

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Lada Krausová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve
Diplomová práce

Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

Bc. Lada Krausová

2010

ABSTRACT

The Orthodox Church is a branch of Christianity consisting of several territorial churches that form together the Orthodox community. Orthodox patients believe, that the hospital should provide them with humane approach and quality medical and nursing care which would help to restore their health. The patients believe that they will be given the opportunity of integrating the human spirit into the treatment and hospital stay. The Orthodox observe very strictly their fasts, among which traditionally the greatest feast is the Easter, a feast celebrated by temperance, moments of quiet meditation and enhanced love for fellow people, although it may not be easy. In the Orthodox Church, anointing is not only the sacrament of the sick, also healthy people are anointed in the time of the great fast, as a means of healing the soul. The nurse should, even more sensitively than in contact with patients of the same ethnicity and cultural background, observe the essential ethical principles. The ethical aspect of nursing care is of great significance among members and sympathizers of the Orthodox church as the nursing procedures are generally understood as the foundation of the role of the nurse. A special emphasis is put on the spiritual needs of the patient, such as attendance to Orthodox Church services or listening to them in bed, or, in some cases, the opportunity of an Orthodox priest visit.

The objective of the study was to specify the issue of nursing care of the Orthodox Church members and sympathizers, to find out how these people reflect the nursing care provided to them and to work out the standard of nursing care of the Orthodox Church members and sympathizers.

The following hypotheses were formulated - H1: The medical and paramedical staff do not assume a special approach is necessary in nursing care of the Orthodox Church members and sympathizers compared to other patients; H2: Well prepared and trained medical and paramedical staff shall grant quality nursing care to the members and sympathizers of the Orthodox Church, and H3: The Orthodox Church members and sympathizers give positive feedback for the provided nursing care.

The data for the applied quantitative research was collected by a poll using a questionnaire. The results showed that the medic/paramedic staff have elementary knowledge of the Orthodox Church, nurses have encountered the Orthodox Church members/sympathizers in hospital. The first hypothesis was thus confirmed. Nurses have the elementary intercultural knowledge essential for providing nursing care of the Orthodox Church members/sympathizers. They claim that the issues of religion and pastoral care should be integrated into education of registered nurses. The second hypothesis was thus confirmed. The members/sympathizers of the Orthodox Church members/sympathizers are satisfied with the nursing care provided and with the administration of sacraments. The third hypothesis was thus confirmed. The responses to the questionnaire are presented in charts and tables.

The second part of the research was a qualitative research using the method of non-standardized interviews with general topics. According to the objectives of the research we had set the following research questions: What are the specifics of nursing care of the Orthodox Church members/sympathizers? What is the Orthodox Church members/sympathizers' evaluation of the nursing care provided? The outcome of the interviews is presented in case reports and summarized in tables.

The findings of the research should provide studying material for students of medical/paramedical specializations and professional public as an aid in providing culture-aware nursing care to the Orthodox Church members/sympathizers. The outcome should contribute to nursing care improving in the field of care of the Orthodox Church members/sympathizers.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „**Specifika ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve**“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 studentky

Poděkování:

Děkuji především své vedoucí práce, paní Doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a pomoc při vedení diplomové práce.

Dále děkuji panu Mgr. Vítu Metoději Koutovi koordinátorovi Bratrstva pravoslavné mládeže při katedrále chrámu sv. Cyrila a Metoděje v Praze.

Dále děkuji všem respondentům a respondentkám, kteří přispěli vyplněním dotazníku a ke zpracování rozhovorů.

Také děkuji své rodině za poskytnutí zázemí k vytvoření práce a za trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1. SOUČASNÝ STAV	6
1.1 Základy pravoslavné církve	7
1.2 Rusko - základní informace	8
1.2.1 Podnebí Ruska	8
1.2.2 Obyvatelstvo Ruska	8
1.2.3 Národnostní složení, jazyk a náboženství Ruska.....	9
1.3 Ukrajina - základní informace	9
1.3.1 Obyvatelstvo, národnostní složení a náboženství Ukrajiny.....	10
1.4 Vymezení pojmu spiritualita, duchovní oblast, duchovní potřeba, duchovní zdraví	10
1.5 Právní náležitosti víry a vyznání.....	11
1.6 Hierarchie pravoslavné církve	11
1.7 Postavení pravoslavné církve v českých zemích a na Slovensku.....	12
1.8 Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče.....	14
1.9 Ošetrovatelská péče o nemocného při udělování svátosti	16
1.9.1 Odlišnosti v konání svátostí od římskokatolické církve	17
1.9.2 Ošetrovatelská péče při svátosti křtu	19
1.9.2.1 Obřady a modlitby předcházející křest	19
1.9.2.2 Vykonavatel a místo křtu	20
1.9.2.3 Vlastní křest	20
1.9.2.4 Druhy křtu.....	21
1.9.2.5 Přidělování jména	21
1.9.2.6 Účastníci křtu	22
1.9.3 Ošetrovatelská péče při svátosti myropomazání.....	22
1.9.3.1 Průběh myropomazání	22
1.9.3.2 Vykonavatel myropomazání	23
1.9.4 Sesterská pomoc při svátosti eucharistie	23

1.9.5	Ošetřovatelská péče při svátosti zpovědi (pokání)	24
1.9.5.1	Vykonávání svátosti zpovědi na ošetřovatelské jednotce.....	24
1.9.6	Svátost manželství	25
1.9.7	Svátost kněžství (rukopoložení, chirotonie)	26
1.9.8	Ošetřovatelská péče při svátosti pomazání nemocných.....	26
1.10	Komunikace při ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve ..	28
1.11	Nevhodné chování z pohledu pravoslavně věřících	29
1.12	Vhodné chování z pohledu pravoslavně věřících	29
1.13	Pravoslavný kalendář a nejvýznamnější církevní svátky	30
1.14	Význam církevní hudby při pravoslavné bohoslužbě.....	30
1.15	Výživa a půst pravoslavných nemocných.....	32
1.15.1	Zásady stravování pravoslavných ruské národnosti	32
1.15.2	Zásady stravování pravoslavných u řecké národnosti	33
1.15.3	Posty v pravoslavné církvi a možnosti jejich dodržování v nemocnici	
	34	
1.15.4	Specifika výživy u nemocných před Vánocemi	36
1.16	Denní režim vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.....	36
1.17	Biologické variace	37
1.18	Kulturní specifika menšiny	37
1.19	Etické náležitosti pravoslavně věřících.....	38
1.20	Multikulturní přístup sestry	40
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1	Cíle práce	42
2.2	Hypotézy.....	42
2.3	Výzkumné otázky	42
3.	METODIKA.....	43
3.1	Použitá metoda.....	43
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	44
4.	VÝSLEDKY	45

4.1	Výsledky dotazníků	45
4.2	Výsledky rozhovorů.....	89
4.2.1	Kategorizace výsledků rozhovorů	103
5.	STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	119
6.	DISKUZE	126
6.1	Diskuze k výsledkům dotazníků	126
6.1.1	Diskuze k hypotéze H 1	127
6.1.2	Diskuze k hypotéze H 2	130
6.1.3	Diskuze k hypotéze H 3	132
6.2	Diskuze k výsledkům rozhovorů	134
7.	ZÁVĚR	140
8.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	142
9.	KLÍČOVÁ SLOVA	149
10.	PŘÍLOHY.....	150

ÚVOD

Se společenskými změnami se i ošetrovatelství dostává na zcela jinou úroveň, mění se paradigma (představy) oboru, mění se také očekávání našich nemocných.

Mezi charakteristické rysy moderního ošetrovatelství patří kromě jiného i komplexní chápání člověka jako biologický, psychosociální a duchovní celek. I když sestry nepochybně vnímají potřebu tohoto holistického přístupu k člověku, každodenní praxe ukazuje, že spirituální potřeby zůstávají často nepovšimnuté a nenaplněné. Význam spirituality se často podceňuje, i když je podstatnou charakteristikou nejen charakteru člověka, ale i kvality jeho života. Svědčí o tom běžné používání termínu, že člověk je bio-psycho-sociální celek.

V poslední době se setkáváme s velice volným a neujasněným používáním pojmů: psychický, duševní, duchovní a spirituální. Mnohdy vidíme zařazovat zúženě mezi duchovní potřeby jen potřeby pastorační péče, účasti na bohoslužbě, dosažitelnosti bible a církevních svátostí.

V ošetrovatelství chápeme potřeby člověka jako stav organismu, charakterizovaný napětím a dynamickou silou, která vzniká z nedostatku či nadbytku a směřuje k znovuoobnovení homeostázy - životní rovnováhy - pohody.

Stále častěji se ale budeme jako profesionálové setkávat i s nemocnými s vyznáním pravoslavné církve i jiným životním stylem, než je u nás obvyklé, s jinými kulturními zvyklostmi a odlišným chápáním smyslu života a světa. Spirituální a duchovní potřeby jedince mohou ovlivňovat chování např. v interpersonálních vztazích, vztah k životu, smrti, nemoci, pohlaví, aj. Proto začíná být kladen důraz na vědomostní poznatky, multikulturní přístup v ošetrovatelství, který by zohlednil i potřeby nemocných, jež formovalo jiné prostředí, a mají proto i odlišné duchovní potřeby (samozřejmě také hygienické, stravovací, relaxační apod.). Mnohdy je to nedokonalá ošetrovatelská dokumentace, která sestru během vstupního rozhovoru vede k povrchnímu sledování „duchovních potřeb“.

Oblasti spirituálních potřeb by měla být mezi ostatními potřebami již v dokumentaci věnována náležitá pozornost. Z tohoto důvodu je důležité, aby sestry

věnovaly pozornost diagnostice spirituálních potřeb a intervencím, které vedou k saturaci spirituálních potřeb nemocného. Situaci člověka nelze řešit jen ekonomickými a technickými prostředky. Zdravotníci by si měli být vědomi, že nemocný člověk, i když se neidentifikuje s žádným náboženským přesvědčením, má i kulturní potřeby, citlivěji vnímá spravedlnost, ptá se po smyslu svého života a smrti, touží po odpuštění a vědomí, že mu bylo odpuštěno. Sestra je mnohdy tou jedinou bytostí, kterou nemocný nechá nahlédnout do svých myšlenek. Sestra je tou, která naslouchá, je nemocnému oporou a průvodcem. Pomáhá mu, aby našel své místo a svůj smysl ve velkém zmatku a v zoufalství. Pro ošetrovatelské a pečovatelské týmy je náročné se v této oblasti orientovat a zaujmout pozitivní profesní postoj. Jen vzdělaná sestra je vybavena pro péči o nemocné, jejichž potřeby vybočují z „normy“ a nejsou obvyklé.

V přírodě neexistuje spravedlnost v lidském pojetí. Přitom bez naděje ve spravedlnost asi dobře nelze žít. Proto lidé věří ve vyšší, dokonalou bytost, ustanovující a zaručující spravedlivý řád. Důležitou potřebou se stává návrat k náboženství a k církvi, která může působit jako náhradní sociální jistota, jako skupina nahrazující rodinu, jež v době nemoci selhala.

Domníváme se, že duchovní život je nedílnou součástí integrity člověka. Myslíme si, že tato sféra života je i v dnešní době ve zdravotnictví zanedbávána. Sestra se v našich zdravotnických zařízeních může setkat s nemocnými pravoslavné církve. Předpokládáme, že v nepříliš vzdálené budoucnosti bude potřeba znalosti specifik ošetřování nezastupitelná. Vzhledem k těmto skutečnostem jsme si vybrali dané téma k napsání této diplomové práce.

1. SOUČASNÝ STAV

Ředitelství služby cizinecké policie MV ČR v České republice evidovalo počet cizinců v ČR se státním občanstvím k 30. 9. 2009. Nejčastěji byli zastoupeni občané Ukrajiny (133 033 osob, 30%). Počet registrovaných obyvatel Ruska činí (29 479 osob, 7%) (11).

Ruské komunitě v Česku nelze opomenout dva následující rysy, které předurčují této komunitě jisté svébytné postavení: 1. V české veřejnosti je stále patrný negativistický pohled vůči všemu „ruskému“, což pramení především z nezapomenutého vpádu spojeneckých vojsk v roce 1968. 2. I na území Česka se již projevuje novodobá éra „ruského mafiánství“, která dnes dosahuje věhlasu srovnatelného s tradiční italskou mafií, a to nejenom na evropském kontinentu (44).

Silně podmiňující migrační motivací ruské populace je bezprecedentní diferenciací příjmů v neprospěch rostoucích sociálně slabých skupin, snižující se koupěschopnost, nedostupnost lékařské péče (fakticky již plně placené) pro většinu obyvatel, zhoršující se zdravotní stav populace (výrazný nárůst sociálněpatologických jevů), zhoršující se dostupnost a kvalita vzdělání, ztráta dalších tzv. sociálních jistot, rozpad společenských vztahů a permanentní hrozba ekologických, technologických nebo jiných sociálních katastrof (44).

Ruskou imigrační skupinu tvoří mladší lidé, spíše středního věku, složenou z mužů i žen, často celých rodin. Jsou typičtí svou poměrně vysokou ekonomickou aktivitou, a to jak ve sféře podnikání, tak i zaměstnaneckého poměru. Nemají výraznější problémy v materiálním zajištění svých rodin. Naopak, často jde o imigranty movité nebo velmi movité (44).

Důležitými rysy jsou dále „rodinný charakter“ imigrace, existence silných sociálních vazeb, relativní izolovanost ve smyslu omezené vnější komunikace (uvnitř, v rámci dané etnické komunity). Vliv příbuzných a přátel prolíná celým procesem migrace i adaptace daných migrantů (44).

Jedním z významných aspektů úspěšné integrace je znalost jazyka. Znalost jiných jazyků je u ruské komunity omezená. Jejich zájem učit se jazyk je pouze okrajový, spíše spoléhají na znalosti ruštiny u české společnosti (44).

Převládá spokojenost s pobytem v Česku především z ekonomických důvodů a nejsou zaznamenány výraznější problémy vztahů s majoritní populací a jejími strukturami (44).

1.1 Základy pravoslavné církve

Pravoslaví, pravoslavná církev či ortodoxní církev je křesťanská církev složená z vícero územních církví, které dohromady tvoří pravoslavné společenství. Pravoslavné církve mají své počátky v prvotní křesťanské obci v Jeruzalému a dále pak ve východní části římské říše, proto bývají někdy označovány též jako východní církev (50).

Jako pravoslaví se označuje náboženský život patnácti samostatných církví, které vzešly z východní části církve po jejím rozdělení roku 1054. Západní a východní části, do této doby v podstatě jednotné křesťanské církve, se totiž dlouhá staletí odlišovaly v mnoha oblastech, daným různým kulturním prostředím i historickým vývojem. Západní část např. vždy tíhla více k dogmatickému stanovení obsahu víry, východní spíše k jejímu vnitřnímu prožívání, západní k racionálním úvahám, zatímco východní ponechávala větší prostor tajemství, západní k činům víry, východní spíše k rozjímání apod. Bezprostřední příčinou dlouho zrajícího rozkolu však byl spor o kompetence římského biskupa a obava východní části církve, že západní se příliš odchýlila od nejstarší křesťanské tradice (49).

Právě důraz na uchování tradice církevních otců a prvních křesťanských koncilů charakterizuje pravoslaví dodnes. Být křesťanem znamená v pravoslaví především účastnit se bohoslužebného dění. Zbožnost má v pravoslavném křesťanství často rozjímavý, niterný ráz. V bohaté pravoslavné symbolice mají přední místo ikony, jejichž prostřednictvím je prokazována úcta osobám a dějům, které zobrazují (49).

K pravoslavné církvi se hlásí nejvíce křesťanů po církvi římskokatolické. Vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve jsou především obyvatelé Řecka, Ruska

a dalších slovanských zemí (Ukrajina, Bulharsko). Pravoslavní věřící, původně emigranti, však obývají i mnoho jiných zemí, velké komunity pravoslavných věřících existují např. v USA, Kanadě nebo Austrálii (50).

1.2 Rusko - základní informace

Rusko, oficiálním názvem **Ruská federace**, zahrnuje značnou část východní Evropy a téměř celou severní Asii. Rusko je se 17 miliony kilometry čtverečními největším státem na světě. Na západě hraničí s pobaltskými republikami a Baltským mořem, na východě pak s Tichým oceánem. Reliéf je převážně rovinatý, mimo pohoří Ural. Na východ od Uralu leží jedna z největších nížin světa - bažinatá Západosibiřská rovina. Ruskou federaci obklopují moře tří světových oceánů (Severního ledového, Tichého a Atlantického). Vody těchto moří zamrzají jen na krátké období, případně vůbec a jsou velmi bohaté na ryby. Vyskytuje se zde také mnoho jezer rozmanitého původu a velikostí (51).

1.2.1 Podnebí Ruska

Rusko je rozsáhlou zemí, a proto zde najdeme několik rozdílných klimatických oblastí. Pro počasí v severním a středním Rusku je charakteristické velké střídání teplot v průběhu roku. Jaro a podzim jsou o něco studenější než ve střední Evropě. Na druhé straně jsou zimy podstatně chladnější a to nejen na severu, ale také v centrálním Rusku. Na jihovýchodě, tedy v oblasti stepí jsou velmi nízké teploty v zimě a naopak velmi vysoké v létě, kdy také málo prší. Na černomořském pobřeží jsou zimy mírné a léta příjemně teplá. Pro oblast Sibiře jsou typické velice nízké teploty v zimě, léta jsou krátká a s četnými srážkami. Celá Sibiř a Dálný východ se nachází v pásmu věčné zmrzlé půdy, která působí značné problémy při výstavbě (51).

1.2.2 Obyvatelstvo Ruska

Rusko je osmým nejlidnatějším státem světa, s rozlohou 17 075 400 km², avšak počet jeho obyvatel od 90. let 20. století klesá; odhad pro rok 2006 hovoří

o 142 754 000 obyvatelích, což je o 2,5 miliónu méně než při oficiálním sčítání roku 2002. Rozmístění obyvatelstva je nerovnoměrné: většina (přes 100 miliónů) obyvatel žije v menší evropské části, zatímco obrovská území Sibiře jsou téměř liduprázdná - proto činí průměrná hustota osídlení pouhých 8 obyv./km². Růst počtu obyvatel v současné době pokračuje v některých jižních oblastech Čečensko, Ingušsko, Dagestán atd.), nejvíce se naopak vyliďňuje jednak severovýchod, jednak oblasti evropského západu (Pskovská, Smolenská, Novgorodská oblast). Průměrná délka života je 67 let s výrazným rozdílem mezi pohlavími: 60,5 roku u mužů a 74 roků u žen (51).

1.2.3 Národnostní složení, jazyk a náboženství Ruska

Národnostní složení tvoří z 82,6% Rusové, z 3,6% Tataři, z 2,7% Ukrajinci, z 1,2% Čuvaši, z 0,9% Baškirci, z 0,7% Bělorusové, z 0,7% Mordvini, z 0,6% Čečenci a 7% představují ostatní. Oficiálním jazykem celého státu je ruština, kterou ovládají prakticky všichni obyvatelé Ruska; některé autonomní celky vedle ruštiny používají místní jazyky (tatarština, čuvaština ad.) - celkem tak Rusko oficiálně hovoří 31 jazyky. Jediným oficiálním písmem je cyrilice, v níž musí být zapisovány úřední dokumenty, což platí i pro jazyky, které používají také latinku. Je zde nejvíce zastoupené náboženství pravoslavné (55%), islámské (10%), židovské (0,5%), katolické (0,3%) a ostatní (34%) (6, 32, 51).

1.3 Ukrajina - základní informace

Ukrajina je země ležící ve východní Evropě, na východě hraničí s Ruskem. Krajinný ráz země rozkládající se při Černém moři tvoří zvlněná úrodná rovina mírně se svažující k jihu. Počet obyvatel činí 59 036 000. Rozloha Ukrajiny je 603 700 km². Podnebí má kontinentální ráz, jenom na Krymu se spíše střídá mírná zima s velmi horkými léty. Množství srážek směrem k jihovýchodu výrazně klesá. Průměrné teploty v severně položeném Kyjevě jsou v lednu -5 °C a v červenci 19 °C (6, 31, 32).

1.3.1 Obyvatelstvo, národnostní složení a náboženství Ukrajiny

Ukrajina počtem obyvatel a rozsahem výroby je po Rusku druhou největší republikou po rozpadu ruské federace. Průměrná délka života tvoří výrazný rozdíl mezi pohlavími: 63 let u mužů a 73 let u žen. Národnostní složení tvoří ze 72,7% Ukrajinci, z 22,1 % Rusové, z 0,9% Bělorusové, z 0,9% Židé, z 0,6% Moldavané, z 0,5% Bulhaři, z 0,4% Poláci, z 0,3% Maďaři, z 0,3% Rumuni a 7% zaujímají ostatní. Oficiálním jazykem je ukrajinština (úředně), dále se používá ruština. Ukrajinština se píše cyrilicí. Z náboženství je zde zastoupené pravoslavné (80%), řeckokatolické (11%), římskokatolické (1%), židovské (1%), ostatní (7%) (6, 31, 32, 53).

1.4 Vymezení pojmu spiritualita, duchovní oblast, duchovní potřeba, duchovní zdraví

Spiritualita, z latinského slova spiritus, respektive spirit(u)alis je duchovnost a znamená životní praxi, způsob vnímání a osobního zacházení s tím, co člověka spojuje s Bohem, s božským, s transcendencí. Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality - každý potřebuje mít víru, mít smysl ze života (konání) (33).

Za základní spirituální potřeby považujeme: potřebu smyslu života, potřeba významu vlastní existence, potřeba vztahu s transcendentností, potřeba lásky (potřeba přijímat a dávat), potřeba naděje, potřeba víry a potřeba realizace duchovních rituálů a praktik (54).

V ošetřovatelství se v našem prostředí s pojmem spirituální potřeby setkáváme až na začátku devadesátých let 20. století, a to díky zahraniční literatuře, která přišla do univerzitních knihoven hlavně ze Spojených států. V předchozích 40 letech naše zdravotnická veřejnost (v souladu s oficiální filozofií) nepřipouštěla existenci duchovních potřeb, které byly zúženě vnímány jako víra v Boha. Proto vznikl na počátku 90. let v české odborné literatuře problém, jak lze překládat z angličtiny slovní spojení typu spiritual needs (duchovní potřeby) nebo human spiritual level (lidská duchovní úroveň) (34).

Duchovní oblast je možné definovat jako oblast, kde jde o kritéria, podle kterých vykonáváme výběr a hierarchii hodnot. Spirituální je z tohoto hlediska to, co nás inspiruje - to co nás motivuje, energizuje a udává směr našemu životu (54).

Duchovní potřeba je potřeba jedince udržovat, zvyšovat, či napravovat svoje přesvědčení, víru, či směřování života (54).

Duchovní zdraví je vysoký stupeň víry, naděje a závazku vůči dobře definovanému světonázoru nebo systému víry, který poskytuje odpovědi na otázky smyslu a významu existence z všeobecnosti, a který nabízí etickou cestu osobního naplnění, která zahrnuje vztahy se sebou, jinými a „vyšší silou“ (54).

1.5 Právní náležitosti víry a vyznání

Právo na víru a vyznání v božského stvořitele je základním právem člověka. Toto právo musí být garantováno v každém lidském společenství.

I naše společnost tuto povinnost splnila Zákonem č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. Dalším zákonem byl Zákon č. 308/1991 Sb., O svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností. Ten byl prvním dokumentem polistopadových změn ve společnosti v roce 1989. Byl na svou dobu moderní a liberální. Ovšem tlak politiků a postoje Ministerstva kultury ČR vedly ke zrušení zákona. Platnou zákonnou normou je Zákon č. 3/2002 Sb. O církvích a náboženských společnostech ve znění pozdějších předpisů (47).

1.6 Hierarchie pravoslavné církve

Vrcholnou administrativní jednotkou pravoslavné církve je patriarchát, který se územně kryje s autokefální (z řec. autos = sám; kefalé = hlava), samostatnou církví. Pravoslavnou církev tvoří čtyři východní patriarcháty: konstantinopolský (cařihradský), alexandrijský, antiochijský a jeruzalémský. V čele autokefální církve bývá patriarcha (např. Bělehrad, Moskva, Cařihrad, metropolita (Praha, Varšava), katolikos (Gruzie) nebo arcibiskup (Athény) (42).

V současné době je představeným (metropolitou) Pravoslavné církve v českých zemích a na Slovensku prešovský arcibiskup Ján, v Michalovcích biskup Juraj. Největší a nejvýznamnější je moskevský patriarchát. Ruskou pravoslavnou církev vede po úmrtí Alexeje II. od roku 2008 metropolita Kyril. V České republice má pravoslavná církev dvě eparchie: pražskou (řízena vladykou Kryštofem - Radim Pulec, arcibiskupem pražským a českých zemí), a mladší olomoucko - brněnskou (vladyka Simeon) (42).

1.7 Postavení pravoslavné církve v českých zemích a na Slovensku

Pravoslaví, ortodoxia - řec. „pravá víra, pravá oslava Bohu“. Oficiální název je Pravoslavná katolická církev východní (14).

Historické kořeny pravoslavné církve v českých zemích a na Slovensku sahají až k samotným počátkům křesťanství na území střední Evropy. 9. století bývá označováno za období nástupu samostatného vývoje pravoslaví, kdy na naše území pronikaly různé křesťanské misijní proudy z oblasti Podunají, evropského jihu, jihovýchodu i západu. V r. 862 požádal kníže Rastislav byzantského císaře Michala III., aby na Moravu poslal učitele a biskupa, který by učil lid jeho vlastním jazykem, aby se Moravě potom připodobnily i další slovanské národy vlastní duchovní kulturou, samostatnou církví a písemnictvím. Císař Rastislav poslal našim předkům nejvýznamnější vzdělance - svaté bratry Konstantina (Cyrila) a Metoděje (2, 42).

