická pro bilancování a hledání smyslu života. Vágnerová mezi tato období řadí adolescenci, střední věk (přesněji krizi středního věku) a stáří.

Dospívání je poměrně náročné vývojové období neboť role dospělého a povinnosti s ní spojené nejsou pro adolescenta příliš atraktivní. Mnozí jedinci mají tendence přijetí dospělosti odkládat a setrvávají ve stavu, který Vágnerová nazývá „adolescentním psychosociálním moratoriem“. Tento odklad může být spojen s experimentováním, kdy je dospívající zaměřen na silné a nestandardní citové prožitky a na sebepoznání. Může jít také o tendenci akceptovat členství ve skupině, která své členy nenutí k samostatnosti, ale naopak je zbavuje odpovědnosti za vlastní rozhodování. Proto jsou adepty ke vstupu do náboženských skupin nečastěji lidé mezi 15 – 25 lety věku. Mladý člověk však dozrává a hledá další řešení a cesty pro svůj život a v tomto období může z náboženské skupiny odejít.

Střední věk s sebou přináší změny životních rolí i možnou krizi. Proto v tomto období člověk hledá něco, co by mělo trvalý charakter a bylo spolehlivé. V této vývojové fázi se lidé často obrací k sebereflexi a odmítají stereotypy. Snaží se prožít něco neobvyklého, silně emotivního a autentického. Důležitý je i pocit blížícího se stárnutí, osamělosti a prázdnoty. Člověk hledá smysl života. Náboženská skupina nabízí radikální řešení, které oslovuje i mnoho lidí středního věku.

V období stáří je příklonění se k duchovní orientaci dáno hlavně vědomím vlastní smrtelnosti a také ztrátou mnoha zdrojů uspokojení, které byly dříve snadno dostupné. Ve stáří dochází díky náboženství k posílení spirituálního zaměření.

Významným motivem pro vstup do náboženské skupiny je potřeba transcendentního zakotvení života. Motiv se objevuje v různých vývojových fázích. Takto zaměřené lidé jsou ochotni přijmout učení, které není omezeno pouze na materiální hodnoty a na přítomnost. Motivace bývá posílena způsobem života současné konzumní společnosti. Transcendentní smysl života je obsažen v učení tradičních církví, které ale často postrádají misijní zápal a nejsou schopny patřičným způsobem oslovit mladé lidi. Historická zkušenost je totiž odnaučila slibovat snadná řešení. Tradiční

církve neposílají do ulic své agitátory, a proto na mladé lidi číhá nebezpečí různých sekt.

Jednotlivá náboženství mohou saturovat různé psychické potřeby, a z toho vyplývá i jejich preference určitými lidmi. Každý člověk si volí takový směr, který mu nabízí to, co je pro něj podstatné a osobně významné (119).

1.2.7 Věřící člověk jako pacient

Náboženské přesvědčení může ovlivnit nejen způsob života člověka, ale také jeho postoj k nemoci a smrti. Některé religiózní skupiny neuznávají moderní vědu, jiné mají specifické léčebné metody, například adventisté sedmého dne se (podle některých autorů) vyhýbají užívání jakýchkoliv léků, pokud nejsou vážně nemocní (60).

V čase nemoci může duchovní přesvědčení nabýt většího významu, než kdy jindy v životě člověka. Někteří lidé vnímají chorobu jako trest, jiní jako zkoušku víry. Obvykle však víra pomáhá lidem akceptovat svoji chorobu. Náboženství může posilňovat člověka během života a pomáhá mu připravit se na smrt – dává smysl životu i smrti. Některá náboženství však mohou být v rozporu s přijatou medicínskou praxí (např. Svědci Jehovovi nesouhlasí s krevní transfuzí).

Kterýkoliv pacient nebo jeho rodina má nárok na duchovní podporu. Sestra by měla nemocnému zajistit návštěvu nemocničního kaplana či duchovního jeho vlastní církve. Duchovní podporu si většinou žádají pacienti, kteří se cítí osaměle, ti, kteří mají strach a úzkost a nemocní, jejichž choroba či následek úrazu přinesl změnu způsobu života. Duchovní podporu bude s velkou pravděpodobností vyžadovat i pacient, kterého nemůže navštívit duchovní jeho vlastního náboženství, i ten nemocný, který se zamýšlí nad vztahem mezi náboženstvím a zdravím. Duchovní přesvědčení pacienta je velmi osobní a citlivá záležitost, proto sestra musí respektovat přání nemocného a neměla by se spoléhat na své vlastní úsudky o tom, co je podle ní dobré a co není dobré. Duchovní zdraví může sestra posuzovat až tehdy, když se mezi ní a pacientem vytvoří důvěryhodný vztah.

Kaplan působící v nemocnici by měl být zařazen do multidisciplinárního týmu. Výhodou je, že je pacientům k dispozici nepřetržitě a opakovaně, je nápomocen

komunikaci a účastní se rozhodovacích procesů (přerušeni či ukončení léčby, bývá členem etické komise). Pokud je kaplan trvale na oddělení, jeho přítomnost nevyvolává takové trauma, jako když kaplan přichází pouze, blíží-li se konec života. Pacient má právo péči kaplana odmítnout (76). Nemocničním kaplanem se rozumí muž nebo žena, poskytující pacientům, návštěvám i personálu duchovní péči, řídící práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťující (podle přání pacienta) kontakt s duchovními jiných církví - takto je osoba nemocničního kaplana definována v dohodě mezi Ekumenickou radou církví v České republice a Českou biskupskou konferencí. Dohoda byla uzavřena v Praze 20.11.2006 (50).

Kozierová v knize Ošetrovatelství předkládá návod jak je možné provést ošetrovatelský proces v oblasti duchovního zdraví. Používá zde termín duchovní blaho/zdraví, který popisuje jako pocit jedince, jenž je celkově spokojený a nahlíží na život a prožívá ho jako užitečný a příjemný, obohacující a pevně se zakořeňující do náboženské víry a duchovních hodnot. Výše zmiňovaná autorka také popisuje, jak se projevuje duchovní tíseň (úzkost, deprese a verbalizace strachu ze smrti) a že by si sestra měla uvědomit vlastní náboženské názory, aby mohla zodpovědně pomáhat druhým (60).

Je důležité objasnit pojmy jako religionistika, spiritualita, duchovenstvo a pastorační péče, neboť jsou často používány nesprávně nebo jsou zaměňovány. Význam slova religiózní vyjadřuje příslušnost k určitému náboženství. Význam slova spiritualita (spirituální) bývá širší a znamená obecný vztah k nějaké nadpřirozené skutečnosti bez vazby na konkrétní náboženství, ale může být i užší a znamená v tom případě směr v náboženském systému (76). Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem života a pro umírající je spojována s potřebou odpuštění a usmíření. Spirituální péče nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života (54). Termín pastorační pochází z latinského pascere – sytit, odtud pak pochází pastor – duchovní protestantských církví či pastorační péče (76). Termín duchovenstvo zahrnuje pastory, kněze, rabíny, duchovní poradce apod. Některé náboženské skupiny nemají přímo vysvěcené duchovní, ale poskytují duchovní pomoc nemocným prostřednictvím svých členů, kteří jsou schopni pacientům v tomto směru situaci ulehčit (107).

Sestra nemůže znát všechny praktiky náboženských skupin, ale je důležité, aby znala hlavní religiózní skupiny ve kterých se pohybuje a s jejichž příslušníky přichází v nemocniční praxi do styku. Český pacient je nejčastěji příslušníkem křesťanského náboženství, ale v současné multikulturní společnosti se ve zdravotnickém zařízení lze setkat i s pacienty jiných náboženství (76, 107).

1.3 *Církev adventistů sedmého dne*

Tuto církev řadí Vojtíšek mezi tzv. křesťanství posledních dnů. Adventisté totiž touží vytvořit pravou, očištěnou a obnovenou církev před druhým Ježíšovým příchodem a považují se za „církev ostatku“, tedy za nevelkou část lidstva, která unikne soudu přicházejících posledních dnů. Taková církev je od Boha obdařena proroctvím a jinými mimořádnými dary.

Církev, která má sklon zdůrazňovat důležitost správného biblického učení (27), je řazena mezi protestantské církve. Slovem protestantismus je označován způsob vyznání křesťanského náboženského života, který krystalizoval během období reformace západní římskokatolické církve v 16. století, a který se zároveň prosadil v protestantských církvích s reformačními kořeny. Charakteristické pro protestantské církve je uznávání křesťanské Bible, důraz na spásu prostřednictvím pouhé Boží milosti, důraz na osobní víru spíše než příslušnost k církvi, zjednodušení liturgie oproti praxi předreformační církve, svátost přijímání Ježíšova těla a krve, vysluhovaná i laikům (podobojí), odmítnutí mnišství, papežství a zvláštního postavení kněží a jejich celibátu (124).

Adventisté nekřtí malé děti, ale vykonávají křest dospělých ponořením do vody (60).

Církev adventistů sedmého dne, která v naší zemi působí přes sto let, se velmi aktivně účastní mnoha činností, které jsou prospěšné společnosti a které budou podrobněji popsány v dalších částech práce. Pro příklad uveďme jednu z tradic adventismu, kterou je vydavatelská činnost, oslovující i necírkevní veřejnost. Církev také vychovává adventistickou mládež skautským způsobem, a to prostřednictvím občanského sdružení Klub Pathfinder. Ve volném spojení s adventisty jsou

vegetariánské restaurace Country Life a projekt zdravého životního stylu Newstart. Tradičně silnou stránkou adventistů je misie.

Vojtíšek popisuje adventisty jako církev, která si od počátku udržuje vědomí své jedinečnosti mezi ostatními církvemi - ty (podle názoru adventistů) nejsou poslušny Boha v příkaze dodržovat sobotu jako den odpočinku. Pro tento výlučný postoj není možná účast adventistů v ekumenickém hnutí. Termín „ekumenický“ se stal označením vstřícného postoje k procesu sblížení křesťanů a jejich církví (124). Ekumenická rada církví v České republice je společenstvím křesťanských církví, které vyznávají Pána Ježíše Krista jako Boha a Spasitele podle Písem Starého a Nového Zákona a usilují uskutečňovat své poslání společně ke slávě jednoho Boha, Otce i Syna i Ducha svatého (28). Církev adventistů sedmého dne má však statut pozorovatele Ekumenické rady církví, neboť zkušenost s komunistickou represí české adventisty poněkud přiblížila členům ostatních církví. Cestu k ekumenismu také usnadňuje činnost mezinárodní charitativní organizace ADRA. Adventisté si vydobyli díky organizaci ADRA u české veřejnosti značné renomé (124), i když dotazníkové šetření týkající se sester v písecké nemocnici ukázalo, že pouze malá část zdravotníků zná zakladatele této humanitární organizace.

Nekompromisní dodržování adventistických příkazů některými sbory či jednotlivci vzbudilo na veřejnosti pozornost, neboť v některých případech se jevílo dodržování těchto příkazů jako necitlivé pro rodinné vztahy. V ojedinělých případech šlo o jednání nebezpečné pro zdraví, např. odmítnutí zdravotní péče v sobotu. Jako necitlivé bývají považovány některé misijní metody, které zastírají svůj původ v této církvi, nebo ty, které se ostře negativně vymezují vůči jiným křesťanským církvím (124). V období, kdy byla zpracovávána tato práce, se v médiích objevila informace o pražském soukromém gymnáziu Amazon, kde byli údajně studenti nuceni do náboženství, přestože se nejednalo o církevní zařízení. Majitelky gymnázia, které školu zároveň vedou, patří k Církvi adventistů sedmého dne. Na gymnáziu se podle studentů, jichž najednou dvacet ze školy odešlo, začalo ve vyučování objevovat stále více náboženství a výtky vůči studentům ohledně šíření negativní energie. Školu čeká

kontrola inspektorů (12, 89). V období, kdy byl zpracováván tento text, ještě nebyl znám závěr kontroly.

1.3.8 Významné osobnosti a historie církve

Historie církve se soustředí kolem několika jmen. Jde především o Williama Millera, Josefa Wolfa a Ellen Gould Whiteovou (103, 121, 124).

1.3.8.1 William Miller

William Miller, rodák z Nové Anglie, byl americký vlastenec a kapitán z války roku 1812, byl nezlomným skeptikem, z náboženství si dělal legraci a víra v Ježíše Krista pro něj byla pouhou pověrou (103, 120). George E. Vandeman o něm píše jako o nejúchvatnější postavě začátku 19. století. To, že dá podnět k náboženskému probuzení, se od něj nedalo očekávat, neboť věřil, že záchranou pro společnost je zejména vlastenectví, které ctí zákon, pořádek a poslušnost.

Do války se Miller přihlásil jako dobrovolník v roce 1812, kdy byla nezávislost Ameriky ohrožena válkou s Brity. Spolu s ním se přihlásilo ještě čtyřicet sedm sousedů, ovšem s podmínkou, že jim bude velet právě William Miller. Ten se vrátil do New Yorku z rozhodující bitvy u Plattsburgu, ve které se vyznamenal, aby žil na rodné farmě. Zde občas navštěvoval místní baptistický spolek. Nikoli kvůli své duchovní potřebě, ale kvůli své matce. Zanedlouho však začal přemýšlet o svém duchovním stavu a začal bojovat se svými hříchy. Miller měl myšlenky, které Vandeman popisuje ve své knize takto: „Jak nádherné by bylo vrhnout se do náruče Spasitele a přijmout odpuštění (120, s. 96).“

Miller se tedy začal věnovat četbě bible, o čemž později řekl, že byl tak ohromen, že uznal, že Písmo musí být Božím zjevením. Přiznal, že v Ježíši našel přítele a četba Bible je pro něj potěšením. Tato situace nahrávala jeho přátelům, kteří si jej dobírali tak, jako on se dříve bezohledně vysmíval ostatním křesťanům. Millerovo přátelé jej neustále upozorňovali na rozpory v Bibli, chtěli vysvětlit, proč si je jistý, že právě Bible je slovo Boží. A co na to Miller? Přesvědčeně jim odporoval a tvrdil, že je-

li bible Boží slovo, pak v ní žádné rozpory neexistují. Sliboval, že za nějaký čas všechno dokáže.

Do studia Bible se Miller pustil velmi svědomitě. Studoval ji pečlivě od první kapitoly a byl si schopen zodpovídat všechny otázky, se kterými se setkával. Díky jednomu textu nacházel smysl jiných textů a zpozoroval, že Bible vykládá sama sebe, čímž zdánlivé nesrovnalosti mizely.

To, co nejvíce Millera na studiu Bible fascinovalo, bylo, že Ježíš přislíbil svůj druhý příchod na zem. Toto přislíbení na něj zapůsobilo tak silně, že se cítil být povinen šířit dál tuto zprávu o příchodu Ježíše neboli adventu (advent znamená příchod (65), a to i přesto, že nebyl kazatelem.

Třináct let sváděl Miller vnitřní boj. Třináct let odolával představě, že se stane kazatelem. Jeho plány se začaly uskutečňovat roku 1831, kdy dal slovo Bohu, že bude o jeho druhém příchodu kázat. Měl ale jednu podmínku. Ke kázání musí být vyzván. Za hodinu na to se dostala k Millerovi zpráva. Z baptistického sboru v Dresdenu dorazil posel, který přinesl žádost. V Dresdenu chtěli slyšet vše o druhém příchodu Ježíše.

Millerova kázání měla úspěch. Literatura mluví o stovce nevěřících, kteří během týdne po jeho kázání přijali poselství a obrátili se ke Kristu. Miller dostával čím dál více pozvání k promluvám, protože zvěsti o jeho poctivém biblickém kázání se rychle šířily. Tamější církevní sbory se předháněly ve snaze získat na svou stranu skromného člověka, který má požehnání z nebe. Nakonec tedy svou farmu opravdu opustil a věnoval všechn čas tomuto poslání. Tehdy získal osvědčení jako baptistický kazatel. Osvědčení o „Doporučení k duchovenské službě“ mu podepsalo čtyřicet tři pastorů různých církví .

V té době opustilo svá místa mnoho kazatelů, kteří se rozhodli připojit k adventnímu hnutí. Tito odborníci na Písmo, mezi kterými byli baptisté, metodisté, luteráni, kongregacionalisté, episkopální, holandsští reformovaní, sami aktivně přispívali k Millerovu poselství. Proto se stalo, že během relativně krátké doby zalila celou zem vlna procitnutí. Lidé se shromažďovali v mnohatisícových davech, plnili obrovské stany, síně a jiné prostory, aby si mohli sami poslechnout vzrušující zprávu o návratu Krista.

Adventní poselství, které se šířilo ze Severní Ameriky, mělo vliv na celosvětový zájem o druhý příchod Ježíše Krista. Aktivity adventistů se rozšířily do Jižní Ameriky i Německa. Literatura udává, že ve Švédsku a v Norsku mladí lidé a dokonce i děti, které neuměly číst a psát, vážně vykládali o Ježíšově brzkém návratu (120).

1.3.8.2 Josef Wolff

Další výraznou postavou v adventistickém hnutí byl jeden z hlavních hlasatelů Josef Wolff. Přezdívalo se mu též „misionář světa“. Celých osmnáct let cestoval a konal kazatelskou činnost po světě. Navštívil Afriku, Asii, Střední Východ, Indii a Severní Ameriku. Kongres Spojených států amerických si dokonce Wolffa pozval, aby kázal o brzkém příchodu Ježíše Krista. Podle svého studia bible Wolff předpokládal, že se Kristus vrátí v roce 1847, Miller Kristův návrat očekával v roce 1844.

Nezřídkou se stávalo, že ti, co uvěřili v příchod Ježíše, byli ze svých církví vyloučeni. Jiní zase odcházeli sami, v odhodlání spojit se s adventisty a očekávat s nimi návrat Pána.

Protože polovina 19. století byla počátkem průmyslové revoluce, společnost se v této době odvracela od náboženství a věřila ve schopnosti a možnosti člověka. Církev všeobecně hlásala, že se podmínky na zemi zlepšují. Proto mnozí lidé nesouhlasili s adventisty a odmítali zvěsti o návratu Ježíše.

William Miller se svými následovníky, jak je uvedeno výše, očekávali, že Kristus přijde v roce 1844. Všichni věřící byli nevysovně zdrceni a zklamáni, když určený čas minul a Kristus se nenavrátil. Mnoho jich opustilo víru, jiní pokračovali ve studiu Bible, neboť byli přesvědčeni o Ježíšově lásce k nim.

Ti, kteří vytrvali ve studiu Bible a ve víře, si uvědomili, že již prvotní křesťanská církev také zakusila ohromné zklamání. Když Ježíš zemřel na kříži, všichni jeho učedníci byli zdrceni. Museli snášet posměch od okolí, prožívali smutek, neboť ztratili toho, který měl vykoupit Izrael. Přesto stále cítili přítomnost Boha, který je vedl a ukazoval jim budoucnost.

Takto podobně i adventisté zažili velké zklamání, někteří se nechali odradit, jiní začali hledat chyby u sebe a ještě více studovali Bibli.

Brzy na to se v Nové Anglii dostalo jedné adventistické skupině nové naděje prostřednictvím jedné baptistky sedmého dne – o tom, že Bůh neodebral lidem sobotní odpočinek. Sedmý den zůstává pro věřící připomínkou Ježíšova díla. Adventisté tuto skutečnost přijali s velkým nadšením.

Adventisté sedmého dne odvozují svůj název od dvou základních pravd o Ježíši. Vandeman název této církve popisuje takto: „Název „adventisté“ samozřejmě ukazuje na jejich víru, že Ježíš brzy přijde. Druhá část názvu „sedmého dne“ dává všem na vědomí, že mají v úctě den, který uctívá Krista jako Stvořitele a Vykupitele. A tak název „adventisté sedmého dne“ hlásá pravdu o Ježíši, zanedbávanou pravdu, která musela být obnovena, aby doplnila reformaci (120, s.100).“

Adventisté si při studiu bible uvědomili, že lidské tělo je chrámem svatého Ducha. Zajímají se tedy o dobré zdraví. Byli přesvědčeni, že to, co ovlivňuje tělo, ovlivňuje i mysl a ducha. Proto adventisté již v předminulém století upozorňovali na škodlivost alkoholu a tabáku, na vyváženou stravu, dostatek pohybu, čerstvého vzduchu a slunce, přiměřeného odpočinku a víru v Boha. Tak adventisté začali žít zdravým způsobem života před více než sto lety, dávno před tím, než si podle Vandemana: „...výživa vydobyla status plnoprávné vědy (120, s.101).“

1.3.8.3 Ellen Gould Whiteová

Důležité informace týkající se zdravého životního stylu, získali adventisté částečně od ženy jménem Ellen Gould Whiteová. Tato žena varovala před toxicitou tabáku již v době, kdy lékaři tabák doporučovali jako léčebnou metodu při plicních problémech. Také varovala před nebezpečnými účinky živočišných tuků na kardiovaskulární systém, a před nadměrným užíváním mouky a cukru.

Knihy Ellen Whiteové, jejíž učení o zdraví bylo založeno na principu, že tělo je chrámem Ducha svatého, jsou více než devět desetiletí po její smrti stále v souladu s vědeckým poznáním. Whiteová napsala více než padesát knih s tématy týkajícími se výchovy dětí, praktického křesťanství, teologie, výživy a zdraví. Její nejčtenější knihou byla publikace Cesta ke Kristu, která byla přeložena do 125 jazyků.

Vandeman si klade otázku, odkud vzala tato žena tolik informací, když se ve škole kvůli úrazu nedostala dál než do třetí třídy? Neměla žádné zdravotnické vzdělání,

ale byla velmi sečtělá, měla schopnost rozlišovat myšlenky a vybírat ty nejlepší. Adventisté věří, že její schopnost pracovat s myšlenkami byl dar od Boha (120).

Ellen Whiteová byla manželkou kazatele Jamese Whitea a v literatuře se o ní hovoří jako o prorokyni. Právě proroctví je v církvi adventistů velmi skloňované slovo a proroctví je přikládán velmi důležitý význam. Další proroctví této osobnosti dokázalo přitáhnout zklamané křesťany, kteří díky ní hleděli do budoucnosti s optimismem (124).

Přes všechny úspěchy zůstala Ellen Whiteová pokorná. Za základ křesťanské víry pokládala vždy Bibli, byla milující křesťankou, která svým upřímným a ušlechtilým přístupem ovlivnila tisíce lidí (120).

V literatuře jsou popisovány i další osobnosti z řad kazatelů. Patří mezi ně *Josua V. Himes*, vlivný kazatel působící v kapli Chardon Street v Bostonu. Himes spolupracoval s Millerem, kterého pozval v roce 1839 do svého kostela, aby zde vedl sérii přednášek. Přednášky Himese tak nadchly, že Millerovi nabídl pomoc s kampaní, neboť byl přesvědčen, že je třeba seznámit celý svět s jeho učením. V příštích čtyřech letech Himes způsobil, že millerismus a sobotní adventismus se staly v Severní Americe známými. Himes ale mířil ještě dál, jeho cílem bylo seznámit s učením celou planetu. K tomu využil tištěné slovo a začal vydávat časopisy *Sings of the Times* (Znamení doby) a později *Midnight Cry* (Půlnoční volání). Jen v roce 1842 bylo během pěti měsíců vydáno více než 600 000 výtisků deníku *Midnight Cry*, ze kterého se později stal týdeník. Himes se také věnoval vydávání velkého množství traktátů, knih a brožur. Tento kazatel se do historie zapsal také tím, že pořádal adventistická stanová shromáždění. První z nich zorganizoval v roce 1842 a do roku 1844 jich proběhlo více než 130. Stan, který tvořil věřícím přístřeší, poskytoval čtyři tisíce míst k sezení.

Charles Fitch byl též populární milleritský kazatel, jehož kázání a poselství signalizovalo zvrát ve vývoji millerismu – věřící adventisté se začali vyčleňovat z ostatních společenství. Fitch věřícím toto vyčleňování teologicky zdůvodnil tím, že je třeba se oddělit a vytvořit samostatné společenství, dříve než skončí zkušební lhůta pro tuto zemi a přijde Kristus.

Další kazatel *S.S. Snow* se do literatury zapsal tvrzením o přesném stanovení dne druhého Ježíšova příchodu a to, 22.10.1844. Jeho myšlenka věřící naprosto uchvátila, ale očekávaný den přinesl adventistům zklamání a zmatek (57).

Jako počátek této církve, která bývá někdy nazývána „sobotními křesťany“, Vojtíšek udává rok 1863, kdy vznikl zastřešující orgán různých adventistických skupin, a to Generální konference. Učení nové církve bylo formováno stovkami zjevení, tisíci článků, traktátů, knih a jiných materiálů Ellen Whiteové (124).

1.3.9 Společenství

Adventisté tvoří spíše rodinu církví nežli jednotný útvar. Nejvýznamnější mezi nimi je Církev adventistů sedmého dne s několika miliony členů na světě. Vrcholným orgánem je Generální konference, která sídlí v americkém státě Maryland. Současným předsedou je Nor Jan Paulsen (*1935). Generální konference spravuje dvanáct světových divizí, které sestávají z unií. Jednou z unií v rámci euro-africké divize je i česko-slovenská unie (124).

K 1. červenci 2001 měla Církev adventistů sedmého dne 12 035 811 členů organizovaných ve 47 573 sborech, které působí ve 204 zemích z celkového počtu 229 zemí uváděných na seznamu OSN (104). K 1. lednu 2007 se počet pokřtěných členů zvýšil na 15 115 806 v 61 818 sborech (4).

V Příloze 8 jsou uvedena další číselná fakta o církvi – počty kazatelů, škol, zdravotnických zařízení, humanitárních aktivit aj.

1.3.9.1 Církev Adventistů sedmého dne v české zemi

Antonín Šimon přinesl adventistické učení do českých zemí z Německa v první polovině devadesátých let 19. století. On a skupinka adventistů se nejprve scházeli v jeho domě. V roce 1902 vznikl v Praze první adventistický sbor, poté následoval vznik několika dalších sborů v Čechách a na Moravě. Již v roce 1907 vznikla Společnost většího světla, která tyto sbory sdružovala.

V období mezi válkami tito křesťané vystupovali v Československu jako Misijní společnost adventistů sedmého dne a později jako Československá jednota adventistů sedmého dne.

Za okupace byla činnost této církve zakázána a krátce po válce se církev dostala do ostrého sporu s komunistickou mocí. Důvodem byl vztah k sobotě, která byla tehdy pracovním dnem a dnem povinné školní docházky. V letech 1952 – 1956 byla církev zrušena, její vedoucí představitelé pronásledováni a majetek zabaven. Až rok 1989 přinesl adventistům skutečnou svobodu stejně jako ostatním náboženským a občanským skupinám (124).

Církev má čtyři organizační stupně své správy:

Sbor – organizované společenství jednotlivých věřících

Sdružení – organizované společenství sborů v určitém státě nebo území

Unie – spojuje několik sdružení

Generální konference – nejvyšší organizační jednotka sjednocující všechny unie na světě Činnost generální konference v jednotlivých větších celcích zprostředkovávají tzv. divize. Česko-slovenská divize je součástí Evro-Africké divize (80).

Dostupná literatura uvádí k datu 31. prosince 2001 na našem území 7 691 adventistů, kteří se scházeli ve 169 sborech a skupinách (104), jiní autoři uvádějí počet vyšší, a to 9 757 členů církve v roce 2001 (121). Církev adventistů sedmého dne v České republice spolu s církví na Slovensku tvoří Česko-Slovenskou unii, která sídlí v Praze. Předsedou unie je v současnosti Mikuláš Pavlík. Praha je též sídlem českého sdružení – předsedou je Pavel Zvolánek. Moravskoslezské sdružení má své ústředí v Ostravě. Vzdělávání duchovních pracovníků je zajišťováno Teologickým seminářem Církve adventistů sedmého dne v Sázavě (80, 124).

Představitelé a zástupci sborů jsou voleni členy sboru. Představitelé a zástupci sdružení a unie jsou voleni delegáty sborů. Církev adventistů je pro finanční nezávislost na státu a také ji důsledně dodržuje. Provoz sborů a platy kazatelů hradí členové církve svými dary. Od roku 2008 církev v souladu se zákonem požádala o státní příspěvek na

mzdy duchovních. Tento státní příspěvek je vnímán jako kompenzace za majetek, který byl církvi zabaven totalitním režimem v padesátých letech minulého století. Hodnota tohoto dosud nenavráceného majetku se pohybuje v řádech stovek miliónů korun (80, 104).

1.3.10 Učení církve

Při studiu a zkoumání Bible jedna skupina milleritů poznala, že biblické desatero jako den odpočinku uvádí sobotu a objevila i další opomíjené biblické zásady. Proto hlavním rysem, který odlišuje adventisty od ostatních křesťanů je sabatismus, tedy slavení soboty, místo tradiční křesťanské neděle. Adventisté se zdržují práce, dle biblického modelu, od pátečního po sobotní večer. Vojtíšek uvádí původ soboty jako dne odpočinku v souvislosti s Ellen Whiteovou a jejím proroctví o sobotě, ke kterému byla nejspíš inspirována sobotními baptisty.

Další typickou charakteristikou adventismu je role Starého zákona, zejména jeho předpisů týkajících se jídla, jejichž dodržování je podepřeno důrazem na zdravý životní styl. Ve Spojených státech amerických se v 19. století adventisté projevovali nejen důrazem na péči o hygienu, zdraví, vhodné oblečení apod., ale i v zájmu o vzdělání a v charitativní aktivitě. Dodnes je pro adventisty druhý příchod Ježíše Krista velmi motivující a vědomí blízkého konce není určeno žádným konkrétním datem (124).

1.3.10.1 Základní věroučné výroky Církve adventistů sedmého dne

Adventisté přijímají Bibli za své jediné vyznání víry. Z ní odvozují základní věroučné články. Věřoučné výroky jsou výrazem toho jak církev Bibli chápe a vyjadřuje. K revizi těchto výroků může dojít při zasedání Generální konference, pokud církev dospěje k plnějšímu pochopení nebo nalezne výstižnější výrazy (123).

Základní věroučné výroky jsou zde volně převyprávěny. V plném znění jsou výroky uveřejněny na webových stránkách Církve adventistů sedmého dne a v knihách G. R. Knighta Adventisté sedmého dne věří a Hledání identity.

1. Písmo svaté

Starý i Nový zákon jsou chápány jako psané Boží slovo, jsou vnímány jako neomylné zjevení Boží vůle, jsou měřítkem charakteru, základem učení a spolehlivým základem činů Boha v dějinách. Touto cestou Bůh světil lidem poznání nezbytné ke spasení.

2. Trojjediný Bůh

Bůh je vnímán jako nesmrtelný, všemohoucí, vševědoucí, všudypřítomný a přesahující lidské chápání. Bůh je jeden: Otec, Syn a Duch svatý.

3. Otec

Bůh je Stvořitelem, Otcem a Vládcem celého stvoření. Je spravedlivý a svatý, milostivý a milosrdný. Vlastnosti a moc projevené v Synu a Duchu svatém jsou rovněž zjevením Otce.

4. Syn

Syn se stal člověkem v Ježíši Kristu a skrze něj bylo stvořeno vše, byl zjeven Boží charakter, uskutečnilo se spasení lidstva a je jím souzen svět. Bůh se v Ježíši Kristu stal člověkem. Narodil se z panny Marie a byl počat z Ducha svatého. Žil a byl pokoušen jako člověk. Přesto byl pravým a dokonalým ztělesněním Boží spravedlnosti a lásky. Boží moc projevil svými zázraky a prokázal, že je Mesiáš. Zemřel na kříži místo nás a dobrovolně trpěl. Poté vstal z mrtvých, vstoupil na nebe a slouží v nebeské svatyni v náš prospěch. Znovu přijde, aby osvobodil svůj lid.

5. Duch svatý

Duch spolupůsobil s Otcem a Synem při stvoření, vtělení a vykoupení. Inspiroval pisatele Bible. Naplňoval Kristův život mocí. Přesvědčuje a zve lidi a ty, kteří ho poslechnou, obnovuje a proměňuje k Božímu obrazu. Obdarovává církev duchovními dary, zmocňuje ji k vydávání svědectví o Kristu.

6. Stvoření

Bůh je Stvořitel všeho a v Písmu podal zprávu o své stvořitelské činnosti. V šesti dnech Bůh stvořil nebe i zemi i všechno pozemské tvorstvo a odpočinul sedmého dne onoho prvního týdne. Sobotu tak ustanovil jako trvalou památku svého dokončeného díla. První muž a žena byli učiněni k Božímu obrazu jako vrcholné dílo stvoření, obdrželi vládu nad světem a zodpovědnost pečovat o něj.

7. Přirozenost člověka

Muž a žena byli stvořeni k obrazu Boha. Byli vybaveni individualitou a schopností svobodně myslet a jednat. I když byli stvořeni jako svobodné bytosti, jsou závislí na Bohu. Každý člověk je nedělitelnou jednotou tělesných, duchovních a duševních projevů. Když naši první rodiče popřeli svou závislost na Bohu, tím že ho neuposlechli, ztratili tím své vznešené postavení pod Boží vládou. Boží obraz v nich byl porušen, a oni se stali smrtelní. Jejich potomci dědí tuto přirozenost s jejími následky. Rodí se se slabostmi a náklonnostmi ke zlému. Lidé jsou povoláni milovat Boha, milovat se navzájem a starat se o své životní prostředí.

8. Velký spor

Celé lidstvo je vtaženo do velkého sporu mezi Kristem a satanem, v němž jde o Boží charakter, Boží zákon a Boží svrchovanou vládu nad vesmírem. Satan svedl Adama a Evu do hříchu, a tím uvedl ducha vzpoury na naši zemi. Hřích narušil pořádek ve stvořeném světě, znetvořil Boží obraz v lidech a zapříčinil zkázu celé země potopou.

9. Kristův život, smrt a zmrtvýchvstání

Kristova smrt je zástupná, očišťující a smiřující. Ti, kteří vírou přijímají toto smíření, mohou mít věčný život. Celé tvorstvo může lépe chápat nekonečnou a svatou lásku Stvořitele. Toto dokonalé smíření obhájí spravedlnost Božího zákona, protože odsuzuje náš hřích a poskytuje nám odpuštění. Kristovo zmrtvýchvstání zvěstuje Boží vítězství nad mocnostmi zla. Těm, kteří smíření přijímají, zaručuje konečné vítězství nad hříchem a smrtí.

10. Zkušenost spasení

Bůh ztotožnil s hříchem Krista, který hřích nepoznal, abychom se v něm směli stát před Bohem spravedlivými. Tato víra, která přijímá spasení, vzniká působením Boží moci prostřednictvím Písma. Skrze Krista jsme ospravedlněni a jsme přijati za Boží syny a Boží dcery a vysvobozeni z nadvlády hříchu. Znovuzrozeni a posvěcení jsme Skrze Ducha. Duch obnovuje naši mysl, do našeho srdce vpisuje Boží zákon lásky. Duch nám dává moc žít svatým životem.

11. Růst v Kristu

Svojí smrtí na kříži Ježíš zvítězil nad zlem. V Ježíšově vítězství spočívá i naše vítězství nad mocnostmi zla. I když s Kristem žijeme v pokoji, zlo se nás pokouší stále ovládat. Posiluje nás Duch svatý, který v nás přebývá. Trvalé odevzdávání Ježíši nás osvobozuje od břemen minulých hříchů, a tak už nežijeme ve strachu ze zlých mocností, v nevědomosti a bezsmyslnosti dřívějšího života. Ježíš nás povolává, abychom neustále rostli v podobu jeho povahy, abychom s ním denně udržovali spojení v modlitbách, abychom ho chválili písněmi při společných bohoslužbách a abychom se zapojili do misijního úkolu svěřeného církvi. Když se budeme věnovat těm, kdo žijí kolem nás, každý okamžik a každý úkol se promění v duchovní zážitek.

12. Církev

Církev je společenství věřících. Ti vyznávají Ježíše jako Pána a Spasitele. V návaznosti na starozákonní Boží lid jsou věřící povoláni ze světa k společné bohoslužbě, k vzájemnému společenství, k vzdělávání se v Božím slově, k slavení večeře Páně, k službě všem lidem a k zvěstování evangelia. Církev přijímá svou autoritu od Krista a z Písma. Církev je Boží rodina. Členové této rodiny žijí na základě nové smlouvy. Církev je nevěsta, za kterou Kristus zemřel, aby ji mohl posvětit a očistit.

13. Ostatek a jeho poslání

Všichni ti, kteří skutečně věří v Krista, tvoří univerzální církev. V posledních dnech, v čase rozsáhlého odpadnutí, jsou ostatky církve povolány zachovávat Boží přikázání. Tyto ostatky oznamují příchod hodiny soudu. Zvěstují, že spasení je možné jen v Ježíši

Kristu a hlásají blízkost jeho druhého příchodu. V nebi probíhá soud a na zemi je jeho výsledkem pokání a náprava. Každý věřící je povolán k osobní účasti na tomto svědectví.

14. Jednota Kristova těla

Církev je jedno tělo s mnoha údy. Bůh toto tělo povolává z každého národa, pokolení a lidu. V Kristu jsme každý nové stvoření. Nesmí nás dělit rozdíly rasové, kulturní, vzdělanostní a národnostní nebo rozdíly mezi urozenými a nízkými, bohatými a chudými, mezi mužem a ženou. Všichni jsme si rovni v Kristu. Bez výhrad si máme navzájem sloužit. Díky zjevení Ježíše Krista v Písmu máme podíl na stejné víře a naději. Všem hlásáme jednotné svědectví. Tato jednota má svůj zdroj v jednotě trojjediného Boha. Ten nás přijal za své děti.

15. Křest

Křtem vyznáváme svou víru v smrt a zmrtvýchvstání Ježíše Krista. Svědčíme, že jsme zemřeli v hříchu a chceme žít novým životem. Tímto způsobem uznáváme Krista za Pána a Spasitele, stáváme se jeho lidem. Jsme přijati za členy jeho církve. Křest je symbolem našeho spojení s Kristem. Je symbolem odpuštění našich hříchů. Je potvrzením víry v Ježíše Krista a znamením pokání a koná se ponořením do vody. Křest následuje až po důkladném vyučování z Bible a přijetí jejího učení.

16. Večeře Páně

Večeře Páně je účastí na symbolech Ježíšova těla a krve jako vyjádření víry v něho. V tomto prožitku společenství je přítomen Kristus, který se setkává se svým lidem. Svou účastí zvěstujeme význam Kristovy smrti. Příprava na tuto večeři zahrnuje zkoumání vlastního svědomí, vyznání hříchů a pokání. Kristus ustanovil umývání nohou jako symbol nového očistění a výraz ochoty vzájemně si sloužit v křesťanské pokoře. Večeře Páně se mohou zúčastnit všichni věřící křesťané.

17. Duchovní dary a služebnosti

Bůh uděluje všem členům církve v každé době duchovní dary. Dary se projevují ve schopnostech, které církev potřebuje pro splnění Bohem určených povinností. Podle Písma mezi dary patří: víra, uzdravování, proroctví, zvěstování, vyučování, spravování, smiřování, milosrdenství, sebeobětavá služba, laskavá ochota pomáhat lidem a povzbuzovat je. Některé členy církve povolal Bůh pro splnění pastoračních, evangelizačních, apoštolských a učitelských úkolů, potřebných pro přípravu členů k službě, pro vzdělání církve, k podpoře jednoty víry a poznání Boha.

18. Dar proroctví

Jedním z darů Ducha svatého je dar proroctví, který je příznačný pro církev ostatků a projevil se v díle E. G. Whiteové. Spisy Whiteové jsou trvalým a významným ukazatelem.

19. Boží zákon

Zásady Božího zákona, které jsou vyjádřeny v Desateru a Ježíš Kristus je představil svým životem, vyjadřují Boží lásku, vůli a úmysly týkající se lidského chování a vztahů. Jsou závazné pro všechny lidi v každé době. Poslušnost rozvíjí křesťanský charakter a dává vnitřní uspokojení.

20. Sobota

Po šesti dnech Stvořitel odpočinul a ustanovil sobotu pro všechny lidi jako památku stvoření. Boží zákon vyžaduje zachovávání sedmého dne jako dne odpočinku, bohoslužby a služby v souladu s učením a konáním Ježíše Krista. Sobota je stanovena jako den společenství s Bohem i mezi věřícími navzájem. Je symbolem vykoupení, znakem oddanosti Bohu i předzvěstí věčné budoucnosti v Božím království. Trvalým znamením věčné smlouvy mezi Bohem a jeho lidem je právě sobota. Zachovávání tohoto posvátného času od večera do večera (od západu do západu slunce) je oslavou Boha.

21. Křesťanské správcovství

Bůh svěřil lidem nejen čas i příležitosti, schopnosti i majetek, ale i dary země a přírodní zdroje. Za jejich správné užívání jsme Bohu zodpovědni. Věrnou službou Bohu a bližním, dobrovolným odevzdáváním desátků a dobrovolnými dary pro zvěstování evangelia a pro podporu a rozvoj církve uznáváme Boží vlastnictví. Křesťanské správcovství je předností, kterou nám Bůh daroval proto, abychom rostli v lásce a vítězili nad sobectvím a lakomstvím. Křesťan pociťuje radost, když mají jiní prospěch z jeho hospodaření.

22. Křesťanský způsob života

Jsme povoláni k tomu, abychom žili zbožně. Abychom smýšleli, cítili a jednali v souladu se zásadami Písma. Účastníme se jen toho, co podporuje křesťanskou čistotu, zdraví a radost ze života. Zábava a činnosti ve volném čase se řídí normami křesťanského vkusu. Při veškerém respektování kulturních odlišností má být oděv jednoduchý, skromný a čistý. Tak jak se sluší na lidi, jejichž krása nespočívá v zevnějších ozdobách, ale v ozdobě ducha. O své tělo se máme starat jako o chrám Ducha svatého. Máme se přiměřeně pohybovat, odpočívat, máme dodávat tělu nejzdravější stravu, a zdržovat se těch pokrmů, které jsou Písmem označovány za nečisté. Nemáme užívat alkoholické nápoje, tabák, drogy a narkotika, protože toto vše škodí našemu tělu. Místo toho se máme zapojit do všeho, co naši mysl i tělo podřizuje Kristu, který má zájem o naše zdraví, radost a štěstí.

23. Manželství a rodina

Manželství bylo ustanoveno Bohem v ráji. Ježíš potvrdil manželství jako celoživotní spojení muže a ženy ve společenství lásky. Manželský slib je činěn křesťanem jak Bohu, tak i svému životnímu partnerovi. Do křesťanského manželství by měli vstupovat lidé stejného vyznání. Pojivem tohoto svazku jsou vzájemná láska, úcta, respekt a zodpovědnost. Svazek má zrcadlit lásku, svatost, důvěru a trvalost vztahu mezi Kristem a jeho církví. O rozvodu Ježíš učil, že ten, kdo se rozvádí (s výjimkou smilstva partnera) a uzavírá nový manželský svazek, dopouští se cizoložství. I když některé rodinné svazky nejsou ideální, manželé mohou pod vlivem církve dosáhnout lásky. Bůh žehná

rodině a chce, aby si její členové vzájemně pomáhali k úplné zralosti. Rodiče mají vést své děti k tomu, aby milovaly a poslouchaly Boha. Svým příkladem a slovy je mají učít, že Kristus je laskavý vychovatel a že jsou členy Boží rodiny. Jedním z cílů poselství evangelia pro poslední dobu je upevňování soudržnosti rodiny.