K renesanci zájmu o pravoslaví u nás dochází po revolučním roce 1848, pravoslaví přijímají také mnozí Češi v kruzích českých intelektuálů, (K. Sladkovský, K. J. Erben, F. Palacký, F. Rieger a další), kontakty českých politiků a literátů s Ruskem s sebou přinášejí od 60. let 19. století první přestupy na pravoslaví v Čechách. Pro potřeby pravoslavných Čechů a Rusů u nás zahajují činnost ruské pravoslavné chrámy (v r. 1874 byl jako první vysvěcen chrám sv. Mikuláše na Malostranském náměstí v Praze, a to knězem ruské pravoslavné církve, který byl ustanoven také pro chrámy v r. 1888 ve Františkových Lázních a r. 1897 v Karlových Varech) (42).

Na Slovensku, zejména v jeho východních částech a na Podkarpatské Rusi, si lid dokázal udržet kontinuitu východního liturgického obřadu a slovanských bohoslužeb.

V Praze byly konány pravidelné pravoslavné bohoslužby od roku 1874 v chrámu sv. Mikuláše na Malostranském náměstí. Návrat k pravoslaví byl na přelomu 19. a 20. stol. a trvale pak po r. 1918 (15, 42).

Vznik samostatné demokratické republiky, státní převrat v r. 1918 nastolil podmínky pro zájem o pravoslaví. Reformátorské snahy vyvrcholily založením nezávislé Československé církve (teprve od r. 1968 s přídomek husitské). Byla ustavena v r. 1920, kdy byl její první biskup vysvěcen v Bělehradě (římskokatolický duchovní správce v psychiatrické léčebně v Kroměříži) a pozdější československý farář Matěj Pavlík, po vysvěcení srbským pravoslavným patriarchou Dimitrijem biskup Gorazd. První úsek své obnovy tedy prošla česká pravoslavná církev společně s Církví československou (42).

V Olomouci byla 10. 8. 1924 ustavena Česká náboženská obec pravoslavná, v čele s biskupem Gorazdem (42).

Biskup Gorazd, jako nejvyšší představitel a duchovní vůdce české pravoslavné církve, povznesl svou církev v oblasti vzdělávací, osvětové a to především liturgickými knihami, učebnicemi a různými vzdělávacími spisy. Vytvořil notové sborníky pro pěvecké sbory a sestavil Sborník motliteb a zpěvů pro lidový zpěv, jelikož byl vynikající hudebník. Napsal mnoho studií, článků a celou řadu důležitých knih (např. Katechismus, dílo o sv. Cyrilu a Metoději), ale i právní a materiální spisy. Za jeho působení bylo postaveno několik desítek chrámů a kaplí, mezi nimi i katedrální chrám sv. Gorazda v Olomouci. Za své církevní a vlastenecké postoje - poskytl se svými církevními spolupracovníky v katedrálním chrámu sv. Cyrila a Metoděje v Resslově ulici v Praze úkryt účastníkům protinacistického odboje parašutistům z Anglie, kteří zorganizovali a vykonali akt pomsty na Reinhardu Heydrichovi - byl odsouzen k smrti a 4. 9. 1942 popraven. V r. 1987 byl biskup Gorazd pravoslavnou církví kanonizován jako světec novomučedník v katedrálním chrámu sv. Gorazda I. v Olomouci a byla mu také zasvěcena kaple pod tímto chrámem. V roce 1994 byl v katedrálních chrámech v Prešově a Brně pravoslavnou církví kanonizován svatý Rostislav, kníže

Velkomoravský, který se velkou měrou zasloužil o apoštolskou misi sv. Cyrila a Metoděje na území Velké Moravy (42).

V odvetu za hrdinský čin byla česká pravoslavná církev postavena mimo zákon, svou činnost mohla obnovit až po osvobození v r. 1945. VIII. řádný místní sněm Pravoslavné církve v Československu, který se konal 11. a 12. 12. 1992 v Prešově, reagoval na samostatný vývoj, který vyústil ve vznik samostatné České republiky a samostatné Slovenské republiky 1. 1. 1993. Na základě jeho rozhodnutí zůstala pravoslavná církev v obou státech nerozdělená, ale pod novým názvem - Pravoslavná církev v českých zemích a na Slovensku (42).

1.8 Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče

Vstupem do Evropské unie by měl být zdravotnický personál připraven na intenzivní kontakty s příslušníky jiných států, národů, etnik, jiných kultur. Etnická paleta populace žijící v České republice je dosti pestrá a to způsobuje řadu problémů, mimo jiné také proto, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky. Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb klientů, pacientů. To vyžaduje ošetrovatelský tým, který má odpovídající znalosti a dovednosti v oblasti lidských potřeb. Sestry by měly umět zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb souvisejících s odlišnou kulturou a podle toho odlišně zajišťovat individuální péči. Přitom je známo, že reagování na zdraví a nemoc není jen záležitost biomedicinská, ale také psychosociální, kulturní, etnická a náboženská. Multikulturní výchova se dnes v mezinárodním měřítku rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu a také ve výchově zdravotnických pracovníků. Lidstvo si je vědomo rozdílů etnických, rasových, jazykových, náboženských a dalších, proto je nutné vzdělávat odborníky i v oblasti zdravotnictví o těchto rozdílech. Toto má značný praktický význam k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras. Účelná a účinná pomoc klientům jiných kultur ve zdravotní péči si žádá dobrou připravenost zdravotnického personálu. Transkulturní ošetrovatelství tak chápeme jako legitimní,

nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplinu. Smyslem této formy ošetrovatelství je naplnit lidské potřeby tak citlivě, aby klient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pociťovat nespokojenost (28).

Česká republika je jako středně velký průmyslový a vyspělý stát cílem migrací pro skupiny osob a jednotlivce. V České republice se přechodně nebo trvale usídlují lidé z různých kontinentů, příslušníci různých kultur, náboženství i barvy pleti. Migrace je součástí dějin lidské společnosti (28).

Za hlavní prostředek integrace cizinců do přijímací společnosti je považováno zajištění rovnosti s místním obyvatelstvem za přístupu k zaměstnání, vzdělání, bydlení, sociální a zdravotní péči i k politickému rozhodování. Jde o problém zajištění rozmanitosti, multikulturnosti a multietničnosti společnosti současně s její soudržností (28).

Česká republika jako člen Evropské unie uplatňuje ve vztahu k cizincům principy, které přijala Rada Evropy a které jsou součástí zásad jejich integrace ve společenství. Nařízení Rady Evropy ukládá jednotlivým vládám zajistit, aby zdravotnická zařízení zdarma poskytovala tlumočnické služby, zajistila potřeby různých etnických skupin za podmínky rovného přístupu ke zdravotní péči. Poskytnout informace o službách, zdravotní péči, plánovaném rodičovství a mateřské péči. Proškolení zdravotnický personál, zvýšit jeho informovanost o kulturních a náboženských potřebách imigrantů a národnostních menšin. Zdravotní péči o cizince v azylových zařízeních financuje stát prostřednictvím jejich zřizovatele. Ostatní cizinci platí zdravotní péči na základě smluvního zdravotního pojištění v České republice nebo cizině, případně platí v hotovosti (28).

Statistika ukazuje, že v České republice je nejčastěji zdravotní péče poskytnuta občanům Ukrajiny, Vietnamu, občanům Slovenska a Ruska. Zatímco cizinci ze západních států hradili nemocniční péči převážně v hotovosti, cizinci z ostatních zemí hradili péči prostřednictvím smluvního zdravotního pojištění. Při poskytování zdravotní péče v Evropské unii platí jeden ze základních principů a sice princip subsidiarity (podpůrnosti). Ten ve své podstatě znamená, že určitá otázka bude řešena

společnými orgány společenství jen v případě, že je není možné dostatečně vyřešit členským státem samotným. Problematika poskytování zdravotní péče v Evropské unii je v neustálém vývoji (28).

1.9 Ošetřovatelská péče o nemocného při udělování svátosti

Jako ve fyzickém životě pro zdravý růst a posilňování člověka je nevyhnutelný vzduch, světlo a jiné pro život nevyhnutelné prostředky, tak i v duchovním životě potřebuje nemocný duchovní prostředky - dary svatého Ducha (29).

Pravoslavní uznávají symbolický počet sedmi svatých Tajin = svátostí (křtu, myropomazání, eucharistii, zpověď, manželství, kněžství, pomazání nemocných). Tento zvyk se označuje za hlavní svaté Tajiny, ale není jen vlastní starokřesťanskou tradicí, nýbrž převzatý ve 13. století z prostředí katolické církve. Ve skutečnosti počítáme svatých Tajin více. Např. velké svěcení vody na svátek Zjevení Páně je považováno za svatou Tajinu, a stejně tak i mnišské postřižení - velká schima - při čemž jsou odpouštěny všechny dosavadní hříchy (29, 37, 52).

Obřad svaté Tajiny vykonává kněz, ale duchovně je dílem svatého Ducha. Od požehnání a posvěcení nějaké věci se svatá Tajina odlišuje tím, že je jakýmsi hlubším působením svatého Ducha, který ve svatých Tajinách sestupuje a očišťuje lidské nitro, obnovuje člověka, proměňuje svaté Dary, ustanovuje a uschopňuje člověka k nějaké církevní službě apod. Svatými Tajinami je nemocný sjednocován s Bohem. Prostřednictvím svátostí se milost svatého Ducha vlévá neustále přímo do vnitra nemocného. Jsou znamením nerozlučného přebývání svatého Ducha a též svědectvím jeho pravosti. Základ duchovního života nemocný nachází v Bohu a současně také mír a pořádek. Blahodary pomáhají obnovovat a přeměňovat nemocného. Všechno hříšné a mrtvé se posvěcuje a ožívá mocí Boha Otce skrz Syna Ducha svatého. Nemocní přistupují ke svátostem dostatečně připraveni, s náležitým stavem ducha, aby se jejich duchovní cesta nestala trýznivou a namáhavou, protože svým způsobem rouhající se vztah k tomuto pramenu milosti, ohrožuje přímá záhuba. Sestra by měla mít základní

znalosti o náboženství, stejně tak i o duchovním stavu nemocného. Při odebrání sesterské anamnézy sestra zjistí vhodným způsobem, zda je nemocný věřící či nevěřící a jaká je jeho víra. Při udělování svátostí nemocnému ve zdravotnickém zařízení napomáhá nejprve sestra pacientovi při přípravě k udělení svátosti podle časových a prostorových možností a podle přání pacienta upraví pokoj, v případě potřeby upozorní ostatní spolupacienty na připravovanou událost. Pokud je ve zdravotnickém zařízení místnost nebo kaple zařízení pro tyto události, doprovodí nemocného do těchto prostor. Stejně tak napomáhá duchovnímu podle jeho pokynů při přípravě nemocného k udělení svátostí. Podle pravoslavné víry nemůže být člověk spasen bez svatých Tajin (29, 52).

Pro pravoslavné křesťany je pojem svátost západním termínem, který se snaží definovat cosi, co definovat nelze. Místo něj se používá pojmu tajemství (svatá Tajina), jímž se vyjadřuje, že „svátost“ je cosi, čemu nelze porozumět, co přesahuje lidské chápání. Bůh se nemocného dotýká skrze hmotné věci, např. vodu, víno, chléb, olej, kadidlo, svíce, oltář, ikony atd. Způsob, jak toho dosahuje, je tajemstvím. Za nejhlubší tajemství považují pravoslavní eucharistii, kdy Bůh sestupuje na předložené dary, tajemně proměňuje materii chleba a vína a při svatém přijímání pak dochází k bezprostřednímu společenství s Bohem, takže se krev člověka spojuje s krví Kristovou a tělo lidské s tělem Krista (52).

1.9.1 Odlišnosti v konání svátostí od římskokatolické církve

Od římskokatolického pojetí konání svátostí se pravoslavné Tajiny odlišují rozdílným pojetím úlohy kněze a působení Ducha Svatého. Zatímco v římskokatolické církvi je stavěn do popředí kněz (např. křestní formulí svátosti křtu, kdy římský kněz říká: „Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i svatého Ducha ...“), tak v pravoslaví je brán hlavní zřetel na působení Ducha Svatého a kněz je vnímán pouze jako služebník tohoto duchovního díla (při pravoslavném křtu kněz říká: „Křtí tě služebník Boží ve jménu otce i Syna i Svatého Ducha ...“. Stejný rozdíl je v modlitbě

rozhršení při zpovědi; podobně je i v chápání jiných svatých Tajin). Pravoslavná církev nezná doktrínu o očistci, neuznává dogma o neposkvrněném početí Marii Jáchymem a Annou, dogma o papežské svrchovanosti a neomylnosti, o prvenství apoštola Petra mezi ostatními apoštoly. Odlišnosti najdeme i ve výkladu o spáse, o výkladu o pojetí Tajin (svátostí) (42, 52).

Dále se pravoslavné pojetí svatých Tajin odlišuje od římskokatolického učení o svátostech v učení o jejich posvěcení (pravoslavní vyznávají učení o posvěcení nestvořenými energiemi Ducha Svatého, což římská církev odmítá) a další odlišnosti se týkají osob, které mohou svátost / Tajinu vykonávat. Biřmování / myropomazání: v římské církvi může konat pouze biskup, v pravoslavné církvi vykonává každý kněz ihned po křtu, používá ovšem svaté myro (křížmo) posvěcené biskupem. Rozdílnosti jsou ve vysluhování eucharistie (v pravoslavné církvi se podává zásadně pod obojí způsobem, nikdy se nepodává pouze proměněný chléb, kdežto v římskokatolické církvi se věřícím podávají samotné hostie; v pravoslaví se nepodává ani samotná Kristova krev, leč krev, která už byla sjednocena s Tělem Kristovým - tak se podává svaté přijímání malým dětem; používá se jiná materie pro přijímání: v římskokatolické církvi nekvašený chléb - oplatka čili hostie a většinou bílé víno, v pravoslavné církvi jediné kvašený chléb a většinou červené víno; značná odlišnost mezi oběma církvemi je v chápání epiklese - čili vyzývání Svatého Ducha - a proměnění chleba a vína na tělo a krev Kristovu). Další rozdíly v konání svátostí / Tajin jsou i ve způsobu křtu (v pravoslaví by se správně měl konat ponořením a nikoliv kropením), způsobu svěcení kněžstva, sňatku a jeho pojetí. Sestra podle náboženského vyznání nemocného organizuje a napomáhá nemocnému a duchovnímu při zajištění potřeb při udělování různých typů svátostí podle dané víry. Jiné nároky na udělení svátostí budou u nemocného římskokatolické církve nebo jiného vyznání (52).

1.9.2 Ošetřovatelská péče při svátosti křtu

Svátost křtu zaujímá první místo mezi všemi svátostmi církve, je jako by „dveřmi, skrz které člověk vchází do domu věčné moudrosti“. Je nevyhnutelná pro spásu člověka. Nemocný se tak osvobozuje od hříchu, věčné smrti a rodí se tak pro duchovní, blahodárný život (29).

Nemocní, kteří žádají o křest, musí absolvovat řádné poučení o církvi. Nutnou podmínkou pro přijetí a vstup do církve je víra v Krista (svaté Trojice). Křest je první ze sedmi svátostí církve a je povinný pro všechny pravoslavné křesťany, neboť bez křtu se nemůže nemocný sjednotit se Spasitelem, stát se členem Kristovy církve, přijímat účast na jiných svátostech a následně se stát účastníkem věčného života. Poskytuje se milost svatého Ducha nemocným, kteří ji přijímají. Za těchto podmínek se při křtu odstraňuje hřích v člověku, stává se čistým a spravedlivým. Podle přání rodičů a pokud je možno provést křest v porodnici, je potřeba i při udělení této svátosti vytvořit ve zdravotnickém zařízení takové podmínky, aby bylo naplněno udělení této svátosti. Sestra napomáhá matce a novorozenci, případně dalším přítomným tak, aby nebyl narušen provoz oddělení a nebylo ohroženo zdraví novorozence a její matky. Je proto třeba najít vhodný časový interval v provozu zdravotnického zařízení k naplnění svátosti křtu. Podobně sestra napomáhá i ostatním nemocným, kteří žádají o křest v pozdějším věku. Křest je nevyhnutelný, člověku se uděluje moc pro boj s hříchy (29, 30).

1.9.2.1 Obřady a modlitby předcházející křest

V minulosti představovala svátost křtu přípravu 1 - 3 roky. Svátost křtu se koná většinou nad dětmi, jindy na dospělých, což se uskutečňuje podle víry rodičů křtěného, kteří se stali duchovními rodiči křtěného.

V minulosti člověk připravující se k přijetí křtu, tzv. „katechumen“ byl postupně uveden do života církve, přijímal účast na společných modlitbách a na speciálních obřadech, jako je exorcismus (vyhnání nečistých duchů) a seznamoval se se svatým Písmem. Do této přípravy byla zahrnutá celá církevní obec, která se takovým způsobem

sama připravovala k přijetí nových členů. Právě tato podvojná příprava katechumenovi a církvi položila základy dlouhému před paschálnímu období (smrt a vzkříšení Krista), které se začalo nazývat Velkým půstem (29).

1.9.2.2 *Vykonavatel a místo křtu*

Křest musí konat kanonický biskup nebo kněz pravoslavné církve, ne diakon. Ten, který vykonává křest, musí splňovat následující kritéria: musí být členem pravoslavné církve, mít apoštolskou posloupnost, musí být přijat do seznamu ustanovených biskupů, nesmí být pomýleným křesťanem - kacířem, nesmí být rozdvojenou osobností, suspendovaným či mít zákaz sloužit. Kněz může konat křest mimo svoji církevní obec jen se svolením místního biskupa. Je zakázáno konat křest v domech, s výjimkou má-li novokřtěnec zdravotní důvody a nemůže být v chrámu (30).

1.9.2.3 *Vlastní křest*

Křest je realizován, pokud není známo, zda byl člověk již pokřtěn, při pochybnostech musíme nemocného znovu pokřtít. Nelze křtít plod u těhotné ženy, lze jen těhotnou ženu. Křest neopakujeme při odchodu z církve, následného učinění pokání a navrácení se zpět (30).

Původně se vždy křtilo ponořením do tekoucí vody. Materiálem křtu je posvěcená čistá voda adekvátní teploty a svatý olej. Voda znázorňuje hrob, kde se pohřbívá porušenost hříchem, kterou jsme zdělili od praotce Adama. Nemocný člověk v plnosti vzpomíná a odkrývá svoje hříchy před knězem, který ho bude křtít. Čím podrobněji vyznává svoje hříchy před knězem, tím uvědoměleji přijímá milost plného odpuštění hříchů v koupeli při křtu. Před ponořením do vody nemocný nebo rodiče křtěného vyslovují Symbol víry. Vyžaduje se, aby přítomní byli křesťansky věřící nebo věřící či pravoslavného vyznání. Pak se nad vodou čtou modlitby a voda se požehná. Kněz se pomodlí nad křtěným a maže ho svatým olejem jako znak obnovení svátosti. Pak se křest koná trojím ponořením do svěcené vody nebo trojitým

poléváním. Křtí se ve jménu svaté Trojice. Symbolizuje třídenní přebývání Krista v hrobě a následné vzkříšení. Člověk, který vyšel z koupele křtu, je omluvným působením Boží milosti. Po křtu se kolem koupele zpívá. Nemocný člověk se obléká do nového, pro něho důstojného oděvu (9, 29, 35).

Při křtu dítěte přijímají rodiče na sebe povinnost před Bohem a Církví, vychovávat dítě ve víře a zbožnosti (29).

1.9.2.4 Druhy křtu

Druhy křtu: a) mučednický (křest krví); b) ve vzduchu - provádí se při umírání dítěte, pokud kněz nebo biskup není na blízku, aby křest učinil, církev dovoluje vykonání křtu pravoslavným členem Církve, a to trojím vyzdvižením do vzduchu ve jménu svaté Trojice, při přežití dítěte se křest doplní; c) poléváním - při nemoci či stáří. Po zvládnutí akutních stavů při dlouhodobé nemoci či stáří a podle přání rodičů a nemocných o vykonání svátosti křtu sestra opět napomáhá rodičům a nemocným, duchovnímu při výkonu křtu. Zajišťuje důstojné prostředí, klid před i po udělení svátosti; d) tužbou - vykonává se, pokud nestihne být nemocný pokřtěn (např. havárie); e) trojím ponořením do vody - křtí se ve jménu svaté Trojice (30).

1.9.2.5 Přidělování jména

Děti se křtí starší než 40 dní. Při křtu se dává novokřtěnému jméno. Pokud je nemocný dospělý člověk, změní se mu jméno, které symbolizuje změnu jeho života a je pečetí pro celou bytost křtěného. Nemocný si přečte pravoslavný kalendář a vybere si jméno dle některého nebeského přímluvce. Jméno dávané novokřtěnci, má vyjadřovat nějakou událost ze života Krista, nebo jméno svatého či má vyjadřovat nějakou ctnost (29, 35).

Křtem se nemocný očistí od prvorozených a od všech osobních hříchů vykonaných před křtem. Nemocný se stává členem církve a je spojen s hlavou církve a jejím zakladatelem - Ježíšem Kristem. Jméno pokřtěného se zapisuje do knihy života. Křest je neopakovatelný, pokud je konán od kanonického pravoslavného kněze (30).

1.9.2.6 Účastníci křtu

Při křtu je přítomný kmotr vyjadřující upřímný úmysl vstoupit do církve za křtěného. Při obřadu se kmotr zříká satana místo novokřtěnce. Kmotry nemohou být jinověrci, heretici, schismatici (rozkolníci), exkomunikovaní a suspendovaní, dále mniši, duševně nemocní, rodiče novokřtěného. Za skutečného se považuje ten kmotr, který bere první do rukou dítě (křtěného) od křtitelnice, zúčastní-li se křtu více než jeden kmotr (30).

Vzápětí po křtu se vykonává nemocnému svátost myropomazání. Jedná se o pečeť daru Ducha svatého, jíž potvrzujeme vstup novokřtěnce do církve (30).

1.9.3 Ošetřovatelská péče při svátosti myropomazání

Přijetím svátosti myropomazání se nemocný stává vlastníkem duchovní krásy, věčným Světlem. Vyjadřuje dar svatého Ducha k pochopení a osvojení Božích tajemství a Božího zákona. Svátost myropomazání se uskutečňuje v Padesátnici (Seslání Svatého Ducha) (29, 35).

1.9.3.1 Průběh myropomazání

Dříve se svátost myropomazání uskutečňovala modlitbou a skládáním rukou. Provádí se pomazání posvátným olejem, který je během nemoci výrazem pro uzdravení. Mažou se jednotlivé části těla svatým, příjemně vonícím olejem (myrem). Pravoslavný kněz maže myrem čelo na znamení osvícení rozumu, oči, uši, nos, nosní dírky, ústa, prsa, ruce a nohy, které znamenají posvěcení činnosti a vždy pronáší: Pečeť daru Svatého Ducha. Nemocnému se uděluje „moc z výsosti“ a blahodárná síla, nevyhnutelná pro upevnění a růst v duchovním životě. Přijímá se dar Svatého Ducha (9, 30, 51).

Po křtu a pomazání myrem, kněz postříhne nemocnému na hlavě ve znaku kříže vlasy - zapečetění (sfragisma). To znamená, že nemocný se v plnosti oddává Bohu a stává se novým členem Boží rodiny. Svátost myropomazání se uskutečňuje současně

se křtem nebo hned po křtu. Svátost křtu a pomazání myrem nazýváme též „svatým osvícením“ (29).

1.9.3.2 Vykonavatel myropomazání

Zákonným vykonavatelem svátosti je nejen biskup, ale i kněz. Pouze biskup smí světit myro, kněz může pouze svátost konat (29).

Pokud je nemocný pokřtěn v nouzi nepravoslavným knězem nebo jinou osobou (je-li novorozenec v kritickém stavu, nejčastěji vykonává svátost myropomazání porodní asistentka - může být vykonáný každým pravoslavným křesťanem nebo křesťankou), pak tento křest sice platí, ale nebyl zpečetěn myropomazáním, o vykonání kterého je třeba se obrátit k pravoslavnému knězi, který jako jediný má právo udělení. Svátost má správně udělovat sedm kněží (9, 29, 35, 50).

1.9.4 Sesterská pomoc při svátosti eucharistie

Za nejhlubší svátost považují pravoslavní eucharistii. Eucharistie = „blahé poděkování“, děkovná oběť stvoření Kristu. Nemocný přijímá eucharistii nejvíce jednou denně v souvislosti s udržení stavu duchovní bdělosti. Nejméně je podána jednou do roka. Běžně se přijímá každou neděli. Nemocnému se podá chléb označující tělo Krista a víno vyjadřující krev Krista při poslední večeři Páně. Pokud nemocný požádá o eucharistii, kněz ji donese až k lůžku, kde je svátost přijímání podána. Část proměněných svatých darů se uchovává v chrámě na oltářním stole v darochranitelnici pro nemocné. Svaté přijímání je také zasazeno do bohoslužby svaté liturgie, není pouze přijímáním u nemocných (35, 50).

Nemocný se k přijímání připravuje modlitbou. Modlitba se skládá ze služby denního kruhu, tří kánonů nebo chvalozpěvů a modlitbou před svatým přijímáním. Nemocný se postí od půlnoci, pokud je poskvrněn hříchy. Půst se nepřerušuje požitím a zapitím naordinovaných léků. Sestra zajistí nemocnému klidné prostředí k modlitbě např. v kapli, před svátostí přijímání. Při půstu upraví jeho denní režim včetně stravování tak, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu nemocného. Nemocný

po přijetí svaté eucharistie poděkuje Bohu modlitbami. V den přijímání zůstává nemocný bdělý a střízlivý vůči pokušení (35).

1.9.5 Ošetřovatelská péče při svátosti zpovědi (pokání)

Ve svátosti pokání nemocný přijímá odpuštění hříchů spáchaných po křtu. Uděluje se jako dar křestní čistoty potřísněné pozdějšími hříchy. Hřích nemocnému vzniká působením zlých myšlenek na duši člověka. Výkon svátosti zpovědi přichází ve zdravotnickém zařízení zcela výjimečně. Vykonaný hřích svědčí o pohrdání Božího zákona. I zde je sestra nápomocná nemocnému a duchovnímu k provedení této svátosti především k zajištění soukromí a intimního prostředí. Dříve se svátost udělovala jen jednou, zpravidla ke konci života, později se stala podmínkou svatého přijímání (29, 35, 45).