24. Kristova služba v nebeské svatyni

V nebi je svatyně, jejíž stavitelem je Pán. Zde Kristus slouží v náš prospěch, neboť zde zpřístupňuje věřícím požehnání. Ježíš Kristus byl uveden do úřadu jako slavný Velekněz a svou prostřednickou službu začal po svém nanebevstoupení. Roku 1844, na konci prorockého období přešel k druhé a závěrečné fázi své usmiřující služby. Jde o dílo vyšetřujícího soudu, který je součástí závěrečného odstraňování veškerého hříchu. Očišťování starodávné židovské svatyně v Den smíření bylo předobrazem této skutečnosti. V předobrazné službě byla svatyně očištěna krví obětí zvířat. Nebeské skutečnosti se ale očišťují dokonalou obětí Ježíšovy krve. Nebeským bytostem vyšetřující soud odhaluje, kdo z mrtvých zesnul v Kristu, a proto je v něm uznán hodným mít podíl na prvním vzkříšení. Tento soud také ukazuje, kdo z živých zachovává Boží přikázání a víru v Ježíše Krista a je v něm připraven k vstupu do věčného království. Tento soud obhajuje Boží spravedlnost, která zachraňuje ty, kteří věří v Ježíše Krista. Prohlašuje, že lidé, kteří zůstali Bohu věrní, obdrží království. Dověření Kristovy služby v nebeské svatyni bude pro lidi před druhým adventem znamenat ukončení doby milosti.

25. Druhý příchod Ježíše Krista

Druhý příchod Ježíše Krista je slavným vyvrcholením evangelia a křesťanskou nadějí církve. Spasitelův příchod bude doslovný, viditelný a celosvětový. Při Kristově návratu budou spravedliví mrtví vzkříšeni a spolu se spravedlivými živými budou oslaveni a vzati do nebe. Nespravedliví zemřou. Současný stav světa a naplnění většiny prorockví naznačují, že Kristův příchod se blíží. Bůh nám nezjevil čas této události. Nabádá nás, abychom byli připraveni.

26. Smrt a vzkříšení

Smrt je důsledkem hříchu. Nesmrtelný Bůh dá věčný život svým vykoupeným. Smrt je však pro všechny lidi stavem nevědomí, a to až do dne příchodu Ježíše. Až se zjeví Kristus, vzkříšení spravedliví a živí spravedliví budou oslaveni a půjdou vstříc svému Pánu. O tisíc let později dojde k druhému vzkříšení nespravedlivých.

27. Tisíciletí a konec hříchu

Milénium znamená tisíciletou vládu Krista v době mezi prvním a druhým vzkříšením. V této době budou souzeni bezbožní mrtví. Země bude pustá, bez živých lidí a obývat ji bude satan se svými anděly. Na konci tohoto období sestoupí z nebe na zem Kristus se svými svatými i se svatým městem. Tehdy budou vzkříšeni nespravedliví mrtví. Ti budou spáleni ohněm a tím Bůh očistí zemi. Takto bude navěky vesmír zbaven hříšníků a hříchu.

28. Nová země

Na nové zemi Bůh poskytne vykoupeným trvalý domov a dokonalé prostředí pro věčný život. Se svým lidem tam bude přebývat sám Bůh. Lidé pak již nepoznají utrpení ani smrt. Velký spor a hříchy skončí. Bůh bude vládnout na věky (57, 58, 123).

1.3.11 Zachovávání soboty

Sobotě je v této práci věnována větší pozornost, neboť je to právě sobota, která je pro adventisty charakteristickým a významným dnem. Sobota je také příčinou debat a sporů ve společnosti.

Dokument *Jak zachovávat sobotu* byl přijatý na 55. zasedání Generální konference v Indianapolis v roce 1990.

Hlavním účelem tohoto dokumentu o zachovávání soboty je poskytnout rady nebo návod těm členům církve, kteří touží po bohatším a smysluplnějším prožívání soboty. Adventisté očekávají, že dokument povede ke skutečné reformě v zachovávání soboty v celosvětovém měřítku. Sobota v sobě zahrnuje celý vztah k Bohu, připomíná,

co pro lidstvo Bůh vykonal v minulosti, co koná dnes a co vykoná v budoucnosti. V době poznamenané materializmem sobota obrací lidi k duchovním hodnotám. Správně zachovaná sobota je svědectvím o pokoji a přináší potěšení, neboť s ní věřící vstupuje do Božího odpočinku, a je zvláštní příležitostí, kdy člověk může oslavovat Boha.

Původ soboty sahá až ke stvoření, kdy Bůh sedmého dne odpočinul od své práce. Sobota má zvláštní význam jako trvalé znamení věčné smlouvy mezi Bohem a jeho lidem, aby pamatovali, kdo je stvořil. Přednosti i závazky soboty platí pro všechny národy, skupiny i společenské vrstvy. Zachovávání soboty se vztahuje na všechny členy domácnosti včetně dětí a platí dokonce i pro hosty.

Sobota začíná na konci šestého dne týdne a trvá jeden den, od večera do následujícího večera. Tento čas se shoduje, dle biblických zásad, se západem slunce. Když je obtížné určit přesný čas západu slunce, za začátek soboty je považován okamžik, kdy se začne stmívat.

V sobotu je doporučován zdravý tělesný i duchovní odpočinek, bohoslužba, dobré skutky, zájem o potřebné a ulehčování utrpení druhých. Sobota má být prožita v kruhu rodiny i v širším společenství. Má-li být sobota správně zachovávána, musí být i celý týden naplánován. Dospělí členové rodiny by měli vše připravit tak, aby úkoly v domácnosti byly dokončeny dříve, než v pátek zapadne slunce. Boha uctívají adventisté také tím, že do jeho domu jdou pouze v čistém, reprezentativním oblečení, které je přiměřené kultuře, ve které žijí. Členové rodiny si mohou povídat o tématech, která je společně zajímají a udržovat duchovní ovzduší soboty. Sobotní odpoledne (po shromáždění) by mělo být stráveno v rodinném kruhu užitečnou činností - poznávat přírodu, navštěvovat lidi, kteří nemají možnost zúčastnit se shromáždění ve sboru, nebo potřebují povzbuzení.

V sobotu se adventistům nedoporučuje (na základě biblických principů) běžná práce, nakupování zboží, stravování v restauracích a placení služeb, které nám poskytlí jiní lidé, cestování za obchodními záležitostmi, ať z osobních nebo pracovních důvodů, vykonávání zkoušek na neadventistických školách, ale ani běžná klinická a stomatologická ošetření, odložitelné operační zákroky, svatby a pohřby.

V adventistických nemocnicích slouží personál lidem 24 hodin denně. Vedoucí pracovníci však mají zvláštní zodpovědnost dohlížet, aby všechna oddělení zachovávala správný postoj ke svěcení soboty tím, že předem vydají pokyny, co a jak se má v sobotu konat. První lékařská pomoc se poskytuje, kdykoli je to potřeba. Avšak adventistické instituce, ani lékaři a stomatologové by neměli poskytovat služby a klinická ošetření v sobotu v takovém rozsahu, jak to dělají během ostatních dnů v týdnu. Také by se neměly konat žádné běžné činnosti, které lze odložit. Úplně by se měla uzavřít ta zařízení a oddělení, která bezprostředně nesouvisí s péčí o pacienty. V sobotu by se měl zaměstnávat pouze minimální počet zaměstnanců, kteří jsou schopni zvládnout na daném oddělení nezbytnou pohotovostní službu. Dále se nekonají vyšetřovací, diagnostické a léčebné procedury, které lze snadno odložit na jiný čas, a odložitelné operace a plánované zákroky by měly být omezené i během pátků - první pooperační den potřebuje pacient nejintenzivnější ošetrovatelskou péči a ten pak vychází na sobotu.

Každý neadventista, který je zaměstnán v adventistickém zdravotnickém zařízení, by měl být seznámen se zásadami adventistů sedmého dne, zvláště s pracovním řádem instituce, který pojednává také o zachovávání soboty. Ačkoli neadventisté nemusejí sdílet adventistická přesvědčení, měli by od samého začátku vědět, co se od nich očekává a jak se mají zapojit do programu instituce, aby jí pomohli dosáhnout jejího cíle.

Adventisté, kteří jsou zaměstnáni v necírkevních institucích, kde jsou konány běžné sobotní služby, jsou povinni zachovávat zásady svěcení soboty. Aby se předešlo situacím, kdy se členové církve dostávají do problémů se svěcením soboty, je doporučeno několik rad, např. seznámit zaměstnavatele se svými zásadami a požadovat takový časový rozpis, který je zbavuje sobotních služeb, dále kde to pracovní harmonogram nebo jiné faktory znemožňují, adventisté by měli přesně vymezit úkony, které mohou s klidným svědomím vykonávat a vyvarovat se běžných prací.

Vedoucí oddělení pro styk s veřejností by měl být pověřen, aby sledoval vývoj situací, které by mohly podkopávat svobodu shromažďovat se v sobotu. Pokud je to nezbytné a vzniklá situace by mohla mít nepříznivý dopad na členy církve, měl by se pověřený pracovník církve obrátit na zodpovědné činitele a hledat řešení. Takto je

možné zabránit, aby byly přijaty zákony, které by mohly zbavit adventisty práva světit sobotu nebo toto právo omezit (49).

1.3.12 Péče o umírající

Lidé, kteří se v životě řídí Biblí, považují realitu smrti za součást dnešního lidského stavu způsobeného hříchem. Věčný život je věřícími chápán jako dar, jenž je udělován každému, kdo přijme spasení skrze Ježíše Krista. Věrní křesťané očekávají Ježíšův druhý příchod jako konečnou realizaci své nesmrtelnosti.

I křesťané mohou být povoláni pečovat o umírající a sami stát tvář v tvář smrti.

Bolest i utrpení postihuje každý lidský život a fyzické, duševní i citové utrpení je všeobecnou skutečností. Lidské utrpení však nemá pro věřící spasitelnou nebo zásluhnou hodnotu. Podle Bible žádné ani sebevětší lidské utrpení nemůže odčinit hřích. Jediné dostatečné je utrpení samotného Ježíše Krista. Písmo křesťany vyzývá, aby v utrpení nezoufali, ale aby se učili poslušnosti, trpělivosti a schopnosti vytrvat v soužení. Bible také učí, že služba lidem v utrpení je důležitá křesťanská povinnost.

Moderní poznatky medicíny rozšířily složitost rozhodování při péči o umírající. V minulosti se mohlo pro prodloužení lidského života udělat jen velmi málo. Možnosti současné medicíny oddálit smrt přinesly závažné etické otázky, a některé z těchto otázek jsou kladeny na oficiálních stránkách Církve adventistů sedmého dne: „Omezuje křesťanská víra používání takových prostředků? Kdy máme právo prodloužit život za cenu zvětšení bolesti a utrpení na konci života? Kdo smí taková rozhodnutí udělat? Jaká omezení, pokud vůbec nějaká, může položit křesťanská láska v případech, kdy se jedná o ukončení lidského utrpení (84)?“

Obvykle se o těchto otázkách hovoří jako o eutanazii. Adventisté vnímají v souvislosti s tímto termínem mnoho nejasností. Původní a doslovný význam tohoto slova je "dobrá smrt", řecky eu – dobře, správně a thanatos – smrt (53, 73). V současné době se tento termín používá ve dvou odlišných významech. Eutanazie často označuje "usmrcení z milosti" nebo záměrné ukončení života pacienta proto, aby se předešlo bolestivému umírání nebo ulehčilo pacientově rodině nebo společnosti. (tzv. aktivní

eutanazie.) Pojem eutanazie se také nevhodně používá v souvislosti s odepřením nebo ukončením lékařských zákroků, které uměle prodlužují lidský život, a umožněním člověku zemřít přirozeně (tzv. pasivní eutanazie).

Adventisté věří, že umožnit pacientovi, aby zemřel tím, že odmítne lékařský zákrok, který jen prodlouží utrpení a posune smrt, se morálně liší od těch zákroků, které mají přímý záměr ukončit lidský život. Adventisté se snaží řešit etické otázky konce života tak, aby projevili svou víru v Boha a aby ukázali, jak jsou schopni projevovat lásku k bližnímu. Uznávají, že život byl stvořen Bohem jako jedinečný dar, který by měl být udržován a ochraňován. Proto také podporují využití moderní medicíny k prodloužení lidského života. Prostředky medicíny by však měly být využívány citlivě a měly by zmírňovat utrpení. Věřící nepovažují za nutné přijímat nebo nabízet všechny možné lékařské zákroky, které pouze prodlužují proces umírání.

Adventisté se zajímají o celého člověka, proto při péči o umírající vnímají jedince holisticky a sledují jak tělesnou, tak i duševní, sociální a duchovní stránku. Řídí se podle biblických zásad:

1. Člověk, který je smrtelně nemocen a je schopen vnímat, má právo znát pravdu o svém stavu, možnostech léčby a pravděpodobných výsledcích. V tomto případě by člověku pravda měla být sdělena s křesťanskou láskou a s citlivostí, a měly by být brány v úvahu osobní a kulturní okolnosti.

2. Adventisté věří, že Bůh dal lidem svobodu volby a žádá, aby této možnosti odpovědně využívali. Tato svoboda zasahuje také do oblasti rozhodování o použití lékařských zákroků. Po zvážení informací od lékaře by člověk, který je schopen se rozhodovat, měl určit, zda přijme nebo odmítne lékařský zákrok, který mu prodlouží život. Ti lidé, kteří vnímají lékařský zákrok jako nepřijatelný, by neměli být nuceni se mu podrobovat.

3. Ta nejlepší péče je poskytována lidem v rámci rodiny a společenství věřících. O otázkách života se nejlépe člověk rozhoduje v přítomnosti zdravých rodinných vztahů.

Pokud umírající není schopen poskytnout souhlas nebo se vyjádřit k lékařskému zákroku, měl by takové rozhodnutí učinit někdo, koho určil umírající. Jestliže nikdo nebyl pověřen, pak by takové rozhodnutí měl udělat někdo z blízkých umírajícího. Lékaři a právníci by takové rozhodnutí (s výjimkou mimořádných okolností) měli svěřit nejbližším umírajícího. Přání nebo rozhodnutí každého jednotlivce je nejvhodnější podat písemně, a to v souladu s platnými právními normami.

4. Křesťanská láska je praktická a odpovědná. Není žádoucí nabízet nebo přijímat lékařské zákroky, jejichž nevýhody jsou vyšší než výhody. Například, jestliže lékařské zákroky pouze zachovávají tělesné funkce, aniž by byla naděje, že pacient nabude vědomí, je to zbytečné jednání, které může být s dobrým svědomím odmítnuto. Podobně také lékařské zákroky, které pouze prodlužují život, mohou být vynechány nebo zastaveny, jestliže jen prodlužují proces umírání a zvyšují pacientovo utrpení. Každé takovéto rozhodnutí musí být v souladu s platným právním řádem.

5. Adventisté sedmého dne nepraktikují "usmrcení z milosti", ani nenapomáhají při sebevraždě, i když jejich křesťanská láska může vést k vynechání nebo zastavení lékařských zákroků, které zvětšují utrpení nebo prodlužují umírání. Adventisté odmítají aktivní eutanazii, úmyslné ukončení života umírajícího nebo trpícího člověka.

6. Křesťanský soucit vyžaduje, abychom mírnili utrpení. V péči o umírající je křesťanskou povinností zmírnit bolest a utrpení v nejvyšší možné míře, s výjimkou aktivní eutanazie. V situaci, kdy už je patrné, že lékařské zákroky pacienta nevyhladí, měl by se hlavní smysl péče přesunout do oblasti zmírnění utrpení umírajícího.

7. Biblická zásada spravedlnosti požaduje, aby byla bezbranným a závislým lidem věnována zvýšená péče. Umírajícím by měla být poskytována specifická péče s ohledem na jejich zranitelnost, měla by být plně respektována jejich důstojnost a neměli by být v žádné oblasti diskriminováni. Jejich duchovní a zdravotní potřeby by se měli odrážet v poskytované péči. Ošetrovatelská i lékařská péče by měla plně odpovídat rozhodnutí umírajícího či jeho rodiny.

Adventisté se po vzoru Ježíše modlí, aby byli ve všem schopni přijmout Boží vůli. Mohou prosit o Boží sílu, která je uschopní pečovat o tělesné nebo duchovní potřeby trpících a

umírajících. Mají jistotu, že Boží milost jim pomůže překonávat těžkosti.

Tento dokument byl přijat na zasedání Výboru Generální konference v říjnu 1992 (84).

1.3.13 Postoj k interrupci

Interrupcí se v tomto dokumentu rozumí každý počín směřující k umělému přerušení těhotenství, které již začalo. Nerozumí se tím antikoncepce, která zabraňuje vzniku těhotenství.

V dnešní době musí většina lidí zaujmout postoj k etickým otázkám vztahujícím se k umělému přerušení těhotenství – interrupci. Tímto problémem se zabývalo mnoho příslušníků křesťanských společenství, kteří chtěli přijmout odpovědnost chránit prenatální život a současně zachovat osobní svobodu žen. Adventisté pocítují potřebu určitých směrnic, protože církve se snaží řídit Písmem a poskytovat morální vedení, i když přitom respektuje svědomí každého člověka. Církve adventistů sedmého dne chce řešit otázku interrupce způsobem, kterým projeví víru v Boha jako Stvořitele a Udržovatele života, a způsobem, který bude vyjadřovat křesťanskou svobodu a odpovědnost. I mezi adventisty existují rozdílné názory na otázku interrupce.

Tento dokument, který byl přijatý na zasedání výboru Generální konference v říjnu 1992, se snaží poskytnout směrnice, pokud jde o zásady a základní otázky. Směrnice tohoto dokumentu jsou odvozeny od obecných biblických zásad, které jsou uvedeny v následujícím textu tohoto dokumentu:

1. Prenatální život je darem od Boha. Lidský život je posvátný a i nenarozenému životu je třeba prokazovat úctu. Interrupce je čin, který má určité morální důsledky. Prenatální život nesmí být nikdy lehkovážně zničen a interrupce může být provedena pouze z mimořádně závažných důvodů.

2. Ti, kteří řeší interrupci, by měli mít na dosah podporu církve. Od křesťanů se požaduje, aby vytvořili milující a pečující společenství a pomáhali lidem v kritických situacích, kdy je nutno se rozhodnout mezi několika možnostmi. Věřící, kteří přijali evangelium, nemohou zastávat odsuzující postoj.

3. Církev musí konkrétně a praktickými postupy vyjádřit své přesvědčení o hodnotě života. Proto je kladen důraz na:

- a) posilování rodinných vazeb,
 - b) poučování o křesťanských zásadách lidské sexuality,
 - c) zdůrazňování společné odpovědnosti ženy i muže za plánované rodičovství,
 - d) volání k zodpovědnosti za následky chování, které není v souladu s křesťanskými zásadami,
 - e) vytváření příznivého prostředí pro dialog o etických otázkách, které se váží k interrupci,
- podporu a pomoc ženám, které se rozhodly pro pokračování gravidity
- f) povzbuzování otců a pomoc při zodpovědné výchově dětí

4. Církev má nabízet morální poučení, ale přitom neplnit úlohu svědomí člověka. Církev nepřipouští interrupci z důvodu plánování rodičovství, osobního pohodlí nebo výběru pohlaví dítěte. Pokud je žena těhotenstvím ohrožena na životě, je vážně ohroženo její zdraví nebo jasně diagnostikovaná malformace plodu, pak je budoucí matka vystavena mimořádným okolnostem a je nucena řešit toto dilema. Stejně jako v situaci kdy je těhotenství následkem pohlavního zneužití či znásilnění. Konečné rozhodnutí o interrupci musí učinit žena, a to po pečlivém uvážení a rozboru situace. Při rozhodování by ženě měly pomáhat přesné informace a znalosti biblických zásad, měla by být vedena Duchem svatým. Prostor zdravých rodinných vztahů je to nejvhodnější pro takto závažná rozhodnutí.

5. Křesťané se více rozhodují na základě Písma než podle měřítek lidské společnosti. Proto odmítají každý pokus nutit ženu, aby těhotenství přerušila nebo zůstala těhotná.

Křesťané toto chápou jako odpovědnost Bohu a jako vyváženost mezi osobní svobodou a odpovědností vůči společenství věřících a společnosti v širším slova smyslu.

6. Zaměstnanci církevních zdravotnických institucí, kteří z náboženských nebo etických důvodů nechtějí provádět interrupční zákroky, k tomu nemají být nuceni. Tyto instituce musí dostat návod pro vypracování vnitřních pracovních řádů v souladu s tímto prohlášením.

7. Členové církve by měli být povzbuzováni k tomu, aby ve světle biblického učení trvale zvažovali morální odpovědnost za umělé přerušování těhotenství (87).

1.3.14 Další stanoviska, usnesení a postoje církve

Vyjádření znepokojení ohledně sexuálního chování

Toto stanovisko bylo schváleno a odhlasováno Výkonným výborem Generální konference Církve adventistů sedmého dne během výročního zasedání výboru ve Washingtonu, D.C. dne 12. října 1987.

Generální konference spatřuje problém v absenci náboženských principů, v degeneraci vztahů mezi pohlavími v hluboce znepokojující míře směrem k rozvolnění a zneužívání. Za přispění mnohých filmů, televizních a rozhlasových pořadů, videoprogramů i publikací je svět směřován k mravní zkaženosti. Zhroucení rodinných vztahů přináší spolu se značným poškozením základní struktury společnosti další velké problémy. Výsledky v podobě pokřivených životů dětí a mládeže jsou nepříznivé a zároveň budí lítost. Tato negativa se stávají otevřenějšími a představují vážnou a narůstající hrozbu ideálům a cílům křesťanského modelu domova. Mezi sexuální praktiky, které jsou v protikladu s Boží vůlí, patří cizoložství a předmanželský sex stejně jako obsesní (nutkavé, obsedantní, posedlost sexem) sexuální chování. Sexuální zneužívání manželek a dětí, incest, homosexuální praktiky, stejně jako sex se zvířaty patří k zřetelnému převrácení původního Božího plánu. Navzdory jasným morálním standardům pro vztah mezi mužem a ženou vytyčeným v Božím slově je dnešní svět

svědkem oživení zvrácenosti a zkaženosti, které kdysi poznamenaly i starověké civilizace. Církev vychovává věřící k tomu, aby se zřekli bezbožnosti a světských vášní, žili rozumně, spravedlivě a zbožně a očekávali příchod Boha (126).

Usnesení k uzavírání církevních sňatků

Přijato na zasedání Výboru unie v Ostravě 7. dubna 2002, upraveno na zasedání Výboru v Sázavě 26. listopadu 2006.

Církevní řád Církve adventistů sedmého dne stanoví, že svatební obřad vede pouze vysvěcený kazatel s platným pověřením ve sborech. Církevní řád se rovněž vyjadřuje k otázce uzavírání církevních sňatků s nečleny církve - varuje své členy, aby neuzavírali manželství s lidmi, kteří nejsou členy Církve adventistů sedmého dne, a důrazně žádá své kazatele, aby taková manželství neuzavírali. Kazatelé mohou oddat pouze členy Církve adventistů sedmého dne. Každý snoubenecký pár, který chce být oddán v této církvi, musí absolvovat seminář „Příprava na manželství“. Kazatelé tedy mohou oddávat pouze ty snoubence, kteří seminář absolvovali. Manželství se uzavírá v místě určeném předpisy církve nebo náboženské společnosti pro náboženské obřady nebo náboženské úkony. V případě, že nejsou splněny všechny podmínky pro uzavření manželství podle řádů a předpisů Církve adventistů sedmého dne nebo snoubenci uzavřou občanský sňatek, kazatel Církve adventistů sedmého dne ani žádný její jiný činovník nemůže vykonat svatební obřad (116).

Ostatní dokumenty, pravidla, prohlášení a strategie

Jeden z dokumentů Církve adventistů sedmého dne se týká svazků mezi osobami stejného pohlaví, kde je zdůrazněno manželství jako svazek muže a ženy a homosexualita je vnímána jako projev znehodnocení lidských vztahů, i když je zde zmíněno, že všichni lidé bez ohledu na svou sexuální orientaci jsou Božími dětmi a neměli by být předmětem pohrdání a posměchu (86). Další dokument týkající se péče o Boží stvoření zdůrazňuje ochranu a udržování životního prostředí a zdravý životní styl (85). V prohlášení o náboženské svobodě a evangelizaci je náboženská svoboda definována jako základní lidské právo, jsou zde odsuzovány neetické metody nátlaku a

přesvědčování, stejně jako zesměšňování či pomlouvání jiných náboženství (92). Pravidla o využívání internetu, která jsou jakýmsi návodem a doporučením zásad, kterými je třeba se řídit, podporují využívání tohoto média při propagaci církve a jsou popsána v dalším dokumentu (88). Mediální strategie Česko-Slovenské unie určuje oblast mediální prezentace církve a přispívá k vytváření pozitivního a pravdivého obrazu církve (90). Další dokument – Otevřenost-odvaha-naděje - hovoří o poslání oddělení komunikace, jejímž cílem je přispívat k otevřenosti, čitelnosti a informovanosti o činnosti církve (78). V prohlášení týkajícího se hazardních her, je vyjádřeno znepokojení Výboru Česko-Slovenské unie Církve adventistů sedmého dne nad nárůstem financí, které občané věnují na hazardní hry a sázky. Adventisté zásadně odmítají hazardní hry a zároveň nabízejí pomoc těm, co propadli jakékoli závislosti (91).

Na internetových stránkách Církve adventistů sedmého dne jsou k nahlédnutí také výroční zprávy o výkonu zvláštních práv podle § 7 zákona č. 3/2002 Sb. za rok 2002 – 2008 (79). Ústava CASD je stručně popsána v Příloze 9.

1.3.15 Životospráva a životní styl

Církev adventistů vždy kázala a také praktikovala zdravý způsob života. Otevřeně zakazuje (na základě biblických principů zodpovědnosti) alkohol, kouření a vepřové maso. Dále zrazuje od konzumace ostatních druhů masa, tučných jídel, nápojů s kofeinem a „stimulujících“ chuťových přísad a koření. Ellen Whiteová napsala, že ideální strava, kterou pro člověka zvolil Stvořitel, sestává z obilnin, ořechů, ovoce a zeleniny.

Většina adventistů dnes dodržuje předepsaný životní styl, který podle Dana Buettnera dosvědčuje, jakou sílu má spojení zdraví a víry. V letech 1976 až 1988 proběhl výzkum financovaný americkými Národními ústavy zdraví. Zkoumalo se 34 000 kalifornských adventistů, aby se zjistilo, zda jejich zdravý životní styl ovlivňuje délku jejich života. Současně se zjišťovalo riziko, zda budou postiženi nádorovým a srdečním onemocněním. Vědci dospěli k názoru, že zvyk adventistů jíst rajčata, fazole, ovoce a sójové mléko v jejich případě snižuje riziko vzniku některých druhů rakoviny.

Výzkum také ukázal, že konzumace celozrnného chleba, pití pěti sklenic vody denně a konzumace čtyř porcí ořechů týdně u nich omezuje riziko vzniku srdečních onemocnění. Nakonec výzkum dospěl k zjištění, že průměrný adventista-vegetarián žije o čtyři až deset let déle než průměrný Kalifornan. To činí z adventistů sedmého dne jedno ze společenství, jejichž příslušníci se dožívají velmi vysokého věku. Vědci také tvrdí, že adventisté zvyšují své šance na dlouhý život tím, že tráví čas s lidmi, kteří posilují jejich zdravý životní styl (9).

Adventisté patří k nejvíce studovaným populacím na světě v souvislosti se zdravým životním stylem. Od roku 1950 vydali vědci v Austrálii, Norsku, Japonsku, Polsku, Novém Zélandu, Karibských ostrovech, Holandsku a Spojených státech amerických více než 330 vědeckých publikací o adventistech. Pokud je v publikacích WHO nebo Národního institutu pro zdraví v USA popisována prevence kardiovaskulárních nebo onkologických onemocnění, často je odkazováno na výsledky Adventist health Study (Zdravotní studie adventistů), která probíhá na univerzitě Loma Linda od roku 1974. Závěry výzkumů poukazují na to, co již bylo popsáno výše. Adventisté držící se církvi doporučovaného životního stylu žijí déle, jsou méně nemocní, užívají méně léků a prodělávají méně operačních zákroků (90).

Pro zajímavost jsou zde uvedeny některé realizované výzkumy, zaměřené např. na souvislost životního stylu a BMI u adventistů a neadventistů (56), na hodnocení kvality a množství přijímané stravy u mužů adventistů (35, 97), na souvislost mezi civilizačními chorobami a životním stylem adventistů (7, 33, 34, 38, 55, 71, 74), výzkumy také sledovaly úmrtnost mužů, kteří vstoupili do Církve adventistů sedmého dne a přijali zdravý životní styl (41), zkoumaly účinky stravy, životního stylu a spirituality ve vztahu k riziku vzniku mozkové mrtvice a demence (77), zajímaly se o vztah mezi vysokou spotřebou kalorií ve středním věku a kognitivními funkcemi (36), sledovaly, zda je fyzická aktivita adventistů prediktorem chronických onemocnění (95) nebo hodnotily fyzickou aktivitu u adventistů a neadventistů (96). Některé výzkumné projekty řešily sexuální výchovu a postoje k předmanželskému sexu (4), sexuální chování a rizikové chování (43, 128) nebo sledovaly životní hodnoty adventistů (82).

1.3.15.1 Vegetariánství

Bible na straně jedné připomíná ideál bezmasé stravy, na straně druhé konzumaci masa připouští. Podle adventistů byl však člověk původně stvořen jako vegetarián, neboť mu Bůh určil rostlinný jídelníček. Po potopě světa, kdy byla zničena velká část vegetace, povolil Bůh jíst maso zvířat - člověk dostal od Boha určitou míru adaptability na živočišnou stravu (8, 62).

Rostlinná strava, dle adventistů, svědčí člověku více, neboť maso může být zdrojem růstových hormonů (ty jsou ale v zemích Evropské unie od roku 1998 zakázány) a antibiotik. Dalšími škodlivými látkami, které se dostávají do masa mohou být herbicidy, desikanty, insekticidy a rodenticidy.

Adventisté uvádějí, že vegetariánství má i své ekologické důvody – při konzumaci masa musí být nejdříve nakrmeno zvíře. Například k tomu, aby kráva dosáhla jateční váhy, zkonzumuje více rostlin, než by stačilo k zasyčení člověka. Konzumace masa proto nutně vyžaduje vyšší zemědělskou produkci rostlin. Navíc konzumace masa s sebou nese nutnost větší rozlohy zemědělské půdy, vyšší spotřeby hnojiv, vody, pohonných hmot, postřiků apod. Živočišná výroba, podle zprávy Organizace pro jídlo a zemědělství při OSN z roku 2006, nejzávažněji přispívá k ekologickým problémům. Podílí se na znečišťování vody, vzduchu, znehodnocování půdy a celkově na změně klimatu. V České republice je situace lepší než v Americe, protože evropská legislativa a zemědělská politika je k životnímu prostředí šetrnější. Je málo pravděpodobné, že větší část populace přejde k vegetariánství. Nicméně každý vegetarián přispívá ke snížení současné nadměrné produkce masa.

Vegetariánství není definitivním řešením problémů zdravotních, ekologických ani sociálních, ale adventisté udávají, že vegetariánství má také sociální důvody. Tyto důvody souvisí například s dovozem drůbežího masa z Brazílie, kdy vzrostla (v roce 2007) produkce drůbežího masa, ale zároveň vzrostl podíl brazilských občanů oficiálně považovaných za podvyživené. Z toho vyplývá, že i český konzument může být zapojen do problému světového hladu (62).

Dalším důvodem, proč adventisté odmítají jíst maso, je skutečnost, že maso pochází z mrtvých zvířat. Pokud je dostatek vegetariánské stravy, je zbytečné porážet

zvířata. S tím souvisí i etické důvody vegetariánství. Většina zvířat trpí ve velkochovech a na jatkách, proto je vegetariánství řešením i tohoto problému. Autor článku dokonce přirovnává velkochovy zvířat a moderní jatka ke zvířecím koncentračním táborem, a způsob, jak současný člověk zachází se zvířaty, přirovnává k holocaustu (62, 63).

Autor článku o vegetariánství se podivuje, proč je mezi adventisty v ČR tak málo vegetariánů. Zmiňuje se o provegetariánském poselství Ellen Whiteové a o poměrně dobrých podmínkách pro vegetariánství v České republice (62). Ellen Whiteová uváděla, že masitá strava poškozuje zdraví, znečišťuje krev, povzbuzuje nižší živočišné vášně a oslabuje bystrost a sílu mysli pro chápání Boha.

Vegetariánství je podle dnešní medicíny přínosem – přináší menší morbiditu, nižší mortalitu a menší počet výskytu onkologických onemocnění. Za univerzální směr je považována rostlinná strava obohacená o mléko a vejce, tzv. lakto-ovo-vegetariánská strava. Takový způsob stravování se snadno udržuje i po celý život, je vhodný pro děti, protože obsahuje dostatek všech důležitých živin. Právě tuto formu stravování doporučuje oddělení zdraví a střídmosti při Generální konferenci (61).

1.3.16 Zdravý životní styl – NEW START

Zdravý životní styl je podle MUDr. Ondráčka definován jako soubor opatření, který sleduje fyzické a psychické zdraví i sociální pohodu. Ve Spojených státech amerických vznikl program NEW START, který zahrnuje principy, respektující vyváženost fyzického a duševního zdraví. Tento program bývá nazýván „balíčkem zdraví adventistů“. Stejně principy lze nalézt i v Bibli. Ježíšův život na zemi byl plný péče o tělesné zdraví (uzdravoval) i o duševní zdraví (odpouštěl hříchy) (45).

Název programu NEW START pochází z těchto počátečních písmen:

Nutrition – výživa, **E**xercize – pohyb, cvičení, **W**ater – voda

Sunshine – sluneční svit, **T**emperance – střídmost a vyváženost, **A**ir – čerstvý vzduch a správné dýchání, **R**est – odpočinek, spánek, **T**rust – důvěra, postoj víry a pozitivní životní orientace (32, 45)

1.3.17 Aktivity Církve adventistů sedmého dne

1.3.17.1 ADRA (Adventist Development and Relief Agency)

Tato mezinárodní humanitární organizace je známá tím, že poskytuje pomoc lidem v nouzi. Mnoho lidí možná neví, že právě tato organizace je adventistickou agenturou pro pomoc a rozvoj. ADRA byla založena v USA v roce 1956. Dnes má zastoupení ve 125 státech po celém světě. V České republice působí organizace od května 1992 a svou pomoc nevymezuje národnostně, rasově ani nábožensky. ADRA spolupracuje se všemi humanitárními organizacemi, zejména s Červeným křížem, Červeným půlměsícem, Diakonií, Charitou, společností Člověk v tísni aj. (13, 104, 125).

ADRA pomáhá při mimořádných událostech, kterými jsou válečné konflikty nebo živelná neštěstí. Obětavost svých dobrovolníků prokázala organizace při povodních na Moravě v roce 1997 a v Čechách v roce 2002, kdy se stovky pracovníků pustili do odstraňování následků rozrušeného živlu. Zvláštní péči poskytla ADRA v tomto případě nejen těm, kteří ztratili majetek a domov, ale i těm, kteří ztratili naději, víru a sílu k dalšímu životu. Tyto zkušenosti získané při povodních, vložila organizace do projektu, jehož cílem je poskytovat v mimořádných událostech psychosociální intervenci.

V devadesátých letech minulého století se ADRA výrazně projevila svou pomocí obětem válečného konfliktu na Balkáně. V tomto případě pracovníci dopravovali za dramatických okolností potraviny a ostatní materiální pomoc do obleženého Sarajeva. Tímto postupem se podařilo zachránit před vyhladověním nejohroženější skupiny obyvatel – staré lidi a malé děti.

Koncem roku 2004 ADRA Česká republika rozšířila pomoc do Indonésie, Srí Lanky, Thajska a Indie. Na tuto čtyři roky trvající pomoc se podařilo organizaci získat finanční podporu od obyvatel ČR ve výši sto dvaceti milionů korun. Podpora se soustředila na poskytnutí zdravotnické pomoci a dočasného bydlení pro oběti katastrofy. Dále pak byly vytvořeny projekty pro výstavbu sedmadvaceti škol na Sumatře, stavbu školy v Thajsku, která nese jméno Komenský a výstavbu vesnice a obnovu obytných domů na Srí Lance, obnovu škol v Indii a obnovu obydlí na Andamanských ostrovech.

V současné době ADRA Česká republika uskutečňuje zhruba třicet projektů v šestnácti zemích tří světadílů. Svou pomoc poskytuje všem lidem – bez rozdílu rasy, náboženství nebo národnosti. Aktivitu organizace lze rozdělit na čtyři základní oblasti:

1. Humanitární pomoc obětem přírodních katastrof a ozbrojených konfliktů

ADRA Česká republika je vzájemně propojena s dalšími organizacemi ADRA v jednotlivých zemích. Odpovědnost za organizování pomoci má stanovený řád. Proto pracovníci z České republiky nemusejí vždy okamžitě vyjíždět na místo katastrofy a setří tím prostředky, které pak mohou být využity na přímou pomoc.

2. Pomoc chudým oblastem ve světě při jejich rozvoji

Organizace v těchto místech podporuje například zdravotnictví, zemědělství, vzdělávání a pomoc dětem bez domova. Cílem je mírnit dopad klimatických a ekonomických změn a usnadnit tak život lidem v nejchudších částech světa. K prioritám organizace patří: zkvalitnění a rozšíření zdravotnické péče v Keni, podpora zemědělství v Mongolsku a Angole, podpora vzdělávání v Bangladéši, sociální podpora dětí ze sociálně slabých rodin v Bosně a Hercegovině, pomoc obětem domácího násilí v Srbsku, pomoc dětem žijícím na ulici v Moldávii.

3. Podpora dobrovolnictví v České republice

Za dobrovolníka je považován ten, kdo bez finanční odměny poskytuje čas, energii, lásku a dovednosti ve prospěch ostatních lidí. Na činnosti dobrovolníků dohlížejí dobrovolnická centra, která rovněž dobrovolníky vyhledávají a zaškolují. Dobrovolnická centra jsou jakousi spojnici mezi dobrovolníky a přijímajícími organizacemi, kterými jsou například dětské domovy, domovy pro seniory, ústavy sociální péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo nemocnice. Centra se snaží též motivovat jednotlivce k tomu, aby se dobrovolnictví stalo přirozenou součástí společnosti i života.

ADRA vytváří v jednotlivých regionech týmy zabývající se psychosociální intervencí a provádí průběžná školení. Pobočky dobrovolnických center jsou v těchto

městech: České Budějovice, Frýdek-Místek, Hradec Králové, Ostrava, Praha, Prostějov, Valašské Meziříčí a Zlín.

4. Vzdělávací projekty pro děti a mládež v České republice

Do této oblasti aktivit ADRA patří vzdělávací projekt s názvem PRVák, který je určen pro děti od mateřské školy až po středoškoláky. Vzdělávání obsahuje tři moduly a zahrnuje výukové programy pro děti i odborné semináře pro učitele základních škol. Pracovníci ADRA získali účastí na projektech v různých zemích světa mnoho zkušeností, ze kterých vycházejí na seminářích a obohacují tak ostatní. V rámci rozvojového vzdělávání vznikají i na středních školách ADRA kluby.

Další aktivitou organizace ADRA je výtvarná soutěž pro děti ve věku od šesti do jedenácti let. Je pořádána od roku 2005 a v roce 2008 bylo od dětí z celé České republiky do soutěže přijato více než dva tisíce obrázků.

ADRA spravuje dva azylové domy v Novém Jičíně a vede poradenství pro oběti domácího násilí v Hradci Králové.

ADRA každoročně uděluje cenu Michala Velíška, která je určena těm, kdo nezištně poskytli pomoc lidem nacházejícím se v přímém ohrožení života.

Výčet aktivit organizace ADRA je obrovský a v uvedených řádcích je nelze všechny vyjmenovat. ADRA pracuje ve smyslu přísloví „Dáš-li člověku rybu, nasytíš ho na jeden den, naučíš-li člověka lovit ryby, nasytíš ho na celý život“. Proto ADRA v rámci dlouhodobé strategie poskytuje svou podporu tak, aby lidé byli schopni co nejdříve vzít svůj život do vlastních rukou. V prostředí České republiky jsou adventisté se svým počtem (cca deset tisíc členů) nevelkou církví, ale zdá se, že práci ADRA se jí daří upozorňovat na sebe v pozitivním slova smyslu. Obyvatelé ČR tak jasně vidí, že církev není uzavřená a že je schopná se podílet na lepším životě společnosti (1, 13).

1.3.17.2 Advent-Orion nakladatelství a vydavatelství

Církev adventistů sedmého dne má své nakladatelství a vydavatelství Advent-Orion, které vydává publikace nejen pro vnitřní potřebu církve. Členové církve

potřebují tiskoviny, protože se soustavně vzdělávají ve studiu Bible. Mnoho titulů pohled na Bibli prohlubuje.

V edici New start vydává Advent-Orion ve spolupráci s občanským sdružením Život a zdraví literaturu, která se zabývá zdravotní prevencí. Knihy zaměřené na budování vztahů v rodině a ve společnosti nabízí edice Harmonický život. Pracovníci nakladatelství nezapomínají ani na děti a mládež a připravují pro ně naučné knihy, v kterých se formou příběhů dozvídají, co je pro ně v životě důležité.

Knihy z nakladatelství Advent-Orion lze běžně zakoupit v knihkupectví nebo je lze objednat prostřednictvím internetového obchodu nebo si je lze zakoupit u prodejců občanského sdružení Život a zdraví, kteří zájemce navštíví (2, 14, 104).

1.3.17.3 Vězeňská duchovenská služba

V roce 1990 změna zákona umožnila nabídnout obviněným a odsouzeným v nápravně výchovných zařízeních duchovní službu. Církev začaly touto službou pověřovat první dobrovolníky. V současnosti je duchovní služba v České republice plně začleněna do vězeňského systému a také si získala poměrně vysoký kredit. Tato služba nepreferuje církev majoritní a nediskriminuje církev minoritní. Z tohoto důvodu duchovenskou službu v České republice vnímají vládní a státní orgány s úctou a vážností.

Z pohledu Vězeňské služby duchovní péče české vězeňství humanizuje a také zklidňuje napětí. Vězeňští kaplani a pracovníci Vězeňské duchovenské služby zdůrazňují, že tato služba, pokud odsouzený přizná svou vinu, přináší odpuštění a naději. A to je v prostředí plném intrik, zloby a obviňování nesmírně důležité. Pro mnohé odsouzené je objevené, že duchovní s nimi hovoří o skutečné hodnotové orientaci a nepřivádí je do konfliktu se zákonem.

Z protestantských církví je Církev adventistů sedmého dne v této službě nejvíce početně zastoupena. Navíc pracovníci této církve jsou ceněni za velmi kvalitní duchovenskou službu (26, 104).

1.3.17.4 Kaplanská služba

Pracovníci kaplanské služby (muži i ženy) se podílejí na poskytování pomoci v krizových situacích, na pomoci v rodinné i osobní situaci, ve výchově a dalších oblastech. Kaplanská služba podporuje službu ve věznicích, policii, armádě, u hasičů, v pohotovostních týmech nebo integrovaném záchranném systému.

Adventistická kaplanská služba byla založena v roce 1985. Cílem služby je poskytovat výchovu a rozšířit a koordinovat kaplanskou základnu. Adventistická kaplanská služba má pro jednotlivé země své koordinátory a cílem je poskytnout sdružování a komunikaci prostřednictvím publikací a konferencí, profesionální růst, vyhledávání vhodných lidí pro službu, konzultace s koordinátory v jednotlivých zemích, dále právní ochranu kaplanů a jejich potřeb a nasměrování k misii.

V naší zemi začala kaplanská služba nejprve pracovat neorganizovaně jako služba dobrovolníků. Ti začali buď samostatně nebo po dohodě s kolegy jiných církví vstupovat nejprve do nápravných zařízení a poté do věznic. Tak se začala formovat práce kaplanů v armádě a postupem času se vyprofilovaly další možnosti v nemocnicích a na školách.

V současné době má Církev adventistů sedmého dne v Čechách a na Moravě šest vězeňských kaplanů a jednoho vojenského kaplana. Profesionální kaplanská služba v armádě i ve vězeňství oslavila v roce 2008 desetileté výročí.

Kaplanská služba vstoupila do oblastí, které byly vždy chápány jako vysoce profesionální - do integrovaného záchranného systému, včetně policie a hasičů i do nemocnic, kde kaplanská služba není pouze přínosem pro pacienty, ale také pro personál. Práce kaplanů se velmi pozitivně rozbíhá také v dobrovolnických centrech, kde se věnují různě handicapovaným dětem i dospělým.

Kaplanská služba by neměla být vnímána jako zaměstnání, které je zdrojem příjmu, ale opravdu jako služba, která je postavena na křesťanském principu (17).

1.3.17.5 Další aktivity Církve adventistů sedmého dne

Dny zdraví

Adventisté pořádají Dny zdraví, kdy lidem měří hladinu cukru v krvi, cholesterol, krevní tlak nebo tělesný tuk. Součástí dne je prodejní výstava firem zabývajících se prodejem zdravých potravin (45).

Křesťanská základní škola Eliáš

Křesťanská škola zahájila provoz 1.9.2008 v Praze 4 – Kunraticích. Škola poskytuje klasické vyučování ve třídách a výchovu ve školní družině. Kromě toho je na této škole možné plnit povinnou školní docházku formou individuálního vzdělávání, které je někdy známo jako domácí vzdělávání.

Křesťanská základní škola je zaměřena na křesťanskou výchovu, rozšířenou výuku anglického jazyka a na zdravý životní styl – poskytuje žákům lakto-ovo-vegetariánskou stravu. Do školního vzdělávacího programu je začleněn program Státního zdravotního ústavu Zdravá mateřská škola (organizační složkou ZŠ Eliáš jsou dvě třídy mateřské školy) a Zdravá škola. Zřizovatelem školy je České sdružení církve (11, 20, 29).

Klub Pathfinder

Klub Pathfinder byl v České republice založen v roce 1994 a navázal tak na předešlou Stezku písmáků a také na celosvětový Pathfinder club. Dnes je v něm registrováno kolem 2650 členů. Aktivity klubu jsou zaměřené i na děti, které nejsou v klubu organizované. Tyto děti tvoří nezanedbatelné procento ve většině akcí.

Činnosti klubu lze rozdělit na tři části. Za prvé to jsou pravidelné schůzky oddílů, kde se děti učí rozvíjet samostatnost a vztahy a tím se připravují pro život. Druhou částí jsou víkendová setkání a tábory. Tato setkání, která by měla být „třešničkou na dortu“, jsou vždy tematicky zaměřené s ohledem na věkovou skupinu dětí. Třetí část aktivit je zaměřena na výchovu a vzdělávání lidí, kteří se stanou novými vedoucími (24, 81, 104).

Oddělení mládeže – České sdružení

Skupinu mládeže v Českém sdružení tvoří mladí lidé od 15 do 30 let. Tito lidé hledají místo v životě, kladou sobě i ostatním nesnadné otázky, které přináší život, řeší partnerské vztahy, hledají uplatnění ve společnosti.

Každé jaro se skupina mladých lidí zúčastňuje Modlitebního týdne mládeže. Ten je pro ně příležitostí, aby hledali odpovědi na otázky týkající se křesťanského života.

Od jara 2007 probíhal vzdělávací kurz Ecce Homo (zkráceně ECHO). Lidé zde získávali dovednosti a znalosti nutné pro práci s lidmi. V kurzu, který byl rozvržen na dva roky, se účastníci v prvním roce naučili pracovat ve sborech a v druhém roce se orientovali na službu v mimocírkevním prostředí. Od roku 2009 místo kurzu ECHO probíhá program s názvem VYTAX – vitamíny pro generaci X a Y (21, 127).

Během celého roku probíhají nejčastěji víkendové akce, při kterých se lidé scházejí nejen za účelem osobního setkání, ale také z důvodu něco nového se dozvědět a naučit o sobě, světě a Bohu.

Tradicí jsou sportovní turnaje v Trutnově (Krkonošské břevno), divadelní setkání (Pražská scéna) nebo Jarní filmová škola v Krkonoších. Ti, kteří mají zájem zdokonalit se v angličtině, mohou v létě pobýt týden v Gospel kempu na Sázavě (21).

Oddělení mládeže – Moravskoslezské sdružení

Motivační projekt Pošli to dál je určen mladé generaci. Je rozvržen na dva roky do devíti víkendových setkání. Díky projektu se mladí lidé naučí aktivně prožívat svůj vztah s Bohem, prožívat svou víru a přiblížit se k Bohu (22).

Internetové AWrádio

Rádio vysílá od roku 2004 a jeho cílem je oslovit mladé křesťanské posluchače. Dvacet čtyři hodin denně je zde vysílána nejmodernější křesťanská hudba a jsou zde uváděni nejzajímavější interpreti a hudební skupiny. AWrádio také uvádí vlastní pořady se širokou tematikou, nabízí kulturní zpravodajství, hudební pořady, dětské pořady, rozhovory se známými osobnostmi, biblické příběhy a mnoho námětů

k duchovnímu přemýšlení. Týdně pracovníci rádia vyprodukují 14 nových pořadů (6, 14).

Internetová televize HopeTV

Křesťanská internetová televize vysílá dvacet čtyři hodin denně a snaží se oslovit každého, kdo má zájem o duchovní témata. HopeTV nabízí publicistické pořady, zpravodajství, rozhovory, bohoslužby, dokumenty, záznamy koncertů a přednášek, videoklipy, pořady pro děti i hranou tvorbu. Televizi je možné sledovat online ve třech kvalitách, podívat se na jakýkoliv pořad v archivu, ale i interaktivně kontaktovat tvůrce a redaktory televize (16, 42).

Občanské sdružení Život a zdraví

Občanské sdružení Život a zdraví je organizace lektorská, která vznikla z iniciativy členů Církve adventistů sedmého dne. Sdružení svým členům poskytuje průběžně odborné vzdělání a dbá na to, aby lektoři šířili osvětu a podporu zdravého způsobu života široké veřejnosti. Sdružení odmítá neověřené a nevědecké léčitelské metody. Snahou je spojit vědecké poznání a praxi včetně spolupráce odborníků a laiků.

Hlavní aktivity lektorů jsou rozvíjeny prostřednictvím Klubů zdraví, kterých je v České republice asi šedesát. V těchto klubech jsou organizovány pravidelné přednášky a besedy z oblasti zdravého životního stylu, semináře o mezilidských vztazích a o prevenci závislostí. Jsou zde pořádány kurzy zdravého vaření a ochutnávky zdravých pokrmů. Dále jsou zde organizovány pohybové aktivity jako např. cyklistika, turistika, aerobní cvičení. V klubech jsou také pořádány výstavy „Životní styl & zdraví“, které jsou u nás i ve světě známy jako Health Expo. Návštěvníci mají možnost si na těchto akcích nechat změřit své antropometrické hodnoty, mohou otestovat svou tělesnou kondici a odborníci jim poradí, jak se získanými informacemi naložit.

Sdružení Život a zdraví organizuje ozdravné pobyty – pobyty NEWSTART, kdy úzce spolupracuje se společností Prameny zdraví a pořádá víkendové a prázdninové tábory zdraví. (23, 129).

V období, kdy byla zpracovávána tato práce, probíhaly v Písku Večery duševní pohody, které připravilo občanské sdružení Život a zdraví a ADRA ve spolupráci s Církví adventistů sedmého dne. Nabídka velmi zajímavých témat je uvedena v Příloze 10.

Korespondenční kurz

Společnost se po roce 1989 začala zajímat o duchovní stránku života a Bible se stala velmi žádanou knihou. Proto Církev adventistů sedmého dne otevřela v roce 1994 Středisko korespondenčních kurzů, ve kterých se zaměřuje na tři oblasti.

Kurz *Impulzy života* seznamuje zájemce s poselstvím Bible. Vedle biblického kurzu nabízí církve kurz zaměřený na oblast rodinného života a manželství. Kurz sloužící zájemcům, kteří chtějí zlepšit rodinné vztahy a manželství, má osm motivačních lekcí, které vytvořil profesor PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc.

Další dva kurzy - *Zvládej svůj život a Vezmi zdraví do svých rukou* - se dotýkají duševního i tělesného zdraví a zájemce oslovují již několik let.

Kurzy oslovují širokou veřejnost, studují lidé mladí, středního věku, důchodového věku i lidé ve věznicích. Lekce všech kurzů jdou zasílány bezplatně (19, 104).

Komunitní centra

Všechna komunitní centra si kladou za cíl pomoci společnosti. Proto nabízejí vzdělávání v oblasti jazyků, počítačové techniky, studia Bible, zdravého životního stylu, komunikace apod. Další aktivity komunitních center jsou např. dramatický kroužek pro děti, kurz sebeobrany, cvičení a tanec, kluby maminek, semináře rodičovství, poradna pro oběti násilí (zřizovatelem je ADRA), rehabilitační cvičení, drakiáda, vánoční programy, výtvarné kurzy a mnoho dalšího.

Jednotlivá komunitní centra jsou tato: Klubové centrum Klíč Plzeň, Komunitní centrum Bé plus Hradec Králové, Společenské centrum Hronov, 4U2 – Podkrkonoší, Mateřský klub Rybička, Komunitní centrum Duhovka, Obrnice, Dům u Lípy, Tábor.

Občanské sdružení Lékořice realizuje od roku 2005 podpůrné aktivity pro pacienty Thomayerovy nemocnice v Praze. Dobrovolníci ve svém volném čase

navštěvují hospitalizované pacienty na dětských odděleních i na odděleních pro dospělé. Lékořice, o.s. také garantuje dobrovolnický program v IKEM a rozvíjí spolupráci na projektech zlepšujících prostředí v nemocnici.

Projekt „INRI road“ je dlouhodobě pastoračně-evangelizační aktivita týkající se studentů v Brně a Olomouci. Adventističtí studenti jsou motivováni k duchovnímu růstu a misijní práci. Jejich nevěřící spolužáci a kamarádi jsou pak osloveni vhodnou formou, ve vhodných prostorech a aktivitách jako jsou čajovny, sportovní aktivity, společenské víkendy, letní dovolené apod.

Projekt „Na jedné vlně“ je realizován mladými lidmi, kteří nabízejí aktivity bez nikotinu, alkoholu a drog. Cílem je čtení Bible, modlitby nebo diskuze, které mají být akční, inspirující a mají dávat smysl.

Maranatha Gospel Choir, Praha je pěvecké uskupení mladých lidí, zpívajících gospelové písně – písně o naději a dobré zprávě. Soubor představuje křesťanství formou hudby a je tvořen zhruba padesáti aktivními členy. Soubor vystupuje nejen v České republice, ale i v zahraničí (18).

Sobotní škola, kterou je možné navštěvovat přes internet, nabízí studium Bible, dává nejen věřícím příležitost být každé sobotní dopoledne spolu. Nabízí biblické texty ke stažení a také možnost diskutovat. *Dětská Sobotní škola* předkládá dětem Bibli formou příběhů (98).

1.3.17.6 Teologický seminář

Teologický seminář SÁZAVA vychovává absolventy jak pro službu církvi tak mimo církve. Mladí lidé zde mají možnost studovat v denním nebo dálkovém studiu teologii, pastoračně sociální směr a misijní dobrovolnictví. První tři roky jde o studium Vyšší odborné školy teologické a pastoračně sociální. Absolventi získají titul diplomovaný specialista (Di.S.). Pokračovat lze ve studiu teologie v navazujícím čtvrtém ročníku Senior College, po jehož absolvování student získává titul bakalář teologie (B.Th.). Škola nabízí i další studia: Kombinované studium – studium teologie pro každého, Mimořádné studium – doplňující studium pro duchovní a Diferenční studium – pro absolventy státních teologických fakult.

Škola pořádá tematické víkendové nebo celotýdenní studijní pobyty mající různá témata např. hudba, spiritualita, homosexualita aj. Teologický seminář úzce spolupracuje s Dětským domovem a Základní školou v Sázavě při doučování žáků a výuce cizích jazyků, připravuje sportovní aktivity a další akce pro děti. Pro obyvatele připravuje seminář ve spolupráci s Městským úřadem v Sázavě koncerty, promítání filmů a naučné i duchovně orientované přednášky.

Výraznou pozornost obyvatel získal Teologický seminář i ve spolupráci s humanitární organizací ADRA např. velikonočními sbírkami, úklidem okolí řeky, záchrannými pracemi po povodních a jinými aktivitami.

Zřejmě nejoblíbenější z rekreačních a letních akcí je English Camp. Jedná se o tábor pro mládež spojený s výukou angličtiny, který vedou rodilí mluvčí.

Z uvedeného je patrné, že seminář není jen ústavem, který připravuje odborníky pro duchovenskou, sociální, pastorační či humanitární praxi, ale i to, že seminář pořádá mnoho zajímavých akcí pro veřejnost.

Teologický seminář je navíc akademickým prostorem, kde přednášejí nejlepší odborníci církve. Na škole je podporováno vzdělávání vlastních pedagogů, pořádají se teologické konference a škola je též centrem výzkumu, které pracuje zejména v oblasti studia církevní historie (25, 103, 109).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

Teoretická část se zabývala individualizovanou péčí o nemocného, problematikou transkulturního ošetřovatelství, náboženstvím a Církví adventistů sedmého dne.

V praktické části se práce zaměřuje na členy Církve adventistů sedmého dne, u kterých byly zjišťovány kulturní fenomény usnadňující hodnocení stavu potřeb pacienta, a na zdravotnické pracovníky, u kterých byla zjišťována znalost této církve a jejích specifik. Byl vytvořen procesuální standard ošetřovatelské péče s názvem Ošetřovatelská péče o P/K člena Církve adventistů sedmého dne.

2.1 Cíle práce

1. Zjistit informace nezbytné pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče příslušníkům Církve adventistů sedmého dne.
2. Identifikovat očekávání a možné problémy související s hospitalizací členů Církve adventistů sedmého dne.
3. Zjistit znalosti zdravotnických pracovníků týkající se Církve adventistů sedmého dne.

2.2 Výzkumné otázky

Pro výzkumnou část byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Vyžaduje nemocný člen CASD odlišný přístup sestry během ošetřování?
2. Je hospitalizovaný člen CASD zdrojem možných problémů?
3. Jak vnímají adventisté současný přístup zdravotníků?

Tyto hypotézy vyplynuly z kvalitativní části výzkumu:

2.3 Hypotézy

H1 Sestry nedovedou definovat omezení adventistů, která by vyžadovala specifický přístup během hospitalizace.

H2 Sestry neznají Církev adventistů sedmého dne.

Pro výzkumnou část byla dále stanovena tato hypotéza 3:

H3 Sestry s vysokoškolským vzděláním a vyšším odborným vzděláním znají pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství narozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a střední školu a specializaci.

3 Metodika výzkumu

3.1 Použité metody

K získání informací pro splnění cílů výzkumu, zodpovězení výzkumných otázek a k ověření hypotéz byly použity tyto metody:

- polostrukturovaný rozhovor s respondenty inspirovaný modelem Gigerové a Davidhizarové (Příloha 11)
- nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (Příloha 12)
- vybraná fakta z polostrukturovaných rozhovorů s respondenty byla zapsána do tabulek
- k vyhodnocení nestandardizovaných dotazníků byla použita popisová statistika a program Microsoft Excel (výsečové grafy, kontingenční tabulky)
- pro zjišťování závislostí byl použit test shody χ^2
- tabulky pro určování kritických hodnot χ^2 (108)

3.2 Organizace a průběh výzkumu

Výzkum byl prováděn v Písku ve spolupráci se členy Církve adventistů sedmého dne z tamního společenství a dále ve spolupráci sester v Nemocnici Písek: listopad 2009 – duben 2010. Výzkum v Nemocnici Písek probíhal po souhlasu hlavní sestry Bc. Jany Somrové (Příloha 13).

I. část

V první části výzkumu probíhaly rozhovory postupně se šesti členy Církve adventistů sedmého dne (dále CASD) v období listopad - prosinec 2009. Inspirací pro polostrukturovaný rozhovor byl ošetrovatelský model Gigerové a Davidhizarové.

Rozhovory byly vedeny individuálně, poskytnuté informace byly zaznamenávány do záznamového archu. Kromě identifikačních údajů byly zjišťovány tyto kulturní fenomény: kulturně svébytný jedinec, biologické variace, vliv prostředí a výchovy, pojetí času, sociální začlenění, prostor, komunikace, specifika při hospitalizaci a požadavky na nemocniční prostředí.

II. část

Ve druhé části byla v prosinci 2009 na oddělení interním a chirurgickém provedena pilotní studie u deseti sester s cílem ověřit si vhodnost a srozumitelnost jednotlivých položek a časovou náročnost při vyplňování dotazníků a ochotu sester spolupracovat. Touto metodou bylo zjištěno, že sestry jsou ochotny spolupracovat, nemají žádné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti položených otázek a časová náročnost vyplňování dotazníků je do 10ti minut.

III. část

Ve třetí části byl distribuován nestandardizovaný dotazník na oddělení interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické, neurologické, dětské, LNP. Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2009 do dubna 2010.

3.3 Charakteristika sledovaného souboru

První skupinu respondentů tvořilo 6 členů CASD, se kterými probíhaly rozhovory v Písku, vždy v soukromí a individuálně. Respondenti byly ze sboru z Písku, byli ochotni spolupracovat, spolupráce s nimi byla kvalitní. Všech šest oslovených respondentů bylo schopno odpovídat na všechny otázky a zvládnout tak obsáhlý a časově náročný rozhovor. Skupinu adventistů tvořilo pět žen a jeden muž.

Druhou skupinu respondentů tvořilo 216 sester z oddělení (interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické, neurologické, dětské, léčebny následné péče (dále LNP) Nemocnice Písek. Respondentky byly vybírány náhodně, byly osloveny a požádány o spolupráci. Na odděleních Nemocnice Písek bylo z celkového počtu 250 rozdaných dotazníků získáno 216 dotazníků. Dotazník nevrátilo 29 sester a 5 dotazníků muselo

být vyřazeno - důvodem pro vyřazení bylo neúplné vyplnění dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 88,4 %.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s členy Církve adventistů sedmého dne

Rozhovor 1

Respondent 1 je žena, její věk je 22 let, vyznává náboženství Církve adventistů sedmého dne. Vystudovala Střední zdravotnickou školu, nyní studuje vysokou školu. Je svobodná, bezdětná.

Kulturně svébytný jedinec

Dívka se hlásí k CASD, svou víru vyznává návštěvami bohoslužeb a podílí se na dobrovolnických programech humanitární organizace ADRA. Bohoslužbu navštěvuje každou sobotu a 1x za čtvrt roku se účastní Večeře Páně. Individuální modlitby jsou pro ní každodenní záležitostí. V církvi hrají, podle slov studentky, velmi důležitou roli kazatelé. Církevní chrám adventisté nemají, církve působí ve vlastních nebo pronajatých domech. Modlitebny jsou bez obrazů a ozdob. Mezi specifika náboženství patří svěcení soboty, kterou samozřejmě dodržuje, křest dospělých ponořením do vody, věrouka, víra v druhý příchod Ježíše Krista, rozlišování čistých a nečistých pokrmů (vepřové maso) a absence celibátu. Jako vnější znaky náboženství popisuje dívka modlitebny bez výzdoby a obrazů a kazatele sloužící bohoslužby v civilním obleku. Speciálním oblekem (bílá dlouhá košile nebo šaty) je křestní roucho. Co se týká rituálů či obřadů, pak z očištných rituálů je prováděn křest ponořením do vody, a další rituál, který dívka udává, se odehrává při Večeři Páně, kdy si věřící navzájem umývají nohy. Mezi rituály respondentka řadí také modlitební týden.

Příslušníci církve mohou studovat a pak i vykonávat činnost sestry a lékaře. Podle dívky jsou zdravotníky respektovány její kulturní odlišnosti. Pokud

k respektování nedojde, pak je naštvaná a snaží se své zvyky, např. ve stravování, prosadit.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

Respondentka bývá nemocná 2x do roka, žádné chronické onemocnění nemá. V její rodině se ze závažných onemocnění vyskytla roztroušená skleróza u matky, hypertenze a nádorové onemocnění. Dívka trvale neužívá žádné léky. Pokud pociťuje bolest, tiší ji obvykle teplými nebo studenými obklady, spánkem a uklidňujícími bylinami (mateřídouška, meduňka). Užívání analgetik a opioidů se snaží co nejvíce omezit a přistoupila by k nim pouze v akutních případech (např. zánět zubu), pak by jí užívání těchto látek nevadilo. Jako nutnost vidí využívání opiátů a analgetik v léčbě onkologických onemocnění.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhýbání se některým pokrmům

Mezi specifické potraviny, které respondentka upřednostňuje, jsou potraviny spadající do oblasti racionální výživy, jako celozrnné obiloviny a potraviny z nich. Nejlepší je, pokud jsou tyto potraviny upravené šetrným způsobem – vařením. Dívka je vegetariánka, maso nejí ze zdravotních důvodů a také z důvodu prevence předcházení nemocem. Respondentka se domnívá, že většina adventistů jsou vegetariáni. Zakázanou potravinou je nečisté maso, nepožívá alkohol a kávu. Při stolování a podávání jídel nemá církve žádná specifika ani obřady. Půsty ke zdraví dívka nedodrhuje (měl by být 1x v týdnu). V době nemoci nejí sladké jídlo a výrobky z bílé mouky. Při Večeři Páně mají věřící společné jídlo tzv. agape – každý přinese z domova nějaké jídlo, které společně snědí, povídají si a sdílejí se. Náboženství doporučuje zdravou výživu, nakladatelstvím Advent-Orion jsou vydávány odborné publikace o zdravém stravování a kuchařky. Do restaurace adventisté chodit mohou, formu rychlého stravování využívají minimálně. Dívka se nejčastěji stravuje domácí stravou. Stravuje se 3x denně, pravidelně, ale často jí ve spěchu z důvodu krátkých přestávek mezi přednáškami. Náboženství, dle respondentky, neomezuje konzumaci kávy, ale v rámci zdravého

životního stylu se nedoporučuje pití kávy. Ona sama kávu pije jen občas. Ráda pije zelený, ovocný a hlavně bylinný čaj narozdíl od čaje černého, který nepije vůbec. Náboženství omezuje konzumaci alkoholu, neboť podle zásad zdravého životního stylu a podle Bible se nedoporučuje užívání alkoholu a jiných návykových látek.

Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví v dané kultuře

Pro respondentku znamená zdraví dar od Boha, který má být chráněn, má být pečováno o tělo, které je podle Bible chrámem Ducha. Za zdraví je vděčná a snaží se o něj co nejlépe pečovat a ochraňovat je podle zásad zdravého životního stylu. Svě zdraví ochraňuje také racionální výživou, dostatkem pohybu, odpočinku (za den odpočinku považuje sobotu), modlitbou a meditací. Pokud v rodině někdo onemocní, ostatní členové rodiny se snaží uspokojovat jeho základní životní potřeby, podávají bylinné čaje, modlí se za jeho uzdravení, chovají se tiše a často větrají. Dle potřeby zajišťují návštěvy lékaře. Respondentka nemá žádnou specifickou formu rituálů, které by praktikovala k ochraně zdraví. Pokud onemocní člen rodiny, pak o něho lze pečovat i doma, pokud je to možné a jeho zdravotní stav to dovolí. Náboženství pečuje o zdraví, neboť adventisté jsou průkopníci zdravého životního stylu, vydávají publikace týkající se zdravého životního stylu, a mimo to se do péče o zdraví zahrnuje také dodržování sobotního odpočinku a modlitba. Dívka chodí pravidelně na preventivní prohlídky a zubního lékaře navštěvuje také pravidelně, 1x za rok. S primární zdravotnickou péčí je spokojena, ale negativně vnímá nedostatek informací o zdravém životním stylu. Dostupnost zdravotní péče vnímá z pohledu geografického výborně, z pohledu finančního únosně, z pohledu časového jí nevyhovují dlouhé čekací doby a z pohledu organizačního vnímá dostupnost zdravotní péče jako nevyhovující z důvodu nedostatku zdravotnického personálu na odděleních. Respondentka má všeobecný druh zdravotního pojištění. Její názor na podávání transfúze a krevních derivátů je kladná. Sama je dárce krevní plasmy. K transplantaci nemá vyhraněný názor, k této problematice udává, že církev respektuje osobní přání každého, zda přijme dar či poskytne dar a věrouka církve tuto věc nezakazuje. Z alternativní medicíny využívá byliny, léčbu pomocí potravin a hydroterapii. Z diagnostických a léčebných výkonů

neodmítá žádné výkony. Co by nevyužila a odmítá je lidové léčitelství, zaklínání a šamanismus.

Vliv prostředí a výchovy – hodnoty

Respondentka uvedla pět životních hodnot od té nejvyšší k hodnotám nejnižším takto:

1. víra, věrnost Bohu, 2. rodina, 3. zdraví, 4. studium, 5. dobré vztahy

Vliv prostředí a výchovy – plánované rodičovství

V oblasti těhotenství a šestinedělí nemá náboženství žádná specifika. Porod respondentka upřednostňuje v nemocničním zařízení. Interrupce je přípustná pouze ze zdravotních důvodů nebo následkem znásilnění. Dívka by o interrupci přemýšlela v případě vrozené vady u dítěte, ale není schopná říci zda by ji podstoupila. Antikoncepce je možná v manželství, druh antikoncepce si lze vybrat na základě přání manželů. Mimomanželský styk náboženství nepřipouští, ba přímo zakazuje, a to na základě desatera (nezcizoložíš). Péče o děti – novorozence a kojence – se odvíjí podle zásad zdravého životního stylu. Adventisté mohou adoptovat děti.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

S umíráním a péčí o umírající respondentka spojuje pomazání nemocných a uspořádání posledních věcí umírajícího, jako jsou závět a usmíření. Pokud by došlo na možnost převézt umírajícího domů, pak dívka uvádí, že pokud by byly možnosti a okolnosti příznivé, pak by bylo možné se o umírajícího v domácím prostředí postarat. K problematice dodává možnost využití služeb hospicové péče. Pokud by bylo třeba vykonat obřad a rozloučení v nemocničním zařízení, pak by záleželo na domluvě v daném zařízení. Je jí známo, že v hospicu toto možné je. Eutanázii respondentka odmítá, nepřijímá ji, preferuje hospicovou péči. Náboženství nemá žádná specifika v péči o mrtvé tělo.

Pojetí času

Dívka pracuje šest dní v týdnu a dvanáct hodin denně. Spí sedm hodin denně. Běžně vstává okolo páté hodiny ranní. Je pro ní důležité přijímat léky v danou dobu, zejména antibiotika. V životě se zaměřuje spíše na budoucnost.

Sociální začlenění

Hlavou rodiny adventistů je zpravidla muž, žena je muži rovna a je v rodině nezastupitelná. Respondentka zdůrazňuje monogamii. Sama pracuje jako zdravotní sestra, zároveň studuje vysokou školu. Děti nemá, je svobodná.

Prostor

Za svou osobní zónu považuje dívka asi 0,5 m od těla. Je spokojená s prostorovým uspořádáním v nemocnici i v ambulanci praktického lékaře z hlediska narušení osobní zóny.

Komunikace

Mateřským jazykem respondentky je český jazyk. Komunikovat s ostatními jí nedělá problém.

Specifika při hospitalizaci

Podle respondentky jsou zdravotníky respektovány kulturní odlišnosti adventistů, se kterými ale musí být zdravotníci nejprve seznámeni. Dívka si velmi přeje, aby zdravotníci znali její náboženství a respektovali je. V nemocničním zařízení se respondentka může modlit a také rituály a obřady mohou být v nemocnici zachovávány – patří sem pomazání nemocných, Večeře Páně a modlitební setkání. V nemocničním zařízení by péči duchovního využila, domnívá se, že jeho činnost (zejména psychická podpora) je velmi důležitá i když duchovní může být rozdílného vyznání. Dívka by se určitě nechala ošetřit a hospitalizovat v nemocničním zařízení jiného náboženství. Nevyhledává zdravotníky a zařízení stejné kultury, užívá zařízení, která jsou v jejím dosahu. Respondentka během ošetřování nepreferuje zdravotníka

stejného pohlaví. Přeje si být pravdivě informována o svém zdravotním stavu a vyhovovalo by jí, aby v době její hospitalizace byly poskytovány informace o jejím zdravotním stavu lidem, které si sama určí, tzn. nejen rodině ale také přátelům. Během ošetřování by zdravotníkům nedovolila vulgární vyjadřování, nechránění intimity a nerespektování studu.

Požadavky na nemocniční prostředí

Respondentka by během hospitalizace tolerovala takový počet nemocných na pokoji, jaký je běžný na konkrétním oddělení. Na skladbě spolupacientů z hlediska pohlaví, na jednotkách typu JIP, ARO, jí nezáleží. Určitě by netolerovala pobyt s aktivními kuřáky. Pokud by bylo součástí ošetřovatelského zákroku potřeba odhalení intimních partií, pak by jí např. odhalení, na nezbytně nutnou dobu nevadilo. Dívka nemá žádné požadavky na prostředí nemocničního pokoje. Pokud by její spolupacient během hospitalizace projevoval svou víru, měl např. na stěně symbol svého náboženství, respondentce by toto nevadilo. Během hospitalizace zažila opakovaně nechuť zdravotnického personálu objednávat vegetariánskou stravu. Kontakt a komunikaci se zdravotníky hodnotí kladně, negativní zkušenosti s komunikací má s lékaři ukrajinské a slovenské národnosti. Práva hospitalizovaných pacientů respondentka zná a za nejdůležitější právo považuje právo na kontakt s rodinou a přáteli, který by podle ní neměl být časově omezen. Na otázku, co by vylepšila ve zdravotnictví v ČR v souvislosti s aplikací její víry během hospitalizace, odpovídá, že toleranci a výchovu zdravotníků v rámci multikulturního ošetřovatelství. Během hospitalizace se nesečkala s ošetřovatelskou péčí, která by byla v rozporu s jejími náboženskými zvyky a rituály, setkala se „pouze“ s vulgárním vyjadřováním zdravotníků. Pokud by měla zhodnotit svou spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb zdravotníků, pak na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) zvolila číslo 2.

Rozhovor 2

Respondent 2 je žena, její věk je 38 let, vyznává náboženství Církve adventistů sedmého dne. Vystudovala střední školu obchodního zaměření, nyní je v domácnosti. Je vdaná, má tři děti – dva syny 16 a 14 let a dceru 4 roky.

Kulturně svébytný jedinec

Respondentka svou víru vyznává celkově svým životním stylem. Církevní chrám v Písku není, místnost na sobotní scházení je pronajata v místním Domově dětí a mládeže. Specifikem jejího náboženství je svěcení soboty a vyhýbání se konzumaci vepřového masa. Žádné transparentní znaky náboženství nemá. Největším svátkem je pro ni sobota, která znamená víc než vánoce nebo velikonoce. Sobota je dnem odpočinku, vychází z Bible a adventisté jsou církví, která se Bibli přibližuje nejvíce.

Příslušníci církve mohou studovat a pak vykonávat činnost sestry nebo lékaře. Žena zná některé lékaře, kteří patří k její církvi. Podle ní je v církvi spousta lékařů. Ne zde v Písku, ale v místě kde bydlela dříve tomu tak bylo. Kulturní odlišnosti jsou podle ženy ve zdravotnictví respektovány, i když má zkušenost pouze z oddělení porodnického. Zde respektovali její přání a vyměnili ji stravu běžnou za stravu vegetariánskou. U zdravotníků není Církev adventistů sedmého dne známá a někteří zdravotníci mají předsudky, mohou si je plést s jehovisty, neví o církvi nic bližšího, pouze to, že svěťi sobotu a nejí vepřové maso. Pokud při ošetřování nejsou respektovány náboženské zvyky, záleží na přístupu sestry. Jestliže sestra nesouhlasí s jejími zvyky, ale nepřesvědčuje o opaku, pak to ženě nevadí. Nejlepší je, pokud sestra či lékař přijme a toleruje názor věřícího.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

Respondentka bývá nemocná asi 1x za rok, chronické onemocnění nemá, neužívá žádné léky. V rodině se vyskytlo závažné onemocnění u matky – rakovina, u otce onemocnění srdce, které se řešilo by-passem a kardiostimulátorem. Pokud musí tlumit bolesti, pak zvýší příjem tekutin, používá byliny, fyzikální terapii – koupel nohou a vyjímečně si dá kávu, která ji pomáhá od migrény. Při migréně užívá i analgetika, i

když se snaží u každého typu bolesti použít nejprve bylinný čaj. Při závažném stavu by využila opiáty.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhýbání se některým pokrmům

Žena upřednostňuje zdravou stravu, není vegetariánka, jí maso kuřecí a v menší míře i hovězí. Vegetariánem podle ní není každý adventista. Zakázané náboženstvím není nic, ani vepřové maso. Jsou jen čistá a nečistá zvířata a doporučení nejíst vepřové maso. Při stolování nejsou žádná specifika ani obřady. Určené půsty náboženstvím nejsou, ale modlitba může být podpořena půstem. 1x za čtvrt roku je Památka Večeře Páně, kde se všem podává nekvašený chléb a nekvašené víno (šťáva z hroznů). V tomto případě jde o slavnostnější sobotu, spojenou s omýváním nohou. Náboženství doporučuje zdravou stravu. Respondentka se jednou za čas stravuje formou rychlého občerstvení a občas jde do restaurace. Stravuje se pravidelně 4x denně a nejí ve spěchu. Konzumaci kávy Bible omezuje, káva by se pít neměla, nemělo by se pít nic s kofeinem. Žena si kávu jednou za čas dá, většinou v sobotu, kdy kávu spojuje s relaxací a pohodou. Nepije černý čaj, ovocný a zelený čaj ano. Náboženství zakazuje konzumaci alkoholu, který není ani součástí rituálů. Žena alkohol nepije.

Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví v dané kultuře

Zdraví pro respondentku znamená život, říká, že zdraví je důležité pro život a při nemoci je život omezen. Svého zdraví si váží, ví že je důležité, proto, aby se mohla starat o rodinu. Nebývá nemocná, nemá žádnou alergii. Při bolestech hlavy, které ji dříve trápily, měla občas myšlenky na závažné onemocnění. Matka ji zemřela na zhoubný nádor, když jí bylo 9 měsíců. Zdraví své rodiny ochraňuje životospřávnou, duševní pohodou, omezováním stresu, což jí při výchově dvou pubertálních synů, jde někdy těžko. Pokud v rodině někdo onemocní, pak se o něj starají ostatní členové rodiny, tím že mu podávají bylinné čaje a pečují o jeho potřeby. Je zvyklá pečovat o své blízké v období nemoci. K ochraně zdraví nemá žádné rituály. K ochraně zdraví využívá modlitbu, ale nemodlí se jen tehdy, pokud někdo onemocní. Modlí se průběžně

i ve zdraví. Modlitba je pro ni velmi důležitá a provází ji celý život, nejen při nemoci. Náboženství pečuje o zdraví věřících životospřávou a modlitbou. Respondentka chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři. Zkušenost s primární zdravotnickou péčí má dobrou. V minulém bydlišti mohla kdykoli požádat praktického lékaře o pomoc (sousedil s nimi). Dostupnost zdravotní péče z pohledu geografického vnímá pozitivně, protože bydlí v okresním městě, z pohledu časového ji vadí dlouhé čekací doby na ambulantní ošetření (ortopedie), z pohledu finančního a organizačního ji vnímá jakou dobrou. Dodává, že tím, že je člověk zdravý, hodnotí vše dobře. Má všeobecný druh zdravotního pojištění. S podáním transfúze by souhlasila, přijala by ji v případě potřeby ona a souhlasila by s podáním i u dětí. Sama uvažovala nad dárcovstvím krve, ale vzhledem k bolestem hlavy si to rozmyslela. Transplantaci orgánů vnímá pozitivně, nevidí problém v přijetí orgánů ani v darování orgánů. Orgán by přijala i darovala, darovala by i své tělo pro lékařské výzkumné účely. Z možností alternativní medicíny žena využívá byliny, přírodní léčbu, jako například obklady, koupele, ráda používá „babské rady“ – různé čaje. Nedůvěřuje a nevyužila by léčitele a čínskou medicínu. Diagnostické výkony ani léčebné postupy neodmítá, pokud by bylo třeba byla by ochotna podstoupit vše. Svě děti dává očkovat pravidelně podle platného očkovacího kalendáře. Očkování, která jsou navíc by nevyužila, domnívá se že jsou pro organismus zatěžující.

Vliv prostředí a výchovy - hodnoty

Svých pět životních hodnot od té nejvyšší až k té nejnižší uvedla respondentka takto:

1. víra, neboť celý den se odvíjí od vztahu s Bohem, 2. zdraví, 3. rodinné vztahy – blízká rodina, tzn. manžel, děti, 4. širší rodina – přátelé a vztahy s nimi, 5. nedovede určit

Vliv prostředí a výchovy - plánované rodičovství

Specifika v oblasti těhotenství a šestinedělí náboženství nemá, kromě modlitby, která provází a podporuje ženu v těhotenství. Respondentka upřednostňuje porod

v nemocnici, ale není proti alternativním porodům. Sama měla všechny porody velmi rychlé, proto si myslí, že by asi žádnou možnost z alternativ porodu nevyužila. S interrupcí nesouhlasí, ale interrupce není církví zakázána. S tímto zákrokem by souhlasila jedině v situaci, kdy by byl ohrožen její život – život matky. Pokud by lékař diagnostikoval postižení plodu, dítě by si asi nechala. Musela by o tom moc přemýšlet, ale na interrupci by asi nešla. Náboženství neomezuje užívání antikoncepce. Jaký druh antikoncepce si žena zvolí, záleží pouze na ní. Specifika v péči o novorozence a kojence nejsou žádná.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

Obřady spojené s umíráním v církvi nejsou, provádí se poslední pomazání, které se ale nedělá pouze u umírajících, ale může provést například u dlouhodobě nemocných, jako podpora uzdravení. U umírajících se hojně využívá modliteb. Pokud je třeba, pak lze umírajícího převést domů a ošetřovat jej doma. Záleží pouze na možnostech rodiny. V nemocničním zařízení lze vykonat obřad a rozloučení s umírajícím, ale běžnější jsou klasické pohřby. Názor na eutanázii má respondentka jasný názor, kategoricky s ní nesouhlasí a odmítá ji. Domnívá se, že hospicová péče je pro umírajícího vhodnou alternativou, ale nemůže sama nic posoudit, protože nemá zkušenost. Specifika v péči o mrtvé tělo církev nemá.

Pojetí času

Respondentka běžně pracovala 6 dní v týdnu, nyní je v domácnosti a do zaměstnání nechodí. Denně spí 7 hodin, běžně vstává v půl sedmé ráno. Je pro ni důležité přijímat léky v danou dobu a pravidelně. V životě se zaměřuje spíše na budoucnost a přítomnost.

Sociální začlenění

Dle ženy je hlavou rodiny manžel, ale manželka je mu rovnocennou partnerkou. Sama je vdaná, má tři děti - dva syny a jednu dceru. V současnosti nepracuje, je

v domácnosti. Před tím nepracovala v oboru, který vystudovala. Vystudovala střední školu obchodního zaměření, ale pracovala jako pečovatelka.

Prostor

Za svou osobní zónu považuje vzdálenost 0,5 m. S prostorovým uspořádáním v nemocnici (porodnici) byla spokojená. Ani by nechtěla nadstandardní pokoj, kde by byla sama. Raději má společnost a její zkušenost s bývalou spolupacientkou je kladná.

Komunikace

Mateřským jazykem je český jazyk. S komunikací nemá problémy, ráda si povídá s ostatními lidmi.

Specifika při hospitalizaci

Podle respondentky zdravotníci respektují její náboženské odlišnosti během hospitalizace, ale až potom co je ze zásadami víry seznámí. Bohužel, její náboženství sestry neznají a to je škoda. K problematice uvádí, že je dnes dobrá doba, hodně se mluví o náboženství a kulturách, zdravotníci jsou tolerantní a do ničeho ji nikdy nenutili. Žena by si přála, aby měli zdravotníci alespoň obecnou znalost o Církvi adventistů sedmého dne. Její minulý praktický lékař církev znal a to bylo dobře. Může se modlit v nemocnici a může za ní docházet kazatel. V nemocnici by služby duchovního nevyžadovala, stačila by jí návštěva kazatele jejich církve. Kazatel je roven všem ostatním členům sboru, je to „bratr“, není ostatním nadřazen. Některé zdravotníky stejné víry zná a proto vyhledává v případě potřeby jejich pomoc. Žena by se nechala ošetřit v zařízení jiného náboženství. Zařízení, které by bylo stejné víry, zřizovala by je církev, v Česku není. Nepreferuje zdravotníky stejného pohlaví, je jí jedno zda by ji ošetřoval muž nebo žena. Přála by si být pravdivě informována o svém zdravotním stavu a také by chtěla, aby informace o jejím zdravotním stavu byly poskytovány její rodině. Zdravotníkům by během ošetřování nikdy nedovolila hrubé, protivné, neprofesionální chování, se kterým se ale nikdy nesetkala.

Požadavky na nemocniční prostředí

Žena by nechtěla být hospitalizována sama na pokoji. Vyhovoval by ji počet pacientek do tří. Nechtěla by být na jednom pokoji s mužem, ale pokud by jednalo o oddělení typu ARO a JIP, pak by ji muž jako spolupacient nevadil. Zachovávání intimity během ošetrovatelského či lékařského zákroku je pro ni důležité, měla by být odhalena pouze nezbytná část těla a měly by být zavřené dveře. Zvláštní požadavky na vybavení nemocničního pokoje nemá. Na porodnici měla zkušenost s vysokou teplotou na pokoji, možná by tam mohlo být trochu chladněji. Projev víry spolupacientů jí nevádí, je to každého věc, sama by žádný symbol její víry nevystavovala. Adventisté podle ženy nemají žádné symboly ani obrazy, snad jen kříž. Nemá žádné zkušenosti s komplikacemi, týkajícími se víry, během hospitalizace. Komunikaci se zdravotníky hodnotí jako velmi dobrou, informace podávají jasně a srozumitelně. Práva hospitalizovaných pacientů nezná, nedovede určit jaké je pro ni nejdůležitější. Co by vylepšila v českém zdravotnictví v souvislosti s její vírou? Určitě by více informovala sestry o Církvi adventistů sedmého dne, aby věděli nejen o sobotě. Neurgentní zákrok by raději přesunula ze soboty na jiný den, jako je to běžné v Americe. Přístup zdravotníků a spokojenost s kvalitou poskytnutých služeb by hodnotila na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) číslem 1.

Rozhovor 3

Respondent 3 je muž, jeho věk je 38 let, vyznává náboženství Církve adventistů sedmého dne. Vystudoval střední školu zemědělského zaměření, poté vysokou školu – protestantské bohosloví, nyní studuje vysokou školu – katolické bohosloví. Je ženatý, má dvě děti – dceru 11 let a syna 6 let.