Svátost pokání rozlišují dva momenty: 1) uvědomění si hříchů a jejich vyznání; 2) absoluce (odpuštění hříchů) a návrat do společenství církve (45).

1.9.5.1 Vykonávání svátosti zpovědi na ošetřovatelské jednotce

Dnes nemocný přistupuje ke zpovědi tak často, aby nestačil zapomenout na žádný hřích, který je třeba vyznat. Ke zpovědi se nemocný připravuje, aby věděl, z čeho se chce zpovídat. Příprava ke zpovědi má začít týden nebo ne méně než tři dny předem, např. v Rusku se koná příprava třídní, spojená s přípravou na velkopostní zpověď a přijímání. Příprava pokračuje složením půstu (až sedmidenní) a další kající skutky (modlitba, požádání nejbližších o odpuštění a modlitební podporou). Vykonavatel svátost v oltářní modlitebně vyprosí modlitbou k Bohu blahodárný dar pro duši nemocného. Přináší nemocnému i zvláštní dar Boží milosti - slzy pokání, tj. nemocný vyjadřuje radost z odpuštěných hříchů a smíření s Bohem. Veliká nouze o slzy pokání pobízí udělovatele svátosti i nemocného prosit Boha o dar slz. Nemocný je zdrženlivý v jídle a pití, bdí v modlitbě, odvrací pozornost od všeho, co by vedlo k nesoustředěnosti a hříchu. Udělovatel přinese na místo vykonání svátosti kříž z prestolu (oltářní kříž). Zpověď se provádí nad ikonou Ježíše Krista. Při čtení

rozřešující modlitby vykonavatelem jednu ruku nemocného klade na knihu modliteb a druhou ruku na svoji šíji. Následně se nemocný 3x pokloní ikoně Ježíše Krista (29, 35, 45).

Vykonavatel nakonec pronese rozřešující formuli - epitimii („kající cvičení“, napomenutí, pokárání, usvědčení, potrestání). Epitimie není žádným trestem, jde o moment zadostiučinění, tvoří ji rozmanité dobré skutky (duchovní úsilí - různé formy postu, kající poklony, milodary, určené modlitby, milosrdenství, sebeobětování, skutky lásky) (45).

Pravoslavný kněz může vykonat zpověď u lůžka nemocných dvojím způsobem: a) veřejná (společná) - kdy se nemocní shromáždí před kněze a všichni společně mu vyznávají své hříchy; b) soukromá (ušní) - nemocní přistupují ke knězi jednotlivě či kněz přijde k lůžku nemocného a šeptá mu své hříchy do ucha. V obou způsobech se odpouští, neboť nemocný říká kající modlitbu věřících za odpuštění. Kněz se za nemocného modlí modlitbou za kajícího (za nemocného), které se též říká modlitba rozhrěšení (35).

K vykonání svátosti zpovědi nemocnému pomáhá kněz či biskup. Uděluje se nemocnému spravedlnost a Boží milost. Hřích se nejen odpouští, ale odstraňuje se ze života člověka a přestává tížit jeho duši. Nemocný prožívá radost z toho, že se mu opět otvírá cesta účasti Božího života (29).

1.9.6 Svátost manželství

Nazývá se též „veliké tajemství“. Svátost uznává manželství za závazek, ve kterém muž a žena přijímají na sebe povinnost žít nerozlučně a spolu celý svůj život, přičemž se vzájemně doplňují při řešení nábožensko - mravních otázek a pomáhají si vzájemně při životních potřebách. Budují se tím příznivé podmínky pro výchovu dětí rodiči. Aby nedošlo k zneužití svátosti, sňatek se uzavírá pouze z lásky a žití pro druhého, nikoliv z pouhé žádosti nebo z ekonomických důvodů (29, 35).

1.9.7 Svátost kněžství (rukopoložení, chirotonie)

Jedná se o zplnomocnění církve, kdy nemocný zasvětit svůj život věřícím a byl povolán Bohem jako biskup, presbyter nebo diakon. Pouze řádné vysvěcení na kněze dává kompetence k biřmování, zpovídání, lámání chleba ke sv. přijímání, oddávat a světit olej k pomazání nemocných (9, 35).

Kněžství se skládá ze tří stupňů: 1) nejnižší je diákonské (jáhnovské), které mu předchází nikoliv svěcení, ale povýšení na čtece, pěvce, žalmistce, svícenosce a požehnání na poddiákona (nejvyšší mezi diákoný má titul protodiákon nebo archidiákon, je-li mnišského stavu, říká se mu jerodiákon); 2) střední se nazývá kněžské (presbyterské, jerejské), kněz vyšší hodnosti má titul protojerej nebo protopresbyter, kněz mnišského stavu je jeromonach, kněz v hodnosti představeného monastýru má titul igumen nebo archimandrit; 3) nejvyšší tvoří biskupské (episkopské), episkop vyšší hodnosti je metropolita, archiepiskop nebo patriarcha; všeobecný název pro osobu s třetím, nejvyšším stupněm rukopoložení, je archijerej (35, 50).

1.9.8 Ošetřovatelská péče při svátosti pomazání nemocných

Tělesné a duševní nemoci mají svůj původ v hříšné lidské přirozenosti. Nemocný se spoluúčastní při přijetí svátosti. Nemocný by měl přijmout svátost v nemoci bez bázně a neodkládat její přijetí. Při odkládání znamená slabou víru a následně je překážkou uzdravující účinnosti svátosti. Svátost uděluje skupina kněží. Není přesně určen počet kněží. Doporučuje se sedm kněží při udělení svátosti pomazání nemocných, ale připouští se, aby svátost vykonal jeden kněz (29, 35).

Pomazání olejem je svátostí uzdravení, která uvádí nemocného do Božího království. Před přijetím svátosti se uděluje milost, která nemocného duševně posiluje, ulevuje v bolestech a často uzdravuje. Kněží nepřistupují k lůžku nemocného nebo umírajícího nemocného, aby zastupovali medicínu, která vyčerpala všechny svoje možnosti, ale aby uvedli nemocného do světa lásky a života Krista (29).

Svátost se nemocnému uděluje jen jednou při jedné nemoci u lůžka. Může se konat i v chrámě, může-li tam nemocný dojít. V takovém případě se mohou sejít i kněží ze sousedství v předem dohodnutý den, nejlépe ve svátek některého světce léčitele a pomazat všechny nemocné, kteří se shromáždí (35).

Svátost pomazání nemocných či „saborovanije“ lze konat v období velkého postu (35).

Svátost se uděluje i v blízkosti smrti, po konstatování smrti lékařem. Proto by měl být kněz povolán i v samotný čas smrti či umírání, aby četl příslušné žalmy, modlitby a doprovázel nemocného na nelehkém přechodu mezi životem a smrtí, tím spíše, není-li přítomna rodina. Nemocní pak požadují vysluhovat svátost v kritickém zdravotním stavu, kdy se domnívají, že jejich fyzický život vyhasíná, a proto obřad má být v každém případě započatý na živém člověku, může být dokončen na mrtvém, nastane-li v jeho průběhu smrt. Duše setrvává spojena s tělem ještě několik hodin po posledním vydechnutí nemocného. Ten, kdo uděluje svátost, musí si uvědomit schopnost nemocného v klinické smrti vnímat modlitby a přejímat intuitivně i myšlenky kněze. V případě náhlého úmrtí je nutno kontaktovat kněze co nejdříve, musí se v příslušné dny konat zádušní bohoslužby za zemřelého a dojedná se doba pohřbu. Zádušní bohoslužby či soukromé modlitby lze konat kdykoli, ale je velmi vhodné - vzhledem ke stavu duše, která se rozloučila s tělem - sloužit panychidy = zádušní bohoslužby 3., 9. a 40. den po smrti zemřelého a také vždy ve výroční den úmrtí. Pro zádušní bohoslužby jsou většinou vyhrazeny soboty. Pozůstalí zajistí co nejdříve na den pohřbu zpěváky nebo pohřební obřad zpívají osobně, aby zemřelému prokázali úctu. Hudební nástroje se nepoužívají při pravoslavných bohoslužbách a obřadech. Obřad se koná v domě smutku, v chrámu, ve hřbitovní kapli, v městské smuteční síni nebo nad hrobem. Pokud se koná průvod na hřbitov, obřad bývá rozdělen do několika částí. Koná-li se pohřeb v chrámu či kapli, slouží se nejprve liturgie s modlitbami, přečtení evangelií a následné kázání za zemřelého, které slouží k vyložení těch pravd víry, které jsou pro pohřební shromáždění aktuální, protože tváří v tvář smrti si každý klade otázky, co se děje s duší po smrti, následuje pohřební obřad, který končí uložením

rakve do hrobu na hřbitově. Tělesné pozůstatky zesnulého nemocného jsou předmětem zvláštní pozornosti, kdy jediným řádným způsobem je uložení ostatků do země, protože každý člověk, bez ohledu na své přesvědčení a náboženské vyznání vstane z mrtvých a jeho život bude trvat bez časového omezení. Týká se těla i duše. Trvají-li pozůstatí zemřelého na kremaci či jiném mimořádném způsobu, musí si obstarat od místního biskupa svolení. I když jim místní kněz jistě poradí nejrychlejší formu získání daného souhlasu, třeba že výjimečně celou věc sám vyřídí, kněz nesmí vykonat pohřeb s následnou kremací bez biskupova svolení. Zvyky a obyčeje spjaté s pohřbem jsou velmi košaté. Před pohřebním rituálem se připraví balíček nejrůznějších sladkostí, který je po zahájení rituálu položen k zemřelému. Pohřební obřad se koná s otevřenou rakví (pokud to dovoluje stav zesnulého), aby se účastníci pohřbu mohli s nebožtíkem rozloučit (20, 21).

Kněz se při upálení pravoslavně věřícího křížuje třemi prsty místo tradičních dvou (12).

1.10 Komunikace při ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve

Pro překonání interkulturní komunikační bariéry pomáhají multijazykové interakční komunikační karty. Sestra se může doptat nemocného na základní biologické potřeby a částečně i na potřeby vyšší (13).

Při oslovování je zvykem používat za křestním jménem i jméno otce. Při přiřazování jmen je jasný vztah mezi otcem a dětmi. Matčino jméno se vynechává. Jméno dítěte tvoří křestní jméno, které dostává při narození, jméno otce a příjmení otce (28).

Pokus o kontrolu nebo potlačení mimických emotivních projevů je pokládán za výraz nepřátelství, neupřímnosti a nečestnosti. Obejetí něčího obličeje dlaněmi je tradičním projevem přátelství. Při setkání se obejmou, třikrát políbí na pozdrav a nakonec se rozloučí. Jsou názoru, že všechno se má dělat alespoň třikrát. Dotyky jsou zvláštní a důležitou součástí neverbální komunikace, snaha vyhnout se jim může být

pokládána za projev nepřátelství. Udržují v průběhu konverzace blízkou vzdálenost. Udržují při vzájemné interakci přímý oční kontakt. Neudržení očního kontaktu s partnerem je projevem nečestnosti. Od vnějšího vzhledu v souvislosti úpravy zevnějšku si odvozují společenskou prestiž (12, 28).

Nevadí jim utrpení, neboť si to vysvětlují jako obvyklý způsob existence, více než jiné národy v souvislosti s bolestí, nepohodlím, smutkem. Bolest hodnotí podle intenzity projevu navenek, i když se bere v úvahu individuální práh bolesti (12, 28).

1.11 Nevhodné chování z pohledu pravoslavně věřících

V pravoslavné církvi se nesluší smrkat na veřejnosti, zvláště v hromadných prostředcích a při jídle (snažit se zadržet tuto činnost). Rýpat se na veřejnosti v zubech zubním párátkem, chovat se příliš hlučně a rušit tak své okolí, mluvit ve společnosti o penězích a lechtivých tématech, zadávat přímý dotaz týkající se věku ženy, nezávazně se usmívat na neznámé lidi. Utahování si z věcí, které se týkají národní povahy, zvyků, historie atp. Dále zdržovat frontu, říkat nepříjemnou pravdu přímo do očí (je třeba pouze naznačit), nedbat na formu (držet se pravidel chování v rámci své společenské role, upravit zevnějšek podle svého sociálního postavení, pohlaví a věku - nelze vstoupit na veřejnost bez nalíčení, perfektního oblečení a nepoužití parfému) a veřejně ukazovat intimní části lidského těla (40).

1.12 Vhodné chování z pohledu pravoslavně věřících

Pravoslavní za každou pomoc a při každé vhodné příležitosti dávají drobnou pozornost. Chodí včas na návštěvy za nemocnými a přinesou s sebou květiny, dort, bonboniéru, víno. Sluší se dát při pohoštění vše a zvláště to nejlepší, co se nabízí k dispozici. Nedávat ve společnosti najevo svou špatnou náladu a aktivně zarazit jednání člověka, který se na veřejnosti chová nevhodně. Muži skrývají slabost. Ženy před vstupem do pravoslavného chrámu si hlavu zahalují šátkem, naopak muži si sundají pokrývku z hlavy. Ženy chodí žensky oblečeny. Půjčují příteli v nesnázích

peníze. Vše řádně slaví (podle zvyku se musí oslavit nejen svatby, narozeniny, kariérní a jiný růst, ale i přestěhování do nového bytu) (40).

1.13 Pravoslavný kalendář a nejvýznamnější církevní svátky

Pravoslavný kalendář a tedy i církevní svátky jsou posunuty o 13 dní dozadu ve srovnání se svátky katolickými, neboť pravoslavná církev neakceptovala gregoriánskou reformu kalendáře. Církevní svátky se dělí na nepohyblivé, tj. takové, které každý rok připadají na stejný den v měsíci, a svátky pohyblivé, které připadají na různé dny. Pravoslavný církevní rok začíná 1. září, v římskokatolickém kalendáři začíná liturgický rok adventem. Nejvýznamnějším svátkem v pravoslaví je Vzkříšení Kristovo nebo-li Svatá Pascha, druhým největším svátkem jsou Letnice (padesátnice). Dále je vyčleněno dvanáct tzv. velkých svátků, z nichž osm se týká svátostí ze života Ježíše Krista a čtyř událostí spjatých se životem přesvaté Bohorodice (42).

Nepohyblivé (stálé): - 8. 9. Narození přesvaté Bohorodice (Narození Panny Marie); - 14. 9. Povýšení sv. kříže (Povýšení sv. kříže); - 21. 11. Uvedení Přechisté Bohorodice do chrámu (Zasvěcení Panny Marie v Jeruzalémě); - 25. 12. Narození Kristovo (Narození Páně); - 6. 1. Zjevení Páně, Bohozjevení (Zjevení Páně, svátek tří Králů); 2. 2. Obětování Páně, setkání Páně se Simeonem (Obětování Páně, Uvedení Páně do chrámu); - 25. 3. Zvěstování Přesvaté Bohorodici (Zvěstování Páně); - 6. 8. Proměnění Kristovo (Proměnění Páně); - 15. 8. Zesnutí Přesvaté Bohorodice (Nanebevzetí Panny Marie) (26, 42).

Pohyblivé: Vjezd Pána do Jeruzaléma, Květná neděle; Světlé vzkříšení Kristovo, svatá Pascha Páně (Zmrtvýchvstání Páně, Boží hod velikonoční); Nanebevstoupení Páně; Svatá Padesátnice, Přesvatá Trojice (Seslání Ducha svatého), Boží hod svatodušní (26, 42).

1.14 Význam církevní hudby při pravoslavné bohoslužbě

V tradici pravoslavné duchovní hudby připadá chrámovému zpěvu vznešený úkol a ušlechtilá role sloužit, být služebníkem slova a ustálené formy kultovních úkonů.

Církevní hudba není tedy nějakým samostatným oborem, ale má za úkol nést liturgické dění. V tom se odlišuje od hudby světské. Vstoupíme-li do pravoslavného chrámu, jsou nám nápadné dvě věci: při bohoslužbě se nemluví, nýbrž vždy zpívá, a zpěv není nikdy doprovázen nástroji. Pravoslavná mše trvá zhruba dvě a půl hodiny. Během bohoslužby znějí modlitby a zpěv sboru, zatímco aromatický ladan (kadidlo) plní svým kouřem kostelní prostory. V kostele chybějí lavice či židle, protože sedět při modlitbě je hřích. Proto pravoslavně věřící stojí nebo si opakovaně lehají tváří k zemi. Při celonočních vigiliích a prodloužených bohoslužbách věřící stojí až sedm hodin. Ve všední dny ráno a večer jsou mše méně namáhavé. Nemísí se sladkost melodií, aby nemocní spolu se sluchem příjemným libozvukem přijímali také to, co je nemocnému ve slově k užitku. Právě k tomu jsou vynalezeny bohoslužebné zpěvy. Úkolem zpěváků při bohoslužbě je vědomě usilovat o zkrášlení liturgie. Hudba je umění, avšak umění v církvi není nikdy samoúčelné, nýbrž je vloženo do našeho lidského úsilí. Zpěv je způsob hudebního vyjadřování liturgie, zpěv má dva významy - na jedné straně znamená bohoslužbu, na druhé straně je čistě muzikálním prvkem. Hranice mezi recitací a zpěvem je nezřetelná, volně plynoucí. Zákonem kanonického (liturgického) zpěvu všech západních a východních církví jsou církevní stupnice nebo-li osmihlasý systém. Citová stránka hudby hraje ve východní liturgii velkou roli. Muzikální prvek slouží k tomu, aby upoutal pozornost na myšlenky textů, a dociluje citovou odezvu na ideový obsah. Východní církev používá starocírkevního jazyka a ten je hymnický (48).

Muži by měli při vstupu do kostela sundat pokrývku z hlavy. Ženy by si měly hlavu naopak zakrýt. Dnešní systém pravoslavného církevního zpěvu je výsledkem dlouhého vývoje. Středisky církevně muzikální kultury prvního období byly kláštery, duchovenstvo, mistři zpěvu a sbory při velkoknížecím dvoře v Kyjevě a v Novgorodu. Působením italské hudby na pravoslavný církevní zpěv nastupuje ke konci 18. století druhá perioda. Pěvecké sbory byly přemístěny z Moskvy do Petrohradu (48).

1.15 Výživa a půst pravoslavných nemocných

Každá choroba vyžaduje specifický dietní postup. V některých případech je dieta podpůrným léčebným prostředkem, ale u mnohých zvláště civilizačních chorob je hlavním léčebným postupem. Proto je nutné správně skloubit požadavek dietní léčby a požadavky příslušníků pravoslavné církve na výživu dle jeho zvyklostí. U potravin určujeme jejich energetickou, biologickou, hygienickou a organoleptickou hodnotu. Vždy existují skupiny obyvatel žijící ve skromnosti až chudobě a stejně tak skupiny obyvatelstva žijících v dostatku až v nadbytku. Kromě rozdílů v úrovni potravních zdrojů je stravování lidí ovlivněno také národnostními a krajovými zvyklostmi, které ukazuje na trvalé začlenění pravoslavné spirituality. Kulturní zvyklosti mohou mít vliv nejen na výběr potravin, ale i způsob přijímání potravy. Obliba některých pokrmů v různých částech světa se stala typická a proto v současné době existuje mnoho národních kuchyní, které se od sebe liší (10, 27, 28).

Hlavním úkolem sestry, při odebírání výživové anamnézy, je zaměření se na údaje o preferovaných a odmítaných potravinách, denním příjmu tekutin, příjmu výživových doplňků a vitaminů, alergii či precitlivělosti na potraviny (27).

1.15.1 Zásady stravování pravoslavných ruské národnosti

Výběr jídel, surovin, jejich příprava a způsob podávání je značně ovlivněný především zeměpisnou polohou dané části Ruska. Rusové velmi rádi začínají větší stolování studenými předkrmy. Lahůdkou ruské kuchyně, která má privilegované postavení na celém světě, je černý a červený kaviár a rybí výrobky. Kaviár má vysokou energetickou hodnotu - v porovnání s masem vyšší až o sto procent. Původně ruská kuchyně je kuchyní lovců a rybářů, bohatá na zvěřinu a ryby. Jako kuchyně chladné země je vydatná, oblíbené jsou masité polévky se zeleninou jako je boršč. Tradičním jídlem jsou pirohy. Typickou chuť jim dodává zelí, červená řepa, cibule, ředkev, fenykl a kopr. Známé jsou také bliny (lívance, palačinky z pohankového nebo pšeničného těsta). V Rusku je patrný vliv francouzské kuchyně. Neodmyslitelnou součástí příjmu tekutin v Rusku je čaj, chvilky u samovaru jsou stále oblíbené. Čaj je národním

nápojem, i když mnohem starším je kvas a vodka. Do čaje se přidává mléko nebo různé sirupy a zavařeniny, kterými se čaj současně sladí. Přes léto je velmi oblíbeným nápojem kvas, který se získává z žitného a ječmenového sladu alkoholovým kvašením (7, 28, 39).

Snídaně bývá vydatná jako v anglické kuchyni. Pro celou oblast jsou však typické bohatší snídaně, jelikož pracovní doba začíná později než u nás. Ke snídani se obvykle podávají různé druhy ryb, studená masa, kaše (jáhlová, pohanková, ovesná, tykvová). V Rusku se také po čtyřech hodinách svačí obložené chlebíčky nebo teplé párky a čaj (7, 28, 39).

Nejvydatnějším, později podávaným denním jídlem je bohatý oběd zpravidla sestavený ze tří chodů - z polévky, hlavního jídla a moučníku, což je zpravidla ovocný rosol nebo jinak upravené ovoce. Oběd obohacují masité předkrmy a ryby. Polévka bývá výživná, s typickým pečivem, následuje kompot nebo kyselý salát. Více než u nás se požívá smetana (28, 39).

Večeře má charakter spíše svačiny, bývá poměrně lehká, podávaná později, zpravidla dvě hodiny před spaním, což je pravidlo z hlediska správné výživy velmi pozitivní. Časové rozvržení stravy a její množství odpovídá zásadám správné výživy (28).

1.15.2 Zásady stravování pravoslavných u řecké národnosti

Řecká kuchyně je specifickým typem balkánské kuchyně. Vzhledem k dlouhému a členitému mořskému pobřeží vzrůstá podíl mořských produktů v každodenní stravě, proto Řekové konzumují také hodně ryb, zřejmě odtud také pocházejí závitky ze zelného, fíkového nebo vinného listu plněného masem. Preferuje se skopové, kozí, hovězí a drůbeží maso. Pověstným se stala spartská polévka z vepřové krve s pokrájeným masem, cibulí, ochucená octem. Využití bylinek je ještě rozmanitější než na Balkáně, neboť jídla obsahují hodně koření a ochucují se citrónem. Zelenina se podává ve formě pestrých salátů. Velké olivové háje poskytují dostatek kvalitního oleje (28, 39).

1.15.3 Posty v pravoslavné církvi a možnosti jejich dodržování v nemocnici

Pravoslavná církev ustanovila posty jednodenní a postní období. Pokud se nemocný nepostí, znamená to velký úpadek víry (7).

Středy a pátky (jednodenní posty) se pravoslavní postí po celý rok, protože jsou to zvláště památné smuteční dny (ve středu byl Spasitel Ježíš Kristus zrazen a vydán nepřátelům a v pátek byl ukřižován). Ve středu a pátek se požívá pouze rostlinná strava, k jídlu se nepřipravují ryby (7).

Výjimku jednodenních postů tvoří: - následující týden po neděli Celného a farizeje; - týden před syropustní nedělí (celý tento týden se již maso nejí, pouze mléko a vejce), - týden následující po neděli Velikonoční, tj. Světly paschální týden; - týden následující po neděli Svatodušní; - od svátku Narození Páně do 17. 1.) (7).

Výjimku tvoří i jednodenní posty, kdy se nepožívá ani ryba: - den před svátkem Zjevení Páně (18.1.); - v den Stětí svatého Jana Křtitele (11. 9.); - v den Povýšení svatého Kříže (27. 9.) (7).

Kromě toho jsou i sváteční postní dny, kdy se ryba požívá: - Květná neděle (období Velkého postu); - svátek Zvěstování Přesvaté Bohorodice (7. 4.); - svátek Proměnění Páně (6. 8.) (7).

Dodržují se také posty po čtyři delší postní období před významnými církevními svátky.

1. Filipovský půst ke svátku Narození Krista, tedy půst předvánoční, trvá od 28. 11. (od svátku sv. Filipa) do svátku Narození Páně. Jedná se o půst „s rybou“ (vhodný je kapr) (7).

2. Velký půst, čili Veliká svatá čtyřicátnice a Veliký strastný týden - trvá od pondělí po syropustní neděli do Velikonoční jitřní. Trvá 40 dní, tedy stejně dlouho, jak se postil Pán Ježíš Kristus na poušti. Na veliký strastný týden se nemocný postí pro utrpení a smrt Pána Ježíše Krista na Kříži. Je postem „bez ryby“.

Tento půst trvá až do svátku Světlého Kristova Vzkříšení, tedy do půlnoci Velké Soboty, po níž následují paschální bohoslužby, oslavující Kristovo Vzkříšení.

Na Velký půst zvláště využijeme českou bramboračku, zelňačku, luštěninové polévky, „boršče“ a „čorby“. Lze ji obohatit řeřichou (7).

3. Petropavlovský půst trvá od pondělí, následujícího po neděli Všech svatých (tj. po první neděli po Padesátnici) až do 11. 7. včetně, tj. do svátku svatých apoštolů Petra a Pavla. Je to půst „s rybou“. Tento půst jako jediný nemá stálý počet dnů, neboť jeho začátek je zakotven v kalendářním kruhu pohyblivém a jeho konec v kalendářním kruhu nepohyblivém (7).

Nemocný konzumuje brambory, saláty, okurky, papriky, rajčata, květák, zelený hrášek, fazolky, kopr, petrželku, pažitku, mátu, bazalku, oregano a další bylinky. Dále jahody, maliny, rybíz, ostružiny, třešně, višně a borůvky (7).

4. Uspenský půst, tj. před svátkem Zesnutí Přesvaté Bohorodice: od 14. 8. do 27. 8. včetně. Je to půst „bez ryby“.

Nemocnému lze podat rajčata, okurky, papriky, cukety, patisony a jablka (7).