Kulturně svébytný jedinec

Svou víru respondent vyznává prakticky, jeho cílem je žít jako Ježíš. Specifikem náboženství je podle muže mít rád lidi, jako Ježíš, který je pro věřící vzorem. Nejdůležitější v životě jsou vztahy a vyváženost - život je víc než „kus řízku“. Církev chrám nemá, věřící se setkávají v pronajatých prostorech. Sám světí sedmý den –

sobotu. Mezi obřady církve patří svěcení sedmého dne, Večeře Páně a rituál domácí bohoslužby. Příslušníci církve mohou studovat a pak vykonávat činnost sestry i lékaře, podle respondenta je tato kombinace ideální. Z jeho zkušeností vyplývá, že pracovníci ve zdravotnictví respektují kulturní odlišnosti věřících. Pokud tyto odlišnosti respektovány nejsou, vyvolává to v muži lítost.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

Respondent bývá nemocný výjimečně, nemá žádné chronické onemocnění, žádné závažné onemocnění nevyskytlo ani nevyskytuje v jeho rodině. Neužívá žádné léky. Bolest tiší analgetiky, nicméně bolest se u něj vyskytuje výjimečně. Opiáty by v případě nutnosti využil.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhýbání se některým pokrmům

Náboženství, které se řídí Biblií, nedoporučuje vepřové maso a králíka. Maso by se mělo jíst výjimečně, je preferována bezmasá strava. Vegetariánem není. Specifikem při stolování je poděkování Bohu za jídlo. Co se týká půstů, pak každý křesťan by se měl jednou za čas postít. Náboženství preferuje zdravou stravu. Respondent se výjimečně stravuje formou rychlého občerstvení, občas chodí do restaurace. Denně jí 3x, snaží se nejíst ve spěchu, nicméně občas ve spěchu jí. Stravu přijímá pravidelně. Konzumace kávy není náboženstvím doporučována. Respondent nepije černý čaj, preferuje čaj ovocný. Alkohol nepije, abstinuje – náboženství alkohol nedoporučuje.

Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví

Pro muže je zdraví darem od Boha a proto je pro něj povinností starat se o své zdraví, kterého si váží a je za něj vděčný. Svě zdraví ochraňuje pravidelným sportem – běhá, dodržuje zdravou životosprávu a nepřejídá se. Pokud onemocní někdo z rodiny, pak mu rodina poskytne standardní péči včetně péče lékaře a také modlitbu. Specifickou formou rituálů, které praktikují k ochraně zdraví je pomazání olejem, smíření s lidmi i Bohem, prosby o zázrak uzdravení, pravidelná modlitba a děkování za zdraví. Zdraví je

darem a člověk má povinnost se o něj starat, tělo je chrámem Ducha Svatého. Každý má vlastní postoj ke zdravotní reformě – dávat na Boží rady, nejíst vepřové, abstinovat, neužívat drogy. Respondent dodává, že čím je on sám zdravější, tím je použitelnější pro své okolí. Muž chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému i k zubnímu lékaři. S primární zdravotnickou péčí má zkušenost dobrou, vnímá ji jako standardní, zlatý střed. Dostupnost zdravotní péče z pohledu geografického, organizačního a finančního vnímá také jako standard, a dodává, že od momentu, kdy byly zavedeny regulační poplatky je méně čekajících u lékaře a proto se zde čeká kratší dobu na ošetření. Je pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Respondent je příznivě nakloněn dárčovství krve – sám již dva roky krev daruje, rád by se stal dárce krevní plasmy, ale nebyl zájem ze strany zdravotnického pracoviště. Transplantace vnímá pozitivně, proti přijetí orgánu nemá námitky, stejně jako proti darování orgánů – z teologického hlediska není v této oblasti problém. Z alternativní medicíny využívá byliny, vodoléčbu a stravu. Nevyužil by nic co má vztah k parapsychologii, kyvadlům, virgulím a šarlatánství. Diagnostické a léčebné výkony ve zdravotnickém zařízení by neodmítl. Své děti dává očkovat dle platného očkovacího kalendáře.

Vliv prostředí a výchovy - hodnoty

Své životní hodnoty seřadil respondent od té nejvyšší takto:

1. láska k Bohu, k rodině, vztahy, 2. zodpovědnost, 3. vděčnost, 4. zdraví, 5. radost

Vliv prostředí a výchovy - plánované rodičovství

Náboženství nemá specifika v oblasti těhotenství a šestinedělí. Je upřednostňován porod ve zdravotnickém zařízení - z vlastní zkušenosti respondenta vyplývá, že odbornou péčí, která byla poskytnuta u porodu jeho dítěte, se podařilo odvrátit velmi těžké zdravotní komplikace jak u rodičky, tak u dítěte. V oblasti interrupce je vše na zodpovědnosti a osobním rozhodnutí ženy. Je-li ohrožen život matky, pak se interrupce nepokládá za vraždu. Nemá-li ohrožen život matky a ta podstoupí interrupci, pak lze tento krok označit za vraždu. Antikoncepce není nějak omezena, záleží pouze na rozhodnutí a zodpovědnosti těch, kterých se to týká. Dle

respondenta by měl mít každý tolik dětí na světě o kolik je schopný se postarat. Nevěru vnímá negativně, dává ji do souvislosti s psychickým zatížením, neboť ten kdo je nevěrný ublíží nejen sobě, ale i partnerovi. V případě nevěry jde opět o osobní rozhodnutí, takže je třeba mít zodpovědnost a dát svému partnerovi to nejlepší. Specifika v péči o novorozence a kojence náboženství nemá, ale je třeba děti vnímat jako velký dar od Boha. Adventisté mohou adoptovat děti, respondent zná osobně páry, které děti adoptovaly.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

Péči o umírající by preferoval v domácím prostředí, říká: „...rodit v nemocnici a umírat doma“. Péče o umírající je na osobním zvážení rodiny, sám vnímá domácí péči a paliativní medicínu jako optimální. Smrt chápe jako spánek, po smrti přichází věčný život v Božím království. Pokud si rodina přeje a vnímá to jako přínos, může být vykonán obřad a rozloučení se zesnulým v nemocničním zařízení. Mezi obřady spojené s umíráním řadí poslední pomazání. Eutanázii jako smrt na požádání vnímá negativně, ale zastává názor, že by člověk neměl lpět na životě a na přístrojích, a nemělo by být prodlužováno utrpení člověka. Smrt je vysvobozením a odpočinkem. Specifika v péči o mrtvé tělo církev nemá, ale zásadní je péče pastorační, která spočívá v péči o pozůstalé. Jako optimální vnímá zemřít doma a doporučuje pohřeb. Doba mezi smrtí a pohřbem by měla být co nejkratší.

Pojetí času

Své povolání muž chápe jako životní poslání, pracuje šest dní v týdnu, dodržuje jeden den volna (sobotu), kdy se věnuje rodině a klade důraz na rodinné vztahy. Nemá pevnou pracovní dobu. Denně spí 6,5 – 7 hodin, vstává v 5,30 hodin ráno. Je pro něj důležité přijímat léky v danou dobu, v souvislosti s pravidelným přijímáním léků zdůrazňuje vlastní zodpovědnost. V životě se zaměřuje na přítomnost, v budoucnosti vidí naději, minulost se nedá změnit. Říká, že jak bude člověk žít dnes, tak bude žít zítra a Bible praví, že co kdo dnes zasívá, bude zítra sklízet.

Sociální začlenění

Hlavou rodiny je manžel, nicméně v rodině je důležitý hezký vztah a harmonie se ženou, tedy laskavý patriarchát. Respondent je ženatý, má dvě děti – dceru 11 let a syna 6 let. Pracuje v oboru, který vystudoval na vysoké škole, nyní studuje další vysokou školu – protestantské bohosloví.

Prostor

Respondent pracuje s lidmi, nemá problém s menší vzdáleností týkající se osobní zóny. Pokud by mu malá vzdálenost vadila, určitě by to dal najevo a konkrétní osobě to sdělil. S prostorovým uspořádáním v nemocnicích a ambulancích je spokojen.

Komunikace

Mateřským jazykem je český jazyk. Respondent nemá problémy s komunikací, je komunikativní typ, je zvyklý hovořit s lidmi.

Specifika při hospitalizaci

Podle muže jsou při hospitalizaci respektovány jeho kulturní odlišnosti, jedná se zejména o vegetariánskou dietu. Pokud by nastal problém ohledně diety, chápal by ho jako selhání jednotlivce. Občas vnímal problém v této oblasti u dětské lékařky, která viděla vegetariánskou stravu jako „zločin“ na dětech. Byl by moc rád, pokud by specifika jeho víry zdravotníci znali a chápali adventismus jako praktický pro život. Rituály lze v nemocnici zachovávat, nejdůležitější by pro něj byla možnost návštěv rodiny. Služby duchovního nevyžaduje. Nechal by se ošetřit v nemocnicích jiného náboženství. Zde v ČR, nejsou adventistické nemocnice tak jako jinde ve světě. Pokud by ho ošetřoval zdravotník opačného pohlaví, neviděl by to jako problém. Určitě by si přál být pravdivě informován ohledně svého zdravotního stavu, přál by si být v realitě, aby mohl adekvátně reagovat. Informace by měly být podány i jeho rodině. Zdravotníkům by během ošetřování nedovolil uměle mu prodlužovat život. Počet nemocných na pokoji by mu vyhovoval nižší – čím méně, tím lépe. Necítí se být

„potížístou“, proto by neřešil skladbu spolupacientů, byl by vstřícný. Zákrok, při kterém je třeba odhalit tělo, nevnímá jako problém.

Požadavky na nemocniční prostředí

Nemá žádné zvláštní požadavky na úpravu prostředí nemocničního pokoje. Projev víry spolupacientů by mu nevadil, je tolerantní a respektuje odlišné postoje. Informace podávané zdravotníky vnímá jako dostačující, pokud neví ptá se. Práva pacientů přesně nezná, ale ví, že existují. Za nejdůležitější „právo“ považuje úctu k nemocnému. Neví co by vylepšil v českém zdravotnictví v souvislosti s aplikací adventistických specifik. Respondent se setkal s dětskou lékařkou, která vnímala jako problém rodiče – vegetariány. Myslí si proto, že by bylo zapotřebí více tolerance. Pokud by měl zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb ve zdravotnictví, pak na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) zvolil číslo 2.

Rozhovor 4

Respondent 4 je žena, její věk je 37 let, vyznává náboženství Církve adventistů sedmého dne. Vystudovala střední školu. Je vdaná, má dvě děti.

Kulturně svébytný jedinec

Respondentka svou víru vyznává pravidelnými návštěvami bohoslužeb, modlitbami, studiem Bible a službou druhým. Místem kde se věřící scházejí je modlitebna, skromně a účelně vybavená místnost, která je ale útulná, většinou vybavená květinami. Sobotní bohoslužba zahrnuje modlitby, hudbu, zpěv, poezii, studium Bible, kázání z Bible. Odpoledne tráví věřící čas v přírodě, na návštěvách a na návštěvách starých a nemocných lidí. Případně může být i společný oběd. Mezi specifika církve respondentka řadí spasení z milosti skrze víru v Ježíše Krista, víra v druhý příchod Ježíše Krista a pak věčný život, Boží zákon – desatero, které je stále platné, svěcení soboty a Bibli – živé Boží slovo. Za vnější znak náboženství žena považuje střídmost v oblečení a zdobení. Mezi svátky a rituály řadí sobotu jako Boží den odpočinku, slavnost Večeře Páně a vyhýbání se vepřovému masu – masu z nečistých zvířat. Při

Večeři Páně se provádí obřad mytí nohou, jako symbol pokory, služby a rovnocennosti. Dalším rituálem je Svatý Křest ponořením do vody a křestní slib, obřad při vítání miminka do společnosti, obřad pomazání olejem např. při vážné nemoci.

Příslušníci církve mohou studovat a poté pracovat jako sestra nebo lékař. Podle ženy jsou respektovány kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví. Pokud by k respektování odlišností nedošlo, cítila by nesvobodu a ponížení.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

Respondentka bývá nemocná jen velmi zřídka, nemá chronické onemocnění, v její rodině se také nevyskytuje žádné chronické či závažné onemocnění. Léky neužívá. Pokud má bolest, využije nejprve přírodní prostředky – klid, modlitbu a nutném případě analgetika. Analgetika a opiáty v by nezbytném případě využila.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhnutí se některým pokrmům

Žena se vyhýbá masu z nečistých zvířat a krvi. Vegetariánství vnímá jako ideál, přesto maso jí, v současné době je to bílé a rybí maso asi 4x týdně. Před jídlem se modlí – výraz vděčnosti. Snaží se dodržovat jarní očistný půst a v době nemoci se vyhýbá cukru a tuku. Půst je nejčastěji spojený s intenzivními přímluvnými modlitbami. Náboženství doporučuje zdravou výživu i zdravý životní styl, vše je shrnuto v programu NEW START. Výjimečně se stravuje formou rychlého občerstvení. Do restaurace může chodit a chodí. Denně jí 4x, nejlépe ve spěchu a snaží se jíst pravidelně, což se jí i daří. Náboženství nedoporučuje pití kávy. Žena výjimečně pije černý a zelený čaj, ovocný čaj pije bez omezení. Náboženství též nedoporučuje konzumaci alkoholu, který žena nepije. Alkohol není ani součástí rituálů.

Vliv prostředí a výchovy - obvyklá péče o zdraví

Pro ženu znamená zdraví harmonii a pohodu v oblasti fyzické, duševní i duchovní. Ke svému zdraví se chová zodpovědně. Zdraví své a zdraví rodiny ochraňuje tím, že vede rodinu k zodpovědnosti a snaží se o pitný režim, otužování, dostatek ovoce

a zeleniny, vyváženou stravu, dostatek pohybu, spánku i odpočinku a čas na modlitbu – toto žena chápe jako ideál, který se ne vždy daří. Pokud v rodině někdo onemocní, pak projevuje zájem o nemocného, pomáhá mu, pečuje o něj a je zvýšeně ohleduplná. Za nemocného se modlí. Respondentka je zvyklá pečovat o své blízké v případě nemoci doma. Církev pečuje o zdraví zejména zdravotní literaturou, přednáškami, programy a pobyty. Žena chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři 1x za dva roky a 2x ročně navštěvuje zubního lékaře. Primární péče se jí zdá málo celistvá, komplexní. Domnívá se, že se často léčí důsledky a ne příčina. Dostupnost zdravotní péče z pohledu geografického vnímá jako výbornou, stejně tak dostupnost finanční. Časová a organizační dostupnost jí přijde méně dokonalá. Respondentka má základní zdravotní pojištění. S podáním transfúze by souhlasila u sebe i u členů rodiny a dětí. K transplantacím orgánů má stejný postoj. Z alternativní medicíny aplikuje klidový režim a přírodní léčbu – byliny. Odmítá homeopatika. Své děti dává očkovat podle platného očkovacího kalendáře.

Vliv prostředí a výchovy – hodnoty

Pět životních hodnot od té nejvyšší uvedla respondentka takto:

1. vztahy – Bůh, partner, děti, rodina, křesťanská rodina ,
2. zdraví,
3. možnost pracovat,
4. nedovede určit,
5. nedovede určit

Vliv prostředí a výchovy – plánované rodičovství

Specifika náboženství v oblasti těhotenství a šestinedělí nejsou, ženy mají běžná omezení vyplývající z jejich zdravotního stavu. Porod by žena upřednostňovala v nemocnici. Náboženství zakazuje interrupci. Výjimkou je znásilnění a možná incest, více o této problematice žena neví. Pokud by se v prenatální poradně objevila u dítěte závažná vrozená vada, možná by s interrupcí souhlasila. Antikoncepce je náboženstvím povolena. U nevěry tomu tak není – náboženství mimomanželský styk zakazuje. Neexistují specifika v péči o novorozence a kojence. Adventisté mohou adoptovat dítě.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

Obřadem spojeným s umíráním mohou být modlitby nebo zpěv, ale záleží na přání umírajícího nebo jeho rodiny. Na umírajícím nebo jeho rodině záleží i zda nemocného převezou domů, ale možné to je. Obřad a rozloučení mohou být vykonány v nemocničním zařízení. Eutanázii respondentka striktně odmítá. Náboženství nemá specifika v péči o mrtvé tělo.

Pojetí času

Respondentka pracuje 5 dní v týdnu, 5 – 8 hodin denně. Běžně spí 7 hodin denně. Vstává ráno v 5:20 hodin. Léky přijímá pravidelně v danou dobu. V životě se zaměřuje na přítomnost a pak na budoucnost.

Sociální začlenění

V rodině každý zodpovídá za určité oblasti, spíš se partneři doplňují, nelze určit kdo je hlava rodiny. Ženy a muži jsou na stejné úrovni. Respondentka je vdaná, má dvě děti. Pracuje v oblasti administrativy, což je jiný obor než vystudovala.

Prostor

Za svou osobní zónu považuje cca 50 cm. Žena je spokojená s prostorovým uspořádáním v nemocnici a na ambulancích.

Komunikace

Mateřským jazykem je český jazyk. Komunikace respondentce nečiní problémy.

Specifika při hospitalizaci

Podle ženy jsou respektovány odlišnosti adventistů pracovníky ve zdravotnictví. Jen by o nich zdravotníci měli více vědět. Přeje si, aby zdravotníci znali specifika adventistů, ulehčilo by to komunikaci. V nemocnici se žena modlit může a zčásti lze i zachovávat rituály během hospitalizace. Respondentka by se nechala ošetřit ve zdravotnickém zařízení jiného náboženství a nevyhledává zdravotníky ani zařízení

stejně víry. Během hospitalizace by nevyžadovala péči duchovního. Přála by si být pravdivě informována o svém zdravotním stavu, tyto informace by měly být poskytnuty i její rodině. Nedokáže definovat co by nedovolila zdravotníkům během ošetřování.

Požadavky na nemocniční prostředí

Ideální počet nemocných na pokoji, je podle respondentky 1 – 3 pacienti. Muže jako spolupacienta by na oddělení typu ARO, JIP tolerovala, ale oddělující plenta se jí zdá nedostatečná pro zajištění soukromí. Na nemocničním pokoji by měl být hlavně klid. Projev víry spolupacientů by jí nevadil, stejně jako náboženské symboly jiného náboženství. Během hospitalizace nezažila žádné komplikace spojené se specifiky adventismu. Srozumitelnost a jasnost podaných informací od zdravotníků vnímá jako nedostatečnou, musí se na vše ptát. Ví, že existují práva pacientů, z hlavy je neví, nicméně jako nejdůležitější vnímá právo na informace o léčbě, na odpovídající zdravotní péči a na informace týkající se zdravotního stavu. Pokud by mohla něco zlepšit ve zdravotnictví v ČR, pak by to bylo vybudování klidné místnosti na rozjímání a modlitby. Bylo by úžasné mít možnost krátce se pomodlit před vážnou nemocí s těmi nebo za ty, kterým se dává do rukou. Respondentka se nikdy nesetkala s poskytováním ošetrovatelské péče, která by byla v rozporu s jejími náboženskými zvyky. Domnívá se, že zdravotníci neznají Církev adventistů sedmého dne. Spokojenost s přístupem zdravotníků by na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) hodnotila jako 2.

Rozhovor 5

Respondent 5 je žena, její věk je 31 let, vyznává náboženství Církev adventistů sedmého dne. Vystudovala vysokou školu – technolog v potravinářství. Je vdaná, má dvě děti. Národnost je bulharská, v ČR pobývá 9 let.

Kulturně svébytný jedinec

Žena vyznává svou víru členstvím v Církvi adventistů sedmého dne. Církevním chrámem je modlitebna, kde probíhá každou sobotu bohoslužba. Specifikem náboženství je Bible – jediná pravda a pravidlo a zdravotní reforma, tzn. zdravý životní

styl. Náboženství nemá žádné transparentní vnější znaky. Mezi rituály a obřady řadí hlavní svátek – sobotu, památku Večeře Páně a křest. Příslušníci církve mohou studovat a poté vykonávat činnost sestry nebo lékaře. Podle respondentky jsou respektovány její kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví. Pokud nejsou respektovány její náboženské zvyky a rituály, snaží se domluvit a vždy se domluvila. Počítá s tím, že ne každý může rozumět nebo tolerovat její postoje.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

Žena bývá nemocná 1 – 2x do roka. Jde o chřipku nebo nachlazení. Trpí hypofunkcí štítné žlázy a má astma – záchvaty bývají jen zřídka. Chronické ani závažné onemocnění se v její rodině nevyskytuje. Pravidelně užívá léky na sníženou funkci štítné žlázy – Letrox. Pokud trpí bolestí, využije analgetika. Bolest se u ní vyskytuje jen výjimečně. Opiáty a analgetika nepočítá mezi omamné látky.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhýbání se některým pokrmům

Respondentka je ovo-lakto-vegetariánka, v jejím jídelníčku zaujímá místo obilí, zelenina, luštěniny, ovoce, ořechy, semena a vejce a mléčné výrobky. K zakázaným potravinám říká, že vše je povolené, ale ne vše je podle Bible dobré. Žádné rituály ani specifika spojené s jídlem nemá. Půst je podle ní duchovní záležitostí. Hladovka člověku pomáhá na začátku nachlazení. Zdravá výživa je základním bodem její víry. Formu rychlého občerstvení a stravování se v restauraci může využít, ale nemusí. Stravuje se pravidelně 3x denně, mezi jídly dodržuje interval 3 – 4 hodiny. Ve spěchu nejí. Konzumace kávy není náboženstvím doporučována. Pije zelený a ovocný čaj. Alkohol taktéž není doporučován. Pokud je alkohol v lécích, bere se jako rozpouštědlo.

Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví

Zdraví znamená pro respondentku pokoj a relativně dobrý stav duchovní, duševní a fyzický. Vztah ke svému zdraví má rozumný a pečující. Své zdraví a zdraví svojí rodiny ochraňuje zdravým životním stylem. Pokud v rodině někdo onemocní, pak

uplatňuje přírodní způsoby léčby, tradiční medicínu a modlitbu za uzdravení. Mezi rituály, které praktikuje k ochraně zdraví, řadí modlitbu a zdravý životní styl. V případě nemoci by byla schopná se postarat o své blízké doma. Adventismus pečuje o zdraví zdravým životním stylem. Žena chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři. Se zdravotní péčí je velmi spokojena. Zdravotní péči vnímá jako dobře organizovanou po všech stránkách, má všeobecné zdravotní pojištění. S podání transfúze sobě i členům rodiny by souhlasila, stejně tak souhlasí s dárcovstvím i přijetím orgánů k transplantaci. Z alternativní medicíny aplikuje byliny. Neodmítla by žádné diagnostické ani terapeutické výkony, které by byly nezbytné. Své děti dává očkovat dle platného očkovacího kalendáře.

Vliv prostředí a výchovy – hodnoty

Respondentka seřadila pět životních hodnot od té nejvyšší takto:

1. Bůh, 2. rodina a sbor, 3. kamarádi, lidé, kolegové, 4. zdraví, radost, 5. práce

Vliv prostředí a výchovy – plánované rodičovství

Specifikem náboženství v oblasti těhotenství a šestinedělí je „2x zdravější život“. Porod respondentka upřednostňuje v nemocnici. Náboženství zakazuje interrupci, kromě případů, kdy je ohrožen život matky. Pokud by se v prenatalní poradně objevila závažná vrozená vada, pak by o interrupci asi uvažovala. Antikoncepce zakazována není, respondentka upřednostňuje antikoncepci mechanickou před antikoncepcí hormonální. Mimomanželský styk „Bůh nemá rád“, a pokud je partner milován, nemělo by k nevěře dojít. Specifika v péči o novorozence a kojence nejsou, ale matka by měla své dítě kojit. Adventisté mohou adoptovat dítě.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

Mezi obřady spojené s umíráním patří pomazání a modlitba. Pokud je rodina schopná, může umírajícího převézt domů, je také možné vykonat obřad a rozloučení v nemocničním zařízení. Respondentka vnímá eutanázii jako velmi diskutabilní téma, a nikdy by se nechtěla dožít situace, kdy by musela o eutanázii někoho blízkého rozhodovat. S eutanázií nesouhlasí. Církev nemá specifika v péči o mrtvé tělo.

Pojetí času

Respondentka je momentálně na mateřské dovolené, proto pracuje 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. Boží zákon říká, že by měla pracovat šest dní a sedmý den by měla odpočívat. Denně spí zhruba 6 hodin. Běžně vstává v 6:00 hodin ráno. pro ženu je důležité přijímat léky v pravidelnou dobu. V životě se zaměřuje na přítomnost.

Sociální začlenění

Žena je bulharské národnosti, důvodem k pobytu v ČR bylo sloučení rodiny a zaměstnání. Nemá v plánu vrátit se zpět do Bulharska. Hlavou rodiny je muž, ale v rodině funguje spolupráce, žena se spíš podřizuje. Respondentka je vdaná, má dvě děti. V současné době není v zaměstnání, je na mateřské dovolené.

Prostor

Za svou osobní zónu považuje vzdálenost na dosah natažené ruky. S prostorovým uspořádáním v nemocnici a na ambulancích je spokojena.

Specifika při hospitalizaci

Podle ženy jsou respektovány její kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví. Přeje si, aby zdravotníci znaly specifika její víry a respektovali je. Během hospitalizace lze aplikovat víru v nemocnici, může se modlit. V nemocnici by nevyžadovala péči duchovního. Žena by se nechala ošetřit v nemocničním zařízení jiného náboženství. Nevyhledává zařízení ani zdravotníky, kteří by byli stejné víry. Nepreferuje zdravotníky, kteří by byli stejného pohlaví. Určitě si přeje být pravdivě informována o svém zdravotním stavu, o průběhu a metodách léčby. Stejně tak by měla být informována její rodina. Pokud by jí zdravotníci vše vysvětlili, je schopna akceptovat to, co je z hlediska ošetrovatelské péče třeba. Nedovede určit, co by zdravotníkům nikdy nedovolila.

Požadavky na nemocniční prostředí

Počet nemocných na pokoji by ženě vyhovoval nižší, maximálně však tři spolupacienti. Pokud by se mohla vyjádřit ke skladbě spolupacientů z hlediska pohlaví, pak by preferovala pouze nemocné stejného pohlaví. Ženě by nevadilo, pokud by byla při ošetřovatelském zákroku odhalena. Nemocniční pokoj by jí vyhovoval klidný, s teplotou okolo 24^o Celsia. Určitě by jí nevadilo, pokud by spolupacient vyznával svou odlišnou víru, ani jí nevadí náboženské symboly jiného náboženství – každý může vyznávat svou víru, tak chce, nic jí nevadí. Komplikace spojené se specifiky víry zažila několikrát – jednalo se o požadavek na vegetariánskou stravu. Informace podávané zdravotníky považuje za srozumitelné, pokud něčemu nerozumí zeptá se. Služeb tlumočnicka v jejím případě nebylo zapotřebí. Žádné úpravy ve zdravotnictví v ČR by neprováděla, není co vylepšovat. Práva pacientů nezná. Nesetkala se s poskytováním takové ošetřovatelské péče, která by byla v rozporu s náboženskými zvyky. K problematice dodává, že by bylo dobré, aby se zdravotníci více zaměřili na prevenci chorob a na osvětovou činnost, protože lidé nejsou naučeni jak dobře žít, a zdravotníci by neměli sloužit pouze jako distributoři léků.

S kvalitou poskytovaných služeb je spokojená, na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) vybrala 1.

Rozhovor 6

Respondent 6 je žena, její věk je 32 let, vyznává náboženství Církve adventistů sedmého dne. Vystudovala střední školu. Je vdaná, má tři děti.

Kulturně svébytný jedinec

Žena vyznává svou víru účastí na bohoslužbách a životem. Každou sobotu chodí do sboru, kde probíhají bohoslužby. Sbor je otevřen veřejnosti. Specifikem náboženství je svěcení soboty a uznávání trojjedinosti. Náboženství nemá žádné vnější transparentní znaky. Do společných shromáždění chodí adventisté společensky oblečení, ale není to podmínkou. Mezi obřady patří památka Večeře Páně, která se koná každé čtvrtletí. Dále probíhají křty, svatby a pohřby. Příslušníci církve mohou studovat a pak pracovat jako

sestry a lékaři. Respondentka neví jestli jsou respektovány její náboženské odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví.

Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocněním

Respondentka bývá nemocná tak 2x do roka, nezávažná onemocnění. Nemá žádné chronické onemocnění, v její rodině se vyskytuje onemocnění štítné žlázy. Léky pravidelně neužívá. Na otázku jak obvykle tiší svou bolest, odpovídá, že bolesti nemá. Analgetika a opioidy nepočítá mezi omamné látky.

Biologické variace – upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhýbání se některým pokrmům

Volby stravy závisí na každém člověku. Žena není vegetariánka, občas jí maso, ale jí i čistě vegetariánské pokrmy. Pokrmy, které nejsou doporučovány náboženstvím, jsou pokrmy z vepřového masa – takové je doporučení Bible. Specifika při stolování nejsou žádná. Svátkem spojeným s jídlem je tzv. agapé – sejit se u plných stolů a být spolu. Její náboženství doporučuje zdravou stravu. Formou rychlého občerstvení se nestravuje, může chodit do restaurace. Denně jí 3x – 4x, pravidelně, nejí ve spěchu. Půsty dodržuje občas. Náboženství neomezuje pití kávy, pouze kávu nedoporučuje s ohledem na její špatný vliv na zdraví. Žena pije pouze ovocný čaj, černý a zelený čaj ne. Alkohol je náboženstvím zakázán a tudíž není ani součástí rituálů.

Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví

Zdraví respondentka chápe jako jednu ze základních složek plnohodnotného života. Své zdraví ochraňuje zdravou stravou, dbá na pitný režim. Pokud v rodině někdo onemocní, všichni společně o nemocného pečují. Pokud onemocní člen rodiny, je schopná postarat se o něho doma. Nemá specifickou formu rituálů, které by praktikovala k ochraně zdraví. Adventismus pečuje o zdraví – přednáškami, tištěným materiálem týkajícím se zdravého životního stylu, pobyty NEW START. Respondentka chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři. Názor na primární zdravotní péči má nejednoznačný – má dobré i špatné zkušenosti s přístupem

jednotlivců, vše je zkrátka o přístupu a lidech. Dostupnost zdravotní péče z pohledu geografického, časového, finančního a organizačního je dobrá, hlavně nemusela péči využívat. Kdyby řešila závažnější onemocnění, možná by názor změnila. Respondentka má všeobecní zdravotní pojištění. Souhlasila by s podáním krevní transfúze sobe i členům rodiny. Stejný postoj zaujímá i k transplantacím orgánů. Pokud se někdo stane dárce orgánu dobrovolně či po smrti je pouze jeho záležitost. Žena si dárců váží. Respondentka nevyužívá žádné prvky alternativní medicíny a neodmítá žádné diagnostické či léčebné výkony. Své děti dává očkovat, ale pouze povinnými očkovacími látkami, nesouhlasí s očkováním nevíc.

Vliv prostředí a výchovy – hodnoty

Pět životních hodnot od nejvyšší uvedla respondentka takto:

1. živý vztah s Pánem Bohem, 2. spokojené manželství a rodina, 3. zdraví, 4. přátelé a jiní lidé, 5. jistota práce a bydlení

Vliv prostředí a výchovy – plánované rodičovství

Žádná specifika v oblasti těhotenství a šestinedělí nejsou. Porod upřednostňuje v nemocnici, z důvodu možných komplikací, které mohou nastat. Interrupce pro ženu představuje problematiku, se kterou se doposud nesešla, nemusela ji řešit. Uvědomuje si, že na otázku interrupce má každý trochu jiný názor. Pokud by byla více lékaři podložená taková vada dítěte, která by ohrožovala matku i dítě na životě, tak by s interrupcí souhlasila. Vnímá toto jako velmi těžké rozhodování a určitě by takovýto problém řešila s Bohem na modlitbách. Oblast antikoncepce náboženství nijak neupravuje, nic nezakazuje. Mimomanželský styk náboženství zakazuje. Žádná specifika v péči o novorozence a kojence nejsou. Adventisté mohou adoptovat dítě, sama zná několik rodin a řad CASD, které děti adoptovaly.

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

Na přání umírajícího nebo jeho rodiny je možné provést poslední pomazání. Péče o umírající se odvíjí od potřeb rodiny. Církev pomáhá rodinám zasaženým úmrtím.

Pokud se rodina rozhodne odvézt umírajícího domů, pak je to pouze na nich. Obřad a rozloučení v nemocničním zařízení vykonat nelze. Eutanázii vnímá takto – Bůh dal člověku život a není jisté zda má člověk právo život vzít. Specifika v péči o mrtvé tělo nejsou.

Pojetí času

Denně žena pracuje cca 12 hodin, pracuje 6 dní v týdnu. Spí 8 hodin denně. Běžně vstává v 6:30 hodin. Není pro ni důležité přijímat léky v danou dobu. V životě se zaměřuje na přítomnost.

Sociální začlenění

Hlavou rodiny je muž, žena i muž mají v rodině rozdělené úkoly. Oba jsou ale rovnocenní partneři. Respondentka je vdaná, má tři děti. Pracuje jako správce objektu. nepracuje v oboru, který vystudovala.

Prostor

Osobní zóna není podle ženy důležitá, u každého člověka s kterým se setká je to jiné. Jde o hloubku vztahu dotyčným. S prostorovým uspořádáním v nemocnici a na ambulancích je spokojená, pouze na porodnici jí bylo nepříjemné, že při vizitách viděla jedna žena na druhou – nebyl brán ohled na stud.

Komunikace

Mateřským jazykem je český jazyk.

Specifika při hospitalizaci

Kulturní a náboženské odlišnosti nejsou podle ženy tak nápadné, aby si jich někdo všiml. Víra není taková, aby někoho omezovala nebo aby vyžadovala respekt či specifické znalosti. Bylo by velmi příjemné, kdyby její víru zdravotníci znali. V nemocnici se modlit může, ale nepotřebuje na to místnost, modlí se v duchu. Během hospitalizace zachovává své rituály. Během hospitalizace nevyžaduje přítomnost

duchovního, ale bylo by příjemné, kdyby tam působil. V zařízení jiného náboženství by se nechala ošetřit, jen pokud by nebyla nucena do jejich specifik. Nevyhledává cíleně zdravotníky ani zařízení stejného náboženství. Nepreferuje zdravotníky stejného pohlaví. Přeje si být pravdivě informována o svém zdravotním stavu. Rodinní příslušníci by měli být též o jejím zdravotním stavu informováni. Zdravotnickým pracovníkům by nedovolila zákroky, které by nesouvisely s její nemocí.

Požadavky na nemocniční prostředí

Počet nemocných na pokoji respondentka neřeší – nevadí jí různý počet pacientů, záleží to na oddělení. Skladba pacientů jí také nevadí, vše je na zdravotnickém zařízení. Zasahování do intimity jí bylo velmi nepříjemné na porodnici, kde jí bylo při vizitách trapně. Nemocniční pokoj by neměl být přetopený, měl by být útulný. Projev víry spolupacientů by jí byl nepříjemný, zejména pokud by na ní byl vyvíjen nátlak. Symboly jiného náboženství jí během hospitalizace vadí. Nezažila žádné komplikace během hospitalizace, které by byly spojeny s její vírou. Srozumitelnost podaných informací záleží na zdravotníkovi, který je podává. Nezná práva pacientů ČR, neví jaké právo vnímá jako nejdůležitější. Ve zdravotnictví v ČR by nevylepšíla nic, nechce omezovat ostatní a své náboženství vnímá jako náboženství, které si prožije i bez toho, aby se druzí přizpůsobovali. Nesečkala se s ošetrovatelskou péčí, která by byla v rozporu s jejími kulturními a náboženskými zvyky. Přístup zdravotníků a spokojenost s poskytovanými službami na stupnici 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší) hodnotí číslem 3.

4.1.1 Rozhovory s členy CASD zpracované do tabulek

Pro větší přehlednost jsou rozhovory s adventisty zpracovány do čtrnácti tabulek. V tabulkách jsou zaznamenány nejvýznamnější ukazatele, týkající se oblastí významných pro ošetřování nemocného člena Církve adventistů sedmého dne.

Tabulka 1 – Identifikační údaje

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Věk	22	38	38	37	31	32
Náboženské vyznání	CASD	CASD	CASD	CASD	CASD	CASD
Vzdělání	SŠ	SŠ	VŠ	SŠ	VŠ	SŠ
Sociální status	svobodná	vdaná	ženatý	vdaná	vdaná	vdaná
Pohlaví	žena	žena	muž	žena	žena	žena
Doba pobytu v ČR	příslušník ČR	příslušník ČR	příslušník ČR	příslušník ČR	9 let - bulharská národnost	příslušník ČR

V tabulce 1 jsou zaznamenány identifikační údaje respondentů - věk, náboženské vyznání, vzdělání, sociální status, pohlaví a doba pobytu v ČR.

Tabulka 2 – Kulturně svébytný jedinec

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Vyznání víry respondentem	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Existence církevního chrámu	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Specifika náboženství	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vnější znaky	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Svátky, rituály	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Studium a výkon činnosti – sestra, lékař	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Jsou respektovány odlišnosti ve zdravotnictví?	ano	ano	ano	ano	ano	neví
Má vliv nerespektování zvyků a rituálů?	ano, vztek	záleží na přístupu sestry	ano, lítost	ano, nesvoboda, ponížení	ano, pocit netolerance	neví

Tabulka 2 znázorňuje ukazatele, charakterizující kulturně svébytného jedince. Jedná se o vyznání víry, existenci církevního chrámu, specifika náboženství, vnější znaky náboženství, svátky a rituály, možnost studia a poté výkonu činnosti lékaře a sestry, respektování odlišností adventistů zdravotníky a vliv nerespektování zvyků a rituálů ve zdravotnictví.

Tabulka 3 – Biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Výskyt běžných onemocnění u respondenta	2x za rok	1x za rok	výjimečně	výjimečně	1-2x za rok	2x za rok
Chronické onemocnění u respondenta	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Závažné onemocnění v rodině	ano	ano	ne	ne	ne	ano
Trvalé užívání léků respondentem	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Způsob tišení bolesti	obklady, spánek, byliny	tekutiny, byliny, koupel	analgetika	klid, modlitba	analgetika	nemá bolesti
Užívání analgetik a opiátů	ano, v akutním případě	ano, v závažném stavu	ano, v případě nutnosti	ano, v případě nutnosti	ano	ano

V tabulce 3 jsou zaznamenány biologické variace respondentů – vnímavost vůči onemocněním. Tabulka zahrnuje odpovědi na otázky týkající se výskytu běžných a chronických onemocnění u respondenta, závažných onemocnění v rodině, trvalého užívání léků respondentem, způsoby tišení bolesti a užívání analgetik a opiátů.

Tabulka 4 – Biologické variace – upřednostňování jídel, vyhýbání se jídlům

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Specifická volba potravin	ano, racionální	ano, zdravá	ano	ano	ano	ano
Vegetariánství	ano	ne	ne	ne	ano, ovo-lakto-vegetarián	ne
Nedoporučené potraviny, nápoje	nečisté maso, káva, alkohol	vepřové maso, káva, alkohol	vepřové maso, káva, alkohol	maso, káva, alkohol	maso, káva, alkohol	vepřové maso, káva, alkohol
Jídelní obřady	ne	ne	ano	ano	ne	ne
Půsty	občas	ne	občas	ano	ano	občas
Zdravá výživa	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Rychlé občerstvení	ano, minimálně	ano, občas	ano, občas	ano, výjimečně	ano, občas	ne
Počet jídel za den	3	4	3	4	3	3 – 4
Jídlo ve spěchu	ano, občas	ne	ano, občas	ne	ne	ne
Pravidelnost stravování	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Pití kávy	ano, občas	ano, občas	ne	ne	ne	ne
Pití černého čaje	ne	ne	ne	výjimečně	ne	ne
Požívání alkoholu	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Tabulka 4 znázorňuje biologické variace – upřednostňování jídel nebo vyhýbání se některým jídlům. V tabulce jsou zaznamenány údaje týkající se specifické volby potravin u adventistů, nedoporučovaných potravin, jídelních obřadů, půstů, zdravé výživy, rychlého občerstvení, počtu jídel za den, požívání jídla ve spěchu, pravidelnosti stravování, pití kávy a černého čaje a požívání alkoholu.

Tabulka 5a – Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Zdraví znamená	dar od Boha	život	dar od Boha	harmonii a pohodu	dobry stav fyzický, psychický i duchovní	plnohodnotný život
Vztah ke zdraví	vděčnost, váží si zdraví	váží si zdraví	vděčnost, váží si zdraví	zodpovědnost	rozumný, pečující	zdraví je základ života
Ochrana zdraví	zdravý životní styl, modlitba	zdravý životní styl	pravidelný sport, zdravý životní styl	zodpovědnost, zdravý životní styl	zdravý životní styl	zdravá strava
Chování rodiny při onemocnění člena	péče ostatních členů rodiny, bylinné čaje	péče ostatních členů, bylinné čaje	péče rodiny, péče lékaře, modlitba	zájem o nemocného, zvýšená péče, ohleduplnost, modlitba	přírodní způsob léčby, modlitba, tradiční medicína	pečuje celá rodina
Rituály k ochraně zdraví	rituál ne, modlitba ano	rituál ne, modlitba ano	pomazání, smíření, prosby, modlitby, poděkování	modlitba	modlitba, zdravý životní styl	ne
Péče o blízké v případě nemoci doma	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Péče církve o zdraví	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Preventivní prohlídky	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Tabulka 5a shrnuje vliv prostředí a výchovy – obvyklou péči o zdraví v dané kultuře. Stručně předkládá tyto údaje: co znamená pro adventistu zdraví, jaký má vztah ke zdraví, zda a jak ochraňuje své zdraví, chování rodiny při onemocnění člena rodiny, možnost péče o blízké v případě nemoci v domácím prostředí, péči církve o zdraví a absolvování preventivních prohlídek.

Tabulka 5b – Vliv prostředí a výchovy – obvyklá péče o zdraví

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Zubní lékař	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Primární zdravotnická péče	spokojenost	spokojenost	standardní	nekomplexní	spokojenost	dobré i špatné zkušenosti
Dostupnost zdravotní péče	ne zcela vyhovující	vyhovující	standardní	vyhovující	vyhovující	vyhovující
Zdravotní pojištění	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Transfúze	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Transplantace	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Alternativní medicína	ano, byliny potraviny koupele	ano, přírodní léčba obklady koupele	ano, byliny vodoléčba strava	ano, byliny klid	ano, byliny	ne
Odmítnutí diagnostických a léčebných výkonů	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Očkování dětí	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Tabulka 5b znázorňuje další oblasti vlivu prostředí a výchovy, jako pravidelnou péči stomatologa, názor na primární zdravotnickou péči, názor na dostupnost zdravotní péče, souhlas s transfúzemi a transplantacemi, využívání alternativní medicíny, odmítnutí některých diagnostických či terapeutických výkonů a očkování dětí.

Tabulka 6 – Vliv prostředí a výchovy - hodnoty

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
1. místo	víra, Bůh	víra	láska k Bohu, k rodině	vztah s Bohem, partnerem, rodinou	Bůh	vztah s Bohem
2. místo	rodina	zdraví	zodpovědnost	zdraví	rodina, sbor	manželství, rodina
3. místo	zdraví	rodinné vztahy	vděčnost	práce	kamarádi, kolegové	zdraví
4. místo	studium	přátelé	zdraví	nedovede určit	zdraví, radost	přátelé
5. místo	dobré vztahy	nedovede určit	radost	nedovede určit	zaměstnání	zaměstnání, bydlení

Tabulka 6 znázorňuje vliv prostředí a výchovy – hodnoty. Je zde uvedeno pět hodnot respondentů, seřazených od hodnoty nejvyšší.

Tabulka 7 – Vliv prostředí a výchovy – plánované rodičovství – první část

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Volba místa porodu - nemocnice	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Specifika v těhotenství a šestinedělí	ne	ne, pouze modlitba	ne	ne	ano, 2x zdravější život	ne
Specifika v oblasti interrupce	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Zákaz antikoncepce	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Zákaz mimomanželského styku	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Specifika v péči o novorozence a kojence	zásady zdravého životního stylu	ne	ne	ne	ne	ne
Možnost adopce dítěte	ano	ano	ano	ano	ano	ano

V tabulce 7 je zaznamenán vliv prostředí a výchovy – specifika plánovaného rodičovství adventistů. Tabulka poskytuje stručný přehled o volbě místa porodu, o specifikách v těhotenství a šestinedělí, o specifikách v oblasti interrupce, o zákazu antikoncepce a zákazu mimomanželského styku, o péči o novorozence a kojence a o možnosti adopce dítěte.

Tabulka 8 – Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Obřady	ano	ne	ano	ano	ano	ano
Specifika péče o umírající	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Péče o umírajícího doma	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Možnost obřadu v nemocnici	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Názor na eutanázii	nesouhlasí	nesouhlasí	nesouhlasí	nesouhlasí	nesouhlasí	nesouhlasí
Specifika v péči o mrtvé tělo	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Vliv prostředí a výchovy – specifika umírání – tyto kulturní fenomény jsou znázorněny v tabulce 8. Konkrétně se jedná o obřady související s umíráním, o specifika péče o umírající, dále o možnost péče o umírajícího v domácím prostředí, možnosti obřadu v nemocnici. V tabulce je také zaznamenán názor respondentů na eutanázii a též možná specifika v péči o mrtvé tělo.

Tabulka 9 – Pojetí času

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Čas vstávání	5.00	6.30	5.30	5.20	6.00	6.30
Délka spánku	7 hodin	7 hodin	6,5 – 7 hodin	7 hodin	6 hodin	8 hodin
Počet pracovních dnů v týdnu	6 dní	6 dní	6 dní	5 dní	rodičovská dovolená	6 dní
Počet hodin práce denně	12 hodin	není schopna určit	není pevná pracovní doba	5 – 8 hodin	rodičovská dovolená	12 hodin
Zaměření v životě na:	budoucnost	přítomnost a budoucnost	přítomnost	přítomnost a budoucnost	přítomnost	přítomnost
Přijímání léků - čas	v určenou dobu	v určenou dobu	v určenou dobu	v určenou dobu	v určenou dobu	neberegled

V tabulce 9 je přehled odpovědí týkajících se pojetí času – čas běžného vstávání, délka spánku, počet pracovních dnů v týdnu, počet hodin práce za den, zaměření respondenta v životě na budoucnost, přítomnost či minulost a ochotu respondentů přijímat léky v danou dobu.

Tabulka 10 – Sociální začlenění

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Rodinný stav	svobodná	vdaná	ženatý	vdaná	vdaná	vdaná
Počet dětí	0	3	2	2	2	3
Hlava rodiny	muž	muž	muž	nelze určit	muž	muž
Zaměstnání ve vystudovaném oboru	studuje	ne	ano	ne	ne	ne
Důvod pobytu	-----	-----	-----	-----	sloučení rodiny, práce	-----
Návrat do země původu	-----	-----	-----	-----	ne	-----

Tabulka 10 poskytuje přehled odpovědí respondentů z oblasti týkající se sociálního začlenění – rodinný stav, počet dětí, postavení muže a ženy v rodině – hlava rodiny, pracovní zařazení a u cizinců důvod k pobytu a možnost návratu do země původu.

Tabulka 11 – Prostor

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Osobní zóna	50 cm	50 cm	nelze určit	50 cm	dosah natažené ruky	nelze určit
Spokojenost s prostorovým uspořádáním v nemocnici	ano	ano	ano	ano	ano	ano

V tabulce 11 jsou uvedeny odpovědi zaměřené na prostor – osobní zónu a spokojenost s prostorovým uspořádáním v nemocnici.

Tabulka 12 - Komunikace

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Mateřský jazyk	český	český	český	český	bulharský	český
Schopnost komunikovat	ano	ano	ano	ano	ano, domluví se česky	ano

Tabulka 12 shrnuje odpovědi z oblasti komunikace. Konkrétně se jedná o mateřský jazyk a schopnost komunikace.

Tabulka 13a – Specifika při hospitalizaci

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Jsou respektovány vaše odlišnosti?	ano, pokud je znají	ano, pokud je znají	ano	ano, pokud je znají	ano	není třeba
Znají zdravotníci vaši církve?	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Přejete si aby znali zdravotníci církve?	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Možnost aplikovat víru v nemocnici	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Možnost rituálů během hospitalizace	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Požadavek na služby duchovního v nemocnici	ano	ne	ne	ne	ne	ne

Tabulka 13a obsahuje soubor odpovědí z oblasti požadavků při hospitalizaci. Patří sem odpovědi na dotaz zda jsou respektovány kulturní odlišnosti zdravotníky, znalost církve zdravotníky, možnost aplikace víry a rituálů v nemocnici, požadavek na služby duchovního v nemocnici a zájem o poskytování pravdivých informací během hospitalizace respondenti.

Tabulka 13b – Specifika při hospitalizaci

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Pravdivé informace o zdravotním stavu	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Poskytování informací rodině	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Ošetřující personál stejného pohlaví	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Vyhledávání zdravotníků/zařízení stejné víry	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Ošetření v zařízení jiného náboženství	ano	ano	ano	ano	ano	ano
U zdravotníků nelze tolerovat	vulgarismy, nerespektování studu	neprofesionální chování	umělé prodlužování života	nelze určit	nelze určit	zbytečné zákroky

V tabulce 13b je přehled odpovědí na otázky vztahující se na požadavek pravdivých informací rodině respondenta, dále na požadavky na zdravotnický personál z hlediska pohlaví, vyhledávání zdravotníků a zdravotnických zařízení stejné víry nebo naopak možnost ošetření v zařízení odlišného náboženství, a dále přístup zdravotníků, který by respondenti nebyli schopni tolerovat.

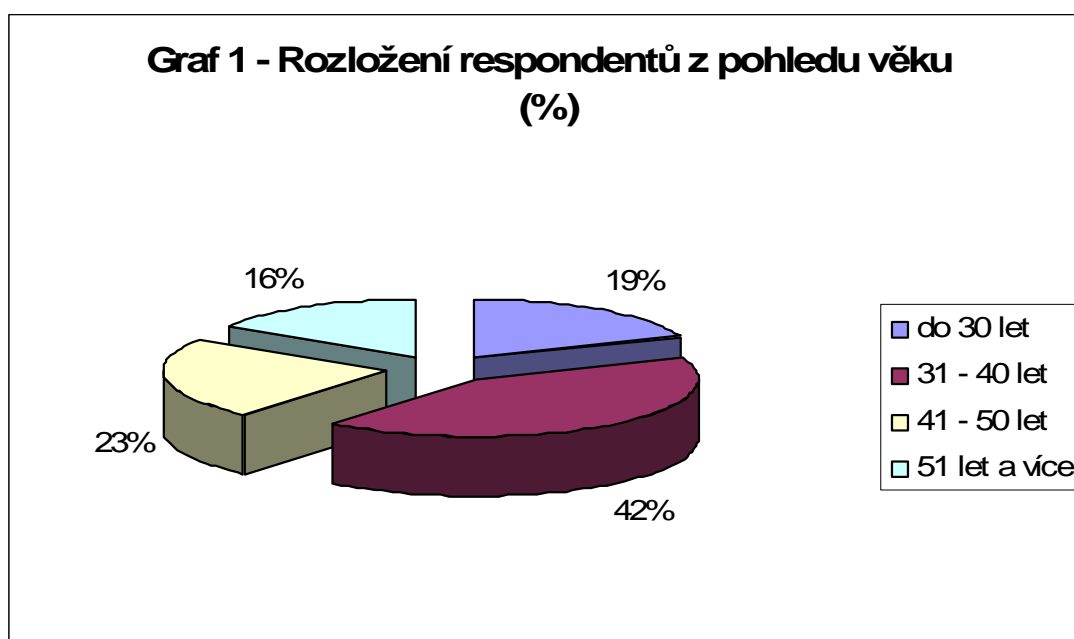
Tabulka 14 – Požadavky na nemocniční prostředí

	Respondent					
	1	2	3	4	5	6
Požadavky na nemocniční pokoj	ne	nižší teplota	ne	klid	klid, přijatelná teplota	útulný, přijatelná teplota
Vadí nutné narušení intimity?	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Výhrady ke skladbě spolupacientů	ne	ne	ne	ne	pacienti stejného pohlaví	ne
Počet nemocných na pokoji	nemá požadavek	2 -3	nižší	1 - 3	nižší	nemá požadavek
Vadí projev víry spolupacientů?	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Zkušenost s komplikacemi týkajícími se náboženských specifik	ano - strava	ne	ano - strava	ne	ano – strava	ne
Srozumitelnost informací	ano	ano	ano	ne	ano	někdy
Znalost práv pacientů	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Nejdůležitější právo pacientů	kontakt s rodinou	nedovede určit	profesionální chování	právo na informace	nedovede určit	nedovede určit
Vylepšil/a by zdravotnictví v ČR?	dostatečná multikulturní výchova	informace o CASD	nedovede určit	místnost na modlitbu	ne	ne
Hodnocení zdravotníků	2	1	2	2	1	3

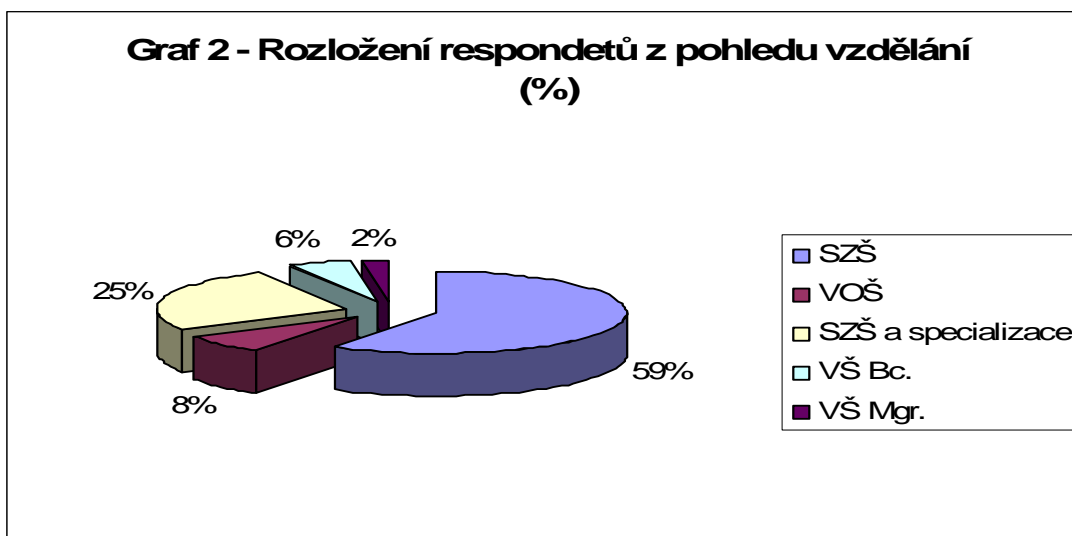
Závěrečná tabulka 14 představuje stručný přehled z oblasti požadavků na nemocniční prostředí. Tabulka zahrnuje požadavky na nemocniční pokoj, problematiku narušení intimity, výhrady ke skladbě spolupacientů, počet nemocných na pokoji, postoj k projevu odlišné víry u spolupacientů, komplikace během hospitalizace související s náboženskými specifiky, srozumitelnost podávaných informací, znalost práv pacientů

a právo pro respondenta nejvýznamnější, možnosti vylepšení zdravotnictví v České republice a hodnocení spokojenosti s přístupem zdravotníků - hodnoceno na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší).

4.2 Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků

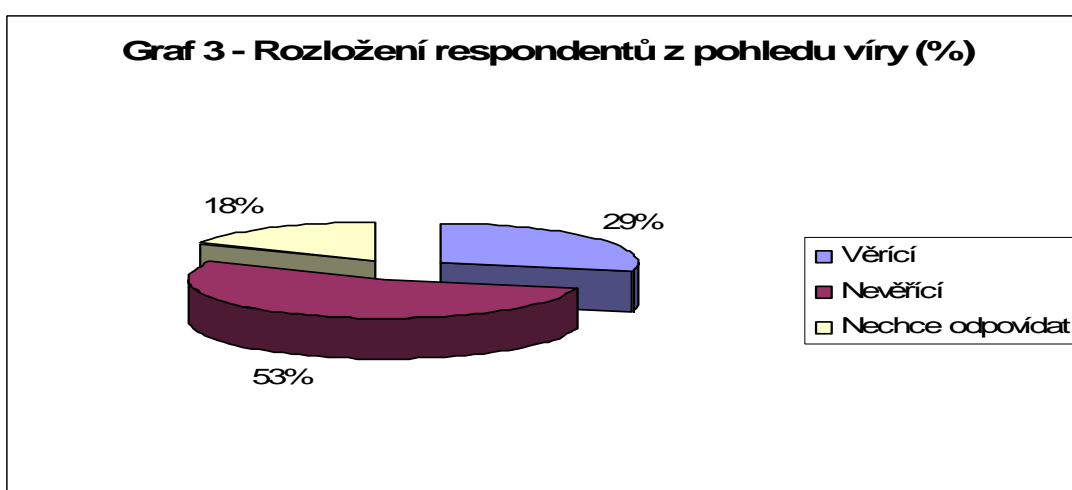


Z pohledu věku tvořily největší skupinu sestry ve věku 31 – 40 let - 91 sester (42 %), a nejmenší skupinu tvořily respondentky ve věku nad 51 let – 34 sester (16 %). Sester do 30 let bylo 41 (19 %) a respondentek ve věku 41 – 50 let bylo 50 (23 %).



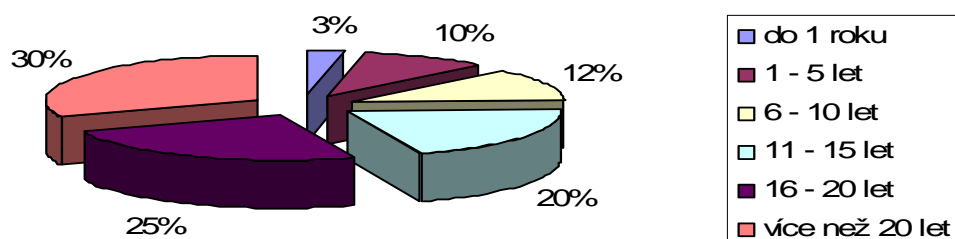
Z grafu č. 2, kde je zachyceno vzdělání respondentek, je patrné, sester se středoškolským vzděláním (SZŠ) bylo 127 (59 %). Další skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním a specializací 55 (25 %). Skupina 17 (8 %) sester měla vyšší odborné vzdělání (VOŠ). Vysokoškolské bakalářské (VŠ Bc.) vzdělání mělo ve skupině respondentek 12 (6 %) sester a 5 (2 %) respondentek mělo vzdělání magisterské (VŠ Mgr.).

Všechny sestry (100 %) výzkumného souboru byly české národnosti.



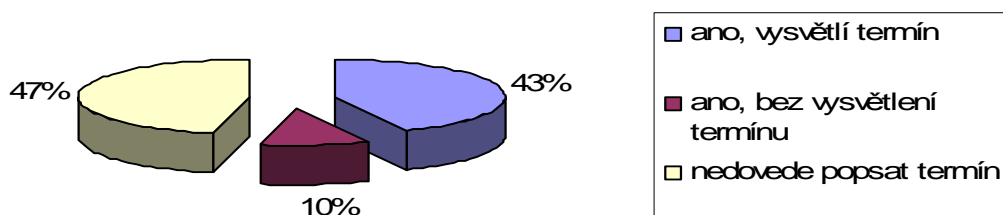
Graf 3 znázorňuje odpovědi sester, vztahující se k víře. 116 (53 %) respondentek uvedlo, že jsou nevěřící. Jako věřící se označilo 62 (29 %) respondentek. Zbylá skupina 38 (18 %) sester odmítla na tuto otázku odpovědět.

Graf 4 - Rozložení respondentů z pohledu délky praxe ve zdravotnictví (%)



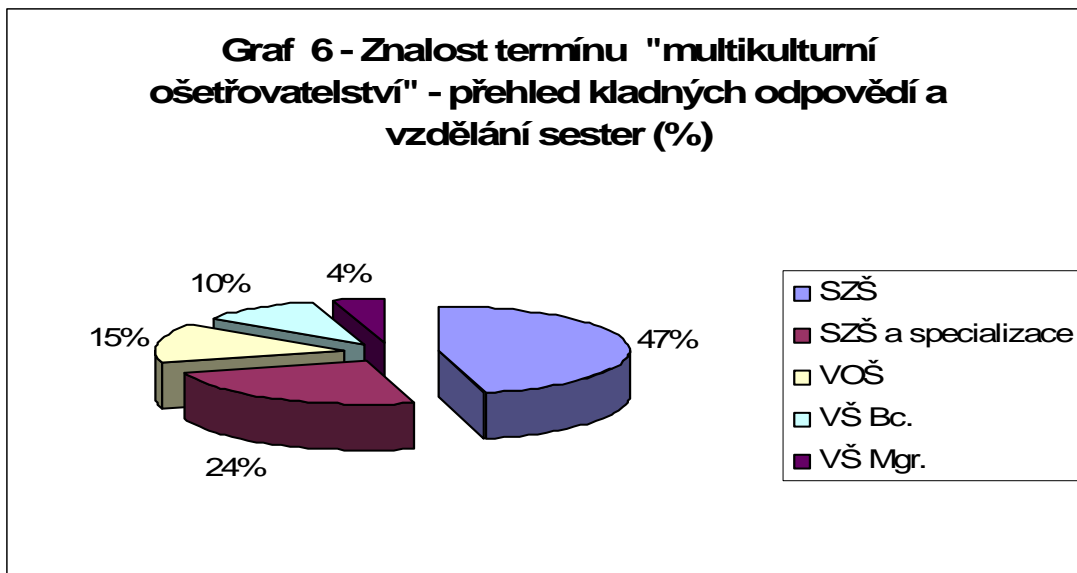
Délku praxe ve zdravotnictví znázorňuje graf 4. Zde je patrné, že sester s minimální délkou praxe (méně než 1 rok) bylo ve skupině pouhých 6 (3 %). 21 (10 %) respondentek pracovalo ve zdravotnictví 1 – 5 let, 25 (12 %) sester pracovalo ve zdravotnictví 6 – 10 let, 44 (20 %) sester pracovalo ve zdravotnictví 11 – 15 let, 53 (25 %) respondentek v oboru pracovalo 16 – 20 let a poslední skupinu tvořilo 67 (30 %) sester pracujících v oboru více než 20 let.

Graf 5 - Znalost termínu "multikulturální ošetrovatelství" (%)



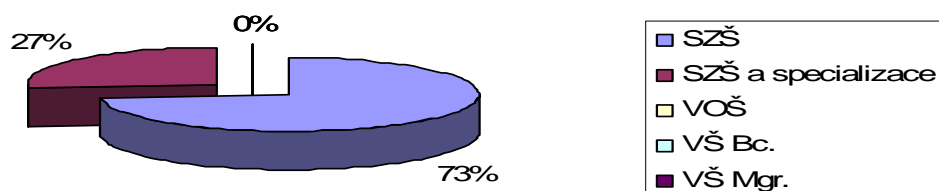
Graf 5 ukazuje na znalost či neznalost termínu „multikulturální ošetrovatelství“ mezi sestrami. Sester, které byly schopny popsat tento termín bylo 93 (43 %). 22 (10 %) sester, které nebyly schopny popsat tento termín bylo 93 (43 %).

sester do dotazníku uvedlo, že tento termín znají, ale nedovedou jej popsat. Naopak 101 (47 %) sester uvedlo, že tento pojem neznají a tudíž jej nedovedou vysvětlit.



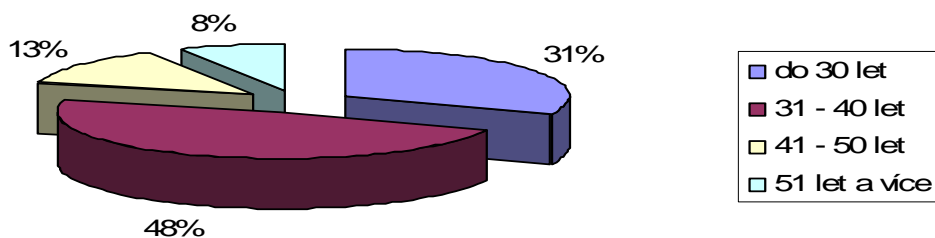
Skupina 115 (53 %) sester, znázorněna v grafu 6, která na předchozí otázku odpověděla kladně a potvrdila znalost pojmu „multikulturní ošetřovatelství“ zahrnovala respondentky s tímto vzděláním: 53 (47 %) sester mělo středoškolské vzdělání, 28 (24 %) sester mělo středoškolské vzdělání a specializaci, vyšší odborné vzdělání mělo 17 (15 %) respondentek, vysokoškolské bakalářské vzdělání mělo 12 (10 %) sester a vysokoškolské magisterské vzdělání mělo 5 (4 %) sester.

Graf 7 - Neznalost termínu "multikulturní ošetřovatelství" - přehled záporných odpovědí a vzdělání sester (%)



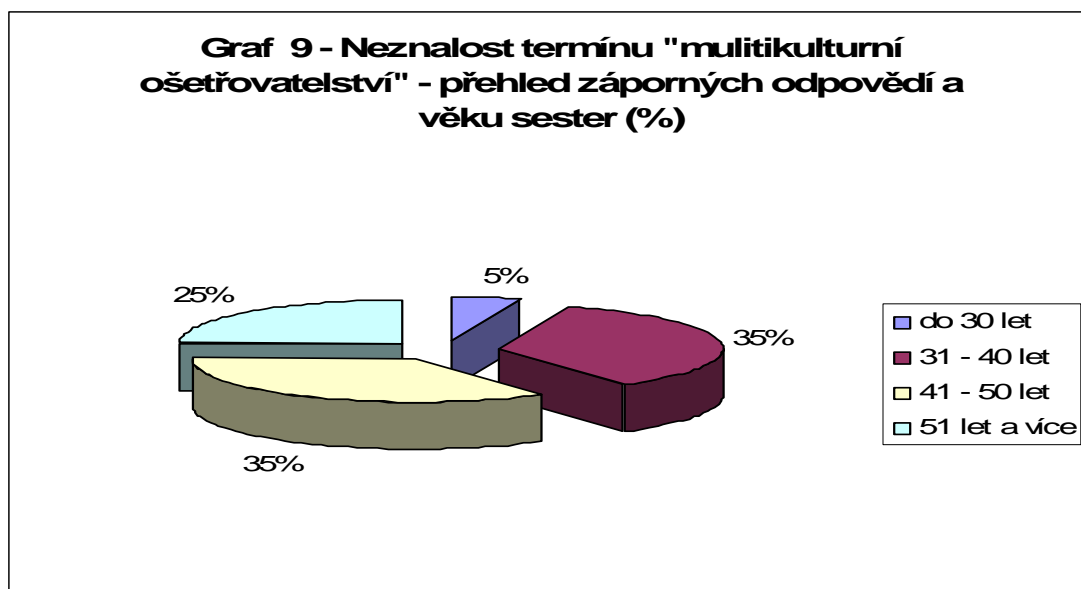
Graf 7 znázorňuje skupinu 101 (47 %) respondentek, která nedovedla definovat termín „multikulturní ošetřovatelství“. Jsou zde zahrnuty sestry s tímto vzděláním: 27 (27 %) respondentek mělo středoškolské vzdělání a specializaci a 74 (73 %) respondentek mělo středoškolské vzdělání.

Graf 8 - Znalost termínu "multikulturní ošetřovatelství" - přehled kladných odpovědí a věku sester (%)

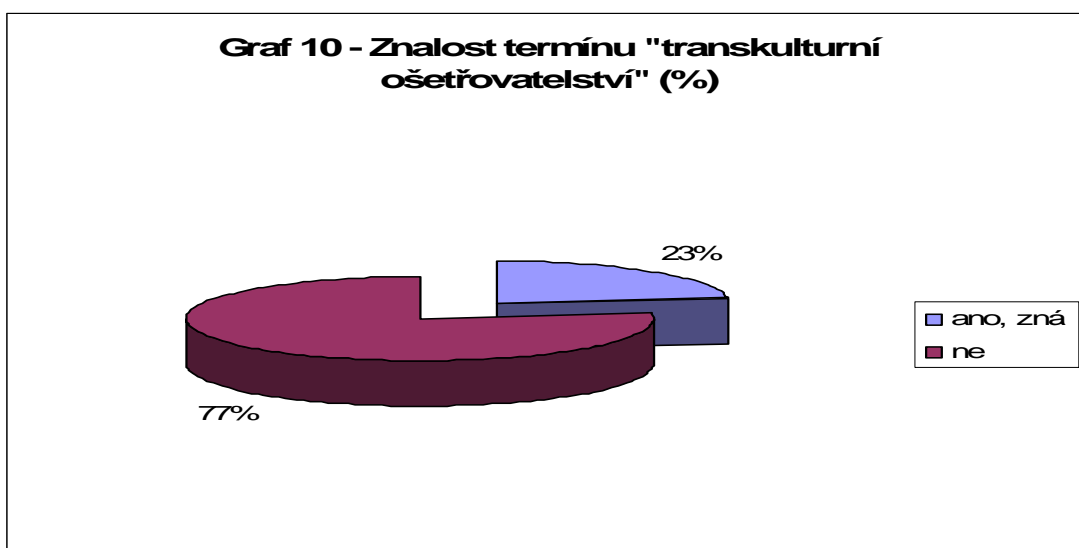


V souvislosti s předchozím zjištěním bylo dále hodnoceno, jaký je věk sester, které znaly termín „multikulturní ošetřovatelství“. Z celkového počtu 115 sester spadalo 55

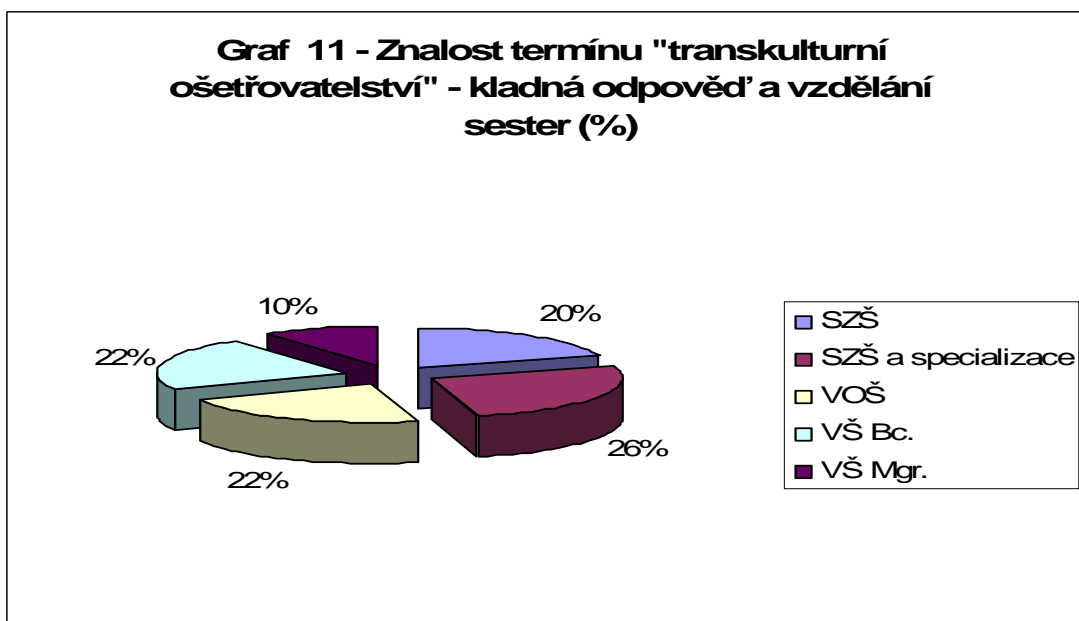
(48 %) respondentek do věkové kategorie 31 – 40 let, 36 (31 %) žen bylo věku do 30 let, 15 žen bylo ve věku 41 – 50 let a zbylou skupinu tvořilo 9 (8 %) sester ve věku 51 let a více.



Graf 9 podává přehled o respondentkách, které pojem „multikulturní ošetřovatelství“ neznaly a nedovedly jej popsat. Těchto sester bylo celkem 101. Rozložení z hlediska věku vypadalo takto: 36 (35 %) sester bylo ve věku 31 – 40 let, 35 (35 %) sester bylo ve věku 41 - 50 let, 25 (25 %) respondentek spadalo do věkové skupiny 51 let a více a 5 (5 %) sester bylo ve věku do 30 let.

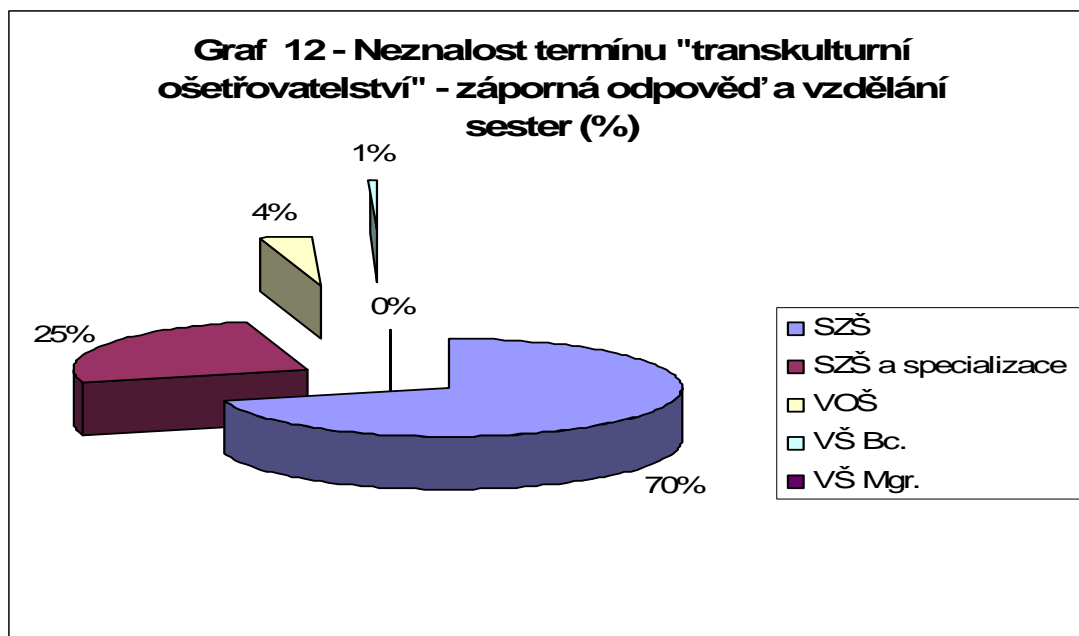


Z grafu 10 je patrné, že skupina 166 (77 %) sester nebyla schopna definovat termín „transkulturní ošetrovatelství“. Tento termín znalo a bylo schopno jej definovat 50 (23 %) respondentek.

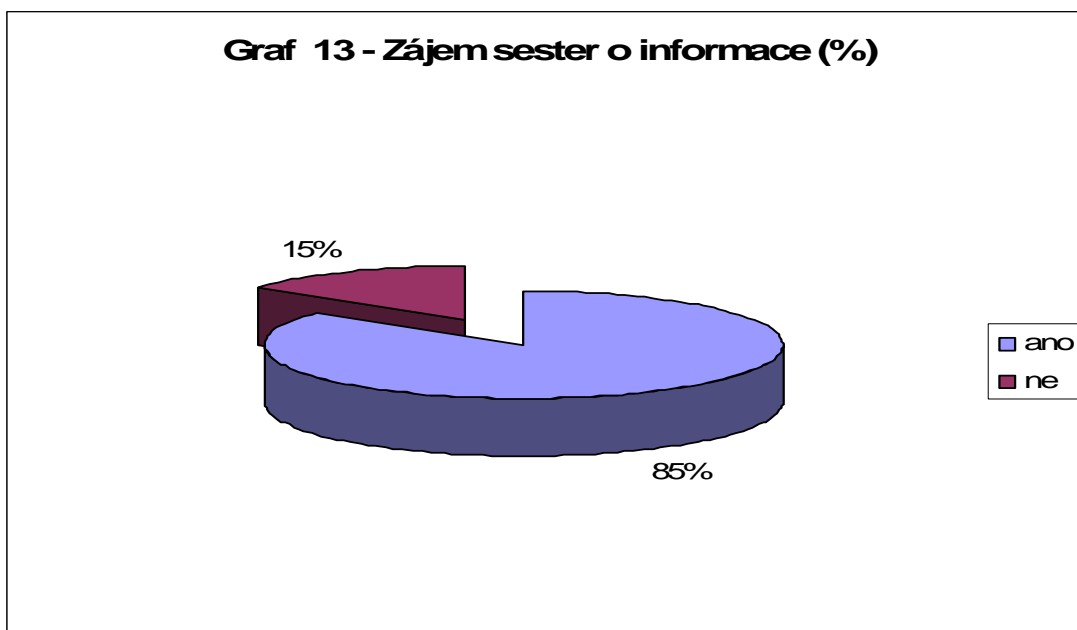


Graf 11 znázorňuje vzdělání sester, které byly schopny správně popsat pojem „transkulturní ošetrovatelství“. Do této skupiny, která celkem zahrnovala 50 respondentek, patřilo 13 (26 %) sester se středoškolským vzděláním a specializací, 11 (22 %) sester s vyšším odborným vzděláním, 11 (22%) respondentek s vysokoškolským

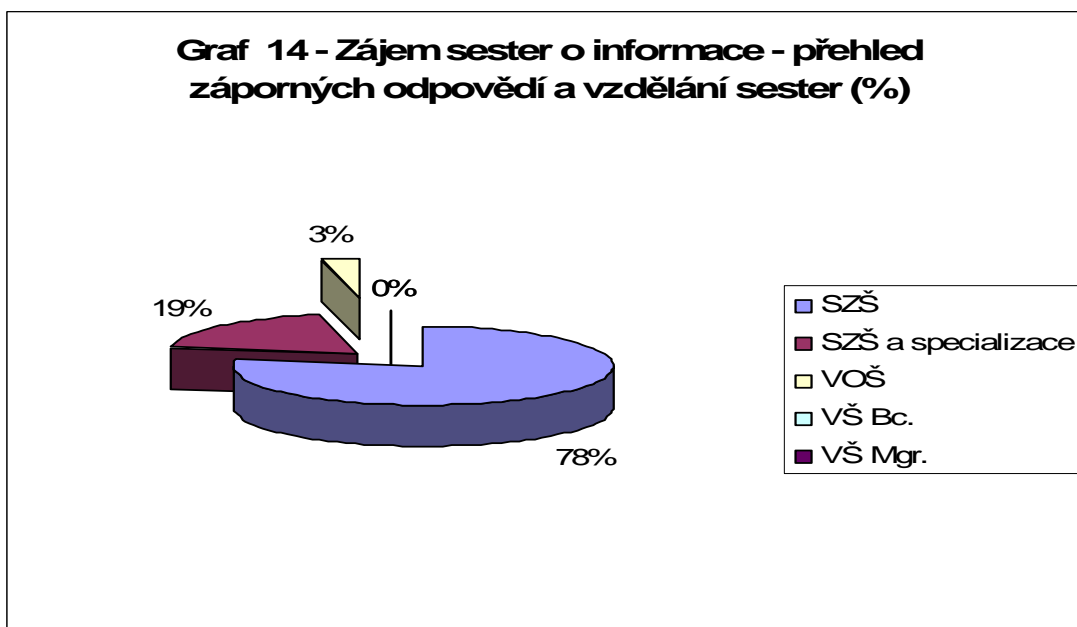
bakalářským vzděláním, 10 (20 %) se vzděláním středoškolským a 5 (10 %) sester se vzděláním vysokoškolským magisterským.



Graf 12 představuje skupinu respondentek, která termín „transkulturní ošetrovatelství“ neznala a nedovedla jej popsat. Těchto sester bylo celkem 166. Rozložení respondentek z hlediska vzdělání vypadalo takto: 117 (70 %) sester mělo středoškolské vzdělání, 42 (25 %) sester mělo středoškolské vzdělání a specializaci, 6 (4 %) respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a 1 (1 %) sestra měla vysokoškolské bakalářské vzdělání. Sestry s vysokoškolským magisterským vzděláním v této skupině nebyly.

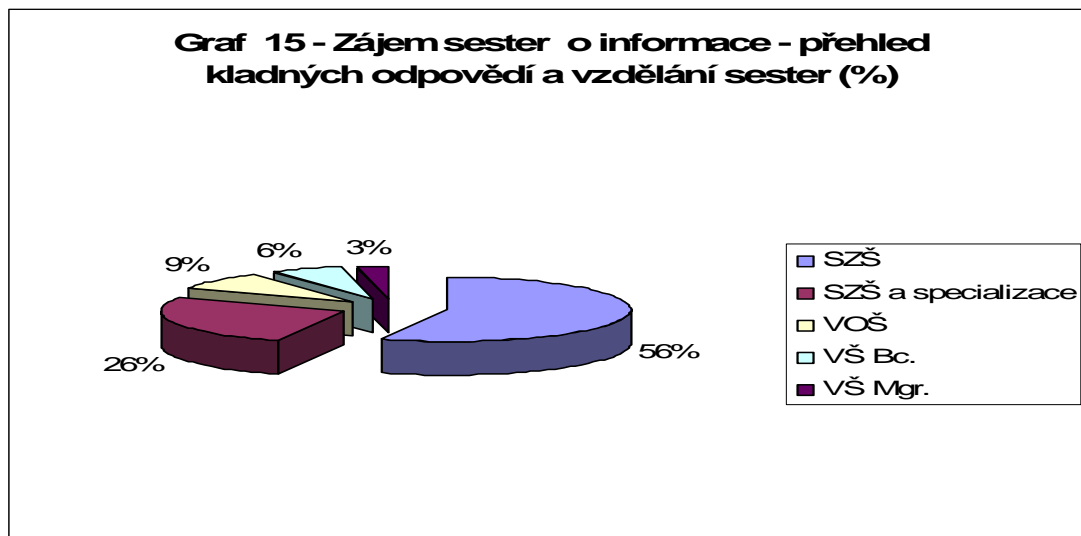


Zájem sester o informace týkající se ošetřování příslušníků jiných kultur, národností a náboženství je patrný z grafu 13. Zájem o tyto informace udalo 184 (85 %) respondentek, naopak nezájem uvedlo 32 (15 %) sester.

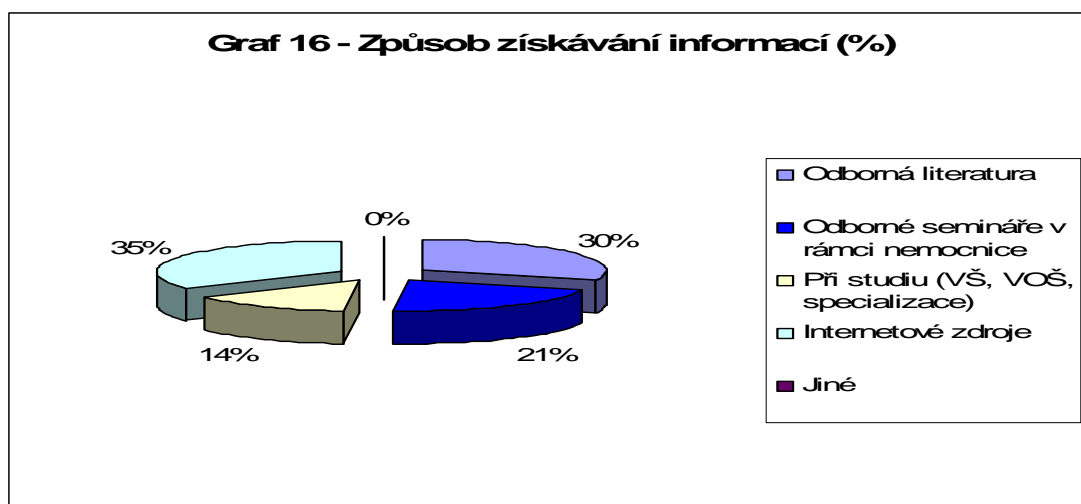


Zájem o informace, týkající se multikulturního ošetřovatelství nemá malá část sester – 32 sester. Tato skupina zahrnuje 24 (78 %) středoškolsky vzdělaných sester, dále 6 (19

%) sester středoškolaček se specializací a 1 (3 %) sestru s vyšším odborným vzděláním. Všechny uvedené informace jsou patrné z grafu 14.

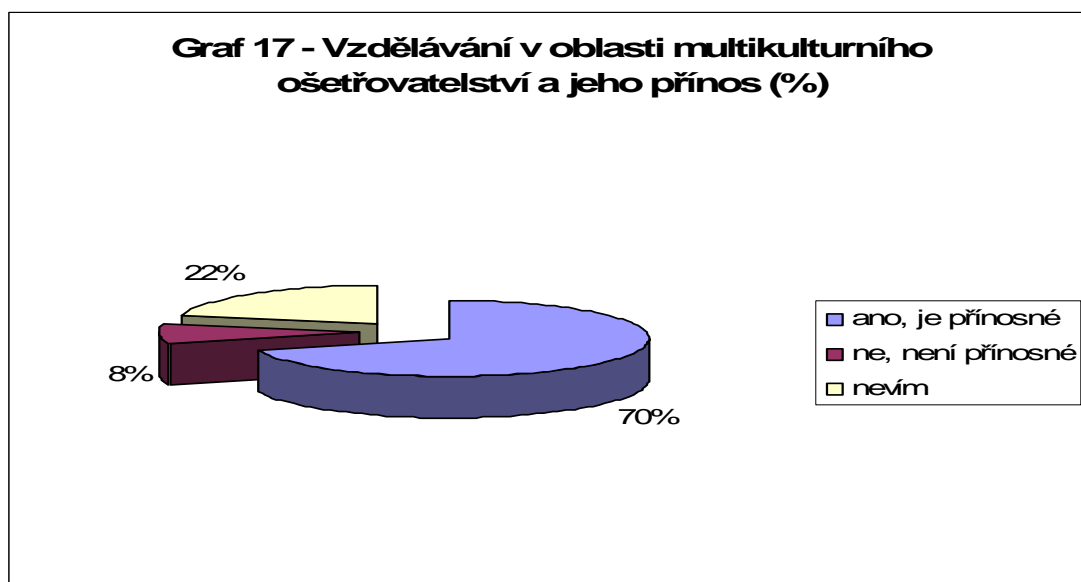


Graf 15 znázorňuje skupinu 184 respondentek, majících zájem o vzdělávání, které se týká se multikulturního ošetřovatelství. Skupina zahrnuje 104 (56 %) středoškolsky vzdělaných žen, 49 (27 %) středoškolaček se specializací, 16 (9 %) sester s vyšším odborným vzděláním, 12 (7 %) vysokoškolaček bakalářek a 5 (3 %) vysokoškolaček magister.



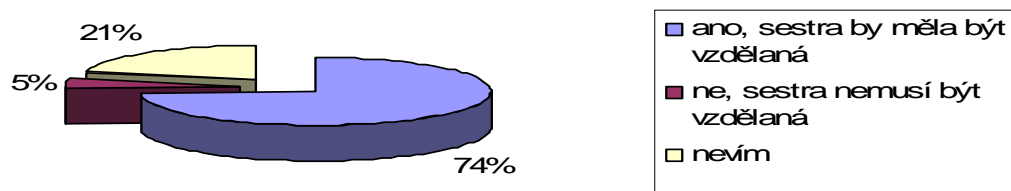
Z grafu 16 je patrné, jakým způsobem jsou získávány informace týkající se multikulturního ošetřovatelství. Respondentky mohly v tomto případě vybírat více

možností. Internet je při získávání těchto informací využíván ve 180 (35 %) případech, odborná literatura ve 160 (30 %) případech, informace získaly sestry ve 112 (21 %) případech při odborných seminářích v rámci nemocnice a při studiu byly získány informace 76 (14 %) případech.