Existují dva základní způsoby dodržování postu:

1. V krajinách jižních, teplých, odkud nemocný pochází, se vynechává i olej a víno. Jsou však připravovány tzv. mořské plody a chobotnice, které jsou považovány za biologicky nižší organismy než ryby (7).

2. V krajinách mírného pásma a severu, kde v organismu dochází k větší energetické spotřebě, se i v postním období běžně požívá olej (7).

Jídelníček můžeme nemocnému obohatit o bezvaječné těstoviny, luštěniny, rýži, polotovary sójového původu, pohanku a obiloviny vůbec, luštěniny, chléb, pečivo, knedlíky, marmelády, med, houby, rostlinné máslo, kukuřice, špenát, olivy, pirohy (plněné pečivo z kynutého těsta, které lze připravit na sladko i na slano), pita (pláty těsta plněné různými náplněmi) (7).

Pokrm olivo, čili kuťa (svařená zrna pšenice s medem) se podává při vzpomínce za zemřelého (první, třetí, devátý a čtyřicátý den po zesnutí) a v období Velkého postu (druhou, třetí a čtvrtou sobotu, čili radnice, Trojickou a Dimitrijevskou sobotu). Jedná se o příležitost panychidy a litije, kdy se olivo (kuťa) postaví při bohoslužbě v chrámě na zvláštní stolek (7).

Při zpracování potravin lze nahradit mléko vodou (popř. sójovým mlékem), místo vajíček dáme odpovídající počet lžic oleje (velmi dobrou náhradou vajec je „Vajahit“), pokrmy dusíme na vodě bez použití oleje, místo polévkových omáček požíváme „miso“. Nejvhodnější tuk na pečení je Lukana v kostce. Chuť postních omáček zlepšujeme karamellem a opraženou moukou. Těsto bez vajíček se propéká mírněji a delší dobu. Nemocný se vyhne požívání alkoholu, přemíry soli a koření (7).

Pokud chce nemocný držet přísnější půst, měl by sníst alespoň jedno jídlo denně a nejlépe teplé (7).

1.15.4 Specifika výživy u nemocných před Vánocemi

Pravoslavné Vánoce tvoří strava v souvislosti s postem, která se skládá z bílkovin (luštěniny - sója, fazole, hrách), z ryb, dále je ve stravě zastoupena cibule, brambory, rýže, ovoce, zelenina, různé saláty, česnek, zelí, paprika, pórek, celozrnná mouka, olej, sušené ovoce (hlavně švestky a hrozny), jablka. Plnohodnotné tuky dodávají oleje (slunečnicový, kukuřičný, sójový, olivový). Přísun sacharidů je bez omezení, ale i bez přejídání. Na Štědrý den se konzumují opečená selata, jehňata a ovce a pije se rakije (balkánská vinná pálenka z kvašených hroznů zrající v dubových sudech). Půst je lékem a končí ráno na Boží hod vánoční (7).

1.16 Denní režim vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve

Pravoslavně věřící chodí podle možnosti brzy spát, aby co nejdříve vstávali. V některých monastýrech vstávají k modlitbám už krátce po půlnoci. Nejprve se modlí sami ve svém pokoji, poté se scházejí na společnou modlitbu v chrámu. Tato ranní modlitba vrcholí bohoslužbou s liturgií a přijímáním. Dopoledne následují chvíle odpočinku a práce. V poledne společně obědvají. Odpoledne pracují. Večer následuje bohoslužba, soukromí a spánek. Žijí v sebezapření a snaží se plnit boží přikázání (12).

1.17 Biologické variace

V severním Rusku se vyskytuje rasa nordická (*Homo europaeus*, *H. nordicus*) vysokého vzrůstu, světlých vlasů i očí, růžové pleti, dlouholebá, podlouhlého obličeje. V západním Rusku rasa východní, nízkého vzrůstu, světlovlasá, krátkolebá, světlých očí, čtýřhranného obličeje s nosem často vzhůru prohnutým (38).

1.18 Kulturní specifika menšiny

Charakteristikou pravoslavných je bohohledačství, vášeň k životu, hrdost a síla. Odmítají dodržovat jakékoliv řády vůbec, raději volí volnost, svobodu, neomezenost (včetně hlouposti, geniality, nenávisti a přátelství). Umějí překonat strach a vědí, co je nouze, bída a zoufalství. Jedině skrze utrpení lze dojít k poznání. Pýcha vede do duchovní záhuby, kdežto pokora a obětování se pro druhé je tou správnou cestou. Skrývají ve svém srdci duši divokého a zbožného křesťana. Ženy jsou všestranné z hlediska prací. Rádi cestují. Neradi abstinují, neboť vodka je jejich národním nápojem, která podle pravoslavně věřících léčí všechny nemoci těla a duše. Podává se ve sklenici velikosti zavařovací sklenice či ve dvoudecových kelímkách, protože pouze v tomto množství dokáže zneškodnit neduhy a pije se zásadně do dna. Nejmenší požitelnou dávkou vodky pro pravoslavné je 2 - 4 dcl. Jako přílohu k vodce konzumují rybu s kyselou okurkou a chlebem. Vodka se pije na žal, kterého je u pravoslavně věřících dostatek. Jsou převážně kuřáci (12, 41).

Každý muž, který dosáhne postavení, jež mu umožňuje řídit alespoň dva lidi, není již nucen pracovat. Většina lidí je závislá na příjmech od státu. Direktor tak dává najevo svůj odstup vůči obyčejným lidem (drzost). Vykládají si zákony své země ve svůj prospěch, zejména předpisy týkající se různých poplatků, cel a daní. O bezúhonnosti direktora se nepochybuje, neboť vše co vykonává, slouží ku prospěchu všech. V osobnosti se jim nevytratí mafiánství (12).

Potřeba výkonu biologické funkce vyprazdňování, je daná originalitou co do funkce, tak vzhledu a čistoty. Toaletní papír se skládá z recyklovaného papíru, který obsahuje kousky drtě. Vylezou opatrně na mísu opatřenou k tomuto účelu

speciálními šlapkami a přidržují se. Nepoužívají toaletní papír. Většinu záchodů znají v souvislosti s otvorem v betonové podlaze. Absolutní soukromí při vykonání základní potřeby není nikdy zaručeno, jeden o druhém má dokonalý přehled (12).

Cizinec se stává pro pravoslavně věřící zdrojem obdivu, veselí a soucitu, jsou velmi pohostinní a přívětiví. Chovají se k němu vstřícně s pochopením (12).

Mají zvláštní vztah k času. Rádi prožívají chvíle, kdy se jim podaří čas zastavit, ponoří se do věčnosti a kochají se pocitem svobody a nezávislosti (12).

Pokud není pravoslavně věřícím dovoleno vyznávat víru, začnou se chovat negativisticky a přesto se snaží zachovat mnohé rituály církve (dopomáhají si sochami a obrazy). Za nejvyšší životní hodnotu považují pravoslavní pravdu a lásku (3, 12).

Pravoslavně věřící se staví proti televizoru, který neshromažďuje, ale rozděluje členy rodiny, neboť kontakty mezi lidmi jsou narušené. Tam, kde televizor zaujímá své místo v pokoji, má být místem modlitby. Televizor pomocí obrazů potlačuje logické představy, ubíjí lidskou individualitu, trhá pouta mezi příbuznými žijícími v jedné rodině a stává se „duchovním vampírem“, neboť napadá duchovní život člověka. Víra věřícím koncentruje vnímání a vytváří vnímavé myšlení. Televizor působí nekonečným proudem dojmů, který likviduje kontrolu našeho vnímání. Pokud se televizor stane televizorem náboženského vysílání, stejně připraví věřící o hloubku, mystiku a tajemství. Stejně tak liturgie nemůže být přijímána na základě vizuálního představení. Pravoslavně věřící vidí televizor jako nepřítele, se kterým není možné smlouvat (18).

1.19 Etické náležitosti pravoslavně věřících

Nemocní, kteří žádají okolí nebo lékaře o ukončení života, dobrovolného přijetí smrti z rukou lékaře, je etický a krajně složitý problém. V přechodném depresivním stavu nebo při fyzickém vyčerpání nemocní někdy žádají o eutanázii, nelze připustit návrhy nemocného nebo rodiny na ukončení života, vyžadují úctu ze strany nejbližších, lékařů a zdravotníků. Důležité je zajistit důstojné prostředí nemocnému, ulehčení posledních hodin života nemocnému a to i v tom případě, když umírající již byl plně lhostejný k okolí. Církev poskytuje duchovně mravní oporu a lékařská věda zmírňuje

fyzické bolesti. Pravoslavná církev odmítá eutanázii proto, že eutanázie ignoruje přikázání „nezabiješ“, neboť smrt spadá plně do kompetence Boha. Byl by to nesmrtelný hřích, protože by se to rovnalo zabití. Je potřeba doporučit nemocnému, aby se odevzdal do vedení Vyšší vůle. Motivem je ulehčení strádání nemocného a předpokládané zlepšení stavu s vyléčením. Pocit blízkosti Boha je možno získat svátostí zpovědi a poskytnutí prostoru pro nemocného. Lékařská etika se staví odmítavě k otázce eutanázie a striktně přikazuje lékařům udržovat život nemocného, neboť život je darem Božím a ne formou napomáhání k sebevraždě, nebo úmyslné zabití. Ostatně sama lékařská etika zakazuje vyvolávat stav smrti podle Hippokratovy přísahy. Lékař je mravně zavázán, aby život nemocného svým počínáním prodlužoval (5, 25).

Pravoslavná církev věří ve vzkříšení mrtvých a věčný život. Životní zkoušky, nemoci a utrpení pravoslavná církev chápe jako prostředky spásy a příležitosti, jak upevnit lásku k Bohu a mezi sebou navzájem (5).

Církev se staví odmítavě k přerušování těhotenství. Pravoslavná církev nazývá interrupci vraždou, neboť by se mělo jednat o záchranu zbytečně utrácených životů. Církev nebrojí proti antikoncepci a nenutí matky, aby umíraly místo svých nenarozených dětí. Rozhodne-li se matka obětovat svůj život za život svého dítěte, lze tuto oběť přijmout jen s úctou. Nepovažuje manželství jen za instituci na udržování lidstva, ale hlavně za školu lásky, je posvátné být bezdětným. Cílem je dát každému zdravému plodu šanci k životu a jeho zabití brát jako zabití člověka, kterým skutečně je (4, 5).

Pravoslavná církev stojí proti homosexualitě. Podobně jako jiné psychické či fyzické odchylky, je jedním z negativních následků hříchu (17).

Pravoslavná církev pokládá hřích za nemoc lidské duše. Klonování je v rozporu s dílem Stvořitele. Klonování organismů, podobně jako jejich genetická úprava je s církví neslučitelné (16).

1.20 Multikulturní přístup sestry

Padesát let vývoje společnosti s sebou přineslo i teorii multikulturalismu. Sestry jsou nuceny svou práci přizpůsobovat kultuře nemocného v souvislosti s vzrůstající migrací obyvatel a vstupem do Evropské unie. Mohou očekávat zvýšený příliv nemocných z jiných zemí s rozdílnými kulturami, s nimiž se tak často v minulosti nesetkávaly, ale v současnosti je to stále častější jev. Vzhledem k holistickému pohledu by úloha sestry měla spočívat v dodržování komplexního, individuálního přístupu ošetrovatelské péče dle jeho kultury a při praktické realizaci ošetřování plnit rozdíly z pohledu kulturní mentality vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. Neznalost kulturní podmíněnosti pravoslavné církve může být pro pravoslavně věřící projevem neúcty a nečestnosti. Multikulturní komunikace ulehčuje sociální interakci a vzájemné porozumění mezi pravoslavnými a zdravotnickým personálem, přičemž nejde pouze o uplatnění cizího jazyka, ale také o znalost kultury pravoslavné církve a respektování komunikační etikety. Proto je nezbytné v první řadě poznat a respektovat tyto zvláštnosti (19, 28, 27, 39).

Při ošetřování pravoslavně nemocného je možné neznalostí a nerespektováním jeho odlišností přispět k devalvaci osobnosti, a proto je nutné nemocného vnímat jako jedinečnou individualitu. Pokud by zdravotník hovořil stejným jazykem, jejich komunikační chování může být stejně odlišné. V běžném životě jde o sociální komunikaci, zatímco v profesionálním životě zdravotníků se vyžaduje, aby každá komunikace také obsahovala terapeutické prvky. Profesionální chování sestry v praxi je charakterizované jako adaptivní, zatímco chování nemocného může být i expresivní (19, 27).

Multikulturní komunikace ulehčuje sociální interakci a pro každého zdravotníka je výhodné, pokud ovládá cizí jazyky. Ale je především nutné, zda zná a respektuje také konvence, rituály, zvyky, tzn. komunikační etiketu jiných kultur a národností pravoslavné církve (19).

Při změně monokulturní společnosti na multikulturní je důležité, aby sestry uměly zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakci vyznavače a sympatizanta pravoslavné

církve na neuspokojené potřeby s pochopením verbálních a neverbálních projevů a podle toho průběžně zajišťovaly individuální péči. Lze očekávat, že v budoucnu se od každého zdravotníka bude předpokládat, že bude používat ve větší míře cizí jazyky a zároveň, že dokáže dešifrovat multikulturní neverbální projevy při ošetřování nemocných pravoslavné církve, jelikož stále sehrává významnou úlohu v oblasti poskytování ošetrovatelské péče s odpovídajícími znalostmi a schopnostmi. V současnosti by nemělo být cílem nejen jazykové dorozumění se, ale i respektování zvyků, náboženského přesvědčení, životních hodnot, výživových zvyklostí, ale také vědomostí o biologických odlišnostech. Ohleduplná ošetrovatelská péče respektuje názory, tradice, vnímá kulturní specifika jednotlivce, rodiny a komunity, bere ohled na etiku a výsledkem je tzv. kulturní senzitivní ošetrovatelství (péče) (19, 27, 39).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Vymezit problematiku ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.
2. Zjistit, jak hodnotí vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve poskytovanou ošetrovatelskou péči.
3. Vypracovat standard ošetrovatelské péče pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve.

2.2 Hypotézy

- H1: Zdravotníci pracovníci nepředpokládají jiný způsob v ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve proti jiným nemocným.
- H2: Vyznavačům a sympatizantům pravoslavné církve bude dobře vyškolený ošetrovatelský personál zárukou v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.
- H3: Vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve hodnotí poskytovanou ošetrovatelskou péči kladně.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou rozdíly při ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve?
2. Jak hodnotí vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve poskytovanou ošetrovatelskou péči?

3. METODIKA

V našem výzkumu jsme zjišťovali, jaký mají sestry přehled o náboženství pravoslavné církve, které je nejvíce zastoupené u ruské a ukrajinské národnosti. Zajímal nás také jejich pohled na problematiku specifík ošetřování a denního režimu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. Zda se sestry domnívají, že je třeba k vyznavačům a sympatizantům pravoslavné církve přistupovat jiným způsobem. Tyto názory jsme graficky vyhodnotili.

Součástí výzkumu je vyhodnocení informací spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, kterou jsme získali prostřednictvím rozhovorů s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve.

3.1 *Použitá metoda*

První část výzkumu byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum byla použita metoda dotazování, technika sběru dat dotazníkem, na základě účelového výběru (ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve - otázky na sestry ve vybraných nemocnicích) s následnou analýzou získaných dat. Dotazník obsahoval 32 otázek, byl zcela anonymní a dobrovolný. (viz příloha č. 1) V dotazníku jsme použili 27 uzavřených otázek a 5 otázek bylo polootevřených. Prvních pět otázek bylo identifikačních, otázky č. 6 - 32 se vztahovaly k daným hypotézám.

K 1. hypotéze se vztahují otázky č. 6, 7, 12 - 16, 19 - 27. K 2. hypotéze se vztahují otázky č. 28 - 32. K 3. hypotéze se vztahují otázky č. 8 - 11, 17, 18.

Druhá část výzkumu byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Pro kvalitativní výzkum jsme stanovily výzkumné otázky, byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru s rámcovými okruhy, kterými se zabývá rozhovor u vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, kde jsme použili převážně otevřené otázky. (viz příloha č. 2) Otázky č. 1 - 3 sloužily k identifikaci respondenta. V otázkách číslo 34 a 36 jsme použili hodnotící škály. Celkem jsme provedli 8 rozhovorů s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve. Přesné znění nestandardizovaných

rozhovorů bylo upraveno do kasuistik. Tyto kasuistiky byly zpracovány do grafů a tabulek programem Microsoft Office Excel. Rozhovory probíhaly od března do června 2009, které byly zcela anonymní.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Náš výzkum tvořily dvě skupiny respondentů. Do první skupiny patřily sestry. Byly osloveny a o spolupráci požádány náměstkyně ošetrovatelské péče v následujících nemocnicích: nemocnice v Karlových Varech, nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a Fakultní nemocnice Plzeň - Bory. Byla nám tak umožněna distribuce dotazníků sestrám pracujících v těchto nemocnicích.

Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků, z nichž bylo 102 vyplněno úplně a bylo je možno použít k této práci. Návratnost byla 85%.

Druhou skupinu, kterou jsme použili v našem výzkumu, představovali vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, od kterých jsme získali informace prostřednictvím nestandardizovaného rozhovoru.

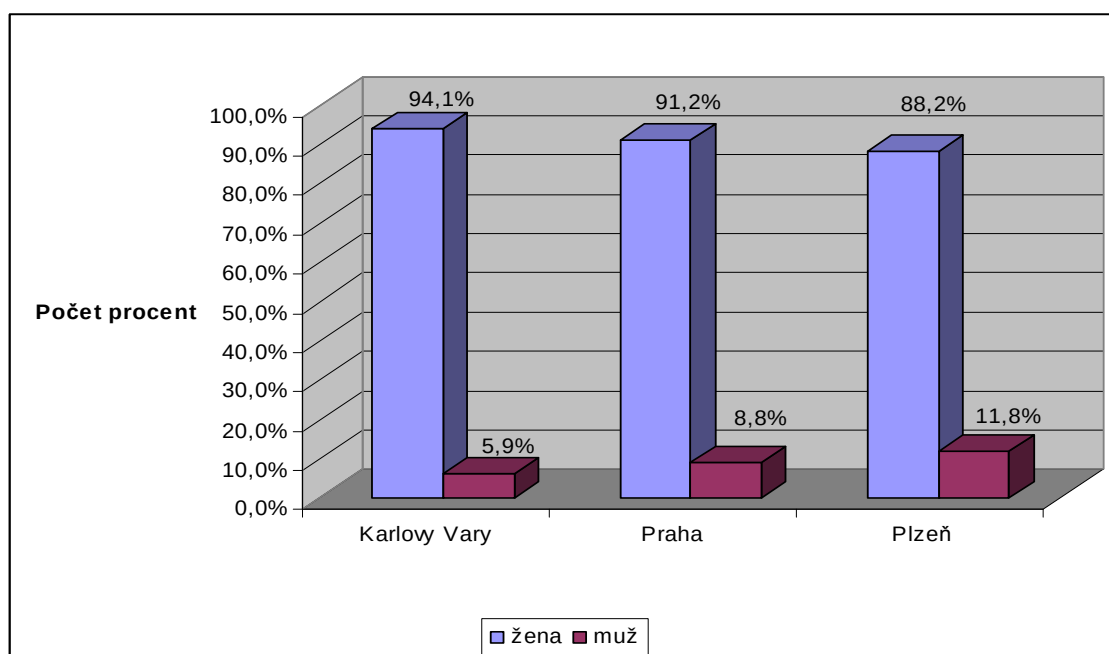
4. VÝSLEDKY

Prezentaci výsledků jsme rozdělili na analýzu výsledků - sestry a analýzu výsledků - vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve.

4.1 Výsledky dotazníků

V této analýze jsme vyhodnotili odpovědi respondentů v rámci dotazníku. Pro přehlednost výsledků jsme použili grafické zpracování.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 32 (94,1%) sester uvedlo označení žena a 2 (5,9%) odpovědi byly od všeobecných ošetřovatelů.

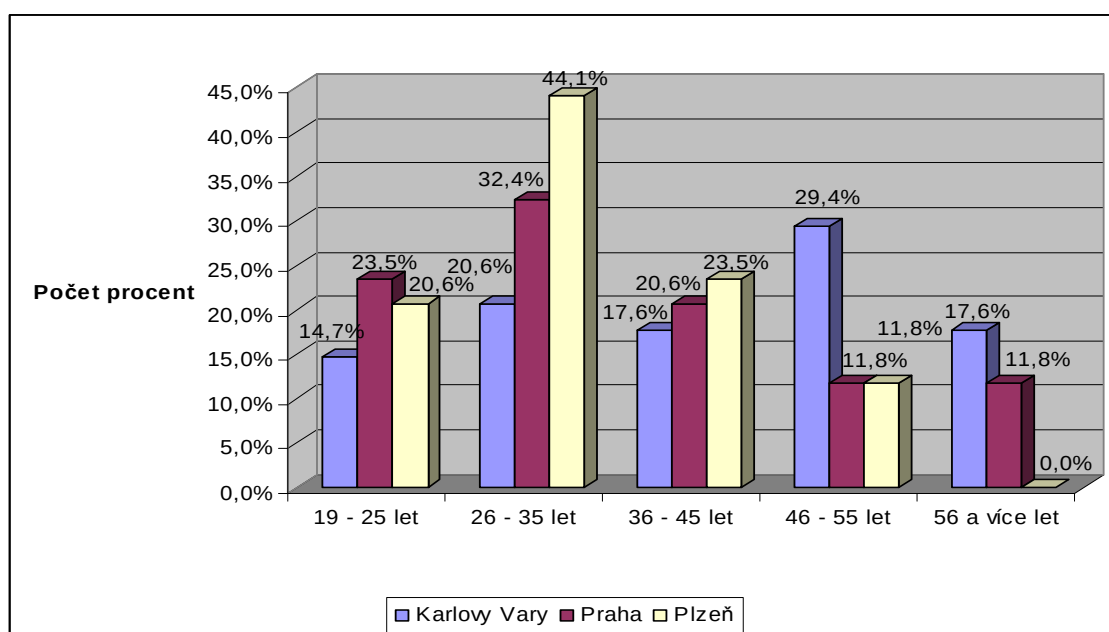
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 31 (91,2%) sester uvedlo označení žena a 3 (8,8%) odpovědi byly od všeobecných ošetřovatelů .

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 30 (88,2%) sester uvedlo označení žena a 4 (11,8%) odpovědi byly od všeobecných ošetřovatelů.

Tabulka 1 ke grafu 1 Pohlaví respondentů (souhrnná data)

Oblast	žena	muž	součet
Karlovy Vary	32	2	34
Praha	31	3	34
Plzeň	30	4	34
celkem - absolutní četnost	93	9	102
celkem - relativní četnost	91,18%	8,82%	100%

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 5 (14,7%) sester uvedlo, že patří do kategorie 19 - 25 let, 7 (20,6%) patří do kategorie 26 - 35 let, 6 (17,6%) patří do kategorie 36 - 45 let, 10 (29,4%) patří do kategorie 46 - 55 let a 6 (17,6%) patří do kategorie 56 a více let.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 8 (23,5%) sester uvedlo, že patří do kategorie 19 - 25 let, 11 (32,4%) patří do kategorie 26 - 35 let, 7 (20,6%)

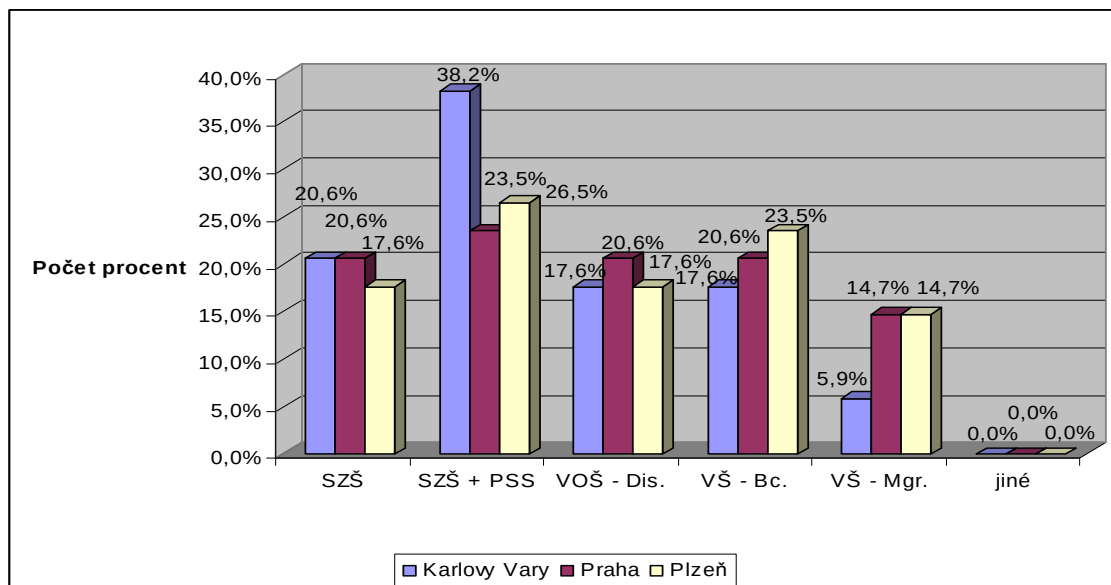
patří do kategorie 36 - 45 let, 4 (11,8%) patří do kategorie 46 - 55 let a 4 (11,8%) patří do kategorie 56 a více let.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 7 (20,6%) sester uvedlo, že patří do kategorie 19 - 25 let, 15 (44,1%) patří do kategorie 26 - 35 let, 8 (23,5%) patří do kategorie 36 - 45 let, 4 (11,8%) patří do kategorie 46 - 55 let a žádná sestra neuvedla „56 a více let“.