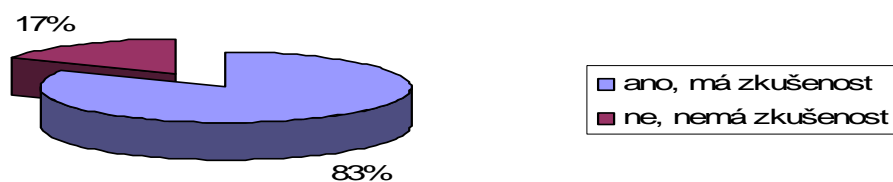
Graf 17 znázorňuje odpovědi na otázku týkající se osobního přínosu vzdělávání se v oblasti multikulturního ošetrovatelství. 151 (70 %) sester se domnívá, že vzdělávání v této oblasti je pro ně přínosné, 18 (8 %) má opačný názor, domnívá se, že vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství pro ně není přínosem a 47 (22 %) sester zvolilo odpověď „nevím“.

Graf 18 - Názor na vzdělanost sestry v oblasti multikulturního ošetrovatelství (%)



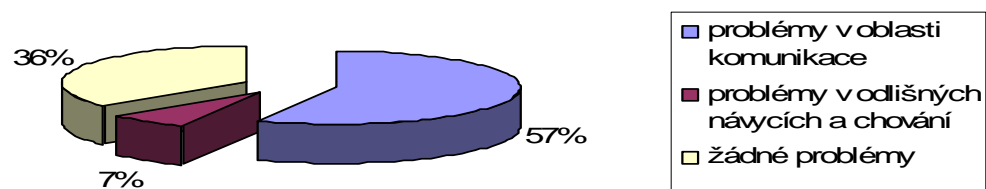
Názor respondentek na vzdělání ostatních sester v multikulturním ošetrovatelství je znázorněn v grafu 18. 159 (74 %) respondentek se domnívalo, že sestry by měly být v této oblasti vzdělané, 11 (5 %) sester mělo opačný názor a 46 (21 %) respondentek nevědělo.

Graf 19 - Zkušenost sestry s ošetrováním klienta jiné národnosti, kultury, náboženství (%)



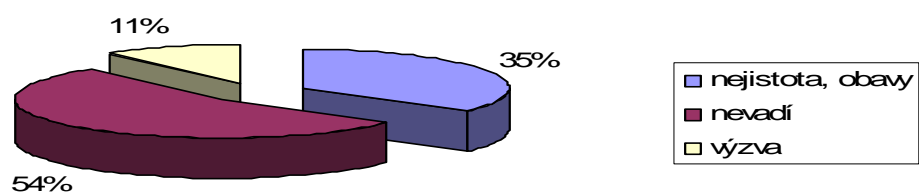
Z grafu 19 je patrné, že zkušenost s ošetrováním klienta jiné národnosti, kultury a náboženství již mělo 179 (83 %) sester, zbylých 37 (17 %) sester takovou zkušenost nemělo.

Graf 20 - Ošetřování klienta odlišné národnosti, kultury, náboženství a související problémy (%)



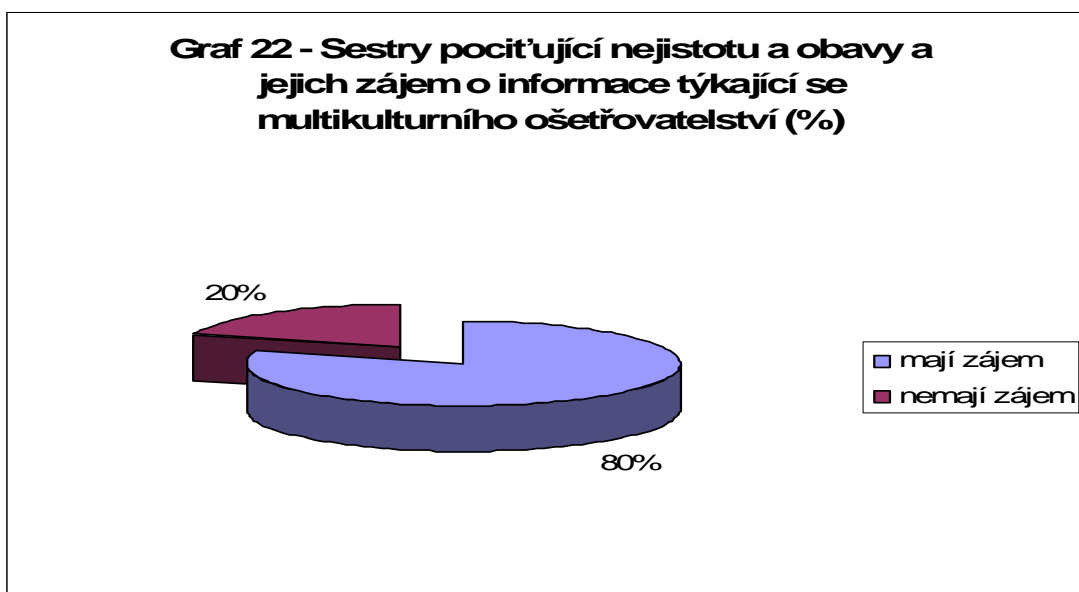
Sestry, které ošetřovaly klienta jiné národnosti, kultury, náboženství, se vyjadřovaly k problémům, které se vyskytly během ošetřování tohoto nemocného – graf 20. Problém v oblasti komunikace mělo 102 (57 %) sester, žádný problém během ošetřování pacienta nezaznamenalo 64 (36 %) a potíže v souvislosti s odlišnými návyky a chováním pacienta uvedlo 13 (7 %) sester.

Graf 21 - Pocity sester při ošetřování klienta jiné národnosti, kultury, náboženství (%)

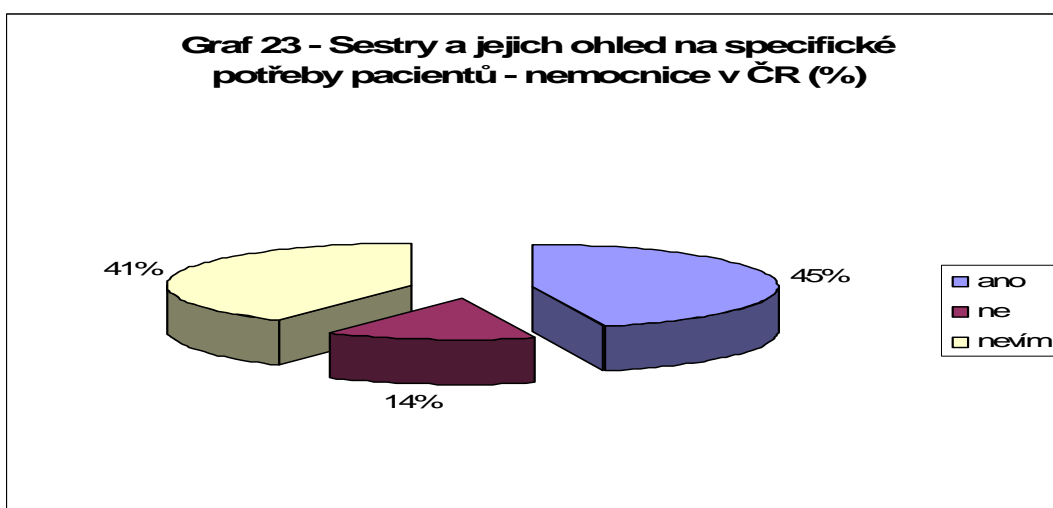


Graf 21 znázorňuje pocity sester při ošetřování klienta jiné kultury, národnosti, náboženství. Ošetřovat tyto pacienty nevadilo 116 (54 %) sestrám, nejistotu a obavy

subjektivně prožívalo 76 (35 %) sester a 23 (11 %) respondentek vnímalo ošetřování těchto pacientů jako výzvu.

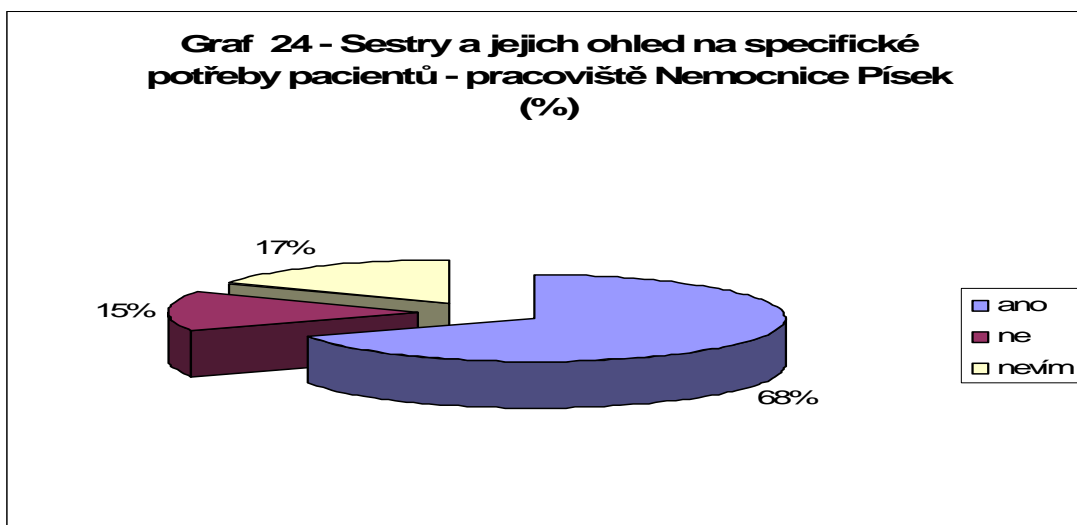


Graf 22 zobrazuje tu část respondentek, která během ošetřování pacientů odlišné kultury pocítuje nejistotu a obavy. Je patrné, že 68 (80 %) respondentek ze této skupiny sester, má zájem o informace týkající se multikulturního ošetřovatelství. Ostatních 17 (20 %) respondentek zájem o informace týkající se multikulturního ošetřovatelství nemá.

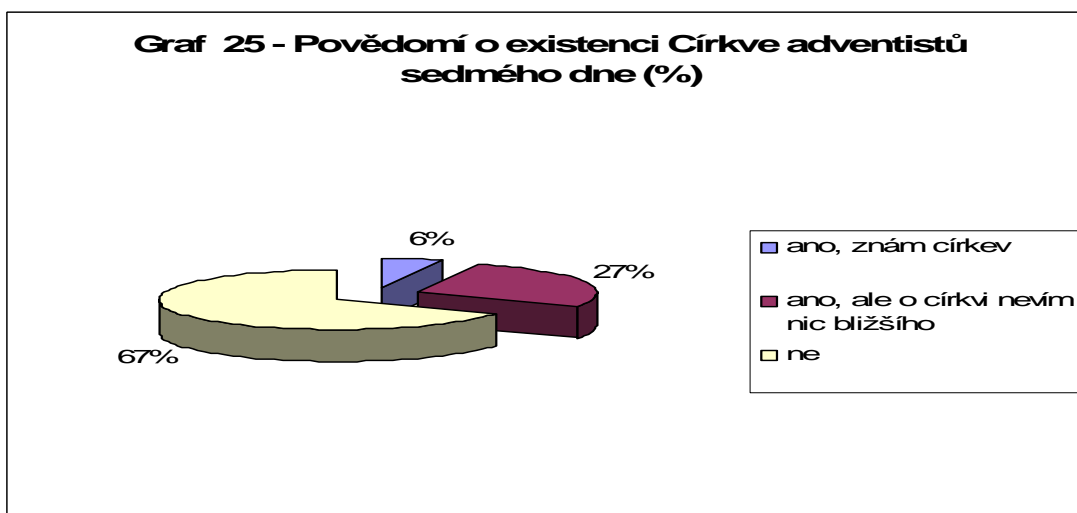


Graf 23 se vztahuje k otázce, zda sestry v nemocnicích v České republice berou ohled na specifické potřeby pacientů odlišných kultur, národností a náboženství. Ano,

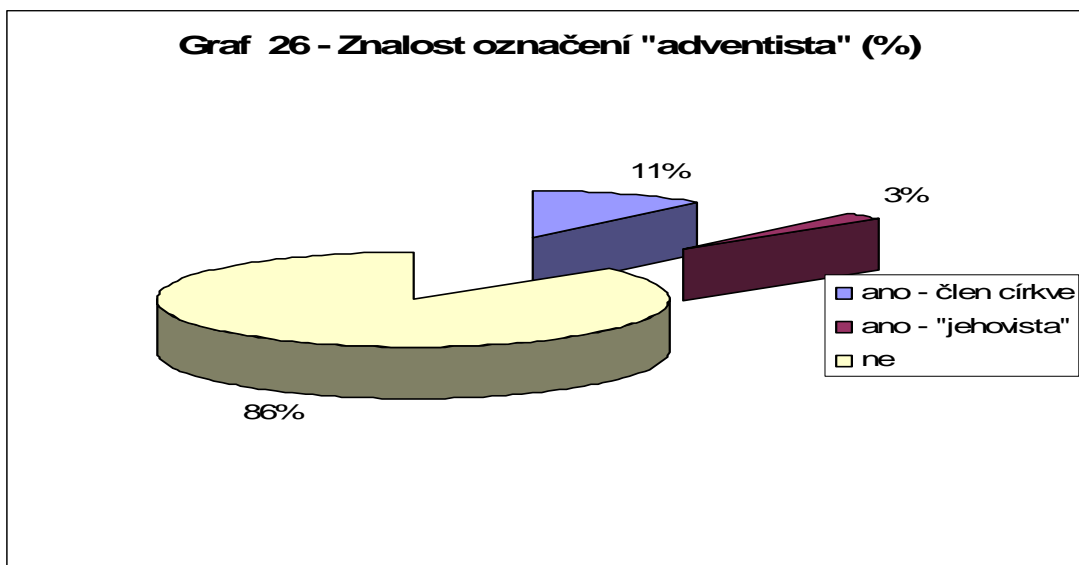
odpovědělo 98 (45 %) sester, Ne, uvedlo 30 (14 %) sester a na otázku nedovedlo odpovědět 88 (41 %) respondentek.



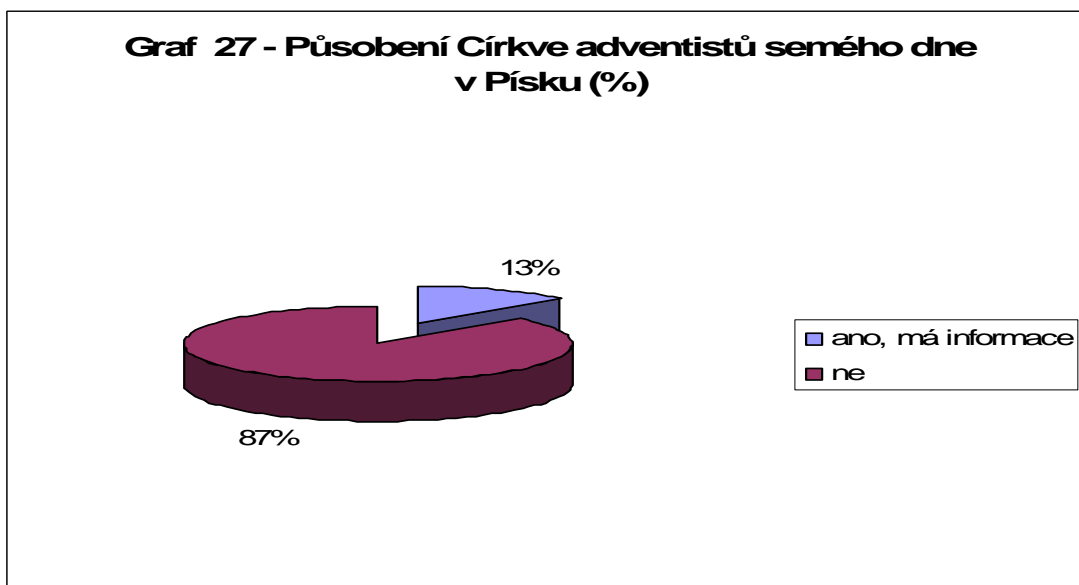
Zda je brán ohled na specifické potřeby pacientů odlišných kultur, národností a náboženství přímo na pracovišti sester písecké nemocnice, odpovídaly respondentky v další položce dotazníku – zobrazeno v grafu 24. 147 (68 %) respondentek se domnívalo, že na jejich oddělení se bere ohled na specifické potřeby těchto pacientů, 32 (15 %) sester mělo opačný názor a 37 (17 %) respondentek nedovedlo odpovědět.



Graf 25 znázorňuje povědomí sester o existenci CASD. 146 (67 %) respondentek neznalo Církve adventistů sedmého dne, 58 (27 %) sester uvedlo, že o církvi pouze slyšely a neví nic bližšího, 12 (6 %) sester církev znalo.

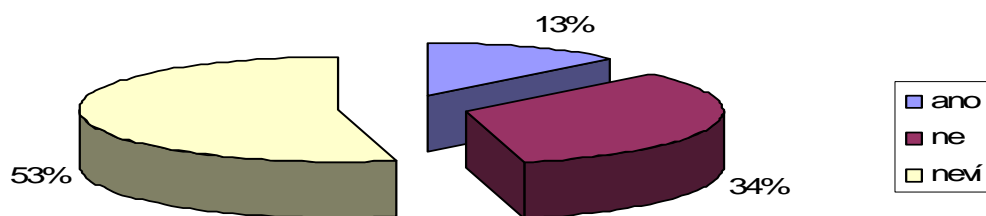


Bylo zjišťováno, zda sestry ví, kdo se označuje jako „adventista“ – jak lze vidět v grafu 26, tento termín neznalo 186 (86 %) respondentek, termín znalo a správně popsalo 24 (11 %) sester a 6 (3 %) respondentek chybně uvedlo, že adventista je totéž co jehovista.



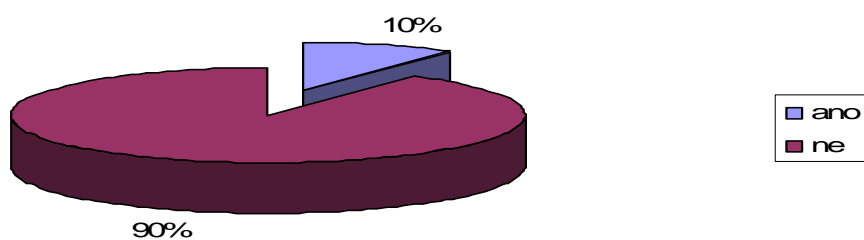
V grafu 27 je znázorněna znalost či neznalost sester, týkající se působení CASD v Písku. O působení církve mělo informace 28 (13 %) sester, ostatních 188 (87 %) sester nevědělo o působení CASD v Písku.

Graf 28 - Omezení adventistů během hospitalizace vyžadující specifický přístup sestry (%)



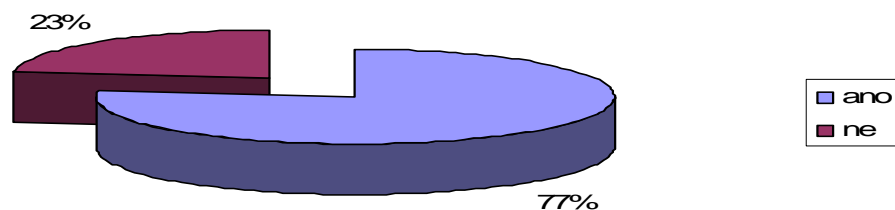
Graf 28 znázorňuje tyto údaje: 116 (53 %) sester nevědělo, jaká omezení adventistů by vyžadovala specifický přístup sestry během hospitalizace, 73 (34 %) respondentek se domnívalo, že žádná taková omezení neexistují a 27 (13 %) sester uvedlo, že omezení během hospitalizace adventisté mají – všechny sestry v této skupině správně uvedly jako omezení bezmasou stravou.

Graf 29 - Informace o společensky významných činnostech církve (%)



O společensky přínosných činnostech církve vědělo 21 (10 %) sester - respondentky uvedly jako příklad humanitární organizaci ADRA. Ostatních 195 (90 %) sestry neznalo žádné aktivity této církve. Vše v grafu 29.

Graf 30 - Zájem o informace týkající se Církve adventistů sedmého dne (%)



Závěrečný graf 30 znázorňuje počet sester, které měly zájem o stručnou příručku, kde by našly informace o Církvi adventistů sedmého dne – těchto respondentek bylo celkem 167 (77 %). O informace nemělo zájem 49 (23 %) sester.

4.3 Analýza dat pomocí χ^2 testu

V této části práce je uvedena analýza dat pomocí χ^2 testu. Jsou zde ověřovány nulové hypotézy (H_0) a alternativní hypotézy (H_A)

1) Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná závislost mezi vírou sester a jejich znalostí CASD.

H_0 Neexistuje souvislost mezi vírou sester a znalostí církve.

H_A Existuje závislost mezi vírou sester a znalostí církve.

Tabulka 15 – Víra sester ve vztahu k jejich znalosti CASD

Víra sester	Znalost Církve adventistů sedmého dne						Celkem	
	Ano, zná církev		Zná církev, ale neví nic bližšího		Nezná církev			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Věřící	8	67 %	16	27 %	38	26 %	62	29 %
Nevěřící	4	33 %	30	52 %	82	56 %	116	54 %
Nechce odpovídat	0	0 %	12	21 %	26	18 %	38	18 %
Celkem	12	100 %	58	100 %	146	100 %	216	100 %

Tabulka 15 tvoří přehled odpovědí respondentek - jsou zde zaznamenány odpovědi sester, které se vztahují k tomu, zda jsou sestry věřící a zda znají či neznají CASD. V tabulce jsou uvedeny hodnoty absolutní i relativní. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 16 – Zjištěné údaje

Víra sester	Znalost CASD			
	Zná církev	Zná církev, ale neví nic bližšího	Nezná církev	Celkem
Věřící	8	16	38	62
Nevěřící	4	30	82	116
Nechce odpovídat	0	12	26	38
Celkem	12	58	146	216

Tabulka 16 zahrnuje zjištěné údaje týkající se víry sester a jejich znalosti či neznalosti CASD. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 17 – Teoretické četnosti

Víra sester	Zná církev	Zná církev, ale neví nic bližšího	Nezná církev	Celkem
Věřící	3,444	16,648	41,907	62
Nevěřící	6,444	31,148	78,407	116
Nechce odpovídat	2,111	10,204	25,685	38
Celkem	12	58	146	216

Tabulka 17 zahrnuje vypočítané teoretické četnosti. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Vypočtená hodnota $\chi^2 = 0,041$

Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,050$

Stupeň volnosti = 4

Kritická hranice určená tabulkami je 9, 488. Vypočtené χ^2 je menší než kritická hodnota. S pravděpodobností 95 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi vírou sester a znalostí CASD.

H 0 byla potvrzena.

2) Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná závislost mezi znalostí pojmu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester. Sestry byly v tomto případě rozděleny do dvou skupin: 1. skupina – sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, 2. skupina – sestry se středoškolským vzděláním a střední školou se specializací. Ověřovalo se, která skupina bude znát termín „multikulturní ošetřovatelství“, a zda se potvrdí statisticky významná závislost mezi výše jmenovanými proměnnými.

H 0 Neexistuje souvislost mezi znalostí pojmu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

H A Existuje závislost mezi znalostí pojmu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

Tabulka 18 – Znalost termínu „multikulturní ošetřovatelství“ ve vztahu k vzdělání sester

Znalost termínu multikulturní ošetřovatelství	Vzdělání sester					
	Vysoká škola Vyšší odborná škola		Střední škola Střední škola a specializace		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Zná	34	100%	81	45 %	115	53 %
Nezná	0	0 %	101	55 %	101	47 %
Celkem	34	100 %	182	100 %	216	100 %

Tabulka 18 tvoří přehled odpovědí respondentek - jsou zde zaznamenány odpovědi sester, které se vztahují ke znalosti termínu „multikulturní ošetřovatelství“ a ke vzdělání sester. V tabulce jsou uvedeny hodnoty absolutní i relativní. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 19 - Zjištěné údaje

	Vzdělání sester		
Znalost termínu „multikulturní ošetřovatelství“	Vysoká škola Vyšší odborná škola	Střední škola Střední škola a specializace	Celkem
Zná	34	81	115
Nezná	0	101	101
Celkem	34	182	216

Tabulka 19 zahrnuje zjištěné údaje týkající se znalosti termínu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzdělání sester. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 20 – Teoretické četnosti

	Vzdělání sester		
Znalost termínu „multikulturní ošetřovatelství“	Vysoká škola Vyšší odborná škola	Střední škola Střední škola a specializace	Celkem
Zná	18,102	96,898	115
Nezná	15,898	85,102	101
Celkem	34	182	216

Tabulka 20 zahrnuje vypočítané teoretické četnosti. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Vypočtená hodnota $\chi^2 = 35,439$

Zvolená hladina významnosti je v tomto případě $\alpha = 0,005$

Stupeň volnosti = 1

Kritická hranice určená tabulkami je 7,879. Vypočtené χ^2 je větší než kritická hodnota. S pravděpodobností 99,5 % byl prokázán statisticky významný vztah mezi znalostí termínu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

H_A byla potvrzena.

3) Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná závislost mezi znalostí pojmu „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester. Sestry byly opět rozděleny do dvou skupin: 1. skupina – sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, 2. skupina – sestry se středoškolským vzděláním a střední školou se specializací. Ověřovalo se, která skupina bude znát termín „multikulturní ošetřovatelství“, a zda se potvrdí statisticky významná závislost mezi výše jmenovanými proměnnými.

H₀ Neexistuje souvislost mezi znalostí pojmu „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

H_A Existuje závislost mezi znalostí pojmu „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

Tabulka 21 - Znalost termínu „transkulturní ošetřovatelství“ ve vztahu k vzdělání sester

Znalost termínu transkulturní ošetřovatelství	Vzdělání sester					
	Vysoká škola Vyšší odborná škola		Střední škola Střední škola a specializace		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Zná	27	79 %	23	13 %	50	23 %
Nezná	7	21 %	159	87 %	166	77 %
Celkem	34	100%	182	100%	216	100 %

Tabulka 21 tvoří přehled odpovědí respondentek - jsou zde zaznamenány odpovědi sester, které se vztahují ke znalosti termínu „transkulturní ošetřovatelství“ a ke vzdělání sester. V tabulce jsou uvedeny hodnoty absolutní i relativní. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 22 - Zjištěné údaje

	Vzdělání sester		
Znalost termínu „transkulturní ošetrovatelství“	Vysoká škola Vyšší odborná škola	Střední škola Střední škola a specializace	Celkem
Zná	27	23	50
Nezná	7	159	166
Celkem	34	182	216

Tabulka 22 zahrnuje zjištěné údaje týkající se znalosti termínu „transkulturní ošetrovatelství“ a vzdělání sester. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Tabulka 23 – Teoretické četnosti

	Vzdělání sester		
Znalost termínu „transkulturní ošetrovatelství“	Vysoká škola Vyšší odborná škola	Střední škola Střední škola a specializace	Celkem
Zná	7,870	42,130	50
Nezná	26,130	139,870	166
Celkem	34	182	216

Tabulka 23 zahrnuje vypočítané teoretické četnosti. Poslední řádek i sloupec ukazují součty hodnot.

Vypočtená hodnota $\chi^2 = 71,804$

Zvolená hladina významnosti je v tomto případě $\alpha = 0,005$

Stupeň volnosti = 1

Kritická hranice určená tabulkami je 7, 879. Vypočtené χ^2 je větší než kritická hodnota. S pravděpodobností 99,5 % byl prokázán statisticky významný vztah mezi znalostí termínu „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

H_A byla potvrzena.

5 Diskuze

V současné moderní společnosti se můžeme setkávat s různými kulturami, neboť žijeme ve světě, jehož hranice se prolínají a naše společnost se stává díky globalizaci stále více multikulturní. Sestra se tak může při své práci setkávat s mnoha jedinci odlišných kultur, náboženství a národností. V České republice existuje mnoho církví, a je tudíž velmi reálné, že se sestra ve své praxi setká s členy jednotlivých církví a bude je, jako své pacienty, ošetřovat. Pokud hlouběji pochopíme život a hodnoty jedinců inklinujících k náboženství, snáze porozumíme zdraví a nemoci v kontextu náboženství a kultury. Kvalitní ošetřovatelská péče je založena na individuálním uspokojování potřeb pacientů a takovou péči je schopen poskytnout pouze ošetřovatelský personál, který má odpovídající dovednosti a znalosti. Tato práce s názvem „Specifika ošetřovatelské péče u nemocného člena Církve adventistů sedmého dne“ se na tuto problematiku zaměřuje. Vzhledem ke stanoveným cílům práce, výzkumným otázkám a hypotézám byl postup v této rigorózní práci tento.

V teoretické části se práce zabývala pojmy jako individualizovaná ošetřovatelská péče, multikulturní/transkulturní přístup, náboženství a jeho specifika, Církve adventistů sedmého dne. Teoretické poznatky o Církvi adventistů sedmého dne čerpané z uvedené literatury (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 49, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 70, 71, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 102, 103, 104, 109, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 124, 125, 126) byly konzultovány s kazatelem této církve. Ve velké míře se uvedená fakta shodují s názory kazatele. Pouze některé informace kazatel označil jako nepřesné, jako podle Kozierové adventisté nepřijímají či odmítají léky (60).

Praktická část byla zaměřena na rozhovory s šesti adventisty, kde polostrukturovaný rozhovor byl inspirován modelem Gigerové a Davidhizarové. Dále byla zjišťována informovanost sester týkající se multikulturního ošetřovatelství a Církve adventistů sedmého dne, a také byly zjišťovány jejich názory týkající se této problematiky.

Výzkum byl prováděn pomocí metody rozhovoru, nestandardizovaného dotazníku, vybraná fakta z rozhovorů byla zaznamenána do tabulek, k vyhodnocení dotazníků byla použita popisová statistika a pro zjišťování závislostí byl použit test shody χ^2 . Výzkum probíhal v Písku ve spolupráci s členy Církve adventistů sedmého dne z tamního společenství a dále ve spolupráci sester v Nemocnici Písek v období listopad 2009 – duben 2010.

Rozhovory s šesti adventisty probíhaly v období listopad až prosinec 2009. V Písku se nachází společenství této církve a po kontaktování kazatele a oslovení šesti příslušníků církve mohly probíhat rozhovory. Polostrukturovaný rozhovor byl inspirován modelem Gigerové a Davidhizarové a zahrnoval tyto oblasti: identifikační údaje, kulturně svébytný jedinec, biologické variace, vliv prostředí a výchovy, pojetí času, sociální začlenění, prostor, komunikace, specifika při hospitalizaci a požadavky na nemocniční prostředí.

Polostrukturovaný rozhovor byl proveden s šesti adventisty – pěti ženami a jedním mužem. Všichni respondenti patřili k Církvi adventistů sedmého dne. Věk žen byl 22, 31, 32, 37 a 38 let. Věk muže byl 38 let. Čtyři ženy měly středoškolské vzdělání, jedna žena a muž měli vysokoškolské vzdělání. Šest respondentů mělo českou národnost, jedna žena měla národnost bulharskou. Doba jejího pobytu v České republice byla 9 let. Jedna žena byla svobodná, ostatní vdané, muž byl ženatý (Tabulka 1).

V oblasti otázek týkajících se kulturně svébytného jedince všichni respondenti uvedli, že vyznávají svou víru, ale všichni popřeli existenci církevního chrámu. Všech šest respondentů uvedlo, že jejich náboženství má svá specifika, svátky a rituály, dále všichni adventisté uvedli, že náboženství chybějí vnější znaky, jako např. roucha, pokrývky hlavy apod. Na první pohled tedy adventistu nelze poznat. Všichni

respondenti shodně uvedli možnost studovat a poté vykonávat činnost lékaře nebo sestry. Pět respondentů se domnívá, že jsou ve zdravotnictví respektovány jejich odlišnosti, jedna žena neví. Pokud by jejich zvyky a rituály nebyly zdravotníky respektovány, pak u čtyř respondentů tato skutečnost vyvolává vztek, lítost, nesvobodu, ponižení a pocit netolerance. Zbylé dvě ženy nedovedou popsat pocity vyplývající z této situace (Tabulka 2).

V oblasti zahrnující biologické variace – vnímavost vůči nemocem a onemocnění, odpovídali respondenti takto: výskyt běžných onemocnění byl u všech adventistů nízký, dva uvedli výskyt výjimečný, čtyři uvedli výskyt 1x – 2x za rok. Chronické onemocnění se vyskytlo pouze u jednoho respondenta, závažné onemocnění v rodině se vyskytlo u třech respondentů. Trvalé užívání léků uvedl pouze jeden respondent. Všichni respondenti uvedli nějaký způsob tišení bolesti -tří uvedli tyto možnosti tišení bolesti: klid, modlitba, byliny, koupel a spánek. Dva respondenti uvedli analgetika a jeden uvedl, že nemá bolesti. Všichni respondenti by v případě potřeby užili analgetika (Tabulka 3).

Oblast biologických variací, týkající se upřednostňování jídel a vyhýbání se jídlům, obsahovala tyto informace: všichni adventisté volili specifické potraviny, dva upřesnili, že jde o racionální, zdravou stravu. Jeden respondent byl vegetarián, jeden ovo-lakto-vegetarián, čtyři nebyli vegetariáni. Všech šest respondentů uvedlo jako nedoporučené potraviny maso – zejména vepřové, kávu a alkohol. Čtyři adventisté uvedli, že nemají jídelní obřady, dva uvedli opak. Půsty občas dodržují tři respondenti, tři naopak půsty nedodržují. Pět adventistů občas využije možnost rychlého občerstvení. Počet jídel za den byl u tří respondentů 3, u dvou 4 a u jednoho 3 – 4. Dva respondenti uvedli, že občas jedí ve spěchu, ale všichni se stravují pravidelně. Dva respondenti občas pijí kávu, jeden výjimečně pije černý čaj, ale žádný z nich nepije alkohol (Tabulka 4).

Dále byly zjišťovány údaje týkající se vlivu prostředí a výchovy – obvyklé péče o zdraví. Na otázku co pro respondenta znamená zdraví, uvedli dva respondenti dar od Boha, ostatní uvedli pojmy jako život, harmonie a dobrý biopsychosociální stav. Všichni si zdraví váží, cítí za něj vděčnost a zodpovědnost. Svě zdraví také všichni

ochraňují – nejčastěji zdravým životním stylem. Pokud v rodině někdo onemocní, pak se všech šest respondentů aktivně zapojuje do péče o nemocného rodinného příslušníka. Využívají k tomu byliny, modlitbu, zvýšenou péči, ale také tradiční medicínu a služby lékaře. Všichni jsou schopni a ochotni postarat se o nemocného člena rodiny v domácím prostředí. K ochraně zdraví využívá pět respondentů modlitbu, jeden respondent navíc prosby, poděkování, smíření. Pouze jeden respondent v tomto případě neuvedl žádný rituál k ochraně zdraví. Všichni uvedli, že jejich církve pečují o zdraví. Všech šest respondentů chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři. Čtyři respondenti jsou spokojeni s primární zdravotní péčí, jeden má pocit, že péče je nekomplexní a jeden uvedl dobré i špatné zkušenosti. Dostupnost zdravotní péče vnímají čtyři adventisté jako vyhovující, jeden jako standardní a jeden jako ne zcela vyhovující. Všichni respondenti mají zdravotní pojištění a všichni by souhlasili s podáním transfuze i s transplantací. Pět adventistů uplatňuje alternativní medicínu – zejména byliny, potraviny a vodoléčbu. Žádný z nich neodmítá diagnostické a terapeutické výkony a ani očkování dětí (Tabulka 5a, 5b).

Respondenti se vyjadřovali také k hodnotám. Všichni uvedli na prvním, nejvyšším, místě vztah s Bohem a víru. Ostatní místa již nejsou tak jednoznačná. Na místě druhém uvedli tři respondenti rodinu, dva uvedli zdraví a jeden zodpovědnost. Třetí místo na žebříčku hodnot zaujalo u dvou respondentů zdraví, u dvou kamarádi a kolegové, u jednoho práce a jeden respondent uvedl na tomto místě vděčnost. Na posledních dvou místech se opakují tyto hodnoty: studium, přátelé, zdraví, zaměstnání a bydlení. Je tedy patrné, že víra v Boha a vztah s Bohem hraje v životě adventistů velice významnou roli (Tabulka 6).

V oblasti plánovaného rodičovství zaujali respondenti víceméně jednoznačný postoj. Všichni by zvolili jako místo porodu nemocniční zařízení, všichni odmítají interrupci, kterou by využili pouze v případě ohrožení života matky či závažného poškození plodu. Pět respondentů neuvedlo žádná specifika v těhotenství a šestinedělí, pouze jeden uvedl jako specifikum „2x zdravější život“. V oblasti antikoncepce se odpovědi všech adventistů opět shodovaly – antikoncepce není náboženstvím zakázána. Mimomanželský styk zakázán je, shodli se na tom všichni respondenti, stejně jako na

možnosti adoptovat dítě. Pět respondentů uvedlo, že neexistují žádná specifika v péči o novorozence, jeden uvedl jako specifikum zásady zdravého životního stylu (Tabulka 7).

Specifika umírání u adventistů jsou také téměř jednoznačná. Pět respondentů potvrdilo, existenci obřadů během umírání, všichni se shodli na existenci specifík v péči o umírajícího – jednalo se především o modlitbu a pomazání, všichni uvedli možnost pečovat o umírajícího v domácím prostředí a také možnost obřadu v nemocnici. Žádný z respondentů nesouhlasil s eutanázií. Ani jeden adventista neuvedl specifikum v péči o mrtvé tělo (Tabulka 8).

Takto respondenti pojímali čas: délka spánku byla u čtyř adventistů 7 hodin, u ostatních dvou 6 a 8 hodin. Čas vstávání se u všech respondentů pohyboval od 5.00 hodin do 6.30 hodin. Čtyři adventisté pracovali 6 dní v týdnu, jeden uvedl 5 dní a jedna žena byla na rodičovské dovolené, proto nedovedla určit počet pracovních dní v týdnu. Dva respondenti uvedli 12 hodin práce denně, jeden uvedl 5 – 8 hodin. Ostatní respondenti nedovedli čas pracovních hodin denně přesně určit, neboť jeden z nich neměl pevnou pracovní dobu a výše jmenovaná žena byla na rodičovské dovolené. Tři respondenti se v životě zaměřují na přítomnost, dva na přítomnost a budoucnost a jeden pouze na budoucnost. Pro pět adventistů je podstatné přijímat léky v určený čas, jeden na toto nebere ohled (Tabulka 9).

Sociální začlenění u respondentů bylo následující: jedna žena byla svobodná, muž ženatý a ostatní ženy vdané. Svobodná žena byla bezdětná, tři respondenti měli dvě děti a dva respondenti měli tři děti. Pět respondentů uvedlo jako hlavu rodiny muže, jeden respondent nedovedl určit, kdo je hlavou rodiny. Jeden respondent studoval. Čtyři respondenti nepracovali v oboru, který vystudovali, jeden ano. Pouze jeden adventista nebyl české národnosti, ale národnosti bulharské. Důvodem k pobytu v České republice bylo sloučení rodiny a pracovní situace a neplánuje návrat do země původu (Tabulka 10).

Osobní zóna byla u čtyř respondentů 50 cm, dva nedovedli osobní zónu určit. Všichni adventisté byli spokojeni s prostorovým uspořádáním v nemocnicích (Tabulka 11).

Všichni respondenti se domluvili česky, byli schopni efektivně komunikovat. Český jazyk byl mateřským jazyk u pěti respondentů, jeden respondent měl mateřský jazyk bulharský jazyk (Tabulka 12).

Předposlední oblastí, kterou se rozhovor zabýval, byla specifika při hospitalizaci. Tři respondenti uvedli, že jejich odlišnosti jsou zdravotníky respektovány, pokud je ovšem zdravotníci znají a ví o nich. Dva adventisté se domnívali, že zdravotníci odlišnosti respektují a již nezdůraznili fakt, že zdravotníci musí odlišnosti znát, aby je mohli respektovat. Pouze jeden respondent uvedl, že není třeba, aby zdravotníci respektovali odlišnosti adventistů. Všichni respondenti se shodně domnívali, že zdravotníci jejich církev neznají, a zároveň by si adventisté přáli, aby zdravotníci jejich církev znali. Všech šest respondentů souhlasilo s možností aplikovat víru v nemocnici během hospitalizace, ale pouze jeden z nich by během pobytu v nemocnici vyžadoval službu duchovního. Všichni respondenti požadovali pravdivé informace o svém zdravotním stavu a tytéž informace by měly být poskytnuty i jejich rodině. Žádný z respondentů nevyžadoval ošetřující personál stejného pohlaví, ani jeden respondent nevyhledával zařízení ani zdravotníky stejné víry a všichni by se nechali ošetřit v zařízení odlišného náboženství. U zdravotníků by dva respondenti netolerovali neprofesionální chování, dvěma by vadilo umělé prodlužování života a zbytečné zákroky a dva respondenti nedovedli odpovědět (Tabulka 13a, 13b).

Závěrečná oblast polostrukturovaného rozhovoru se týkala požadavků na nemocniční prostředí. Ani v této oblasti neměli respondenti zvláštní požadavky. Nemocniční pokoj by měl být podle čtyř respondentů klidný, útulný, s přiměřenou teplotou. Dva respondenti žádný požadavek na nemocniční pokoj neměli. Nezbytné narušení intimity by nevadilo ani jednomu z respondentů a pouze jeden z nich by si přál jako spolupacienty výhradně jedince stejného pohlaví. Dva adventisté by požadovali nižší počet nemocných na nemocničním pokoji, dva se domnívají, že optimální počet nemocných je 1 – 3 a dva respondenti nemají žádný požadavek týkající se počtu nemocných na pokoji. Pouze jedné respondentce by vadil projev odlišné víry u spolupacientů. Tři respondenti měli zkušenost s komplikacemi týkajícími se náboženských specifíků. Komplikace se týkaly zejména požadavku na vegetariánskou

stravu. Čtyři adventisté vnímali podávané informace během hospitalizace jako srozumitelné, ostatní ne. Pouze tři respondenti znali práva pacientů a dovedli tak určit, které z práv považují za nejdůležitější – takto označili právo na kontakt s rodinou, profesionální chování a právo na informace. Ve zdravotnictví v České republice by pouze dva respondenti nevyšepšili nic, ostatní by viděli změnu k lepšímu, pokud by se zdravotníci dostatečně vzdělávali v multikulturní oblasti, měli základní informace o Církvi adventistů sedmého dne a v nemocnici by byla zbudována místnost na modlitbu. Jeden respondent nedovedl na tuto otázku odpovědět (Tabulka 14).

Z těchto rozhovorů vplynuly následující hypotézy: *H 1 Sestry nedovedou definovat omezení adventistů, která by vyžadovala specifický přístup během hospitalizace. H 2 Sestry neznají Církev adventistů sedmého dne.* Aby bylo zmapováno, zda mají sestry přehled o základní terminologii, byla stanovena třetí hypotéza. *H 3 Sestry s vysokoškolským vzděláním a vyšším odborným vzděláním znají pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství, na rozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a střední školu a specializaci.* Hypotézy byly ověřovány pomocí nestandardizovaného dotazníku, který byl distribuován sestřám v písecké nemocnici. Výsledky dotazníků byly následující.

Z pohledu věku tvořily největší skupinu sestry ve věku 31 – 40 let (42 %), nejmenší skupinu tvořily respondentky ve věku nad 51 let (16 %) (Graf 1). Z pohledu vzdělání tvořily největší skupinu sestry se středoškolským vzděláním (59 %). Další početnější skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním a specializací (25 %). Vysokoškolské vzdělání mělo ve skupině 8 % sester – bakalářské vzdělání mělo 6 % sester a 2 % respondentek mělo vzdělání magisterské. Vyšší odborné vzdělání mělo 8 % sester (Graf 2). Všechny sestry uvedly národnost českou. Více než polovina sester (53 %) na otázku, vztahující se k víře, uvedla, že je nevěřící. 29 % respondentek bylo věřících. Zbylá skupina sester (18 %) odmítla na tuto otázku odpovědět (Graf 3). Největší část respondentek (30 %) pracovalo ve zdravotnictví poměrně dlouho, a to více jak 20 let. Sester s minimální délkou praxe (méně než 1 rok) byla ve skupině pouhá 3 %. Z těchto dat vplynulo, že 97 % sester má již určité zkušenosti ze zdravotnické praxe (Graf 4). Sester, které znaly termín „multikulturní ošetrovatelství“, bylo více než

polovina (53 %). Nicméně tento termín dovedlo správně definovat pouze 43 % respondentek. Naopak překvapením byl poměrně vysoký počet sester (47 %), které uvedly, že tento pojem neznají a nedovedou vysvětlit (Graf 5). Skupina sester, které znaly pojmem „multikulturní ošetrovatelství“ zahrnovala sestry se středoškolským vzděláním (47 %), středoškolským vzděláním a specializací (24 %), s vyšším odborným vzděláním (15 %) i vysokoškolačky (14 %) (Graf 6). Skupina respondentek, které nedovedly definovat termín „multikulturní ošetrovatelství“ měly vzdělání středoškolské (73 %) a středoškolské se specializací (27 %). V tomto případě se ve skupině respondentek vůbec nevyskytovaly sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (Graf 7). V souvislosti s předchozím zjištěním bylo ještě hodnoceno, jaký je věk sester, které znaly termín „multikulturní ošetrovatelství“ Zajímavé bylo zjištění, že většina těchto respondentek (79 %) byla nižšího věku - do 40 let (Graf 8). Naopak sestry, které pojem „multikulturní ošetrovatelství“ neznaly a tudíž jej nedovedly popsat, patřily do věkové skupiny 41 let a výše. Těchto respondentek bylo ve sledovaném souboru 60 % (Graf 9). Definovat termín „transkulturní ošetrovatelství“ bylo pro sestry náročnější, než definovat termín předchozí, neboť jej dovedlo správně popsat pouze 23 % respondentek (Graf 10). Opět bylo zjišťováno jaké vzdělání měly sestry, které byly schopny správně popsat pojem „transkulturní ošetrovatelství“. Odpovídající znalosti měly respondentky se vzděláním středoškolským, se specializací, diplomované specialistky a vysokoškolačky (Graf 11). Skupina respondentek, které termín „transkulturní ošetrovatelství“ neznaly a nedovedly jej popsat, nezahrnovala vysokoškolačky magistry. Největší část této skupiny tvořily sestry se středoškolským vzděláním (70 %) (Graf 12). Příjemné bylo zjištění, že většina sester (85 %) měla zájem o informace týkající se ošetrování příslušníků jiných kultur, národností a náboženství (Graf 13). Malá část sester, které uvedly, že nemají zájem o informace, týkající se multikulturního ošetrovatelství, zahrnovala středoškolačky (78 %), sestry specialistky (19 %) a sestry s vyšším odborným vzděláním (3 %). Vysokoškolsky vzdělané sestry v této skupině nebyly (Graf 14). Skupina respondentek, majících zájem o vzdělávání, které se týká se multikulturního ošetrovatelství, zahrnuje všechny typy vzdělání – od středoškolsky po vysokoškolsky vzdělané sestry, včetně sester s vyšším

odborným vzděláním (Graf 15). Sestry uváděly, jakým způsobem získávaly informace týkající se multikulturního ošetrovatelství. V tomto případě mohly respondentky volit více odpovědí, nicméně nejčastěji sestry využívaly internetové zdroje (Graf 16). Sestry se vyjadřovaly k otázce, zda je pro ně, podle jejich názoru, důležité sebevzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství - 70 % sester uvedlo, že se domnívá že ano (Graf 17). Velká část respondentek (74 %) se domnívalo, že sestra obecně by měla být vzdělaná v oblasti multikulturního ošetrovatelství (Graf 18). Velká část sester (83 %) měla zkušenost s ošetřováním pacienta odlišné kultury (Graf 19). Nejvíce sester (57 %) mělo během ošetřování tohoto klienta problémy v oblasti komunikace, nejméně sester (7 %) mělo potíže v souvislosti s odlišnými návyky a chováním pacienta (Graf 20). Nadpoloviční skupině respondentek (54 %) nevadilo ošetřování tohoto pacienta, ostatní sestry (35 %) vnímaly během ošetřování nejistotu a obavy, zbývající část sester (11 %) chápala ošetřování tohoto klienta jako výzvu (Graf 21). Skupina sester, které uvedly, že během ošetřování klientů odlišných kultur vnímají nejistotu a obavy, zahrnuje 80 % sester, které i přes zmiňované negativní pocity, mají zájem o informace týkající se multikulturního ošetrovatelství (Graf 22). Téměř polovina sester (45 %) se domnívala, že sestry v nemocnicích České republiky berou ohled na specifické potřeby pacientů odlišných kultur. Na tuto otázku nedovedlo odpovědět 41 % sester (Graf 23). Zda je brán ohled na specifické potřeby pacientů odlišných kultur, národností a náboženství přímo na pracovišti sester písecké nemocnice, odpovídaly respondentky v další položce dotazníku. Nadpoloviční většina sester (68 %) se domnívala, že na jejich oddělení se bere ohled na specifické potřeby těchto pacientů, pouze 15 % sester mělo opačný názor a 17 % respondentek nebylo schopno odpovědět (Graf 24). Velká část respondentek (67 %) neznala Církev adventistů sedmého dne a 27 % sester uvedlo, že o církvi pouze slyšely a neví nic bližšího. Pouze malá skupina sester (6 %) církev blíže znala (Graf 25). Většina sester (86 %) nevěděla kdo se označuje jako „adventista“, pouhých 11 % sester tento termín znalo. Téměř zanedbatelnou část výzkumného souboru (3 %) tvořily sestry, které chybně uvedly, že adventista je totéž co jehovista (Graf 26). Malá část sester (13 %) věděla, že Církev adventistů sedmého dne působí v Písku. Ostatní sestry (87 %) tyto informace neměly (Graf 27). Nadpoloviční většina sester (53 %) nevěděla, jaká omezení

adventistů by vyžadovala specifický přístup sestry během hospitalizace. 34 % respondentek se dokonce domnívalo, že žádná taková omezení neexistují a nejméně sester (13 %) uvedlo, že omezení během hospitalizace adventisté mají (všechny sestry uvedly jako omezení bezmasou stravou) (Graf 28). Je škoda, že pouze minimální počet sester (10 %) věděl o společensky přínosných činnostech Církve adventistů sedmého dne, respondentky správně uvedly jako příklad humanitární organizaci ADRA. Ostatní sestry (90 %) neznaly žádné aktivity této církve (Graf 29). Na závěr bylo zjišťováno, zda by sestry měly zájem o stručnou příručku či přehled, kde by našly informace o Církvi adventistů sedmého dne. Příjemné bylo zjištění, že většina sester (77 %) by tyto informace přivítala (Graf 30).

Pomocí χ^2 testu byla potvrzena statisticky významná závislost mezi znalostí termínu „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester. Bylo prokázáno, že sestry s vysokoškolským vzděláním a s vyšším odborným vzděláním znají tento termín na rozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a středoškolské vzdělání se specializací. V tomto případě se potvrdila alternativní hypotéza, která říká, že existuje závislost mezi znalostí pojmů „multikulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

Dále bylo pomocí χ^2 testu zjišťováno, zda existuje statisticky významná závislost mezi znalostí pojmu „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester. Opět bylo prokázáno, že sestry s vysokoškolským vzděláním a s vyšším odborným vzděláním znají tento termín na rozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a středoškolské vzdělání se specializací. Také v tomto případě se potvrdila alternativní hypotéza, která říká, že existuje závislost mezi znalostí pojmů „transkulturní ošetřovatelství“ a vzděláním sester.

χ^2 test byl dále využit pro ověření existence statisticky významné závislosti mezi vírou sester a jejich znalostí CASD. V tomto případě nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi vírou sester a znalostí CASD. Zde byla potvrzena nulová hypotéza, která říká, že neexistuje souvislost mezi vírou sester a jejich znalostí církve.

Výzkumná část trvala několik měsíců a po jejím skončení lze konstatovat, že *cíle práce byly splněny*.

Cíl 1. Podařilo se *získat informace, které jsou nezbytné pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče příslušníkům Církve adventistů sedmého dne*. Tyto informace byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s adventisty. Tímto způsobem byly zjištěny nejzákladnější informace a specifika, která by měla sestra znát při poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Získané informace se týkaly kulturně svébytného jedince – zejména projevů víry, svátků a rituálů, vnímavosti vůči nemocem a onemocnění, specifík ve stravování, pečování o zdraví, hodnotové orientace, plánovaného rodičovství, umírání, pojetí času a prostoru, komunikace a specifík při hospitalizaci včetně požadavků na nemocniční prostředí.

Cíl 2. Byla *identifikována očekávání a možné problémy související s hospitalizací členů Církve adventistů sedmého dne*. Také k tomuto cíli se dospělo díky informacím z rozhovorů. Respondenti hodnotili zdravotníky, způsob podávání informací, dostupnost zdravotní péče, primární zdravotnickou péči, práva pacientů, možnost pravdivého poskytování informací o zdravotním stavu a požadavky na nemocniční personál a na vybavení nemocničního pokoje. Možné problémy související s hospitalizací adventistů byly zjišťovány dotazy na téma podávání transfuzí, transplantací, tolerance k projevům odlišné víry, využívání alternativní medicíny, očkování, odmítnutí či neodmítnutí diagnostických/terapeutických výkonů.

Získané informace byly následně využity pro tvorbu procesuálního standardu ošetrovatelské péče s názvem Ošetrovatelská péče u nemocného člena Církve adventistů sedmého dne.

Cíl 3. *Zjistit znalosti zdravotnických pracovníků týkající se Církve adventistů sedmého dne* byl také splněn a to pomocí nestandardizovaného dotazníku, který byl rozdán sestřím písecké nemocnice. Dotazník odhalil informovanost sester vztahující se nejen k CASD, ale i k odborných termínům a sestry zde vyjadřovaly své názory na vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství a zkušenosti s ošetřováním pacienta odlišné kultury, národnosti, náboženství.

Na základě analýzy odpovědí adventistů je zde předložena odpověď na první výzkumnou otázku. *1. Vyžaduje nemocný člen CASD odlišný přístup sestry během ošetřování?* Odlišný přístup se týká specifík ve stravování (vegetariánská strava - a to

pouze u některých adventistů, vynechání vepřového masa) a v péči o umírajícího či těžce nemocného (pomazání, služby duchovního). Nicméně tyto požadavky nejsou tak náročné, aby sestra byla nucena do výrazně odlišného způsobu práce, který by ji nadměrně zatěžoval. Pokud bude sestra seznámena s ošetrovatelským standardem týkajícím se ošetřování adventisty, pak ji tato situace nemůže zaskočit a pacient pozná, že sestra je zasvěcena do problematiky. Tento stav zajisté přinese efektivní komunikaci a vztah mezi sestrou a nemocným bude založen na důvěře. Opačná situace vyvolá nejistotu a sestra jen těžce uspokojí potřeby pacienta.

Na základě analýzy odpovědí adventistů je zde předložena odpověď na druhou výzkumnou otázku. *Je hospitalizovaný člen CASD zdrojem možných problémů?* Možné problémy související s hospitalizací se týkají projevů víry pacienta, tolerance spolupacientů odlišné víry, odlišného vnímání času a osobní zóny, rituálů a obřadů, odmítání diagnostických/terapeutických výkonů, odmítání transfuzí, transplantací a očkování, dále odmítání léků, antikoncepce, problémy související s narušením intimity a ošetrovatelským personálem odlišného pohlaví. Adventista není v tomto směru zdrojem problémů. Toleruje projevy odlišné víry, jeho projevy víry nejsou pro okolí zátěží – během hospitalizace nejsou nutné modlitebny ani služby duchovního, i když služby duchovního by měla sestra nemocnému nabídnout. Adventista nevnímá odlišně čas, ale je nutné brát v úvahu jeho vztah k sobotě. Osobní zóna není také nějak výjimečná, stejně jako rituály a obřady, které ne všichni vyžadují. Neodmítá diagnostické ani terapeutické výkony, léky, antikoncepci, nemá zvláštní požadavky na zdravotníky, zdravotnická zařízení, ani na podmínky pro vyznávání své víry. Narušení intimity na nezbytně nutnou dobu není u adventistů chápáno jako problém. S eutanázií nesouhlasí. Sestra si musí být vědoma toho, že každý člověk je individuální. Proto se i jednotliví adventisté mohou ve výše jmenovaných oblastech lišit a záleží pouze na sestře, zda svou profesionalitou zajistí nemocnému odpovídající a vyhovující podmínky.

Na základě analýzy odpovědí adventistů je zde předložena odpověď na třetí výzkumnou otázku. *Jak vnímají adventisté současný přístup zdravotníků?* Rozhovory odhalily, že adventisté vnímají současný přístup zdravotníků uspokojivě. Odlišnosti adventistů jsou zdravotníky tolerovány, informace jsou z větší části poskytovány

srozumitelně, zdravotníky na stupnici 1 – 5 (kde 1 = nejlepší, 5 = nejhorší) zhodnotily průměrem 1,8. Primární zdravotnickou péči z větší části vnímali jako vyhovující, stejně tak dostupnost zdravotní péče. Negativní zkušenost měli někteří adventisté v souvislosti s vegetariánskou stravou, kterou sestra objednala až s časovou prodlevou. Všichni adventisté se shodli, že zdravotníci neznají jejich církev, a přáli by si, aby alespoň základní informace zdravotníci měli.

H 1 Sestry nedovedou definovat omezení adventistů, která by vyžadovala specifický přístup během hospitalizace - byla potvrzena. A to na základě vytvořeného nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. 53 % sester nevědělo jaká omezení adventistů by vyžadovala specifický přístup sestry během hospitalizace. 34 % sester se dokonce domnívalo, že žádná omezení neexistují.

H 2 Sestry neznají Církev adventistů sedmého dne - byla potvrzena. Opět na základě vytvořeného nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. 67 % sester neznalo Církev adventistů sedmého dne, 27 % sester o církvi pouze slyšelo, ale nevěděly nic bližšího.

H 3 Sestry s vysokoškolským vzděláním a s vyšším odborným vzděláním znají pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství narozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a střední školu se specializací – byla potvrzena. Výsledky dotazníkového šetření a zjišťování statisticky významných vztahů pomocí χ^2 testu ukázaly, že sestry s vysokoškolským vzděláním a vyšším odborným vzděláním znají oba termíny na rozdíl od sester se středoškolským vzděláním a střední školou se specializací. V tomto případě byla potvrzena i statisticky významná závislost – znalost termínů závisí na vzdělání sester.

Rozhovory s adventisty potvrdily většinu teoretických poznatků čerpaných použité literatury, jako zásady zdravého životního stylu a vegetariánství, které dodržují nebo se snaží dodržovat (8, 32, 61, 62, 63), zachovávání soboty (49), také to, že adventisté jsou díky svému zdravému životnímu stylu často zkoumanou skupinou v oblasti zdravého životního stylu (4, 7, 9, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 55, 56, 71, 74, 77, 82, 95, 96, 97,128). Velmi mě překvapila aktivita adventistů, jejich společensky přínosné kroky – humanitární organizace ADRA a její popularita ve společnosti mluví

za sebe, Cena Michala Velíška, sdružení podporující mládež, děti, zdraví, zdravou výživu, podpora nemocných a závislých lidí a mnoho dalších.

Některé teoretické poznatky z použité literatury nevyplývaly z rozhovorů s adventisty a nebyly jimi tak potvrzeny, zejména údaj, že adventisté odmítají užívání léků (60). Rozhovory s respondenty, s velmi příjemnými lidmi, mě utvrdily v tom, že jejich životní styl je to, co jim naprosto vyhovuje, a údaje z použité literatury, jako nekompromisní dodržování adventistických příkazů některými sbory či jednotlivci, které by se v některých případech jevily jako necitlivé pro rodinné vztahy (124), by u nich nejspíš nenastaly, neboť životní styl sdílí celá rodina, a zdá se že v naprostém souladu a harmonii. Adventisté se nezmínily ani o tom, že by odmítali zdravotní péči v sobotu (124). Vojtíšek uvádí jako necitlivé některé misijní metody, které zastírají svůj původ v této církvi (124). Byla jsem přítomna na přednášce pořádané CASD a leták nabízející různá, a k zamyšlení velmi zajímavá, témata byl viditelně označen názvem pořadatele, tj. CASD, ADRA a občanské sdružení Život a zdraví, tudíž nezastíral původ pořadatele (Příloha 10). Domnívám se, že každý z nás je osobností s individuálními názory a zkušenostmi. Proto je naprosto přirozené, že kdokoliv z CASD může mít své názory a zkušenosti, které se budou lišit od našeho očekávání a budou se lišit od údajů, které jsme získali v literatuře.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit informace nezbytné pro kvalitní ošetrovatelskou péči u nemocného člena Církve adventistů sedmého dne, identifikovat očekávání a možné problémy související s hospitalizací adventistů a zjistit znalosti sester týkající se Církve adventistů sedmého dne. Cíle práce byly splněny. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1. Vyžaduje nemocný člen CASD odlišný přístup sestry během ošetřování? 2. Je hospitalizovaný člen CASD zdrojem možných problémů? 3. Jak vnímají adventisté současný přístup zdravotníků? Z kvalitativní části výzkumu vyplynuly hypotézy, které byly v další části práce ověřovány. H 1 Sestry nedovedou definovat omezení adventistů, která by vyžadovala specifický přístup během hospitalizace. H 2 Sestry neznají Církev adventistů sedmého dne. Byla stanovena třetí hypotéza. H 3 Sestry s vysokoškolským a

vyšším odborným vzděláním znají pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství narozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a střední školu a specializaci.

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky. 1. Nemocný člen CASD vyžaduje odlišný přístup sestry během ošetřování týkající se zajištění vegetariánské stravy včetně pitného režimu a přístupu k těžce nemocným a umírajícím. 2. Hospitalizovaný člen CASD není zdrojem problémů. 3. Adventisté vnímají současný přístup zdravotníků veskrze pozitivně. Výzkumným šetřením byly ověřovány hypotézy. H 1 se potvrdila, sestry nedovedou definovat omezení adventistů, která by vyžadovala specifický přístup během hospitalizace. H 2 se potvrdila, sestry neznají Církev adventistů sedmého dne. H 3 se také potvrdila, sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním znají pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství na rozdíl od sester, které mají středoškolské vzdělání a střední školu a specializaci a pojem neznají.

Analýza dat ukázala, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vírou sester a znalostí CASD. Naopak statisticky významná závislost se ukázala ve vztahu mezi vzděláním sester a znalostí pojmu multikulturní/transkulturní ošetrovatelství.

Výsledky šetření poukazují mimo jiné i na zájem sester dovědět se základní informace o Církvi adventistů sedmého dne. A dále výsledky poukazují i na to, že adventisté by velmi přivítali, kdyby sestry znaly jejich církve a jejich specifika.

Následuje ošetrovatelský standard s názvem Ošetrovatelská péče u klienta/pacienta člena Církve adventistů sedmého dne ve zdravotnických zařízeních. Tento standard byl konzultován s hlavní sestrou Nemocnice Písek, které bude poskytnut a bude tak nápomocen sestrám při ošetrovatelské péči o tohoto nemocného.

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Název standardu:

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTA/PACIENTA ČLENA CÍRKVE ADVENTISTŮ SEDMÉHO DNE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Charakteristika standardu:	Rámcový procesuální standard ošetřovatelské péče
Ošetřovatelský cíl:	Specifika ošetřovatelské péče poskytované členům Církve adventistů sedmého dne
Skupina péče:	Pacienti / klienti (P/K) – členové Církve adventistů sedmého dne (CASD)
Určeno pro:	sestry/porodní asistentky/zdravotnický asistent
Odpovědnost za realizaci:	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
Platnost standardu od:	
Frekvence kontroly:	Nejméně 1x za 2 roky, průběžně, nepravidelně
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná:	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Podpis zodpovědného pracovníka:	Vedoucí sestra / odborný zástupce / manažer/ka ošetřovatelství
Standard vytvořil:	Mgr. Martina Válová
Odborný garant:	
Schválil Náměstek pro ošetřovatelskou péči – hlavní sestra	

KRITERIA STRUKTURY:

S 1 Pracovníci: sestra / porodní asistentka / zdravotnický asistent (dále jen sestra)

S 2 Prostředí: zdravotnická zařízení

S 3 Dokumentace: zdravotnická / ošetrovatelská dokumentace

KRITERIA PROCESU:

Sestra

P1 Má základní znalosti o Církvi adventistů sedmého dne (dále jen CASD), pacientovi / klientovi (dále jen P/K) příslušníkovi CASD:

Náboženství: křesťanské, vyznávají Ježíše Krista

Adventisté snaží se žít podle doporučení Bible, sobota pro ně znamená den volna a sváteční den. Církev je známá podporováním zdravého životního stylu a životosprávy, doporučováním vegetariánské stravy. Církev nedoporučuje kávu, alkohol, drogy a jiné návykové látky. Adventisté nemají žádné transparentní znaky náboženství. CASD je spojena s humanitární organizací ADRA a spoustou jiných aktivit, které jsou přínosné pro mládež i dospělé.

P 2 Udělá si na P/K čas.

P 3 Zajistí podmínky vhodné pro rozhovor.

P 4 Vhodně naváže kontakt, představí se.

P 5 Řádně P/K osloví, zeptá se jak si přeje být oslovován.

P 6 Podá P/K ruku.

P 7 Hovoří srozumitelně, nepoužívá odborné ani slangové výrazy, nezvyšuje hlas, užívá slov prosím a děkuji.

P 8 Naslouchá P/K empaticky a s pochopením, umožní P/K vyjádřit vlastní názor na problém.

P 9 Otázky klade tak, aby na ně P/K mohl v klidu odpovídat.

P 10 Ujistňuje se, že jí P/K vše rozuměl.

P 11 Uvědomuje si význam neverbální komunikace, jak na své straně, tak na straně P/K. Při komunikaci užívá oční kontakt, úsměv, event. dotyky.

P 12 Je informovaná o tom, že hlavou rodiny bývá muž, ale důležitý je partnerský vztah a spolupráce mezi partnery.

P 13 Je si vědoma toho, že členové CASD jsou křesťané a na prvním místě je u nich láska k Bohu a svůj život se snaží žít podle Bible.

P 14 Ví, že P/K člen CASD se zaměřuje na přítomnost a budoucnost.

P 15 Uvědomuje si, že velký důraz u CASD je kladen na zdravou životosprávu.

P 16 Zná stravovací návyky a respektuje upřednostňování vegetariánské stravy u P/K člena CASD. Adventisté dodržují zásady zdravé výživy, nepřejídají se, jí většinou 3x denně. Vyhýbají se vepřovému masu. Někteří adventisté nemusejí být vegetariáni. Adventisté se mohou stravovat v restauracích. Nepijí alkohol, černý čaj a kávu.

P 17 Zajistí P/K vegetariánskou stravu.

P 18 Ví, že CASD nedoporučuje věřícím alkohol, kávu a jiné návykové látky.

P 19 Je si vědoma toho, že pro P/K je důležité dodržovat čas při užívání léků.

P 20 Ví, že P/K v zásadě neodmítá žádné diagnostické či terapeutické postupy.

P 21 Je informována, že P/K adventista není proti podání transfúze ani krevních derivátů. Není ani proti transplantacím (dárčovství či přijetí orgánu).

P 22 Ví, že rodina je schopna postarat se o svého nemocného člena.

P 23 Ví, že narušení intimity na nezbytně nutnou dobu při nezbytném výkonu P/K nevadí, ale i tak respektuje stud P/K a zajistí soukromí

P 24 Je si vědoma toho, že P/K člen CASD nemá žádná specifika v graviditě ani v šestinedělí. Adventisté upřednostňují porody v nemocničním zařízení.

P 25 Je informovaná o tom, že s umíráním u P/K člena CASD může být spojeno pomazání, modlitby a služby duchovního. Duchovní nemusí patřit k Církvi adventistů sedmého dne. Adventisté preferují umírání doma, či hospicovou péči.

P 26 Ví, že také P/K člen CASD se závažnou nemocí může vyžadovat pomazání a/nebo služby duchovního.

P 27 Je informována o tom, že P/K člen CASD dodržuje sobotu jako den sváteční a den odpočinku. Konzultuje s P/K ošetřovatelské zásahy, které vycházejí na sobotu.

P 28 Ví, že P/K nemá specifické nároky na vybavení nemocničního pokoje.

P 29 Je si vědoma, že P/K člen CASD nemá výhrady k projevům odlišné víry u spolupacientů.

P 30 Seznámí P/K s Právy hospitalizovaných pacientů.

KRITERIA VÝSLEDKU:

V 1 P/K člen CASD je informovaný a spolupracuje.

V 2 P/K člen CASD má vypracovaný ošetrovatelský plán a aktivně se podílí na jeho realizaci.

V 3 V dokumentaci P/K člena CASD jsou zaznamenány údaje nezbytné pro kvalitní ošetrovatelskou péči.

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

Vyhodnocení splnění standardu ošetřovatelské péče zaměřené na ošetřování P/K člena CASD ve zdravotnických zařízeních.

Oddělení:

Auditoři:

Datum:

Metody auditu:

• Otázka pro sestru • Otázka pro P/K, rodinu • Pozorování P/K, sestry • Kontrola ošetřovatelské dokumentace

Metoda	Kontrolní kritérium	Sestra
Dotazem na sestru	Je na oddělení k dispozici standard ošetřovatelské péče: Ošetřovatelská péče o P/K člena CASD?	
Dotazem na sestru	Dovedete definovat CASD?	
Dotazem na sestru	Představila jste se P/K?	
Dotazem na sestru	Zajistila jste vhodné podmínky pro rozhovor?	
Dotazem na sestru	Podala jste P/K ruku?	
Dotazem na sestru	Hovořila jste zřetelně a vyvarovala jste se používání odborných a slangových výrazů?	
Dotazem na sestru	Ujistila jste se, že Vám P/K vše rozuměl?	
Dotazem na sestru	Užila jste vhodně neverbální komunikaci?	
Dotazem na sestru	Umožnila jste P/K vyjádřit vlastní názor na problém?	
Dotazem na sestru	Co znamená, že P/K je křesťan?	
Dotazem na sestru	Víte, že P/K klade důraz na zdravou životosprávu?	
Dotazem na sestru	Znáte stravovací návyky P/K?	
Dotazem na sestru	Pije P/K alkohol, kávu a černý čaj?	
Dotazem na sestru	Respektovala jste stud P/K, zajistila mu soukromí?	
Dotazem na sestru	Seznámila jste P/K s jeho právy?	
Dotazem na sestru	Zajistila jste vegetariánskou stravu?	

Metoda	Kontrolní kritérium	Sestra
Dotazem na P/K	Byl seznámen s Právy pacientů?	
Dotazem na P/K	Objednala sestra vegetariánskou stravu?	
Dotazem na P/K	Zná P/K léčebný a ošetrovatelský plán a spolupracuje?	
Pozorování sestry	Zapojila se sestra aktivně do ošetrování P/K?	
Pozorování sestry	Komunikovala profesionálně s P/K?	
Pozorování sestry	Využila znalostí o CASD během ošetrování P/K?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Je záznam opatřen razítkem a podpisem sestry, která záznam provedla?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Jsou v dokumentaci zaznamenané potřebné údaje související s ošetrovatelskou péčí?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Je u každého záznamu datum zápisu?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Jsou záznamy čitelné?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Je formulář v dokumentaci pacienta opatřen razítkem oddělení?	
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	Je formulář v dokumentaci pacienta opatřen pořadovým číslem listu?	
Celkem získaných bodů		

Hodnocení: Za každou správnou odpověď získá sestra 1 bod.

Výsledky: 27 – 24 bodů – výborná péče, 23 – 20 bodů – vyhovující péče,
19 – 15 bodů – nekomplexní péče, 14 bodů a méně – nevyhovující péče

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADRA.
URL: <<http://www.adra.cz/adra/cz/>> [cit. 2010-01-04]
2. *Advent – Orion*.
URL: <<http://www.adventorion.cz/o-nas>> [cit. 2010-02-05]
3. *Adventisté sedmého dne ve stručnosti*.(informační leták) Místo vydání neuvedeno, vydavatel Církev adventistů sedmého dne, 2007. ISBN neuvedeno
4. ALI, H., K., NAIDOO, A.: Sex education sources and attitudes about premarital sex Seventh-Day Adventist youth. *Psychological reports*, February 1999, roč. 84, č. 1, s. 312. ISSN 0033-2941
5. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z.: *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nukleus HK®, 2005. ISBN 80-86225-63-1
6. AWRADIO. *Internetové rádio jinak*.
URL: <<http://www.awr.cz/o-nas/>> [cit. 2010- 01- 10]
7. BRATHWITE, N., FRASER, H., S., MODESTE, N. a kol.: Obesity, diabetes, hypertension, and vegetarian status among Seventh-Day Adventists in Barbados: preliminary results. *Ethnicity & disease*, měsíc neuveden, 2003, roč. 13, č. 1, s. 34-39. ISSN 1049-510X
8. BOHM, D.: Zamyšlení nad vonícím talířem. *Advent*, červen 2008, roč. neuveden, č. 6, s. 32-33. ISSN 1210-3365
9. BUETTNER, D.: Tajemství dlouhého života. *National Geographic*, listopad 2005, roč. neuveden, č. neuvedeno, s. 48-72. ISSN 1213-9394
10. *Dětská sobotní škola Církve adventistů sedmého dne*.
URL: <http://deti.casd.cz/?page_id=740> [cit. 2010-03-28]
11. DOLEČEK, A.: Hospodin je Bohem zázraků aneb založení školy Eliáš. *Advent*, červenec 2008, roč. neuveden, č. 7, s. 35-36. ISSN 1210-3365
12. DOLEŽAL, J., X.: Střední adventistická. *Reflex*, březen 2010, roč. XXI, č. 09, s. 34-37. ISSN 0862-6634

13. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: ADRA je tu pro druhé. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s. 88-93. ISBN 978-80-7172-186-4
14. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Advent-Orion nakladatelství a vydavatelství. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.104. ISBN 978-80-7172-186-4
15. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: AWRÁDIO internetové rádio jinak. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.102. ISBN 978-80-7172-186-4
16. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: HopeTV – svět očima naděje. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno s.103. ISBN 978-80-7172-186-4
17. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Kaplanská služba. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno s.113 - 114. ISBN 978-80-7172-186-4
18. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Komunitní centra. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.115-121. ISBN 978-80-7172-186-4
19. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Korespondenční kurz. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.106-107. ISBN 978-80-7172-186-4
20. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Křesťanská základní škola Elijáš je pro každého. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.94. ISBN 978-80-7172-186-4
21. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Oddělení mládeže – České sdružení. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno s.98. ISBN 978-80-7172-186-4
22. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Oddělení mládeže – Moravskoslezské sdružení. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.105. ISBN 978-80-7172-186-4

23. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: O.s. Život a zdraví. *Křesťanem dnes...*
První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.105. ISBN 978-80-7172-186-4
24. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Pathfinder. *Křesťanem dnes...* . První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.96 – 97. ISBN 978-80-7172-186-4
25. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: Teologický seminář. *Křesťanem dnes...*
První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s.108 – 109. ISBN 978-80-7172-186-4
26. DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.:Vězeňská duchovenská péče. *Křesťanem dnes...* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s. 110-112. ISBN 978-80-7172-186-4
27. DUDA, D.: Kříž a církev. *Advent*, srpen 2008, roč. neuveden, č. 8, s. 6-10. ISSN 1210-3365
28. *Ekumenická rada církví v České republice.*
URL:
<<http://www.ekumenickarada.cz/index.php?setlang=1&setlang=1&ID=1701>>
[cit. 2010-03-25]
29. *Elijáš křesťanská mateřská a základní škola.*
URL: <http://www.zselijas.cz/cs> [cit. 2010-03-14]
30. FARKAŠOVÁ, D., KUBICOVÁ, L.: Kvalita a standardizace ošetrovatelské péče.
In *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-182-4 (1. slov.vyd.), ISBN 80-8063-227-8 (1. čes. vyd.)
31. FARKAŠOVÁ, D., MUSILOVÁ, M.: Transkulturní ošetrovatelství. In *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-182-4 (1. slov.vyd.), ISBN 80-8063-227-8 (1. čes. vyd.)
32. FOSTER, V., W.: *New start*. Praha: Advent-Orion, 1993. ISBN 80-7172-000-3
33. FRASER, G., E.: Association between diet and cancer, ischemic hearth disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white Kalifornia Seventh-Day Adventists. *The American journal of clinical nutrition*, September 1999, roč. 70, č. 3, s. 532S-538S. ISSN 0002-9165

34. FRASER, G., E.: Diet as primordial prevention in Seventh- Day Adventists. *Preventive medicine*, December 1999, roč. 29, č. 6, s. 18-23. ISSN 0091-7435
35. FRASER, G., E., LINDSTED, K., D., BEESONW., L. a kol.: Validity of dietary recall over 20 years among Kalifornia Seventh-Day Adventists. *American journal of epidemiology*, October 1998, roč. 148, č. 8, s. 808-810. ISSN 0002-9262
36. FRASER, G., E., SINGH, P., N., BENNETT, H.: Variables associated with cognitive function in elderly Kalifornia Seventh-Day Adventists. *American journal of epidemiology*, June 1996, roč. 143, č. 12, s. 1181-1190. ISSN 0002-9262
37. GROHAR-MURRAY, M., E., DICROCE, H. R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0267-3
38. HARMAN, S., K., PARNELL, W., R.: The nutritional health of New Zealand vegetarian and non-vegetarian Seventh-Day Adventists: selected vitamin, minerál and lipid levels. *The New Zealand medical journal*, March 1998, roč. 111, č. 1062, s. 91-94. ISSN 0028-8446
39. HAVLÍK, J., VURM, V.: *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-725-5
40. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5
41. HEUCH, I., JAKOBSEN, B., K., FRASER, G., E.: A kohort study found that earlier and longer Seventh-day Adventist church membership was associated with reduced male mortality. *Journal of clinical epidemiology*, Januar 2005, roč. 58, č. 1, s. 83-91. ISSN 0895-4356
42. *HopeTV*.
URL: < <http://www.hopetv.cz/o-nas> > [cit. 2010-02-12]
43. HOPKINS, G., L., HOPP, J., W., MARSHAK, H., P. a kol.: AIDS risk among students attending Advent-Day Adventist school, in North America. *The Journal of school health*, Apríl 1998, roč. 64, č. 4, s. 141-145. ISSN 0022-4391
44. HORŇÁKOVÁ, A.: Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*, září 2008, roč. 18, č.9, s.23-24. ISSN 1210-0404

45. HRDINKA, D.: Radostné srdce hojí rány, kdežto ubitý duch vysušuje kosti. *Advent*, květen 2008, roč. neuveden, č. 5, s. 2-5. ISSN 1210-3365
46. HUGUES, R.: *Culture of Complaint. The Fraying of America*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1993. ISBN-10:1871272076, ISBN-13:9781871272079
47. IVANOVÁ, K.: Základní pojmový aparát. In *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1
48. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J.: *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1
49. *Jak zachovávat sobotu*.
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/sobotasmer.html>> [cit. 2010-03-23]
50. JANÁČKOVÁ, L.: *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7397-179-6
51. JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2
52. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-390-2
53. KÁBRT, J., KÁBRT, J. jr: *Lexicon medicum*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-10-8
54. KALVÍNSKÁ, E., OPATRŇY, A., VÍCHOVÁ, J.: První zkušenosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích. *Sestra*, červen 2009, roč. 19, č. 6, s. 18-20. ISSN 1210-0404
55. KAMIENESKI, R., BROWN, C., M., MITCHELL, C. a kol.: Health benefits achieved through the Seventh-Day Adventist Wellness Challenge program. *Alternative therapies in health and medicine*, November 2000, roč. 6, č. 6, s. 65-69. ISSN 1078-6791
56. KENT, L., M., WORSLEY, A.: Does the prescriptive lifestyle of Seventh-day adventists provide 'imunity' from the secular effects of changes in BMI?. *Public health nutrition*, duben 2009, roč. 12, č. 4, s. 472 – 480. ISSN 1368-9800
57. KNIGHT, G., R.: *Adventismus v proměnách času*. Praha: Advent-Orion, 1999. ISBN 80-7172-553-6

58. KNIGHT, G. R.: *Hledání identity – vývoj věrouky adventistů sedmého dne*. Praha: pro nakladatelství Advent-Orion vydalo nakladatelství Luxpress, 2007. ISBN 978-80-7130-136-3
59. KOBER, L.: Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*, říjen 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404
60. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-2, ISBN 0-201-09202-6 (angl. orig.)
61. KULHAVÝ, J.: Duchovní rozměr vegetariánství. *Advent*, duben 2008, roč. neuveden, č. 4, s. 29-30. ISSN 1210-3365
62. KULHAVÝ, J.: Důvody pro vegetariánství jsou relativní. *Advent*, červen 2008, roč. neuveden, č. 6, s. 29 – 32. ISSN 1210-3365
63. KULHAVÝ, J.: Etický rozměr vegetariánství. *Advent*, březen 2008, roč. neuveden, č. 3, s. 30-33. ISSN 1210-3365
64. KUTNOHORSKÁ, J: Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče. In *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1
65. LINHART, J.: *Slovník cizích slov pro nové tisíciletí*. Litvínov: Dialog, 2004. ISBN neuvedeno
66. MASTILIAKOVÁ, D.: Transkulturní ošetrovatelské zhodnocení. Aplikace kulturně specifických ošetrovatelských modelů. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. (učební texty) Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. ISBN neuvedeno

67. MASTILIAKOVÁ, D.: Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče: jejich význam, zaměření a historická hlediska. In: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství.* (učební texty) Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. ISBN neuvedeno
68. MASTILIAKOVÁ, D., KUTNOHORSKÁ, J., ADAMCZYK, R. a kol.: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství.* (učební texty) Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. ISBN neuvedeno
69. MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M.: Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*, září 2009, roč. 19, č. 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404
70. *Mediální strategie Česko-Slovenské unie.*
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/msc.html>> [cit. 2010-03-28]
71. MONTGOMERY,S., HERRING, P., YANCEY, A. a kol.: Comparing self-reported disease outcomes, diet, and lifestyles in a national kohort of black and white Seventh-day Adventist. *Preventing chronic disease*, July 2007, roč. 4, č. 3, s. A62. ISSN 1545-1151
72. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1024-2
73. MUNZAROVÁ, M.: *Proč NE euthanasii aneb Být, či nebýt?.* Kostelní Vydří: Ecce homo, o.s., 2008. ISBN 978-7159-304-3
74. MYINT, T., FRASER, G., E., LINDSTED, K., D. a kol.: Urinary 1-methylhistidine is a marker of meat consumption in black and in white Kalifornia Seventh-Day Adventists. *American journal of epidemiology*, October 2000, roč. 152, č. 8, s. 752-755. ISSN 0002-9262

75. *Náboženské vyznání obyvatelstva české republiky.*
 URL: <http://www2.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04> [cit. 2010-03-14]
76. NĚMCOVÁ, J.: Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*, leden 2010, roč. VI, č. 1, s. 26-29. ISSN 1801-1349
77. NYENHUIS, D., L., GORELICK, P., B., EASLEY, C. a kol.: The black Seven-Day Adventist exploratory health study. *Ethnicity & disease*, měsíc neuveden, 2003, roč. 13, č. 2, s. 208-212. ISSN 1049-510X
78. *Otevřenost – odvaha – naděje. (Poslání oddělení komunikace Církve adventistů sedmého dne v Česko-Slovenské unii).*
 URL: <<http://www.casd.cz/index.php?a=cat.20>> [cit. 2010-03-28]
79. *Oficiální dokumenty a stanoviska církve.*
 URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/hazhry.html>> [cit. 2010-03-28]
80. *Organizace Církve adventistů sedmého dne.*
 URL: <<http://www.casd.cz/index.php?a=cat.16>> [cit. 2010- 26-3]
81. *Pathfinder.*
 URL: <http://www.pathfinder.cz/> [cit. 2010-03-23]
82. PATZER, N., L., HELM, H., W.: Categories of sukces endorsed among religiously identified Seven-Day Adventist students. *Psychological reports*, June 2001, roč. 88, č. 3, s. 1121-1128. ISSN 0033-2941
83. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
84. *Péče o umírající.*
 URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/peceoumirajici.pdf>> [cit. 2009-12-04]
85. *Péče o Boží stvoření.*
 URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/peceostvor.html>> [cit. 2010-03-28]
86. *Postoj adventistů sedmého dne ke svazkům mezi osobami stejného pohlaví – zdůraznění křesťanského manželství.*
 URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/homosvazky.swf>> [cit. 2010-03-28]

87. *Postoj k umělému přerušení těhotenství.*
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/interruptce.html>> [cit. 2009-12-02]
88. *Pravidla využívání internetu k oficiální prezentaci sborů a institucí v rámci Česko-Slovenské unie Církve adventistů sedmého dne.*
URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/pravidla.swf>> [cit. 2010-03-28]
89. *Pražské gymnázium pryť nutí žáky do náboženství. Studenti odcházejí.*
URL: <http://www.lidovky.cz/prazske-gymnazium-pry-nuti-zaky-do-nabozenstvi-studenti-odchazi-pyx-/ln_domov.asp?c=A100228_194730_ln_domov_kim> [cit. 2010-02-28]
90. PRIBIŠ, P.: Adventismus a zdravý životní styl. *Advent*, květen 2008, roč. neuveden, č. 5, s. 6-7. ISSN 1210-3365
91. *Prohlášení k problematice sázek a hazardních her.*
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/hazhry.html>> [cit. 2010-03-28]
92. *Prohlášení o náboženské svobodě, evangelizaci a proselytismu.*
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/nabsvob.html>> [cit. 2010-03-28]
93. ŘÍČAN, P.: *Psychologie náboženství.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-547-4
94. ŘÍČAN, P.: *Psychologie náboženství a spirituality.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3
95. SINGH, P., N., FRASER, G., E., KNUTSEN, S., F. a kol.: Validity of a physical activity questionnaire among African-American Seventh-Day Adventists. *Medicine and science in sports and exercise*, March 2001, roč. 33, č. 3, s. 468-475. ISSN 0195-9131
96. SINGH, P., N., TONSTAD, S., ABBEY, D. E., FRASER, G., E.: Validity of selected physical activity questions in white Seventh-Day Adventists and non-Adventists. *Medicine and science in sports and exercise*, August 1996, roč. 28, č. 8, s. 1026-1037. ISSN 0195-9131
97. SLOCIAK, E., BARTNIKOWSKA, E.: Dietary assessment of males from Seventh-Day Adventist Church in Warsaw. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny*, 2008, roč. 59, č. 3, s. 361-366. ISBN 0035-7715

98. *Sobotní škola*.
 URL: <<http://sobotniskola.casd.cz/>> [cit. 2010-03-28]
99. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Brno: IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-263-9
100. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-282-5
101. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-283-3
102. *Středisko korespondenčních kurzů*.
 URL: <<http://www.skk.cz/>> [cit. 2010-03-14]
103. SVOBODA, O., PAVLÁN, J.: Stále věříme – Stvoření (3. část). *Advent*, duben 2008, roč. neuveden, č. 5, s. 13-15. ISSN 1210-3365
104. ŠIMEK, P., BENEŠ, J., KÁBRT, T., BÁRTA, J.: *Žijeme nadějí*. Místo vydání neuvedeno, vydavatel Církev adventistů sedmého dne, rok vydání neuveden. ISBN 80-7172-840-3
105. ŠLAISOVÁ, I.: Evalvační a devalvační prvky v komunikaci. *Sestra*, červen 2009, roč. 19, č. 6, s. 26-27. ISSN 1210-0404
106. ŠPIRUDOVÁ, L.: Teorie transkulturního ošetrovatelství. In *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X
107. ŠPIRUDOVÁ, L.: Duchovní zdraví a ošetrovatelský proces. In *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X
108. *Tabulková příloha*. Místo vydání neuvedeno, vydavatel Česká zemědělská univerzita v Praze, Katedra statistiky, rok neuveden. ISBN neuvedeno
109. *Teologický seminář Církve adventistů sedmého dne*.
 URL: <<http://www.tscasd.cz/index.php>> [cit. 2010-03-14]
110. TÓTHOVÁ, V. a kol.: *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1
111. TÓTHOVÁ, V.: Etické principy vědecké práce v ošetrovatelství. In *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X

112. TÓTHOVÁ, V.: Oblasti výzkumu v ošetrovatelství. In *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X
113. TÓTHOVÁ, V.: Význam výzkumu v ošetrovatelství pro budoucnost. In *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X
114. TRACHTOVÁ, E. a kol: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ Brno, 1999. ISBN 80-7013-285-X
115. URÍČKOVÁ, A.: Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*, duben 2010, roč. 20, č. 4, s.18-19. ISSN 1210-0404
116. *Usnesení k uzavírání církevních sňatků*.
URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/snatky.pdf>> [cit. 2009-12-12]
117. *Ústava Církve adventistů sedmého dne*. Praha: Advent-Orion, 2006. ISBN 80-7172-998-1
118. *Ústava Církve adventistů sedmého dne*.
URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/ustavacasd.pdf>> [cit. 2010-01-11]
119. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
120. VANDENMAN, E., G.: *Co se mi líbí na....* Praha: Advent-Orion, 1993. ISBN 80-7172-004-6
121. VÁCLAVÍK, D.: *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2468-3
122. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8
123. *Věrouka Církve adventistů sedmého dne*.
URL: <http://www.casd.cz/index.php?a=cat.18> [cit. 2010-03-23]
124. VOJTÍŠEK, Z.: *Encyklopedie náboženských směrů v České republice*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-798-1
125. VURST, V.: Je ADRA adventistická?. *Advent*, březen 2008, roč. neuveden, č. 3, s. 33-34. ISSN 1210-3365
126. *Vyjádření znepokojení ohledně sexuálního chování*.
URL: <<http://www.casd.cz/cemu/dokumenty/sexchov.html>> [cit. 2010-02-09]

127. VYTAX

URL: <<http://www.vytax.cz/>> [cit. 2010-05-13]

128. WEINBENDER, M., L., ROSSIGNOL, A., M.: Lifestyle and risk of premature sexual activity in a high school population of Seventh-Day Adventists: Valuegenesis 1989. *Adolescence*, měsíc neuveden, 1996, roč. 31, č. 122, s. 265-281. ISSN 0001-8449

129. *Život a zdraví. Občanské sdružení Česká republika.*

URL: <<http://www.zivotazdravi.cz/>> [cit. 2010-02-16]

8 Klíčová slova

Sestra, individualizovaná ošetrovatelská péče, multikulturní / transkulturní ošetrovatelství, náboženství, Církev adventistů sedmého dne

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Kodex sester

Příloha 2 – Etické normy v ošetrovatelském povolání

Příloha 3 – Práva pacientů

Příloha 4 – Principy základní ošetrovatelské péče podle Victorie Hendersonové

Příloha 5 – Ošetrovatelský model Madelleine Leiningerové

Příloha 6 – Ošetrovatelský model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové

Příloha 7 – Přehled náboženských vyznání obyvatel ČR v roce 1991 a 2001

Příloha 8 – Číselná fakta o církvi

Příloha 9 – Ústava CASD

Příloha 10 – Nabídka témat - Večery duševní pohody, Písek 2010

Příloha 11 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 12 – Dotazník pro sestry

Příloha 13 – Souhlas hlavní sestry Bc. Jany Somrové

Příloha 1 – ICN - kodex pro zdravotní sestry

Kodex ICN byl vypracován výborem ICN - Professional Service Commite - a byl schválen Radou národních reprezentací ICN v Mexico City v květnu 1973.