Tabulka 2 ke grafu 2 Věk respondentů (souhrnná data)

Oblast	19 - 25 let	26 - 35 let	36 - 45 let	46 - 55 let	56 a více let	součet
Karlovy Vary	5	7	6	10	6	34
Praha	8	11	7	4	4	34
Plzeň	7	15	8	4	0	34
celkem - absolutní četnost	20	33	21	18	10	102
celkem - relativní četnost	19,61%	32,35%	20,59%	17,65%	9,80%	100%

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 7 (20,6%) sester uvedlo, že je jejich nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ, 13 (38,2%) uvedlo dosažené vzdělání SZŠ + PSS, 6 (17,6%) sester uvedlo dosažené vzdělání VOŠ - Dis., 6 (17,6%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Bc., 2 (5,9%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Mgr. Žádná sestra neoznačila odpověď „jiné“.

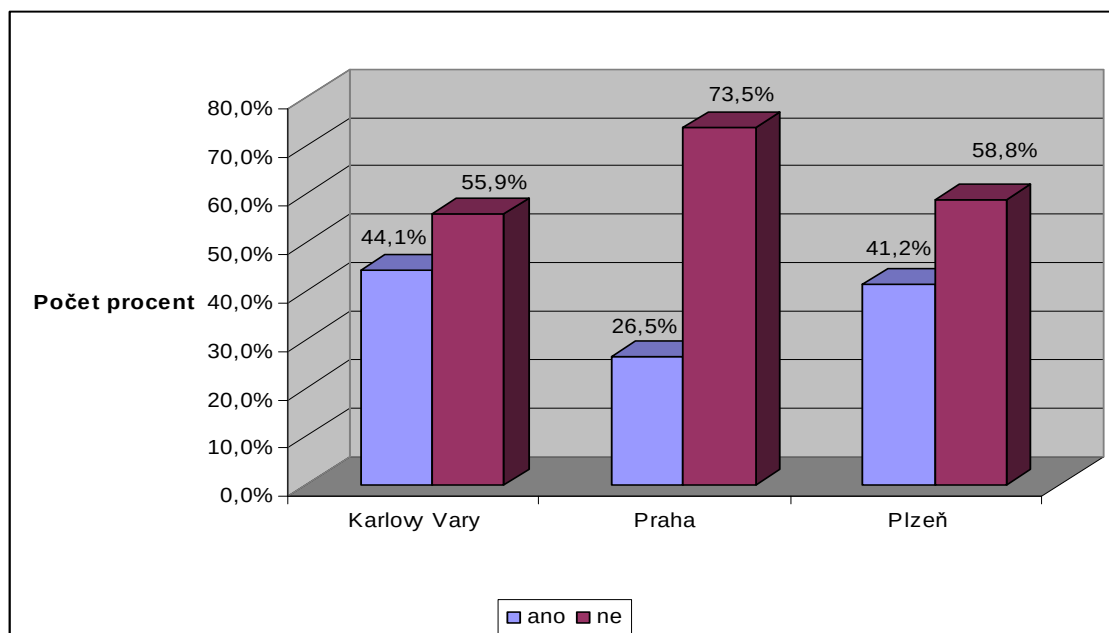
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 7 (20,6%) sester uvedlo, že je jejich nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ, 8 (23,5%) uvedlo dosažené vzdělání SZŠ + PSS, 7 (20,6%) sester uvedlo dosažené vzdělání VOŠ - Dis., 7 (20,6%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Bc., 5 (14,7%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Mgr. Žádná sestra neoznačila odpověď „jiné“.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 6 (17,6%) sester uvedlo, že je jejich nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ, 9 (26,5%) uvedlo dosažené vzdělání SZŠ + PSS, 6 (17,6%) sester uvedlo dosažené vzdělání VOŠ - Dis., 8 (23,5%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Bc., 5 (14,7%) uvedlo dosažené vzdělání VŠ - Mgr. Žádná sestra neoznačila odpověď „jiné“.

Tabulka 3 ke grafu 3 Nejvyšší dosažené vzdělání (souhrnná data)

Oblast	SZŠ	SZŠ + PSS	VOŠ - Dis.	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	jiné	součet
Karlovy Vary	7	13	6	6	2	0	34
Praha	7	8	7	7	5	0	34
Plzeň	6	9	6	8	5	0	34
celkem - absolutní četnost	20	30	19	21	12	0	102
celkem - relativní četnost	19,61%	29,41%	18,63%	20,59%	11,76%	0%	100%

Graf 4 Zdravotníci pracovníci - vyznavači víry



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 15 (44,1%) sester uvedlo, že jsou věřící a 19 (55,9%) sester je nevěřících.

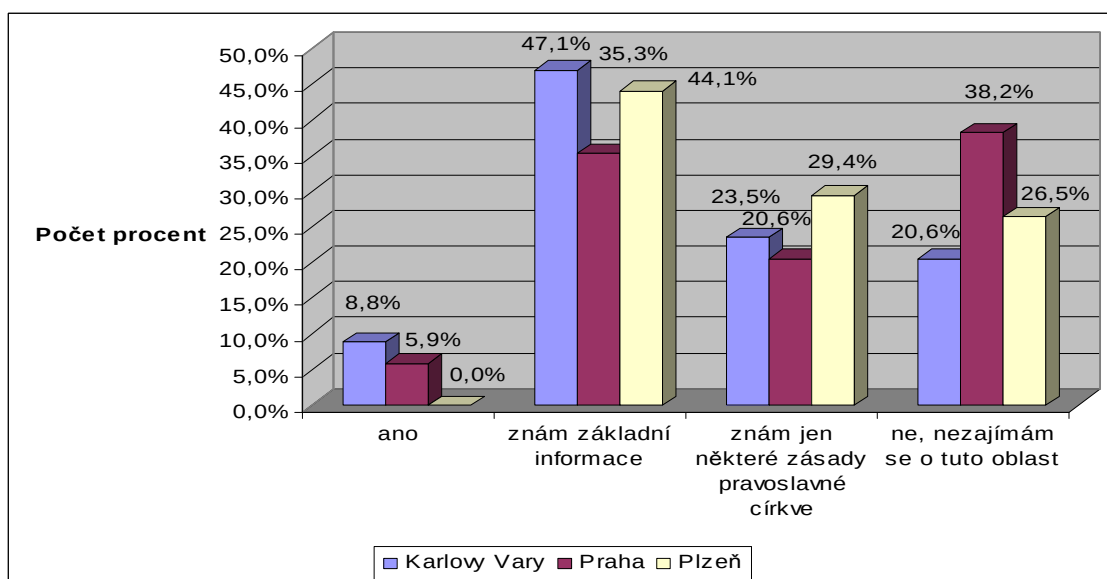
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 9 (26,5%) sester uvedlo, že jsou věřící a 25 (73,5%) sester je nevěřících.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 14 (41,2%) sester uvedlo, že jsou věřící a 20 (58,8%) sester je nevěřících.

Tabulka 4 ke grafu 4 Zdravotníci pracovníci - vyznavači víry (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	15	19	34
Praha	9	25	34
Plzeň	14	20	34
celkem - absolutní četnost	38	64	102
celkem - relativní četnost	37,25%	62,75%	100%

Graf 5 Zájem zdravotnických pracovníků o náboženství pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 3 (8,8%) sestry uvedly, že se zajímají o náboženství pravoslavné církve, 16 (47,1%) sester má základní informace o náboženství pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester zná jen některé zásady pravoslavné církve (stravování, bohoslužby) a 7 (20,6%) sester se nezajímá o náboženství pravoslavné církve.

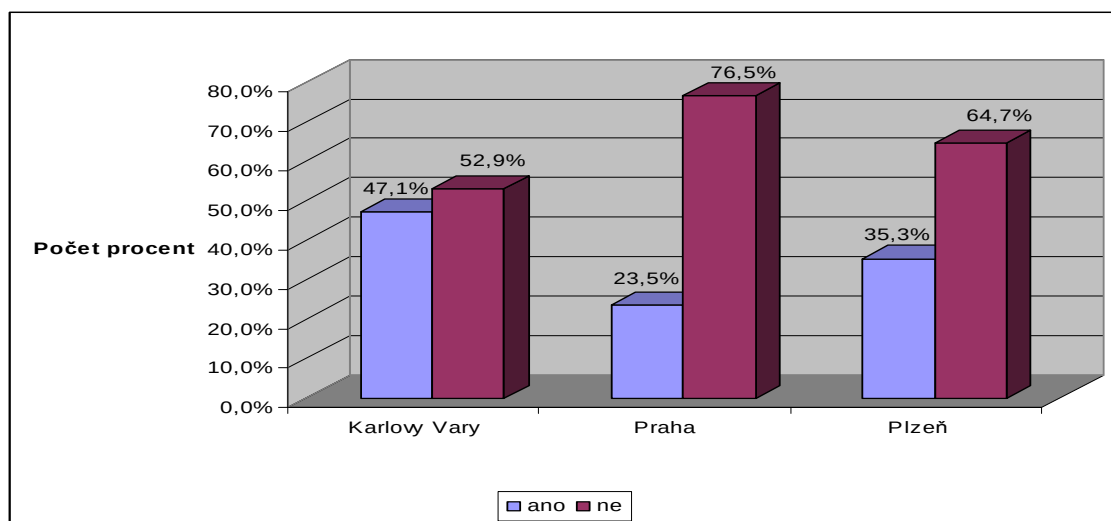
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že se zajímají o náboženství pravoslavné církve, 12 (35,3%) sester má základní informace o náboženství pravoslavné církve, 7 (20,6%) sester zná jen některé zásady pravoslavné církve (církevní svátky) a 13 (38,2%) sester se nezajímá o náboženství pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neoznačila, že se zajímá o náboženství pravoslavné církve, 15 (44,1%) sester má základní informace o náboženství pravoslavné církve, 10 (29,4%) sester zná jen některé zásady pravoslavné církve (stravování, církevní svátky, náboženské symboly) a 9 (26,5%) sester se nezajímá o náboženství pravoslavné církve.

Tabulka 5 ke grafu 5 Zájem zdravotnických pracovníků o náboženství pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	znám základní informace	znám jen některé	ne, nezajímám se o tuto oblast	součet
Karlovy Vary	3	16	8	7	34
Praha	2	12	7	13	34
Plzeň	0	15	10	9	34
celkem - absolutní četnost	5	43	25	29	102
celkem - relativní četnost	4,90%	42,16%	24,51%	28,43%	100%

Graf 6 Hospitalizace vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (Ukrajinců, Rusů) ve zdravotnickém zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 16 (47,1%) sester uvedlo, že jsou ve zdravotnickém zařízení hospitalizováni vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 18 (52,9%) sester odpovědělo, že ve zdravotnickém zařízení nesledují hospitalizaci vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

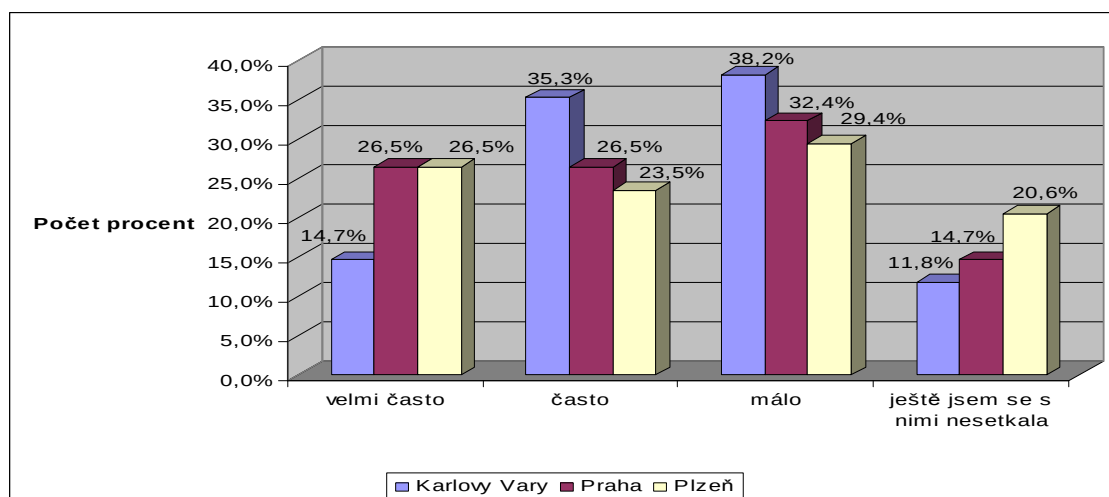
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 8 (23,5%) sester uvedlo, že jsou ve zdravotnickém zařízení hospitalizováni vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 26 (76,5%) sester odpovědělo, že ve zdravotnickém zařízení nesledují hospitalizaci vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 12 (35,3%) sester uvedlo, že jsou ve zdravotnickém zařízení hospitalizováni vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 22 (64,7%) sester odpovědělo, že ve zdravotnickém zařízení nesledují hospitalizaci vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

Tabulka 6 ke grafu 6 Hospitalizace vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (Ukrajinců, Rusů) ve zdravotnickém zařízení (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	16	18	34
Praha	8	26	34
Plzeň	12	22	34
celkem - absolutní četnost	36	66	102
celkem - relativní četnost	35,29%	64,71%	100%

Graf 7 Četnost ošetřování pacientů pravoslavné církve na oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 5 (14,7%) sester uvedlo, že velmi často ošetřují na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 12 (35,3%) sester často ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 13 (38,2%) sester málo ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve a 4 (11,8%) sestry se ještě nesetkaly s ošetřováním pacientů pravoslavné církve.

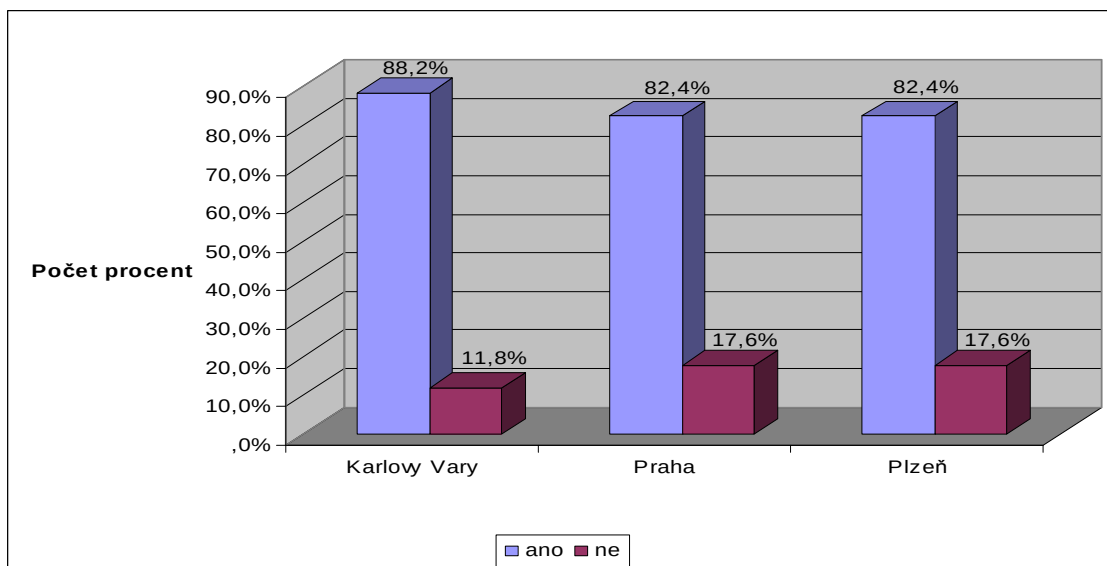
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 9 (26,5%) sester uvedlo, že velmi často ošetřují na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 9 (26,5%) sester často ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 11 (32,4%) sester málo ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve a 5 (14,7%) sester se ještě nesetkalo s ošetřováním pacientů pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 9 (26,5%) sester uvedlo, že velmi často ošetřují na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester často ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve, 10 (29,4%) sester málo ošetřuje na svém oddělení pacienty pravoslavné církve a 7 (20,6%) sester se ještě os ošetřováním pacientů pravoslavné církve.

Tabulka 7 ke grafu 7 Četnost ošetřování pacientů pravoslavné církve na oddělení (souhrnná data)

Oblast	velmi často	často	málo	ještě jsem se s nimi nesetkala	součet
Karlovy Vary	5	12	13	4	34
Praha	9	9	11	5	34
Plzeň	9	8	10	7	34
celkem - absolutní četnost	23	29	34	16	102
celkem - relativní četnost	22,55%	28,43%	33,33%	15,69%	100%

Graf 8 Poskytování pastorační péče pravoslavně věřícím zdravotnickým zařízením



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 30 (88,2%) sester uvedlo, že zdravotnické zařízení poskytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči) a 4 (11,8%) sestry uvedly, že zdravotnické zařízení neposkytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči).

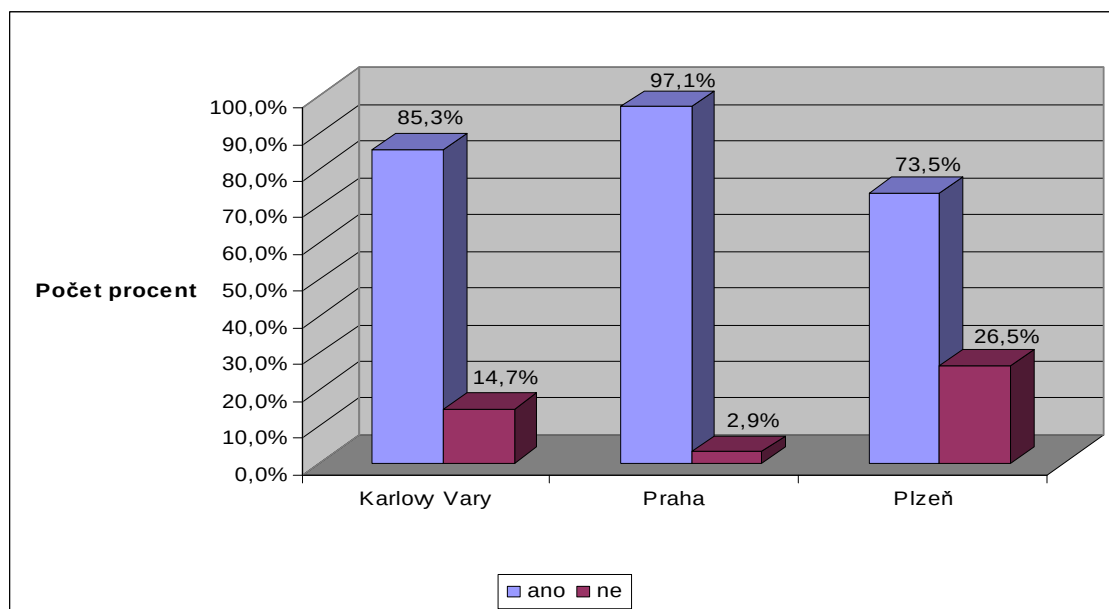
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 28 (82,4%) sester uvedlo, že zdravotnické zařízení poskytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči) a 6 (17,6%) sester uvedlo, že zdravotnické zařízení neposkytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči).

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 28 (82,4%) sester uvedlo, že zdravotnické zařízení poskytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči) a 6 (17,6%) sester uvedlo, že zdravotnické zařízení neposkytuje pravoslavně věřícím péči o duchovní život a víru (pastorační péči).

Tabulka 8 ke grafu 8 Poskytování pastorační péče pravoslavně věřícím zdravotnickým zařízení (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	30	4	34
Praha	28	6	34
Plzeň	28	6	34
celkem - absolutní četnost	86	16	102
celkem - relativní četnost	84,31%	15,69%	100%

Graf 9 Existence kaple nebo jiné místnosti pro poskytování duchovních potřeb



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 29 (85,3%) sester uvedlo, že mají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 5 (14,7%) sester uvedlo, že nemají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

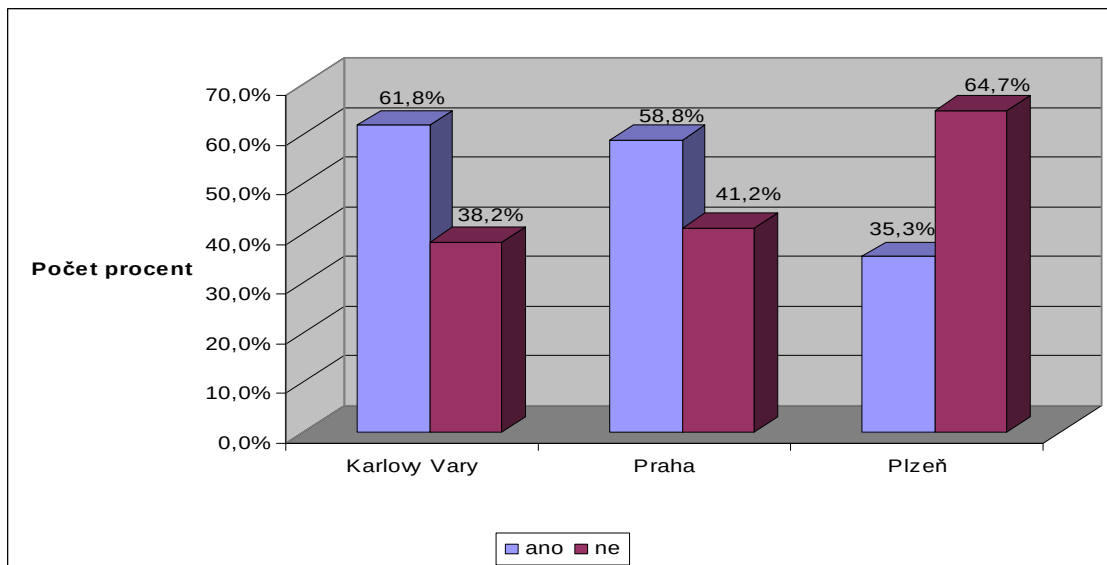
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 33 (97,1%) sester uvedlo, že mají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 1 (2,9%) sestra uvedla, že nemají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 25 (73,5%) sester uvedlo, že mají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 9 (26,5%) sester uvedlo, že nemají ve zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

Tabulka 9 ke grafu 9 Existence kaple nebo jiné místnosti pro poskytování duchovních potřeb (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	29	5	34
Praha	33	1	34
Plzeň	25	9	34
celkem - absolutní četnost	87	15	102
celkem - relativní četnost	85,29%	14,71%	100%

Graf 10 Přítomnost duchovního k vykonání náboženské potřeby na žádost nemocného



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 21 (61,8%) sester uvedlo, že přijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 13 (38,2%) sester uvedlo, že nepřijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 20 (58,8%) sester uvedlo, že přijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 14 (41,2%) sester uvedlo, že nepřijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

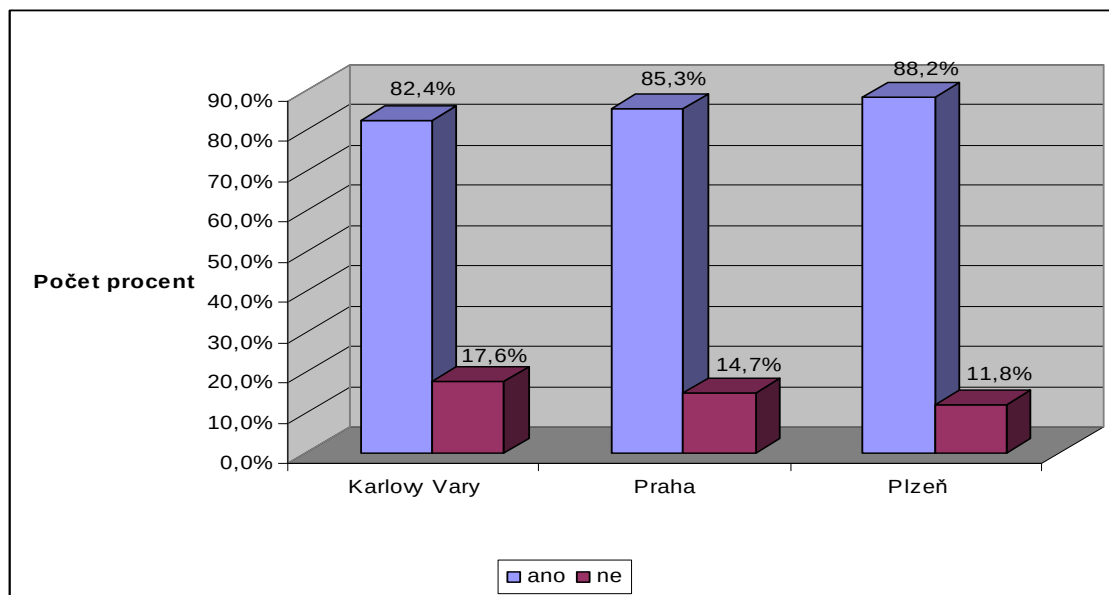
V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 12 (35,3%) sester uvedlo, že přijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve

k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 22 (64,7%) sester uvedlo, že nepřijde do zdravotnického zařízení na požádání duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

Tabulka 10 ke grafu 10 Přítomnost duchovního k vykonání náboženské potřeby na žádost nemocného (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	21	13	34
Praha	20	14	34
Plzeň	12	22	34
celkem - absolutní četnost	53	49	102
celkem - relativní četnost	51,96%	48,04%	100%

Graf 11 Zakotvení práva na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 28 (82,4%) sester uvedlo, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu a 6 (17,6%) sester neví, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu.

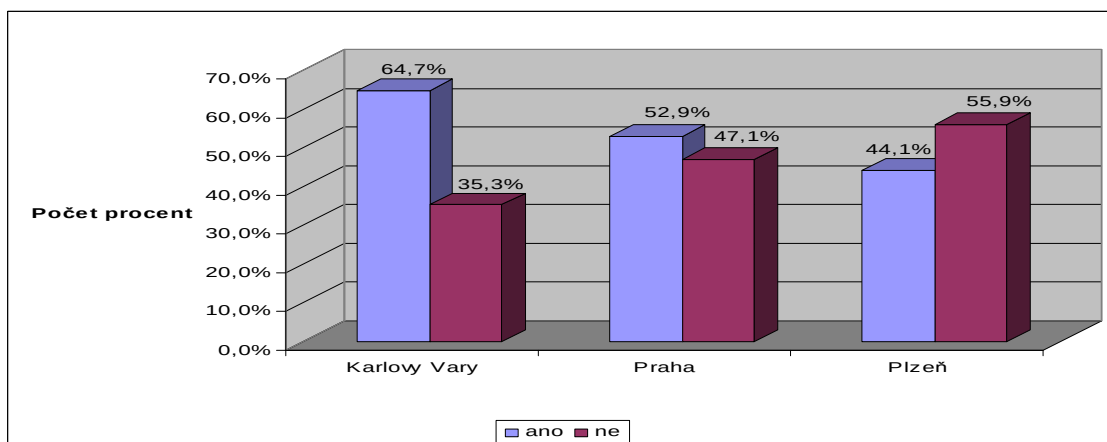
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 29 (85,3%) sester uvedlo, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu a 5 (14,7%) sester neví, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 30 (88,2%) sester uvedlo, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu a 4 (11,8%) sester neví, že je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu.

Tabulka 11 ke grafu 11 Zakotvení práva na poskytování potřeb věřícím v organizačním řádu (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	28	6	34
Praha	29	5	34
Plzeň	30	4	34
celkem - absolutní četnost	87	15	102
celkem - relativní četnost	85,29%	14,71%	100%

Graf 12 Zjištění při příjmu pacienta na oddělení, zda je věřící



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 22 (64,7%) sester uvedlo, že se ptá při příjmu, zda je pacient věřící a 12 (35,3%) sester uvedlo, že se neptá pacienta, zda je věřící.

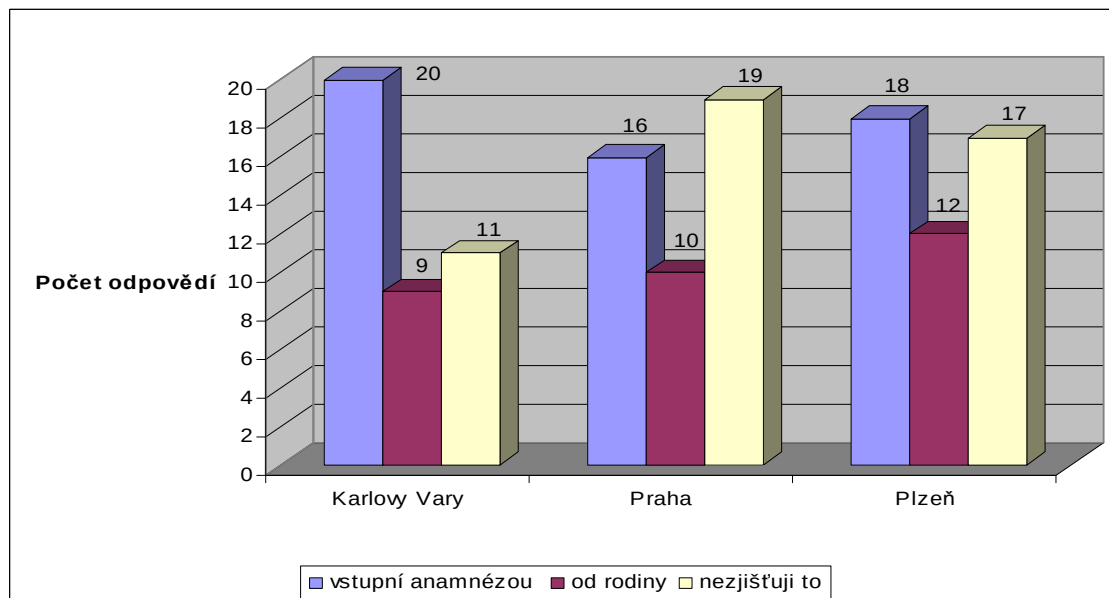
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 18 (52,9%) sester uvedlo, že se ptá při příjmu, zda je pacient věřící a 16 (47,1%) sester uvedlo, že se neptá pacienta, zda je věřící.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 15 (44,1%) sester uvedlo, že se ptá při příjmu, zda je pacient věřící a 19 (55,9%) sester uvedlo, že se neptá pacienta, zda je věřící.

Tabulka 12 ke grafu 12 Zjištění při příjmu pacienta na oddělení, zda je věřící (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	22	12	34
Praha	18	16	34
Plzeň	15	19	34
celkem - absolutní četnost	55	47	102
celkem - relativní četnost	53,92%	46,08%	100%

Graf 13 Způsob zjišťování informací o náboženské víře od hospitalizovaných pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

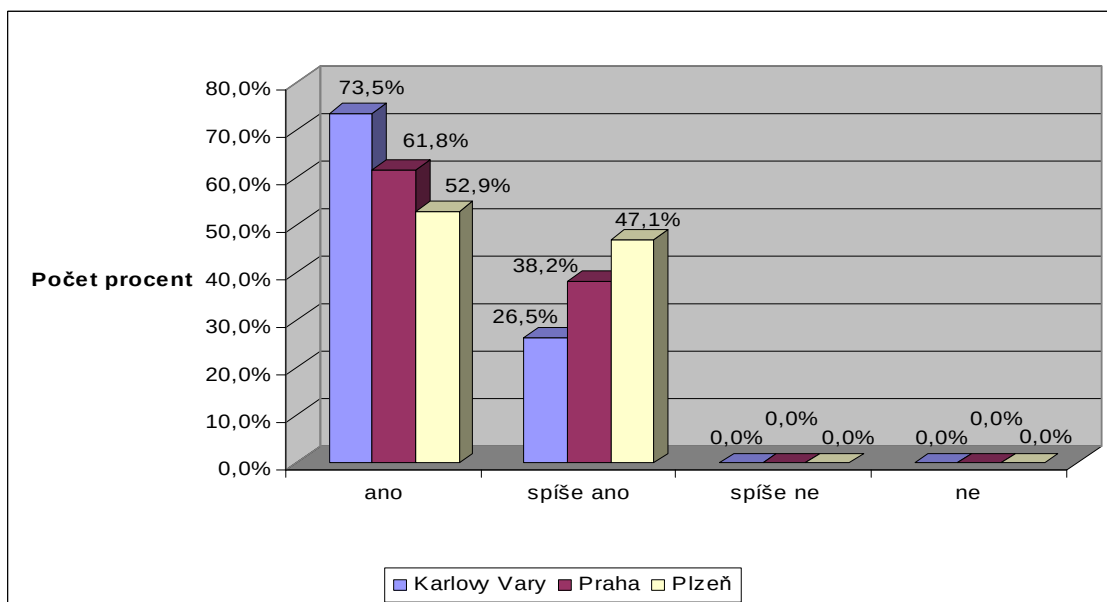
U této otázky mohly sestry označit více odpovědí.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 sester 20 odpovědí zahrnovalo informace o náboženské víře vstupní anamnézou, 9 odpovědí se týkalo informací o náboženské víře od rodiny a 11 odpovědí nezjišťovalo informace o náboženské víře.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 sester 16 odpovědí zahrnovalo informace o náboženské víře vstupní anamnézou, 10 odpovědí se týkalo informací o náboženské víře od rodiny a 19 odpovědí nezjišťovalo informace o náboženské víře.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 sester 18 odpovědí zahrnovalo informace o náboženské víře vstupní anamnézou, 12 odpovědí se týkalo informací o náboženské víře od rodiny a 17 odpovědí nezjišťovalo informace o náboženské víře.

Graf 14 Respektuje sestra tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 25 (73,5%) sester uvedlo, že respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů, 9 (26,5%) sester spíše respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů a žádná sestra neuvedla, že nerespektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů.

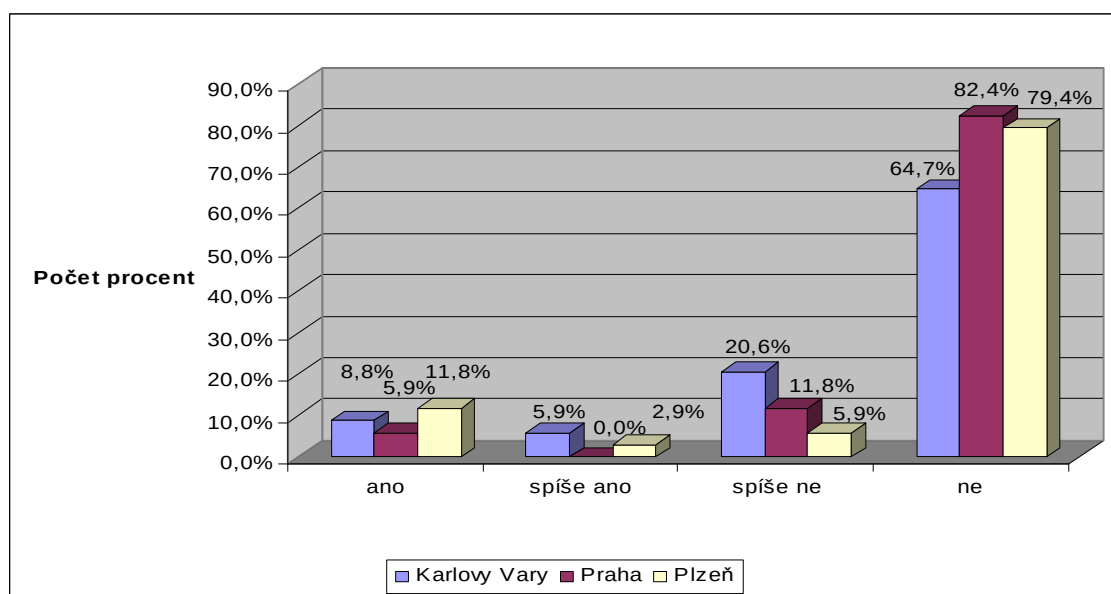
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 21 (61,8%) sester uvedlo, že respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů, 13 (38,2%) sester spíše respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů a žádná sestra neuvedla, že nerespektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 18 (52,9%) sester uvedlo, že respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů, 16 (47,1%) sester spíše respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů a žádná sestra neuvedla, že nerespektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů.

Tabulka 13 ke grafu 14 Respektuje sestra tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	25	9	0	0	34
Praha	21	13	0	0	34
Plzeň	18	16	0	0	34
celkem - absolutní četnost	64	38	0	0	102
celkem - relativní četnost	62,75%	37,25%	0%	0%	100%

Graf 15 Požadavky na zvláštnosti vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve při uspokojování duchovních potřeb



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 3 (8,8%) sestry uvedly, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, 2 (5,9%) sestry uvedly, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve spíše vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, 7 (20,6%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné

církve spíše nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb a 22 (64,7%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb.

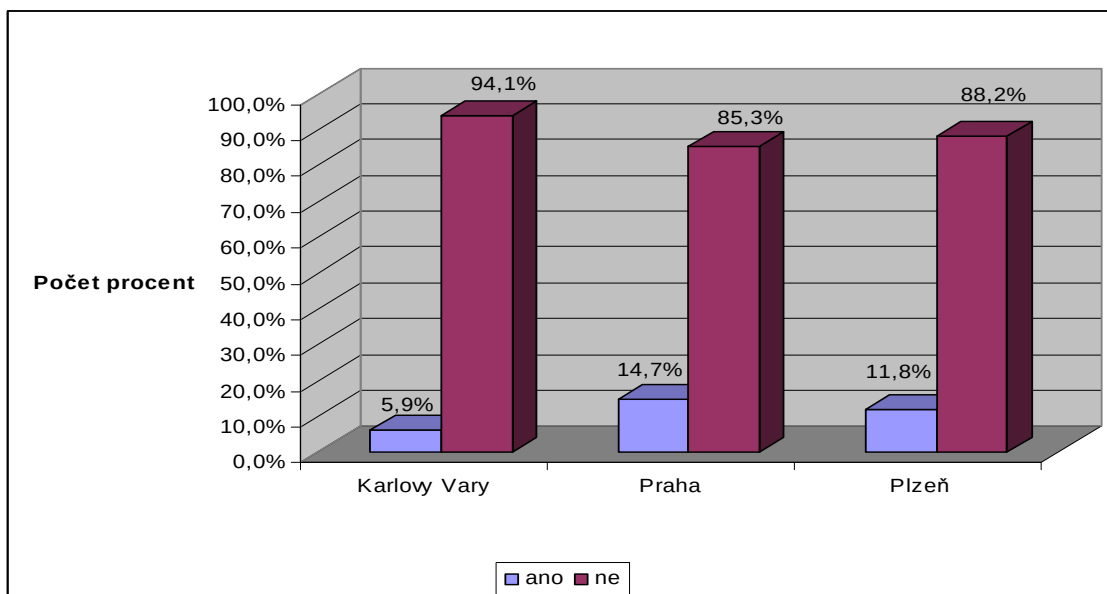
V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, žádná sestra neuvedla, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve spíše vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, 4 (11,8%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve spíše nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb a 28 (82,4%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 4 (11,8%) sestry uvedly, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, 1 (2,9%) sestra uvedla, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve spíše vyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb, 2 (5,9%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve spíše nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb a 27 (79,4%) sester uvedlo, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb.

Tabulka 14 ke grafu 15 Požadavky na zvláštnosti vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve při uspokojování duchovních potřeb (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	3	2	7	22	34
Praha	2	0	4	28	34
Plzeň	4	1	2	27	34
celkem - absolutní četnost	9	3	13	77	102
celkem - relativní četnost	8,82%	2,94%	12,75%	75,49%	100%

Graf 16 Časové nároky na uspokojování potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve vyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb a 32 (94,1%) sester uvedlo, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve nevyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb.

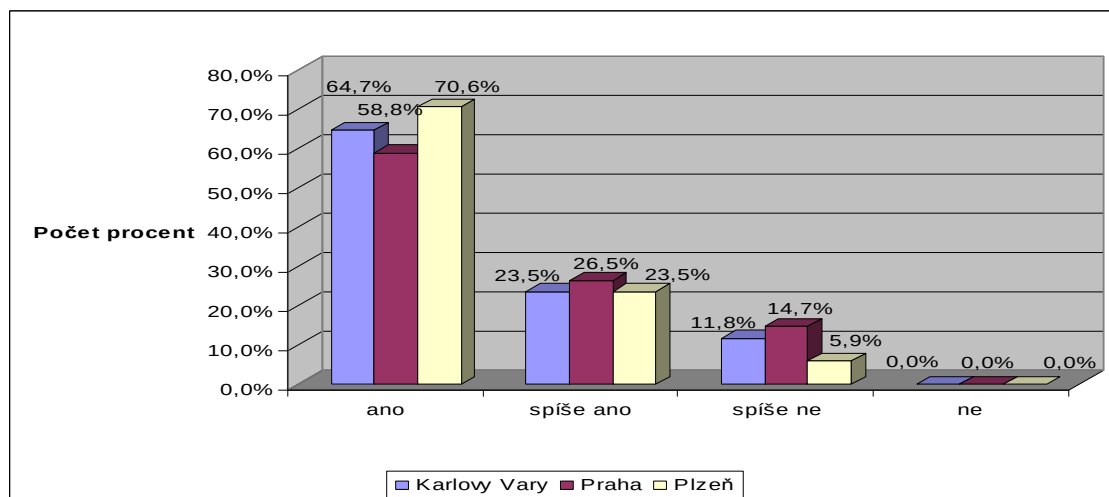
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 5 (14,7%) sester uvedlo, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve vyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb a 29 (85,3%) sester uvedlo, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve nevyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 4 (11,8%) sestry uvedly, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve vyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb a 30 (88,2%) sester uvedlo, že vyznavač a sympatizant pravoslavné církve nevyžaduje v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb.

Tabulka 15 ke grafu 16 Časové nároky na uspokojování potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	2	32	34
Praha	5	29	34
Plzeň	4	30	34
celkem - absolutní četnost	11	91	102
celkem - relativní četnost	10,78%	89,22%	100%

Graf 17 Přizpůsobení stravovacího režimu při půstu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 22 (64,7%) sester uvedlo, že při půstu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve přizpůsobí stravovací režim pacientů, 8 (23,5%) sester spíše přizpůsobí stravovací režim pacientů, 4 (11,8%) sestry spíše nepřizpůsobí stravovací režim pacientů a žádná sestra neuvedla, že nepřizpůsobí stravovací režim pacientů.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 20 (58,8%) sester uvedlo, že při půstu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve přizpůsobí stravovací

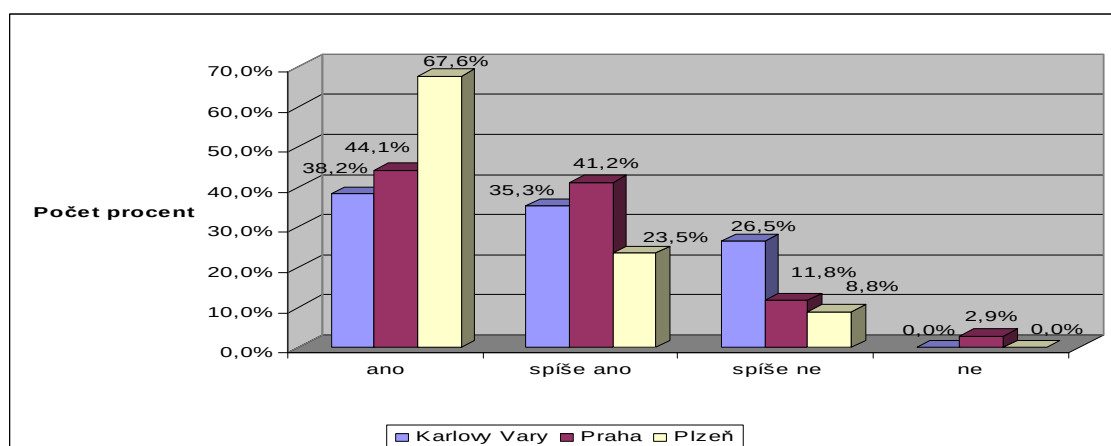
režim pacientů, 9 (26,5%) sester spíše přizpůsobí stravovací režim pacientů, 5 (14,7%) sestry spíše nepřizpůsobí stravovací režim pacientů a žádná sestra neuvedla, že nepřizpůsobí stravovací režim pacientů.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 24 (70,6%) sester uvedlo, že při půstu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve přizpůsobí stravovací režim pacientů, 8 (23,5%) sester spíše přizpůsobí stravovací režim pacientů, 2 (5,9%) sestry spíše nepřizpůsobí stravovací režim pacientů a žádná sestra neuvedla, že nepřizpůsobí stravovací režim pacientů.

Tabulka 16 ke grafu 17 Přizpůsobení stravovacího režimu při půstu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	22	8	4	0	34
Praha	20	9	5	0	34
Plzeň	24	8	2	0	34
celkem - absolutní četnost	66	25	11	0	102
celkem - relativní četnost	64,71%	24,51%	10,78%	0%	100%

Graf 18 Respektování stravovacích návyků pacientů pravoslavné církve na oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 13 (38,2%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou respektovatelné na oddělení, 12 (35,3%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou spíše respektovatelné na oddělení, 9 (26,5%) sester uvedlo, že stravovací návyky spíše nejsou respektovatelné na oddělení a žádná sestra neuvedla, že stravovací návyky nejsou respektovatelné na oddělení.

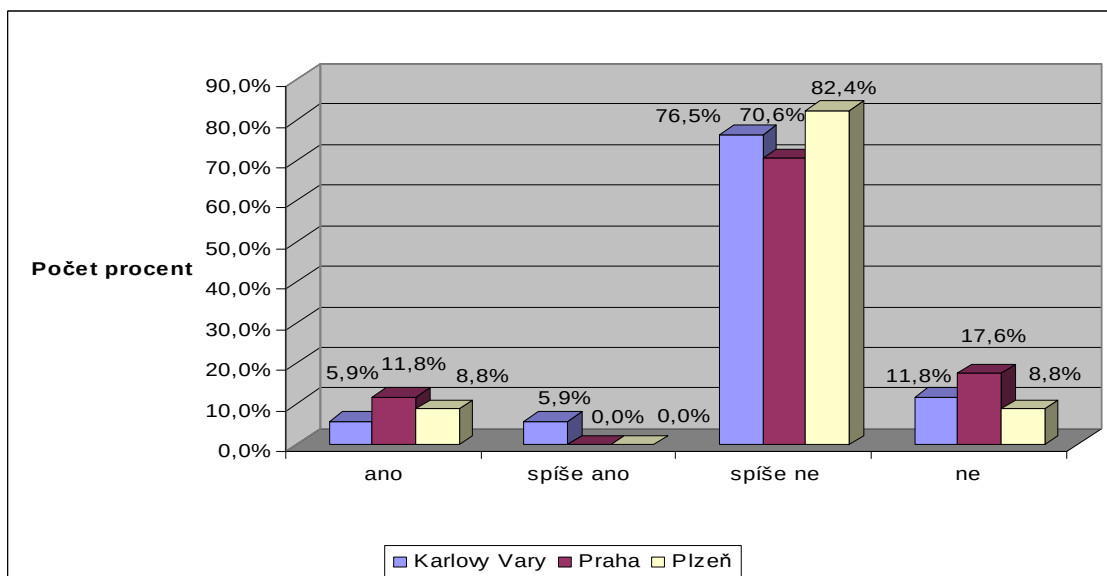
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 15 (44,1%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou respektovatelné na oddělení, 14 (41,2%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou spíše respektovatelné na oddělení, 4 (11,8%) sestry uvedly, že stravovací návyky spíše nejsou respektovatelné na oddělení a 1 (2,9%) sestra uvedla, že stravovací návyky nejsou respektovatelné na oddělení.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 23 (67,6%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou respektovatelné na oddělení, 8 (23,5%) sester uvedlo, že stravovací návyky jsou spíše respektovatelné na oddělení, 3 (8,8%) sestry uvedly, že stravovací návyky spíše nejsou respektovatelné na oddělení a žádná sestra neuvedla, že stravovací návyky nejsou respektovatelné na oddělení.

Tabulka 17 ke grafu 18 Respektování stravovacích návyků pacientů pravoslavné církve na oddělení (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	13	12	9	0	34
Praha	15	14	4	1	34
Plzeň	23	8	3	0	34
celkem - absolutní četnost	51	34	16	1	102
celkem - relativní četnost	50,00%	33,33%	15,69%	0,98%	100%

Graf 19 Zásadní rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, 2 (5,9%) sestry uvedly, že spíše jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, 26 (76,5%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty a 4 (11,8%) sestry uvedly, že nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 4 (11,8%) sestry uvedly, že jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, žádná sestra neuvedla, že spíše jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, 24 (70,6%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty.

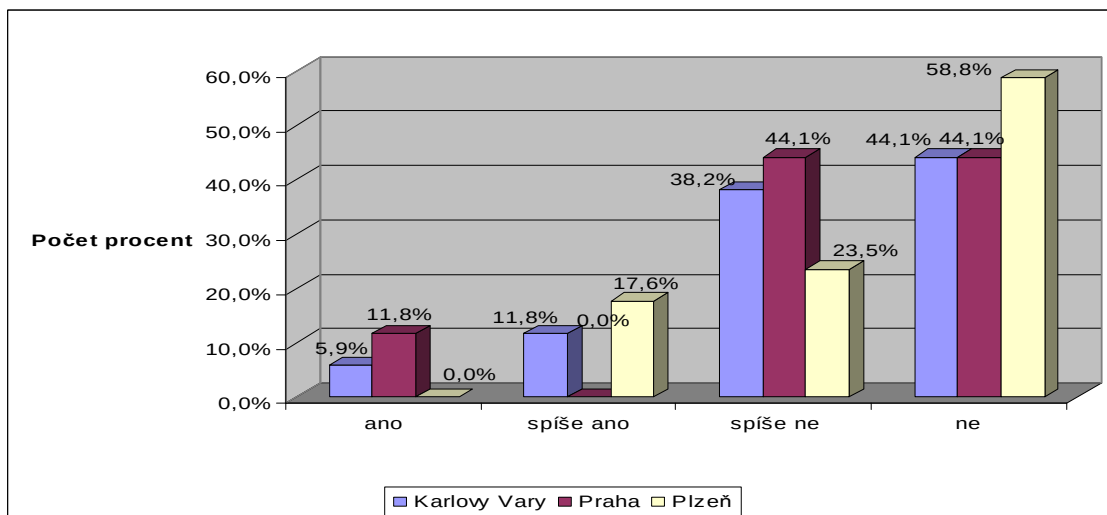
a 6 (17,6%) sester uvedlo, že nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 3 (8,8%) sestry uvedly, že jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, žádná sestra neuvedla, že spíše jsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty, 28 (82,4%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty a 3 (8,8%) sestry uvedly, že nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty.

Tabulka 18 ke grafu 19 Zásadní rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	2	2	26	4	34
Praha	4	0	24	6	34
Plzeň	3	0	28	3	34
celkem - absolutní četnost	9	2	78	13	102
celkem - relativní četnost	8,82%	1,96%	76,47%	12,75%	100%

Graf 20 Nároky vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve na změny denního režimu



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 4 (11,8%) sestry uvedly, že spíše mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 13 (38,2%) sester uvedlo, že spíše nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve a 15 (44,1%) sester uvedlo, že nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve.

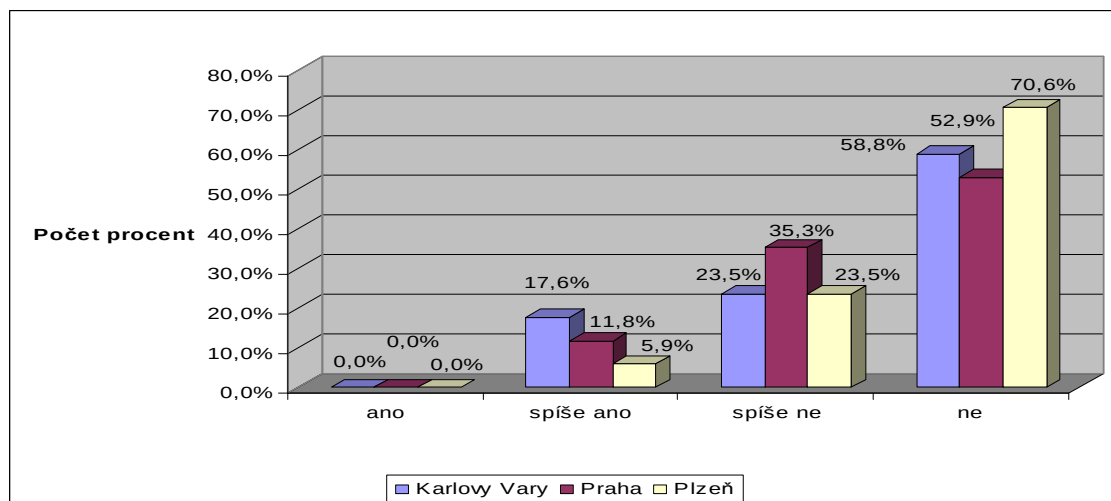
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 4 (11,8%) sestry uvedly, že mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, žádná sestra neuvedla, že spíše mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 15 (44,1%) sester uvedlo, že spíše nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve a 15 (44,1%) sester uvedlo, že nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 6 (17,6%) sester uvedlo, že spíše mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester uvedlo, že spíše nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve a 20 (58,8%) sester uvedlo, že nemají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve.