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální zodpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a zaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha 2 – Etické normy v ošetrovatelském povolání

Norma 1

Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

1. Zabezpečuje soukromí klienta při vyšetření, léčení, ošetrování a zaznamenávání osobních údajů.
2. Požívá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžkách a seznamu osob na ošetrovací jednotce.
3. Používá spolehlivé metody přivolání pomoci v případě potřeby.
4. Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.
5. Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
6. Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

Norma 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

1. Používá poznatky přírodních, fyzikálních a behaviorálních věd k interakci s klientem (jedincem, skupinou, veřejností) jako jedinečnou lidskou bytostí (jedinečnými lidskými bytostmi) s jeho osobní hodnotou a důstojností.
2. Zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu a dělá příslušná fyzikální vyšetření za použití příslušných vhodných nástrojů, skříninku a hodnocení.
3. Pořizuje záznam, který obsahuje všechny příslušné údaje o klientovi. Tento záznam musí být průběžný a použitelný i do budoucna.
4. Zjišťuje okamžitě, dočasně i dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
5. Zjišťuje reakce a odpovědi klienta na současné i potencionální zdravotní problémy.
6. Zjišťuje jeho kulturní orientaci z přesvědčení, které ovlivňují zdraví a zdravotní praktiky.
7. Formuluje ošetrovatelskou diagnózu a stanoví plán ošetrování po konzultaci s klientem, a podle potřeby také s ostatními odborníky.

Norma 3

Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, respektive uzdravení z nemoci.

1. Sbírá a využívá již získané údaje o nebezpečích, hrozících ze strany životního prostředí v nemocnicích, domácnostech i obcích.
2. Zjišťuje aktuální i potencionální nebezpečí ohrožující udržení zdraví.
3. Monitoruje rizikové životní prostředí.
4. Učí personál prakticky, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí, ohrožujícího zdraví.

5. Zasahuje, aby minimalizovala nebo vyloučila rizika pro klienta ze strany životního prostředí.
6. Poučuje klienty o změnách způsobu života, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí.

Norma 4

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.

1. Kriticky zkoumá a zpochybňuje akceptované modely praxe.
2. Aplikuje nové poznatky tak, aby modifikovala a zlepšila akceptované způsoby praxe.
3. Systematicky sbírá údaje, které se týkají problémů ošetrovatelství.
4. Zjišťuje problémy klinického ošetrovatelství a využívá výzkumný proces, aby je pomáhala řešit.
5. Používá a přistupuje k výzkumu tak, aby mohla přispívat k tvorbě nových poznatků v ošetrovatelské praxi.

Norma 5

Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.

1. Využívá získané údaje o fyziologických a psychologických reakcích klientů na onemocnění k rozhodování při ošetrování.
2. Formuluje plán řízení ošetrovatelské činnosti, který podporuje terapeutický režim a předchází komplikacím.
3. Vykonává terapeutické zákroky, aby ulehčila tělesné a duševní uzdravení z onemocnění a předcházela komplikacím.
4. Inicjuje neodkladné zákroky, aby ulehčila přežití a zotavení z choroby.
5. Uspokojuje všechny biopsychosociální potřeby klienta, jak to vyžaduje jeho zdravotní stav.
6. Vytváří fyzikální a psychologické prostředí, které přispívá k uzdravení, získání zdraví nebo důstojnému umírání.
7. Opakovaně hodnotí a stanovuje priority, vrací se ke stanovení nových cílů a reviduje plán ošetrovatelské péče.

Norma 6

Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.

1. Využívá neuspokojené potřeby klienta k tomu, aby vytyčila cíle ošetrovatelské péče a plánovala ošetrovatelský proces.
2. Předvídá výsledky ošetrování na základě reakcí klienta.
3. Zaznamenává ošetrovatelské zákroky a reakce klienta systematickým a vyhodnotitelným způsobem.
4. Stanovuje, zda existují měřitelné úkazy pro pokrok směrem k dosažení cíle.
5. Reviduje a modifikuje plán ošetrovatelského procesu podle diskrepance mezi předpovědí a výsledkem.

Norma 7

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.

1. Hodnotí připravenost klienta naučit se zručnosti v sebeobsluze.
2. Učí klienta základní zručnost potřebnou pro to, aby se mohl sám o sebe postarat.
3. Učí klienta odhalovat změny ve zdravotním stavu.
4. Předem usměrňuje klienta v otázkách změny zdravotního stavu.

Norma 8

Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

1. Sbírá základní údaje o zdravotním stavu a vývoji.
2. Zjišťuje jemné a významné tělesné i psychické reakce na změny zdravotního stavu.
3. Mění podle potřeby plán péče o klienta ve spolupráci s klientem a ostatními zdravotnickými odborníky.
4. Zasahuje za účelem léčby tělesných a psychických do změn zdravotního stavu.
5. Monitoruje zdravotní stav po změnách.
6. Koordinuje poskytování ošetrovatelské péče v případě, že se na ní podílejí i jiní zdravotničtí odborníci.

Norma 9

Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

1. Rozšiřuje si svůj osobní všestranný rozhled tím, že vyhledává poznatky a kontakty s jinými profesionálními i kulturními skupinami.
2. Zvyšuje svůj profesionální rozvoj využíváním všech možností kontinuálního vzdělávání.
3. Zúčastňuje se akcí své profesionální organizace.
4. Všechny nové poznatky aplikuje a využívá ve své ošetrovatelské praxi.

Příloha 3 – Práva pacientů

Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledána jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. 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.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postup či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 4 - Principy základní ošetrovatelské péče podle Victorie Hendersonové

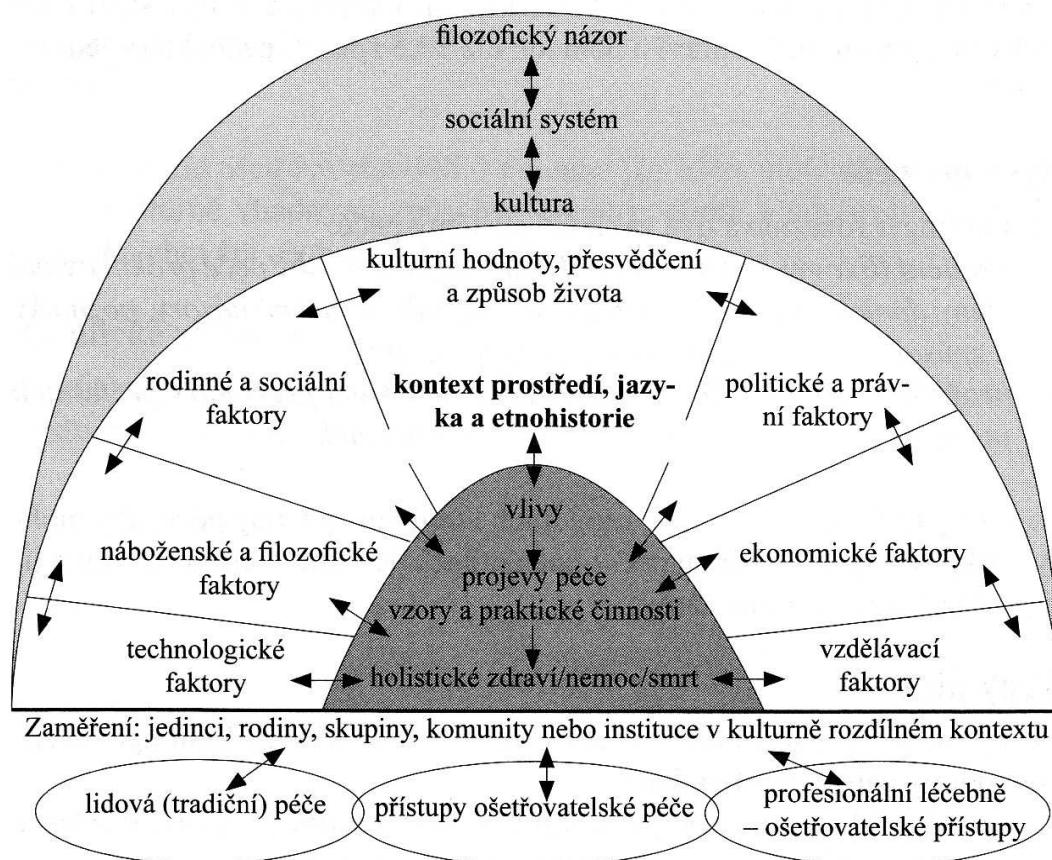
Jedná se o následujících 14 principů základní ošetrovatelské péče:

1. pomoc pacientovi s dýcháním
2. pomoc při příjmu potravy
3. pomoc při vyměšování
4. pomoc při udržení žádoucí polohy
5. pomoc při odpočinku a spánku
6. pomoc při oblékání, svlékání a používání vhodného oděvu
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí
10. pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb
11. pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
12. pomoc při produktivní činnosti nemocného
13. pomoc v odpočinkových činnostech nemocného
14. pomoc při učení

Zdroj: Jarošová, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha, ISV nakladatelství, 2000.

ISBN 80-85866-55-2

Příloha 5 – Ošetřovatelský model Madelleine Leiningerové

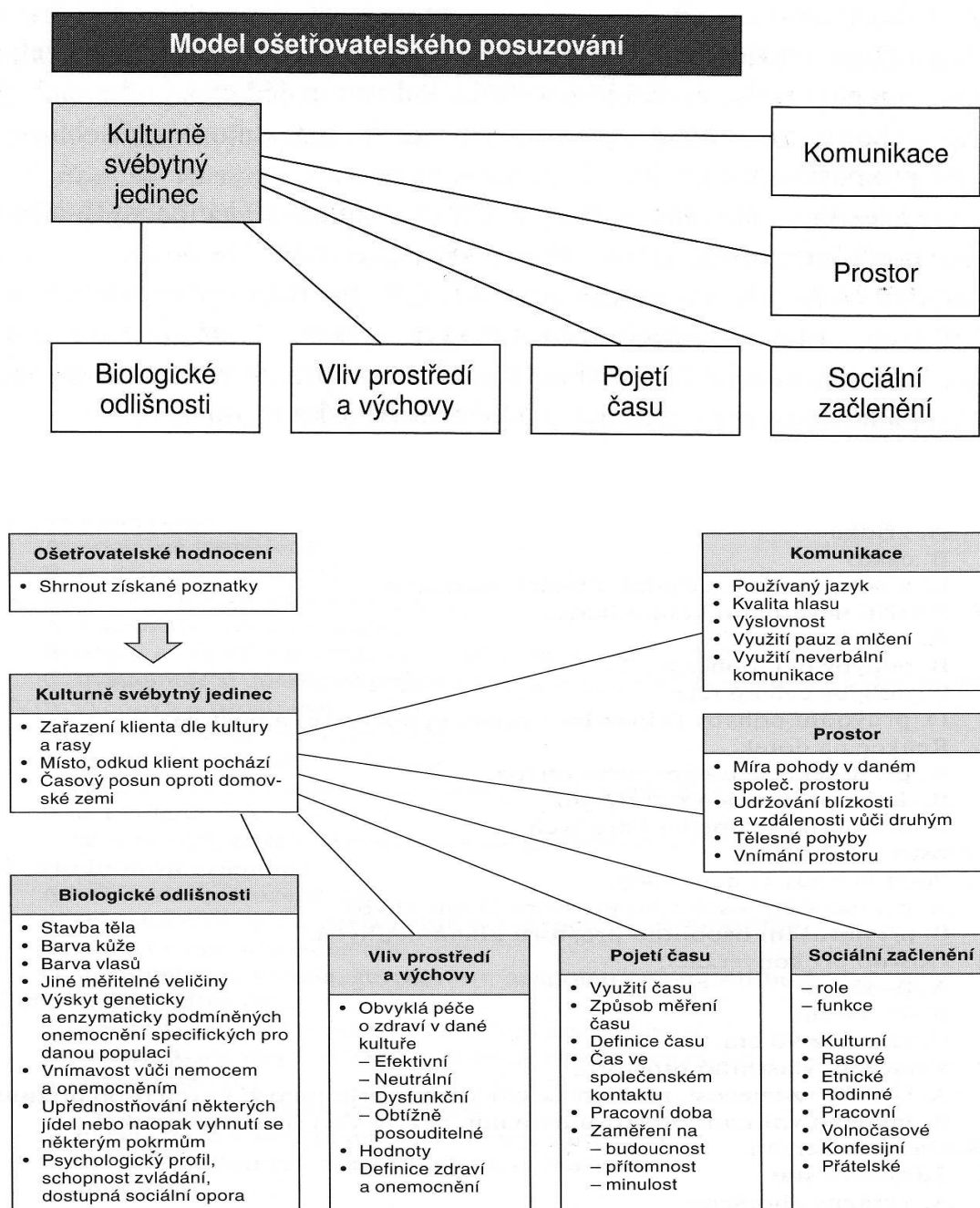


Rozhodnutí a činnosti transkulturní péče

Kulturní péče podporující zachování/udržení zdraví
 Kulturní péče vedoucí k přizpůsobování/vyjednávání (tj. adaptaci)
 Kulturní péče vedoucí k tvorbě nových/restrukturalizaci existujících kulturních vzorců (tj. uskutečnění změny)

Kulturně přiměřená péče o zdraví, pohodu popř. o umírajícího

Příloha 6 – Ošetřovatelský model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové

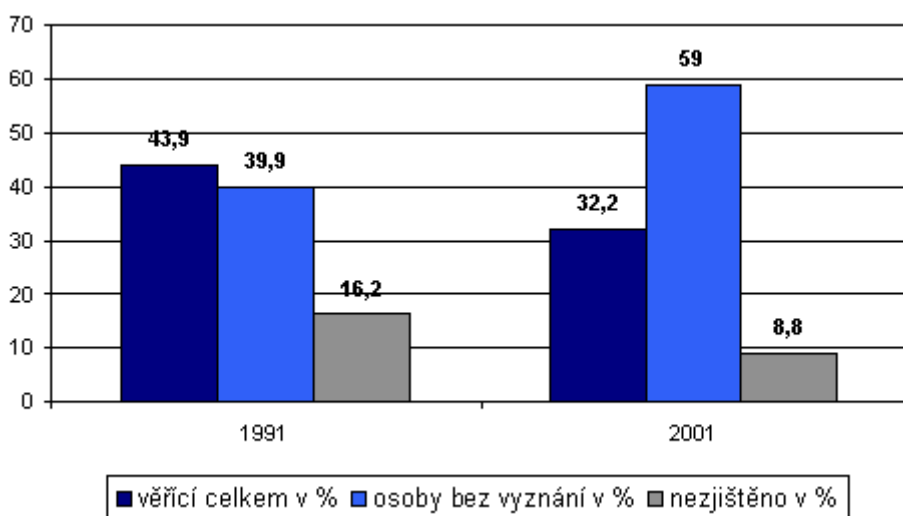


Zdroj: Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, H., Halmo, R.: *Multikulturní ošetřovatelství II*. Grada, Praha, 2006. ISBN 80-247-1213-X

Příloha 7 - Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky

Český statistický úřad zkoumá i náboženské vyznání obyvatelstva – jednou za deset let při sčítání lidu, domů a bytů (SLDB). Poslední sčítání sice proběhlo v roce 2001, nicméně náboženské vyznání by neměl být ukazatel, který by podléhal prudkým výkyvům. Určitou výjimkou je sčítání z roku 1991, kdy byl zaznamenán relativně významný příklon k náboženství, zejména ve srovnání s údaji z roku 2001. Tato situace byla patrně způsobena specifickou společenskou atmosférou po pádu komunismu. Údaje z roku 2001 tak pravděpodobně podávají přesnější a stálejší obraz.

Skladba obyvatelstva podle náboženského vyznání v letech 1991 a 2001 (údaje v %):



Obecně lze říci, že stupeň religiozity ve srovnání s posledním sčítáním z roku 1991 klesl. V roce 2001 se k náboženskému vyznání přihlásilo celkem 3,3 milionu lidí, což znamená téměř jednu třetinu z celkového počtu obyvatel. V roce 1991 se jako věřící deklarovalo 43,9 % občanů. Naopak osob bez vyznání bylo při posledním SLDB sečteno více než 6 milionů čili téměř tři pětiny všech obyvatel. V roce 1991 bylo bez vyznání jen 39,9 % obyvatel. Osob bez vyznání je tedy ve srovnání s rokem 1991 již více než věřících. Zbývající část populace, vzhledem k možnosti na tuto otázku neodpovědět, je zahrnuta do kategorie nezjištěno. Představuje devět set tisíc osob tvořících téměř jednu desetinu všeho obyvatelstva. Oproti roku 1991 však došlo k poklesu této kategorie (tehdy 16,2 %).

Z celkového počtu 3,3 milionu občanů, hlásících se k církvi či k víře, tedy z oněch 32,1 %, se nejvíce osob přihlásilo k římskokatolické církvi. 2 741 000 těchto věřících představuje o něco více než jednu čtvrtinu všech obyvatel (26,8 %) a na celkovém počtu věřících se podílí více než čtyřmi pětinami (83,4 %). Dominantní postavení této církve u nás má své historické souvislosti a je dlouhodobě spojeno se značnou konfesní roztržitostí zbývajících věřících. Podíly dvou dalších v republice nejvýznamnějších církví – českobratrské evangelické a československé husitské - jsou řádově odlišné a po roce 1989 se pohybují pod úrovní pěti procent všech věřících osob. V roce 2001 se k oběma hlásilo kolem sta tisíc obyvatel představujících přibližně jedno procento z celkového úhrnu. Věřících Českobratrské církve evangelické bylo 117 tisíc (3,7 % z počtu věřících) a osob hlásících se k Církvi československé husitské 99 tisíc (3,0 %). Ke všem

dalším církvím a náboženským společenstvem - kromě tří výše uvedených - se v roce 1991 přihlásilo v úhrnu 120 tisíc věřících, o deset let později se jejich počet zvýšil na celkem 330 tisíc osob.

Další církve, které mají alespoň 10 000 věřících. K náboženským komunitám překračujícím svým počtem věřících hranici deset tisíc patří jednak dvě evangelické církve - Evangelická církev augsburského vyznání v ČR a Slezská církev evangelická augsburského vyznání, které se koncentrují zejména v severovýchodní části Moravskoslezského kraje. Dále to je Pravoslavná církev v českých zemích, která působí, při mírně vyšší koncentraci věřících v Praze a v Ústeckém kraji, po celé republice. Těsně pod uvedenou hranicí, s více než devíti tisíci věřícími, jsou Církev bratrská a Církev adventistů sedmého dne. ***Z u nás neetablovaných, často nekřesťanských církví a společenstí, překračuje uvedený počet především Náboženská společnost Svědkové Jehovovi. K té se při posledním sčítání přihlásilo přes 23 tisíc osob, což ji řadí na čtvrté místo co do četnosti v pořadí církví.*** Svědkové Jehovovi rovněž zaznamenali jeden z největších přírůstků, z 14 575 osob v roce 1991 na 23 162 v roce 2001, což představuje nárůst o 58,9 %. ***Ze ostatních světových náboženství je početně nejvíce zastoupen buddhismus s téměř 7 tisíci věřícími a také islám, ke kterému se hlásí 3 700 osob.***

Náboženské vyznání	1991 abs.	1991 v %	2001 abs.	2001 v %	Přírůstek +/- úbytek /-/ proti roku 1991 /abs./	Index 2001/ 1991 v %
Obyvatelstvo celkem	10 302 215	100,0	10 230 060	100,0	-72 155	99,3
Věřící celkem	4 523 734	43,9	3 288 088	32,1	-1 235 646	72,7
v tom:						
Církev římskokatolická	4 021 385	39,0	2 740 780	26,8	-1 280 605	68,2
Česko-bratrská církev evangelická	203 996	2,0	117 212	1,1	-86 784	57,5
Církev československá husitská	178 036	1,7	99 103	1,0	-78 933	55,7
Náb. spol. Svědkové Jehovovi	14 575	0,1	23 162	0,2	8 587	158,9
Pravosl. církev v českých zemích	19 354	0,2	22 968	0,2	3 614	118,7
Slezská církev evangelická a.v.	33 130	0,3	14 020	0,1	-19 110	42,3
Církev bratrská	2 759	0,0	9 931	0,1	7 172	359,9
Církev adventistů sedmého dne	7 674	0,1	9 757	0,1	2 083	127,1
Církev řeckokatolická	7 030	0,1	7 675	0,1	645	109,2
Křesťanské sbory	3 017	0,0	6 927	0,1	3 910	229,6
Apoštolská církev	1 485	0,0	4 565	0,0	3 080	307,4
Bratrská jednota baptistů	2 544	0,0	3 622	0,0	1 078	142,4
Evangelická církev metodistická	2 855	0,0	2 694	0,0	-161	94,4

Starokatolická církev v ČR	2 725	0,0	1 605	0,0	-1 120	58,9
Federace židovských obcí v ČR	1 292	0,0	1 515	0,0	223	117,3
Novoapoštolská církev v ČR	427	0,0	449	0,0	22	105,2
Nábož. Spol. českých unitářů	365	0,0	302	0,0	-63	82,7
Ostatní a nepřesně určené	21 085	0,2	221 801	2,2	200 716	1051,9
Bez vyznání	4 112 864	39,9	6 039 991	59,0	1 927 127	146,9
Nezjištěno	1 665 617	16,2	901 981	8,8	-763 636	54,2

Pozn.: zahrnuty všechny církve a náboženské společnosti zjištěné v roce 1991, pokud mají adekvátní protějšky v roce 2001.

Zdroj: Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky.
 <http://www2.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04> [cit. 23-2-2010]

Příloha 8 - Číselná fakta o církvi

Následující údaje se vztahují k 1.1.2007 a neplatí pouze pro ČR, ale jsou platná celosvětově.

Pokřtěných členů církve na světě: 15 115 806

Počet sborů na světě: 61 818

Počet kazatelů na světě: 19 884

Světová misie

Země, ve kterých jsou činní adventisté sedmého dne: 204

Řeči, ve kterých je rozšířeno křesťanské poselství: 881

Media centra (hromadné sdělovací prostředky): 9

Rádiové stanice s týdenním vysíláním: 5 299

Televizní stanice s týdenním vysíláním: 2 096

Zdravotnictví

Nemocnice a sanatoria: 172

Kliniky a sanitární stanice: 442

Lékaři, zdravotní sestry a další personál: 93 361

Pacientů ošetřeno (ambulantně a stacionárně): 13 720 159

Továrny na produkty zdravé výživy: 29

Sociální péče – ADRA

Domovy pro seniory, děti a sirotky: 159

Země, ve kterých ADRA působí: 125 (údaj z roku 2009) – Zdroj:

Dokončené projekty ADRA v roce 2003: 2 325

Osoby, kterým tyto projekty pomohly: 23 076 047

Celková hodnota projektů: 97 240 000 €

Vzdělání

Škol a vysokých škol celkem: 7 284

Základní školy: 5 253

Střední školy: 1 318

Odborné školy: 39

Univerzity, vysoké školy, koleje: 99

Žáků a studentů: 1 436 290

Učitelské síly a další personál: 75 183

Vydavatelství a publikace

Nakladatelství: 63

Časopisy s pravidelným vydáváním: 441

Řeči, ve kterých se tiskne křesťanská literatura: 347

Zdroj: Adventisté sedmého dne ve stručnosti – informační leták CASD, místo vydání neuvedeno, vydavatel CASD, 2007. ISBN neuvedeno

DREJNAR, J., DREJNAROVÁ, M.: ADRA je tu pro druhé. *Křesťanem dnes....* První vydání 2009, roč. neuveden, č. neuvedeno, s. 88-93. ISBN 978-80-7172-186-4

Příloha 9 - Ústava Církve adventistů sedmého dne v České republice

Ústava církve byla přijata konferencí Česko-Slovenské unie Církve adventistů sedmého dne 25. dubna 1995 a registrována Ministerstvem kultury České republiky 13. 2. 1996 pod č.j. 221/96. Dokument obsahuje několik částí, které se týkají těchto oblastí:

1. Členové a pracovníci církve - je zde stanoveno, kdo se může stát členem církve, jsou zde uvedena práva členů církve, dobrovolný závazek vyplývající z členství v církvi, následky porušení povinností plynoucích ze zásad členství a zánik členství v církvi.

2. Duchovenští a jiní pracovníci církve – je zde definováno, kdo je duchovenským pracovníkem, jak a komu lze udělit pověření nebo povolení k duchovenské službě a kdo je oprávněn k udělení a odejmutí pověření. Náleží sem i povinnosti duchovenských pracovníků a ostatních pracovníků církve.

3. Vnitřní poměry církve – hovoří o organizaci církve, jejích zásadách, orgánech a představitelích, institucích, volbách v církvi (volební právo, výběr kandidátů, hlasování, kooptace), jednání a rozhodování orgánů církve a nápravě nesprávných rozhodnutí.

4. Působnost orgánů církve – přibližuje informace o česko-slovenské unii CASD, výboru unie, unijní radě, představitelích unie, konferenci sdružení (nejvyšším orgánu sdružení), výboru sdružení, představitelích sdružení, okrscích a sboru.

5. Hospodaření církve a jeho kontrola – jsou zde stanoveny zdroje finančních příjmů církve, hospodaření, vedení účtů a kontrola hospodaření.

6. Právní poměry církve – definuje mimo jiné statutární orgán, oprávnění jednat jménem sboru, uvádí kdo má podpisové právo za sbor, kdo rozhoduje o zániku církve a jak nakládat s majetkem při rozpuštění některého sboru.

7. Závěrečná ustanovení

Zdroj: Ústava Církve adventistů sedmého dne. Praha: Advent-Orion, 2006. ISBN 80-7172-998-1

Ústava Církve adventistů sedmého dne.

URL: <<http://www.casd.cz/wpimages/other/ustavacasd.pdf>> [cit. 2010-01-11]

Příloha 10 - Nabídka témat - Večery duševní pohody, Písek 2010

23. února

Starosta města Písku **Ing. Miroslav Sládek**
„Role věřícího politika v komunální sféře“

24. února

Koordinátor projektů Maranatha Lifestyle a Science
Mgr. Libor Votoček „Stvoření versus evoluce“

2. března

Mgr. Vítězslav Chán MBA
„Indonésie... Země paradoxů“

3. března

B.Th. Josef Dvořák „Je lidský život smysluplný?“
V. E. Frankl je přesvědčen, že smysluplnost lidské existenci
dává duchovní rozměr života...

9. března

Tomáš Kábrt „Ježíš, Mohamed nebo Budha?“
Bible a křesťanství je jedinečné“

10. března

Lektor o.s. Život a zdraví **B.Th. Václav Vondrášek**
„Co z nás dělá vítěze, či poražené... Největší hodnoty
a ztráty života“

16. března

Petr Pich „Bible... Kniha známá i neznámá“



PÍSEK 2010

občanská sdružení **Život a zdraví** a **ADRA**
ve spolupráci s Církví adventistů s. d.

Vás zvou na

Večery duševní pohody

Místo konání

Přednášková místnost
Českého červeného kříže,
Čechova ulice, Písek
(vedle kina Portyč)

Začátky vždy v 18 h

VSTUP VOLNÝ

Informace

tel.: 775 080 809, 382 270 396
e-mail: vv@quick.cz



Příloha 11 – Polostrukturovaný rozhovor

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR – ANONYMNÍ RESPONDENT

Dobrý den, budu Vám pokládat celou řadu otázek, které se týkají specifík ošetřování Vás jako člena Církve adventistů sedmého dne. Před sebou mám záznamový arch, na který budu zaznamenávat Vaše odpovědi. Rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení a bydliště, ani jakékoliv jiné kontaktní údaje. Otázky, na které nebudete chtít odpovídat mohou zůstat nezodpovězené.

Identifikační údaje:

1. Věk
2. Náboženské vyznání
3. Vzdělání
4. Sociální status
5. Pohlaví
6. Pobyť v České republice – jak dlouho?

Kulturně svébytný jedinec:

7. Forma, způsob vyznávání víry?
8. Jaký je církevní chrám?
9. Má náboženství vnější viditelné znaky?
10. Specifika náboženství? Co je nejvýznamnější?
11. Rituály a obřady?
12. Respektují zdravotníci vaše náboženství?
13. Pokud zdravotníci nerespektují Vaše zvyklosti, jak se cítíte, co vnímáte?
14. Je možné, aby příslušníci církve studovali a poté vykonávali činnost sestry nebo lékaře?

Biologické variace:

Vnímavost vůči nemocem

15. Jak často býváte nemocný/nemocná?
16. Máte chronické onemocnění?
17. Máte nějaké závažné onemocnění v rodině?
18. Užíváte pravidelně léky?
19. Pokud máte bolest, jak ji tišíte?
20. Užíváte analgetika, opiáty?

Upřednostňování jídel či naopak vyhýbání se určitým pokrmům

21. Potraviny specifické pro Vaše náboženství?
22. Vegetariánství?
23. Nedoporučované potraviny?
24. Obřady spojené s podáváním jídla, specifika stolování?
25. Půsty?

26. Rituály spojené s jídlem?
27. Doporučuje náboženství zdravou výživu?
28. Stravujete se formou rychlého občerstvení, chodíte do restaurace?
29. Kolikrát denně jíte?
30. Jíte ve spěchu?
31. Jíte pravidelně?
32. Omezuje Vaše náboženství konzumaci kávy, černého čaje, alkoholu?
33. Pijete alkohol? Je alkohol součástí rituálů?

Vliv prostředí a výchovy:

Obvyklá péče o zdraví

34. Co pro Vás znamená zdraví?
35. Jaký je vztah k Vašemu zdraví?
36. Jak pečujete o své zdraví, jak zdraví ochraňujete?
37. Jak ochraňujete zdraví své rodiny?
38. Praktikujete k ochraně zdraví nějaké rituály?*
39. Jste schopni se postarat doma o svého člena rodiny, pokud onemocní?
40. Jak se chováte, co děláte pokud onemocní člen Vaší rodiny?
41. Jak Vaše náboženství/církev pečuje o zdraví?
42. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři?
43. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky ke stomatologovi?
44. Primární zdravotnická péče – jaký je Váš názor, zkušenost?
45. Jak vnímáte dostupnost zdravotní péče z těchto pohledů: geografického, časového, finančního, organizačního?
46. Máte zdravotní pojištění?
47. Jaký je Váš názor na podávání transfúzí a krevních derivátů – souhlasil/a byste s podáním přímo Vám?
48. Podání transfúzí Vaším dětem?
49. Jaký je Váš názor na transplantace? Přijetí a dárcovství orgánů?
50. Využíváte nějaké prvky alternativní medicíny?
51. Odmítáte nějaké diagnostické nebo terapeutické výkony? Pokud ano, jaké?
52. Dáváte své děti pravidelně očkovat?

Hodnoty

53. Uveďte pět Vašich životních hodnot od nejvyšší k nižším.

Plánované rodičovství

54. Má Vaše náboženství specifika v oblasti gravidity a šestinedělí?
55. Zakazuje Vaše náboženství interrupci?
56. Jsou v souvislosti s interrupcí nějaké výjimky?
57. Porod byste upřednostnil/a doma nebo v nemocnici?

58. Máte nějaká specifika v oblasti péče o novorozence a kojence?
59. Omezuje Vaše náboženství používání antikoncepce?
60. Zakazuje náboženství mimomanželský styk?
61. Můžete adoptovat dítě?

Specifika umírání

62. Existují nějaká specifika v souvislosti s péčí o umírajícího?
63. Existují obřady spojené s umíráním?
64. Může být obřad nebo rozloučení vykonáno v nemocnici?
65. Může být umírající převezen z nemocnice domů?
66. Co si myslíte o eutanázii?
67. Péče o mrtvé tělo – existují nějaká specifika?

Pojetí času:

68. Kolik dnů v týdnu pracujete?
69. Kolik hodin denně pracujete?
70. V kolik hodin vstáváte?
71. Na co se zaměřujete v životě – na budoucnost, přítomnost nebo minulost?
72. Přijímáte léky v přesně danou dobu? Je to pro Vás podstatné?

Sociální začlenění:

73. Rodinný stav?
74. Kolik máte dětí?
75. Kdo je „hlavou“ rodiny?
76. Kde pracujete – profesní skupina?

Prostor:

77. Jaká je Vaše osobní zóna?
78. Jak Vám vyhovuje uspořádání v nemocnici a v ambulancích z hlediska narušení osobní zóny?

Komunikace:

79. Jaký je Váš mateřský jazyk?
80. Potíže při komunikaci? Jaká je Vaše schopnost komunikovat?

Hospitalizace a požadavky během hospitalizace:

81. Domníváte se, že zdravotníci znají Vaše náboženství?
82. Přáli byste, aby zdravotníci znali Vaše specifika, zvyklosti?
83. Domníváte se, že jsou zdravotníky respektovány Vaše zvyklosti vyplývající z náboženství?
84. Můžete v nemocnici vyznávat svou víru?
85. Vyžadujete v nemocnici služby duchovního?
86. Nechal/a byste se hospitalizovat v nemocnici jiného náboženství?
87. Vyhledáváte zdravotnické zařízení stejné víry?

88. Zdravotník, který Vás ošetřuje – musí být stejného pohlaví?
89. Vyžadoval/a byste pravdivé informace o svém zdravotním stavu?
90. Vaše rodina by měla být také informována o Vašem zdravotním stavu?
91. Co byste nikdy nedovolil/a zdravotníkům během ošetřování?

Požadavky na nemocniční prostředí:

92. S kým byste nemohl/a být hospitalizován/a na jednom pokoji? Máte nějaké požadavky na spolupacienty?
93. Na oddělení typu JIP, ARO – mohl/a byste být s nemocným odlišného pohlaví v jednom pokoji?
94. Počet nemocných na pokoji – co by Vám vyhovovalo?
95. Vadilo by Vám nezbytné narušení intimity (odhalení) při ošetrovatelském či terapeutickém zákroku?
96. Jaké máte požadavky na nemocniční pokoj – teplota, klid....?
97. Vadil by Vám projev odlišné víry u spolupacientů?
98. Zažíváte nějaké komplikace spojené s Vašimi požadavky týkajícími se Vaší víry?
99. Podané informace jsou srozumitelné?
100. Znáte práva pacientů?
101. Které právo je podle Vás nejdůležitější?
102. Co by šlo, podle Vás, vylepšit ve zdravotnictví v České republice (v souvislosti se specifiky Vašeho náboženství)?
103. Jak byste hodnotil/a přístup zdravotníků a jimi poskytovanou péči? Vyberte na škále 1 – 5 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší).
104. Co byste doplnil/a?

Příloha 12 – Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje jsou určeny pouze pro výzkum v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku.

Vaši odpověď označte prosím křížkem, popřípadě doplňte slovy. Zaškrtněte odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak. Děkuji M. Válová

1. Kolik je Vám let?

- do 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 let a více

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
 - SZŠ a specializace
 - VOŠ
 - VŠ Bc.
 - VŠ Mgr.
 - Jiné (prosím doplňte)
-

3. Jaké jste národnosti?

- České
 - Jiné (prosím doplňte)
-

Nechci odpovídat

4. Jste věřící?

- Ano
- Ne
- Nechci odpovídat

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 let a více

6. Znáte termín „multikulturní ošetřovatelství“?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, pokuste se napsat co znamená.....

7. Znáte termín „transkulturní ošetřovatelství“?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, pokuste se napsat co znamená.....

8. Máte zájem o informace týkající se ošetřování příslušníků jiných kultur, národností, náboženství?

Ano

Ne

Pokud ANO, jakým způsobem informace získáváte? (Můžete označit více odpovědí)

Odborná literatura

Odborné semináře v rámci nemocnice

Při studiu (VŠ, VOŠ, specializace)

Internetové zdroje

Jiné (prosím doplňte)

9. Domníváte se, že je pro Vás vzdělávání týkající se jiných národností, kultur a náboženství přínosné?

Ano

Ne

Nevím

Pokud ANO, napište prosím proč.....

Pokud NE, napište prosím proč

10. Měla by být, podle Vás, sestra vzdělána v oblasti týkající se ošetřování klientů jiných národností, kultur a náboženství?

Ano

Ne

Nevím

11. Setkala jste se již osobně s ošetřováním klienta jiné národnosti, kultury, náboženství?

Ano

Ne

Pokud NE, přejděte rovnou k otázce číslo 13.

12. Měla jste s ošetřováním tohoto pacienta spojeny komplikace, problémy nebo došlo ke konfliktu?

Ano, problém byl v komunikaci (neznalost jazyka)

Ano, problém byl v odlišných návycích, chování pacienta

Ne

Jiné (prosím doplňte).....

Pokud ANO, jak jste situaci řešila? (prosím doplňte)

13. Co pro Vás znamená (nebo by znamenalo) ošetřování pacienta odlišné národnosti, kultury, náboženství:

Nejistotu, obavy

Nevadí Vám

Je pro Vás výzvou

Jiné (prosím doplňte).....

14. Domníváte se, že v nemocnicích ČR berou sestry ohled na specifické potřeby pacientů jiných národností, kultur, náboženství?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Myslíte si, že jsou na Vašem pracovišti respektovány specifické potřeby těchto pacientů?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. Slyšela jste o Církvi adventistů sedmého dne?

- Ano, znám církev
- Ano, ale o církvi nevím nic bližšího
- Ne

17. Víte kdo je označován jako „ADVENTISTA“?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, popište

.....

18. Víte o tom, že Církev adventistů sedmého dne působí i v Písku?

- Ano
- Ne

19. Domníváte se, že adventisté mají nějaká omezení, která by vyžadovala specifický přístup sestry během hospitalizace?

- Ano
- Ne
- Nevím

Pokud ANO, popište

omezení.....

.....

20. Víte o některých konkrétních činnostech Církve adventistů sedmého dne, které jsou přínosné pro společnost?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, uveďte

.....

.....

21. Přivítala byste stručný přehled nebo příručku, která by Vás seznámila s nejdůležitějšími informacemi o této církvi a jejích zásadách?

- Ano
- Ne

22. Zde máte možnost vyjádřit své připomínky a postřehy.....
.....
.....
.....

Děkuji za spolupráci a přeji hezký den.

Příloha 13 – Souhlas hlavní sestry s výzkumným šetřením

Vážená paní,
Bc. Jana Somrová
Hlavní sestra
Nemocnice Písek, a.s.
Karla Čapka 589
39723 Písek

Písek 6.12. 2009

Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení interním, chirurgickém, porodnicko-gynekologickém, dětském, neurologickém a LNP v Nemocnici Písek a.s.

Vážená paní bakalářko,

obracím se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s výše jmenovanými odděleními, za účelem získání dat pro výzkumné šetření rigorózní práce „Specifika ošetrovatelské péče u nemocného člena Církve adventistů sedmého dne“.

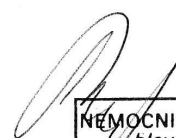
Šetření proběhne metodou pilotní studie a dotazníkového šetření. Obě metody se budou týkat sester pracujících v Nemocnici Písek a.s., na výše jmenovaných odděleních.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických a bude zajištěna anonymita respondentů.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Mgr. Martina Válová

 
NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Bc. Jana Somrová