Tabulka 19 ke grafu 20 Nároky vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve na změny denního režimu (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	2	4	13	15	34
Praha	4	0	15	15	34
Plzeň	0	6	8	20	34
celkem - absolutní četnost	6	10	36	50	102
celkem - relativní četnost	5,88%	9,80%	35,29%	49,02%	100%

Graf 21 Rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 6 (17,6%) sester uvedlo, že spíše jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 8 (23,5%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty a 20 (58,8%) sester uvedlo, že nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty.

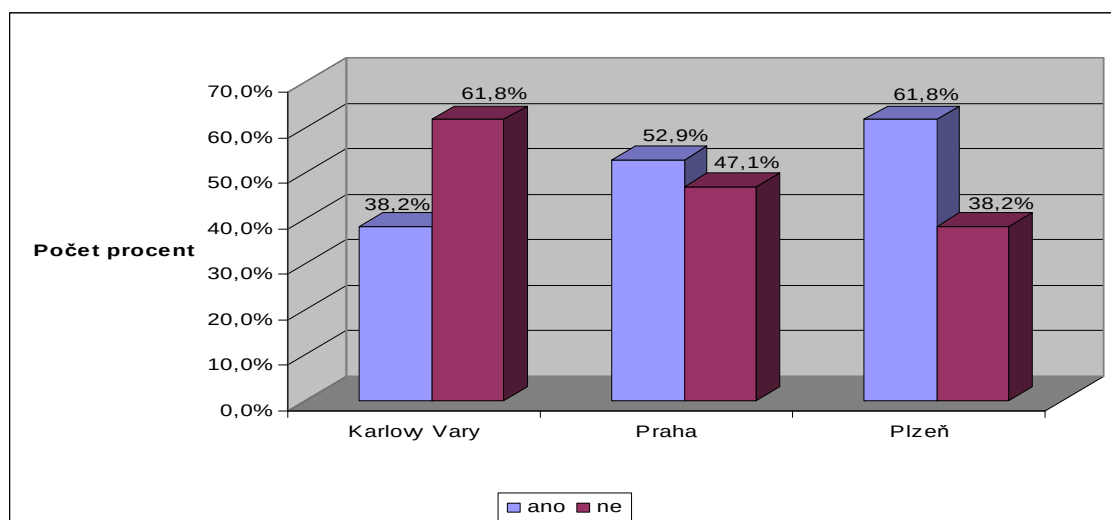
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 4 (11,8%) sestry uvedly, že spíše jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 12 (35,3%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty a 18 (52,9%) sester uvedlo, že nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 2 (5,9%) sestry uvedly, že spíše jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty, 8 (23,5%) sester uvedlo, že spíše nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty a 24 (70,6%) sester uvedlo, že nejsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatními pacienty.

Tabulka 20 ke grafu 21 Rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	0	6	8	20	34
Praha	0	4	12	18	34
Plzeň	0	2	8	24	34
celkem - absolutní četnost	0	12	28	62	102
celkem - relativní četnost	0%	11,76%	27,45%	60,78%	100%

Graf 22 Odlišnosti ošetrovatelské péče pacientů pravoslavné církve od ostatních



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 13 (38,2%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry (modlitba, půst, časový prostor k provádění liturgických obřadů) a 21 (61,8%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve nevyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 18 (52,9%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči

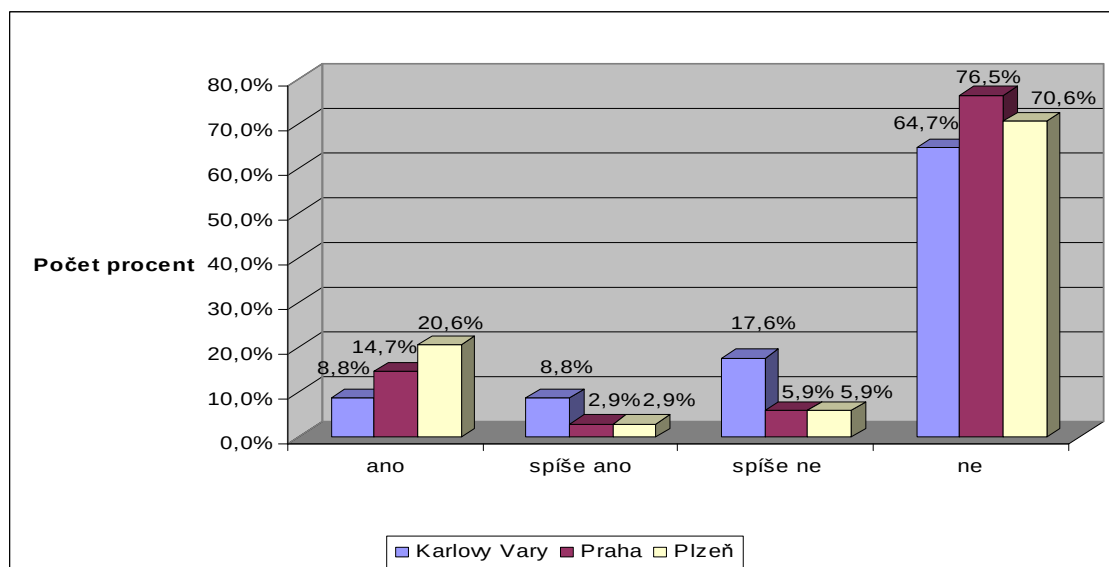
než příslušníci jiné víry (modlitba, dietní stravování) a 16 (47,1%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve nevyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 21 (61,8%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry (modlitba, půst) a 13 (38,2%) sester uvedlo, že pacienti pravoslavné církve nevyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry.

Tabulka 21 ke grafu 22 Odlišnosti ošetrovatelské péče pacientů pravoslavné církve od ostatních (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	13	21	34
Praha	18	16	34
Plzeň	21	13	34
celkem - absolutní četnost	52	50	102
celkem - relativní četnost	50,98%	49,02%	100%

Graf 23 Vliv komunikační bariéry na kvalitu ošetrovatelské péče



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 3 (8,8%) sestry uvedly, že má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 3 (8,8%) sestry uvedly, že spíše má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 6 (17,6%) sester uvedlo, že spíše nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a 22 (64,7%) sester uvedlo, že nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče.

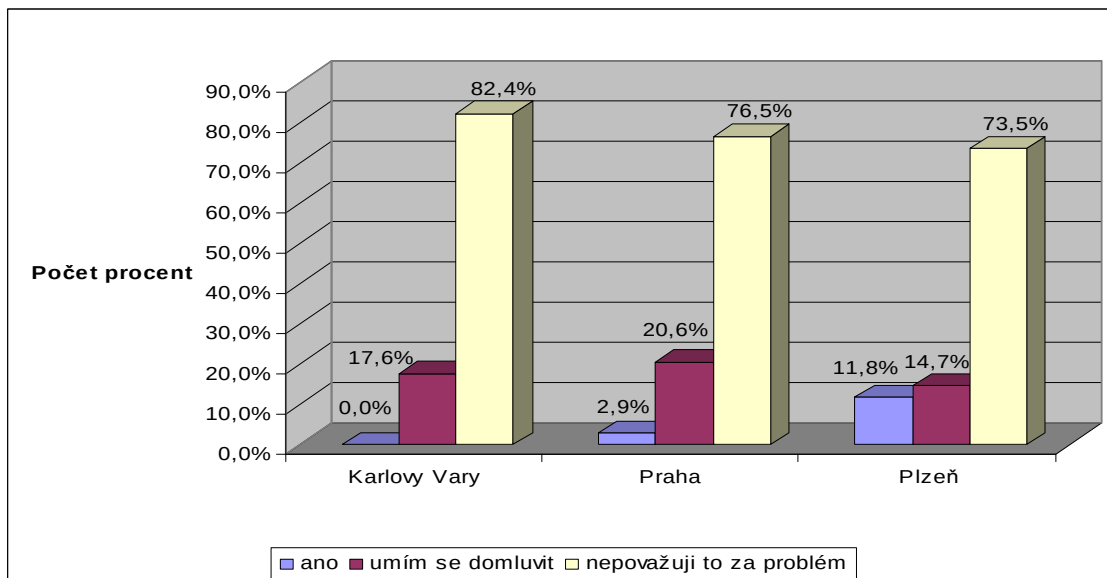
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 5 (14,7%) sester uvedlo, že má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 1 (2,9%) sestra uvedla, že spíše má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 2 (5,9%) sestry uvedly, že spíše nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a 26 (76,5%) sester uvedlo, že nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 7 (20,6%) sester uvedlo, že má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 1 (2,9%) sestra uvedla, že spíše má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, 2 (5,9%) sestry uvedly, že spíše nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a 24 (70,6%) sester uvedlo, že nemá komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče.

Tabulka 22 ke grafu 23 Vliv komunikační bariéry na kvalitu ošetrovatelské péče (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	3	3	6	22	34
Praha	5	1	2	26	34
Plzeň	7	1	2	24	34
celkem - absolutní četnost	15	5	10	72	102
celkem - relativní četnost	14,71%	4,90%	9,80%	70,59%	100%

Graf 24 Komunikační bariéra u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že vidí komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém, 6 (17,6%) sester uvedlo, že se umí domluvit s pacientem pravoslavné církve a 28 (82,4%) sester nepovažuje komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve za ošetrovatelský problém.

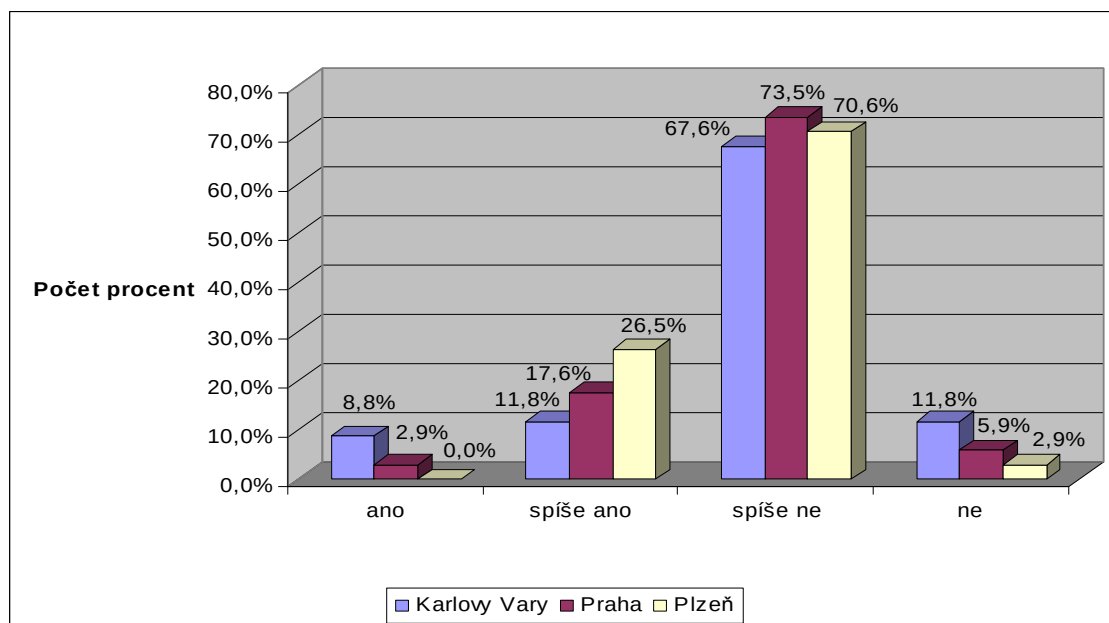
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 1 (2,9%) sestra uvedla, že vidí komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém, 7 (20,6%) sester uvedlo, že se umí domluvit s pacientem pravoslavné církve a 26 (76,5%) sester nepovažuje komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve za ošetrovatelský problém.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 4 (11,8%) sestry uvedly, že vidí komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém, 5 (14,7%) sester uvedlo, že se umí domluvit s pacientem pravoslavné církve a 25 (73,5%) sester nepovažuje komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve za ošetrovatelský problém.

Tabulka 23 ke grafu 24 Komunikační bariéra u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém (souhrnná data)

Oblast	ano	umím se domluvit	nepovažuji to za problém	součet
Karlovy Vary	0	6	28	34
Praha	1	7	26	34
Plzeň	4	5	25	34
celkem - absolutní četnost	5	18	79	102
celkem - relativní četnost	4,90%	17,65%	77,45%	100%

Graf 25 Jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 3 (8,8%) sestry uvedly, že mají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 4 (11,8%) sestry uvedly, že spíše mají jazykové problémy

při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 23 (67,6%) sester uvedlo, že spíše nemají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve a 4 (11,8%) sestry uvedly, že nemají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve.

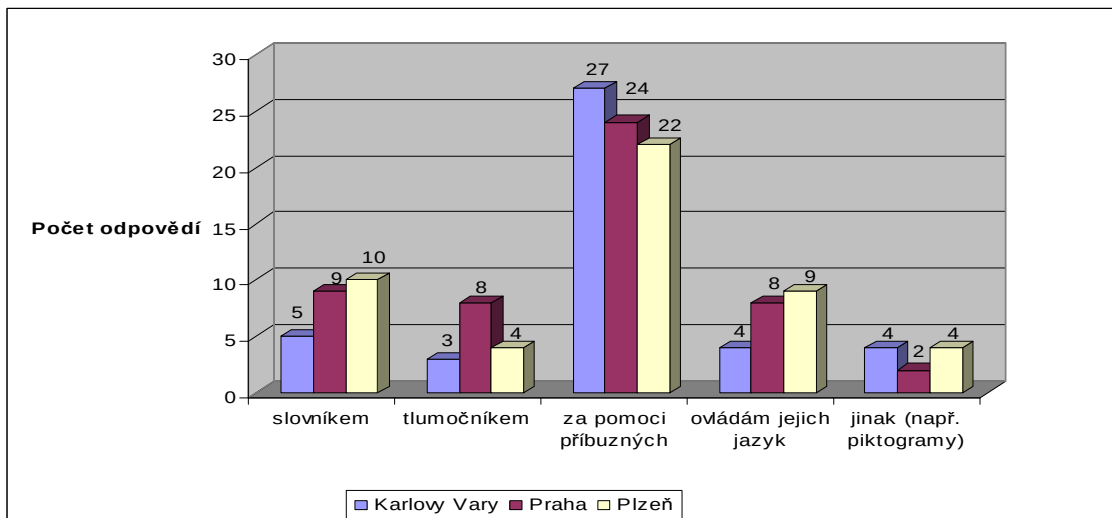
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 1 (2,9%) sestra uvedla, že má jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 6 (17,6%) sester uvedlo, že spíše mají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 25 (73,5%) sester uvedlo, že spíše nemají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve a 2 (5,9%) sestry uvedly, že nemají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester žádná sestra neuvedla, že má jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 9 (26,5%) sester uvedlo, že spíše má jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve, 24 (70,6%) sester uvedlo, že spíše nemají jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve a 1 (2,9%) sestra uvedla, že nemá jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve.

Tabulka 24 ke grafu 25 Jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	spíše ano	spíše ne	ne	součet
Karlovy Vary	3	4	23	4	34
Praha	1	6	25	2	34
Plzeň	0	9	24	1	34
celkem - absolutní četnost	4	19	72	7	102
celkem - relativní četnost	3,92%	18,63%	70,59%	6,86%	100%

Graf 26 Řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky mohly sestry označit více odpovědí.

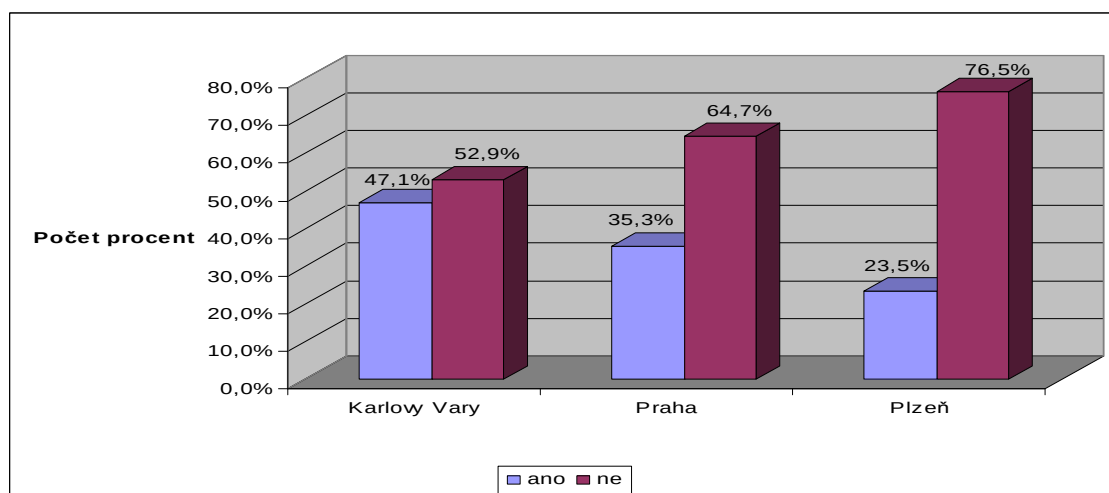
V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 sester 5 odpovědí se týkalo řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve pomocí slovníku, 3 odpovědi zahrnovaly řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve tlumočníkem, 27 odpovědí patřilo komunikační bariéře mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve za pomoci příbuzných, 4 odpovědi byly označeny, že ovládají jazyk vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 4 odpovědi se týkaly řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve jinak (např. piktogramy).

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 sester 9 odpovědí se týkalo řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve pomocí slovníku, 8 odpovědí zahrnuje řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve tlumočníkem, 24 odpovědí patřilo komunikační bariéře mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve za pomoci příbuzných, 8 odpovědí bylo označeno, že ovládají jazyk vyznavačů a sympatizantů pravoslavné

církve a 2 odpovědi se týkaly řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve jinak (např. piktogramy).

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 sester 10 odpovědí se týkalo komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve pomocí slovníku, 4 odpovědi zahrnovaly řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve tlumočnickem, 22 odpovědí patřilo komunikační bariéře mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve za pomoci příbuzných, 9 odpovědí bylo označeno, že ovládají jazyk vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 4 odpovědi se týkaly řešení komunikační bariéry mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve jinak (např. piktogramy).

Graf 27 Kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 16 (47,1%) sester uvedlo, že je na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve a 18 (52,9%) sester uvedlo, že není na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve.

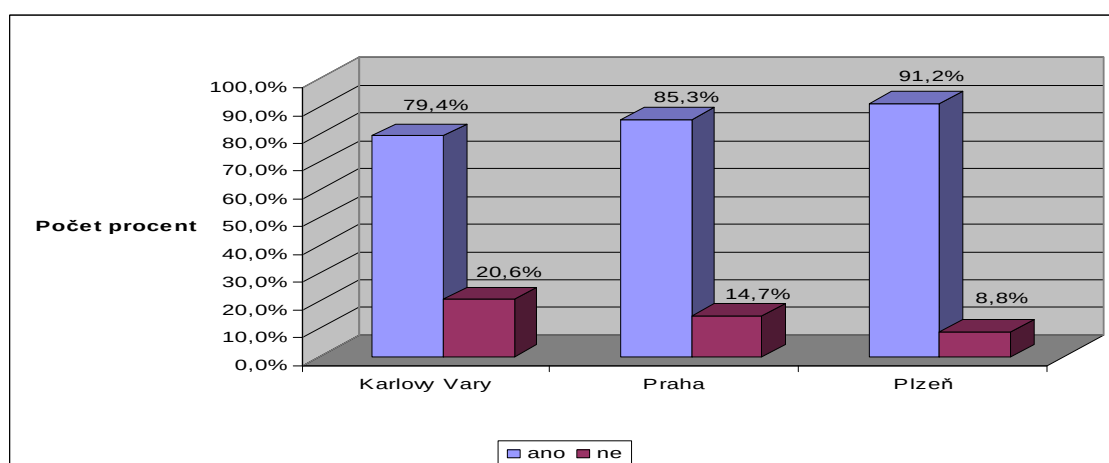
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 12 (35,3%) sester uvedlo, že je na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve a 22 (64,7%) sester uvedlo, že není na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 8 (23,5%) sester uvedlo, že je na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve a 26 (76,5%) sester uvedlo, že není na oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve.

Tabulka 25 ke grafu 27 Kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	16	18	34
Praha	12	22	34
Plzeň	8	26	34
celkem - absolutní četnost	36	66	102
celkem - relativní četnost	35,29%	64,71%	100%

Graf 28 Potřeby základních znalostí z multikulturního ošetrovatelství pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 27 (79,4%) sester uvedlo, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství jsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 7 (20,6%) sester uvedlo, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství nejsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

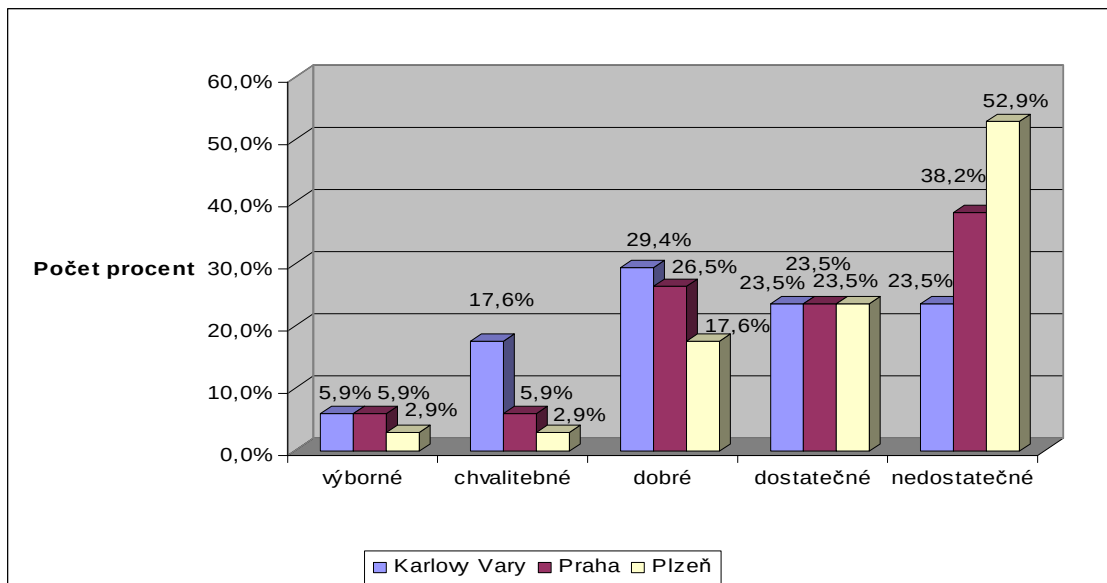
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 29 (85,3%) sester uvedlo, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství jsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 5 (14,7%) sester uvedlo, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství nejsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 31 (91,2%) sester uvedlo, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství jsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve a 3 (8,8%) sestry uvedly, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství nejsou potřebné pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

Tabulka 26 ke grafu 28 Potřeby základních znalostí z multikulturního ošetrovatelství pro ošetrování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	27	7	34
Praha	29	5	34
Plzeň	31	3	34
celkem - absolutní četnost	87	15	102
celkem - relativní četnost	85,29%	14,71%	100%

Graf 29 Znalosti sester v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že mají výborné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 6 (17,6%) sester má chvalitebné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 10 (29,4%) sester má dobré znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester má dostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 8 (23,5%) sester má nedostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 2 (5,9%) sestry uvedly, že mají výborné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 2 (5,9%) sestry mají chvalitebné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 9 (26,5%) sester má dobré znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester má dostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve

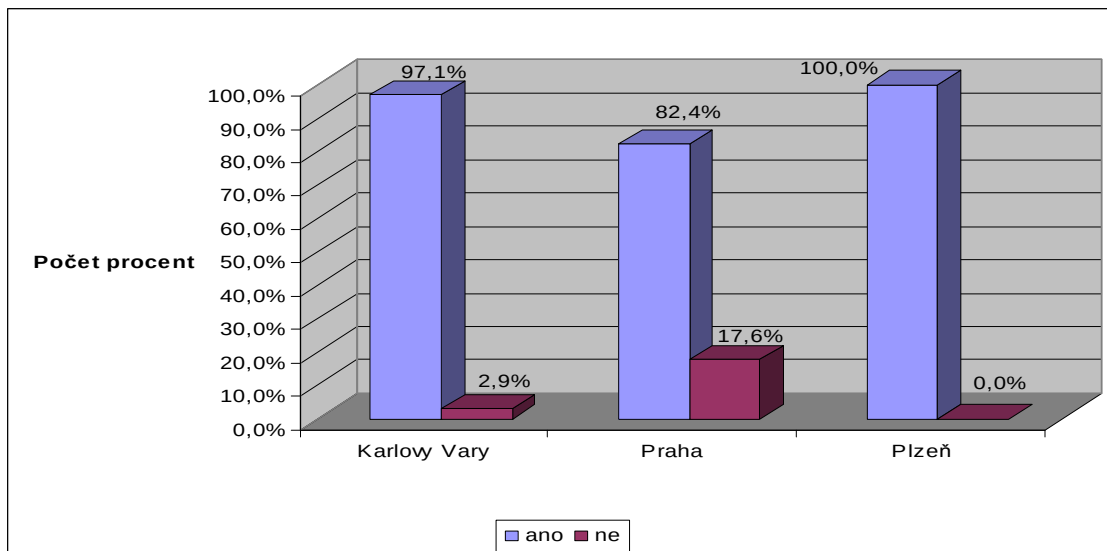
a 13 (38,2%) sester má nedostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester 1 (2,9%) sestra uvedla, že má výborné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 1 (2,9%) sestra má chvalitebné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 6 (17,6%) sester má dobré znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, 8 (23,5%) sester má dostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a 18 (52,9%) sester má nedostatečné znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.

Tabulka 27 ke grafu 29 Znalosti sester v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (souhrnná data)

Oblast	výborné	chvalitebné	dobré	dostatečné	nedostatečné	součet
Karlovy Vary	2	6	10	8	8	34
Praha	2	2	9	8	13	34
Plzeň	1	1	6	8	18	34
celkem - absolutní četnost	5	9	25	24	39	102
celkem - relativní četnost	4,90%	8,82%	24,51%	23,53%	38,24%	100%

Graf 30 Pastorační péče jako součást vzdělávání sester v multikulturním ošetřovatelství



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 (100%) sester 33 (97,1%) sester uvedlo, že by problematika náboženství a pastorační péče měla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester a 1 (2,9%) sestra uvedla, že by problematika náboženství a pastorační péče neměla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester.

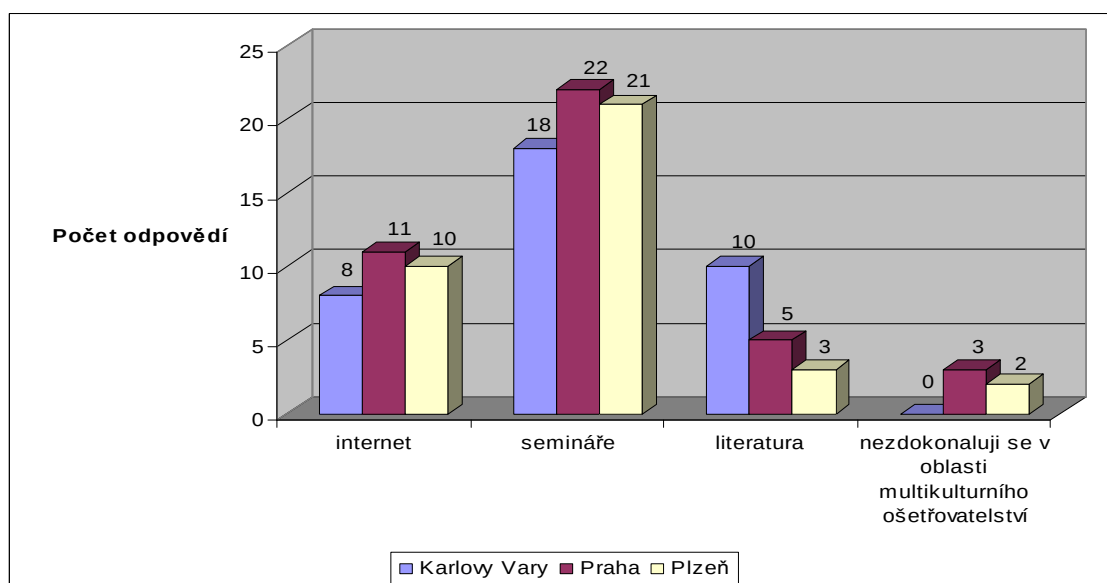
V nemocnici Praha z celkového počtu 34 (100%) sester 28 (82,4%) sester uvedlo, že by problematika náboženství a pastorační péče měla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester a 6 (17,6%) sester uvedlo, že by problematika náboženství a pastorační péče neměla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 (100%) sester všechny sestry (100,0%) uvedly, že by problematika náboženství a pastorační péče měla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester a žádná sestra neuvedla, že by problematika náboženství a pastorační péče neměla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester.

Tabulka 28 ke grafu 30 Pastorační péče jako součást vzdělávání sester v multikulturním ošetrovatelství (souhrnná data)

Oblast	ano	ne	součet
Karlovy Vary	33	1	34
Praha	28	6	34
Plzeň	34	0	34
celkem - absolutní četnost	95	7	102
celkem - relativní četnost	93,14%	6,86%	100%

Graf 31 Způsob vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství



Zdroj: vlastní výzkum

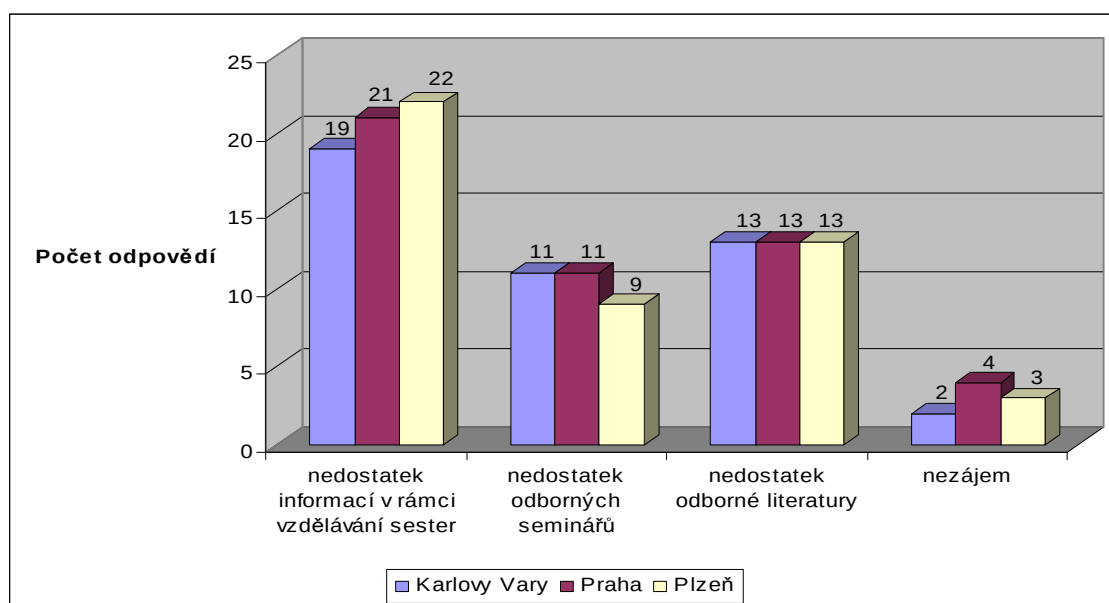
U této otázky mohly sestry označit více odpovědí.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 sester 8 odpovědí zahrnovalo vzdělávání pomocí internetu, 18 odpovědí se týkalo vzdělávání při seminářích, 10 odpovědí patřilo vzdělávání pomocí literatury a žádná sestra neuvedla, že se nezdokonaluje v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 sester 11 odpovědí zahrnovalo vzdělávání pomocí internetu, 22 odpovědí se týkalo vzdělávání při seminářích, 5 odpovědí patřilo vzdělávání pomocí literatury a 3 odpovědi byly uvedeny u nezdokonalování se v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 sester 10 odpovědí zahrnovalo vzdělávání pomocí internetu, 21 odpovědí se týkalo vzdělávání při seminářích, 3 odpovědi patřily ke vzdělávání pomocí literatury a 2 odpovědi byly uvedeny u nezdokonalování se v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Graf 32 Příčina nedostatečných vědomostí v oblasti poskytování spirituálních potřeb v multikulturním ošetřovatelství



Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky mohly sestry označit více odpovědí.

V nemocnici Karlovy Vary z celkového počtu 34 sester 19 odpovědí bylo uvedeno u příčiny v nedostatku informací v rámci vzdělávání sester, 11 odpovědí se týkalo příčiny v nedostatku odborných seminářů, 13 odpovědí patřilo k příčině v nedostatku odborné literatury a 2 odpovědi zahrnovaly příčinu v nezájmu.

V nemocnici Praha z celkového počtu 34 sester 21 odpovědí bylo uvedeno u příčiny v nedostatku informací v rámci vzdělávání sester, 11 odpovědí se týkalo příčiny v nedostatku odborných seminářů, 13 odpovědí patřilo k příčině v nedostatku odborné literatury a 4 odpovědi zahrnovaly příčinu v nezájmu.

V nemocnici Plzeň z celkového počtu 34 sester 22 odpovědí bylo uvedeno u příčiny v nedostatku informací v rámci vzdělávání sester, 9 odpovědí se týkalo příčiny v nedostatku odborných seminářů, 13 odpovědí patřilo k příčině v nedostatku odborné literatury a 3 odpovědi zahrnovaly příčinu v nezájmu.

4.2 Výsledky rozhovorů

Rozhovor 1

Respondent číslo 1 je muž. Jeho věk je 57 let, české národnosti. Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta je vysokoškolské. V ČR žije 57 let, jeho profese je učitel.

V době hospitalizace byl respondent spokojený a vážil si svědomitosti sester. Sestra se ho při odebírání ošetřovatelské anamnézy nezeptala, zda je věřící. Na nemocniční pokoj si nestěžuje, vyhovoval mu i počet lůžek se spolupacienty. Respondent měl určité výhrady v rámci umístění sociálního zařízení na pokoji v souvislosti s architektonickým uspořádáním, odhlučněním a odvětráváním sociálního zařízení na pokoji. Respondent byl rámcově seznámen s právy pacientů na začátku hospitalizace.

Zdravotnickí pracovníci respektovali v době hospitalizace jeho intimitu při hygieně, diagnostických a léčebných postupech. Nemocniční řád prakticky neomezoval jeho potřeby. Sám říká, že podepsal informovaný souhlas s ošetřovatelskými a lékařskými výkony, které mu byly předloženy. Domnívá se, že tyto výkony a vyšetření byly správně indikovány. Pokud se vyskytly nějaké problémy během pobytu v nemocnici, měl možnost veškeré nejasnosti konzultovat s personálem.

Chválí si, že mu bylo vysvětleno, co je cílem hospitalizace a jaká jsou specifika v pooperačním období. Myslí si, že sestřičky, lékaři či vedení nemocnice by v případě potřeby zajistilo tlumočnicka, pokud by se jednalo o nepřekonatelnou jazykovou bariéru i u jiných nemocných. Neuvědomuje si, že by měl problémy s komunikací a zpětnou vazbou mezi zdravotnickým personálem. Nabídnuté a prováděné léčebné výkony, nejčastěji odběr biologického materiálu, nebyly v rozporu s jeho vírou. Zdravotnický personál mu vždy vyšel vstříc v rámci možností při řešení nepříjemných situací během hospitalizace. Říká, že by ho potěšilo, kdyby personál při oslovování používal za křestním jménem i jméno jeho otce. Sám tvrdí: „Tady to není zvykem.“ Na pokoji měl ikonu a knihy a nikdo k tomu neměl výhrady.

Kontakt s rodinou a příbuznými byl řešen individuálně dle možností zdravotního stavu, po operaci ho rodina navštěvovala bez omezení. Vzhledem k tomu, že po operaci nemohl vstávat z lůžka, sestřičky mu ochotně pomohly s osobní hygienou. Když mohl vstávat z lůžka, osobní hygienu vykonával sám, jelikož hygienické zařízení bylo umístěno na pokoji. Stravování v nemocnici nebylo v rozporu s jeho vírou, nedodržuje žádná zvláštní specifika kromě půstu, který dodržuje 1x týdně a zaměřuje se na zdravou výživu. Sestry mu vyšly vstříc.

Neměl problémy přizpůsobit se nemocničnímu režimu, neboť by mělo být zájmem každého pacienta, aby se vyléčil. „Nemoc pro mě znamená příležitost, jak upevnit lásku k Bohu.“ Ošetřovatelský personál se snažil uzpůsobit jeho denní režim i požadavkům víry. Měl možnost provádět ranní i večerní modlitby. Dopoledne neměl tolik času na odpočinek vzhledem k tomu, že v dopoledních hodinách probíhají vyšetření a léčebné procedury. Odpoledne se naskytlo času více, kdy měl dostatečný časový prostor na bohoslužbu, a to 2x týdně. Denní režim oddělení je přizpůsoben pro většinu nemocných tak, aby byl zajištěn včasný a dostatečný spánek. Byl spokojen s dostatečným časovým prostorem, který mu věnovala sestra při přijetí a v průběhu hospitalizace. Bylo by vhodné tuto dobu navýšit, ale vzhledem k vytíženosti zdravotnických pracovníků to čas nedovoluje. Sestra mu pomohla vyřešit všechny požadavky, které patřily do její kompetence a které se během hospitalizace vyskytly.

Snažil se nestěžovat práci zdravotnickým pracovníkům. Vstřícným jednáním se jim snažil spíše práci zpříjemnit.

Kvalita ošetrovatelské péče, která mu byla poskytnuta, hodnotí dle škály 1 - 5 číslem 2. Pokud ví, neproběhlo žádné kritické jednání ohledně jeho víry. Spíše tuto problematiku konzultoval vzájemně se sestrou. Jsem velmi spokojen s ošetrovatelskou péčí zdravotnického personálu v nemocnicích. Nemá žádné negativní výhrady k ošetrovatelskému personálu. Personál byl vstřícný, laskavý a ochotně komunikující.

Rozhovor 2

Respondentka 2 je žena a je jí 33 let. Její národnost je ukrajinská, středoškolského vzdělání. Je zaměstnaná jako sociální pracovníce a žije v ČR 8 let.

Dotazovaná byla za svůj život 2x hospitalizovaná a říká, že si nemůže až na výjimky stěžovat. Má především kladné zkušenosti s hospitalizací. Sestra se ji při příjmu ptala, zda je věřící či nevěřící, což ji potěšilo, že se v nemocnici také zajímají o duchovní stránku člověka. S pokojem, na kterém byla hospitalizovaná, nebyla spokojená, dle jejích slov byl počet lůžek na pokoji neúměrný a někteří spolupacienti se chovali příliš rušně. Raději by byla na pokoji, kde je méně spolupacientů. S umístěním sociálního zařízení na pokoji byla spokojená, ale dodržování čistoty v tomto zařízení neodpovídalo jejím požadavkům a představám. Byla seznámena s právy pacientů, avšak požadovala jejich úplnou tištěnou podobu, aby si je mohla v klidu prostudovat.

Dotazovaná by, vzhledem k hospitalizaci ve fakultní nemocnici, očekávala větší respektování intimity. Nemocniční řád neomezoval její potřeby, pouze se vyskytly problémy v rámci stravování, kdy nedostala stravu dle období půstu a následně stravu odmítla. Podepsala vždy informovaný souhlas s výkony a vyšetřeními, která byla u ní provedena, ale domnívá se, že informace o její léčbě a ošetření mohly být komplexnější. Všechny situace a problémy, které se během hospitalizace vyskytly, podrobně konzultovala s ošetřujícím personálem. Pokud ji zdravotničtí pracovníci nerozuměli,

snažila se s nimi domluvit pomocí slovníku. Tlumočnicka při jazykové bariéře nepotřebovala. Léčebná opatření a ošetřování nebyla v rozporu s její vírou. Při výskytu některých nejasných informací ji vyšel vždy personál vstříc. Zdravotnický personál se ji snažil vyhovět, jelikož požádala sestru, zda by ji mohla zajistit kněze pravoslavné církve a učinit svatou zpověď. „Moje rodina s malými dětmi mě nedovolovala se starat o moji maminku, žila tedy v domově důchodců, ale i přesto jsem ji chodila navštěvovat. Za nedlouho po její smrti jsem onemocněla. Své onemocnění přikládám k hříchu, že jsem o ní nepečovala.“ Dotazované byl zavolán kněz, který ji vysvětlil podrobnosti svátosti a aby mu sdělila, z čeho se chce vyzpovídat. Respondentka měla možnost kontaktu, individuálními návštěvami a telefonováním během hospitalizace. Nebyla úplně spokojená s ošetrovatelskou péčí při výkonu osobní hygieny v souvislosti s čistotou. Stravování v nemocnici nebylo v rozporu s její vírou, ale kvalita a způsob podání ji neuspokojilo. Snaží se dodržovat jednodenní půst a to ji bylo během hospitalizace umožněno. Před svátostí musela dodržet půst, kde byly problémy s lékařem, který nechtěl na danou činnost přistoupit, ale po domluvě s knězem se svátost vyřešila.

Měla určité problémy přizpůsobit se režimu na oddělení, jelikož má své návyky. Ošetrovatelský personál se ji snažil uzpůsobit denní režim její víry v rámci možností oddělení a nemocnice. Před ranním vstáváním vykonávala modlitbu, kdy žádala svoji maminku o odpuštění. Dopoledne v rámci času odpočívala. Odpoledne měla dostatek času, kdy ji sestra zajistila soukromí na přípravu svátosti. V den zpovědi kněz přinesl ikonu Ježíše Krista, nad kterou prováděla zpověď. Časový prostor kompenzovala ve večerních hodinách, kdy bylo na oddělení klidněji. Neměla dostatek času na včasný a dostatečný spánek, neboť se nemohla zadaptovat na nové prostředí. Byla spokojená s časem, který ji sestra věnovala při přijetí a v průběhu hospitalizace, kdy ji umožnila setkání s knězem. Sestra a ostatní personál se snažil řešit její požadavky během hospitalizace. Myslí si, že byla částečnou přítěží pro ošetrovatelský personál během hospitalizace.

Kvalitu ošetrovatelské péče, která ji byla poskytnuta, by zařadila dle stupnice 1 - 5 do kategorie 2. S kritikou její víry ze strany zdravotníků se nesetkala, dle jejího vyjádření o kritice nic neví. S ošetrovatelskou péčí byla spokojená - hodnotí 2. S ošetrovatelským personálem byla vcelku spokojená, většinu problémů s nimi prodiskutovala a vyřešila. Respondentka prožívala radost a spokojenost, že jí v nemocnici poskytl vykonání svátosti a že má otevřenou cestu Božího života. Na konci rozhovoru uvádí, že je ráda, že se mohla zúčastnit jako jedna respondentka rozhovorů.

Rozhovor 3

Dotazovaný 3 je devětadvacetiletý muž. Jeho národnost je česká. Vystudoval střední odbornou školu, pracuje jako prodáváč smíšeného zboží, v ČR žije trvale.

Dle vyjádření respondenta, nemá rád hospitalizace v nemocnici v souvislosti s přístupem zdravotnického personálu. Sestra se při příjmu nezajímala o jeho víru. Myslí si, že některé nemocniční pokoje jsou vyhovující, jiné méně. Měl štěstí, jelikož byl hospitalizovaný na menším pokoji se spolupacienty, kteří respektovali jeden druhého. Se sociálním zařízením na pokoji byl naprosto spokojený, jelikož hospitalizované nemusely sestry doprovázet či některé převážet za osobní hygienou přes půlku oddělení. Koupelna s WC byla společná pro dva sousední pokoje. S právy pacientů během pobytu v nemocnici seznámený nebyl, sám si je přečetl, když je zahlédl na stěně pokoje.

V nemocnici se dotazovaný nesetkal s problémy v rámci intimity, neboť hygienu byl schopen vykonat samostatně a byly zavřené dveře a okna. Neuvědomuje si, že by ho nemocniční řád omezoval. Jen některé souhlasy s výkony a vyšetřeními byly dotazovanému předloženy, u šetrnějších výkonů mu byl sdělen datum, kdy se vyšetření provede a druh výkonu. Neměl dostatek informací o jeho ošetřování a léčbě, na potřebné informace se musel ptát. S ošetřujícím personálem nekonzultoval své problémy, neboť se ho ošetřující personál neptal. Se sestrami a lékaři se domluvil

dobře, jako občan ČR neměl potíže s jazykovou bariérou. Volba tlumočníka nebyla u respondenta potřeba. Žádná léčebná opatření nebyla v rozporu s jeho vírou. Je si vědom, že poprosil personál o jedno tajemství z hlavních svatých Tajin v rámci své víry. Svátost mu nebyla umožněna z prostorových možností, zdravotnické zařízení nemělo místnost ani kapli pro tyto události. „Byl jsem zklamaný, neboť Svatý Duch očisťuje a obnovuje člověka.“ Musel se spokojit s modlitebními knihami.

Měl možnost kontaktu s rodinou v době hospitalizace. Byl spokojený s ošetrovatelskou péčí při výkonu osobní hygieny. Stravování v nemocnici nebylo v rozporu s jeho vírou, jí rád zdravou stravu. Drží půst, ale v průběhu hospitalizace nebyla potřeba ho dodržovat.

Pro dotazovaného nebyl problém přizpůsobit se režimu na oddělení. Ošetrovatelský personál nemusel přizpůsobovat denní režim. Na víru se ho v nemocnici nikdo nezeptal. Modlitby si v průběhu hospitalizace prováděl sám, nikdo z ošetřujícího personálu se těmito potřebami nezabýval, tudíž neřešil problematiku bohoslužeb. Večer brzy usínal, aby ráno co nejdříve vstal a mohl se ještě za ranního svítání pomodlit. Odpoledne měl dostatek času k odpočinku. Během pobytu v nemocnici byl během denního režimu dostatek času k odpočinku. Bohoslužby se v daném zařízení v rámci nedostatku prostor nekonají. Byl mu dopřán méně kvalitní spánek, jelikož se sám probouzel při každém příjmu a činnosti sestry na pokoji. Čas, který mu věnovala sestra při přijetí na oddělení byl úměrný. Respondent říká: „Měl jsem pouze požadavek v zajištění svátosti, která mi nebyla umožněna. Myslím si, že by hodně nemocných místo k ztišení a útěchy velmi přivítalo.“ Chválí si, že mu sestra pomohla řešit jeho přání během hospitalizace. Myslí si, že během hospitalizace neztěžoval práci ošetrovatelskému personálu.

Kvalitu ošetrovatelské péče, která mu byla poskytnuta, by hodnotil podle škály 1 - 5 za 3. Nesetkal se s kritikou jeho víry ze strany ošetrovatelského personálu. Celková ošetrovatelská péče by mohla být v nemocnicích lepší, hodnotí za 3. Nemocný se často bojí a neví, jak by mohl sdělit informace zdravotnickému personálu. V určitých případech by mohla být větší ochota. Některé sestry by nemusely být tak odměřené.

Rozhovor 4

Respondentka číslo 4 je žena. Její věk je 58 let, řecké národnosti. Dosáhla středoškolského vzdělání, jejím zaměstnáním je účetní a v ČR žije 21 let.

Dotazovaná líčila příjemné pocity z hospitalizace. Nemocnice, ve které byla hospitalizovaná je dle jejích slov na vysoké úrovni, což dokládá i fakt, že nemocnice se stala akreditačním zařízením. Sestra se při příjmu zeptala, zda je věřící nebo nevěřící a jaká je její víra. Zjištěné informace si poznamenala. Pokoje pro nemocné byly útulné, postele na vícelůžkovém pokoji byly odděleny stěnou, počet nemocných ji vyhovoval. Bylo vítané, když nemocný mohl využít sociální zařízení na pokoji. Práva pacientů a další instrukce ji byly podány při přijetí.

Naprostou samozřejmostí je úcta k nemocným a při výkonu osobní hygieny respektování jeho soukromí a práva. Nemocniční řád ji nedovoloval mít na pokoji květiny od příbuzných, tudíž je dala sestrám. Po řádné informovanosti od personálu podepisovala souhlasy s výkony. Měla dostatek informací o léčbě od lékařů. Na dotazy respondentky personál okamžitě reagoval a snažil se ji pomoci, přesto že ošetrovatelský personál pracuje pod značným tlakem. V ČR se pohybuje již několik let, proto už snáze hovoří česky, než při příchodu do republiky. V určitých chvílích využila slovník či piktogramy. Tlumočník se nezajišťoval. Domnívá se, že ošetrovatelské a léčebné výkony nebyly v rozporu s její vírou. Každý výkon ji byl vysvětlen, i když ne každý byl bezbolestný. Pokud si něco nepřála, personál jí vyšel vstříc. Měla prosbu k sestrám, zda by ji mohly zavolat kněze pravoslavné církve k vykonání svátosti eucharistie. Chtěla poděkovat Bohu za operaci, která dobře dopadla.

Rodina ji pravidelně navštěvovala v doporučených návštěvních hodinách. Ošetrovatelská péče během osobní hygieny ji vyhovovala. „Orientace na pacienta v nemocnici byla cítit a vidět na každém kroku.“ Měla možnost se domluvit s nutriční terapeutkou na skladbě stravy při odebírání výživové anamnézy. Terapeutka se zaměřila na preferované a méně žádané potraviny v souvislosti s vírou. Půst dodržovala během

hospitalizace z důvodu přípravy na „blahé poděkování“. Stravování bylo uzpůsobeno dle lékaře a nutriční terapeutky tak, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu.

Nebyl pro ni problém přizpůsobit se dennímu režimu. Na první pohled jí překvapilo, že personál uspořádal respondentce denní režim tak, aby se mohla připravit k výkonu svátosti. Připravovala se ke svátosti modlitbami i před ranním vstáváním. Dopoledne pokračovala v modlitbách nebo se věnovala odpočinku. K výkonu svátosti, podle přání dotazované, sestra upravila místnost vyhrazenou k modlitebním úkonům a nechala dostatečný časový prostor pro dotazovanou a kněze k vykonání svátosti. Při svátosti jí byl podán chléb s vínem. Denní režim ji vyhovoval na dostatečně kvalitní spánek. Sestra se jí věnovala, jak nejvíce mohla. Byla sestřím vděčná, že ji pomohly zprostředkovat svátost. Myslí si, že stěžovala práci ošetřujícímu personálu, ale i přesto se k ní choval personál mile a citlivě.

Poskytnutou ošetrovatelskou péčí by hodnotila podle škály 1 - 5 vidí kategorií 1. Nesetkala se s kritikou víry, jelikož ji sestra při příjmu prozradila, že je též věřící. Sestřím je moc vděčná za veškerou péči a přiznává velkou spokojenost s ošetrovatelskou péčí, kterou hodnotí na výbornou. Žádné výhrady k personálu nemá. Obdivuje náročnou práci sester a mile ji překvapilo, jak byla sestra nápomocná respondentce a duchovnímu k zajištění soukromého prostředí.

Rozhovor 5

Respondent číslo 5 je muž. Jeho věk je 60 let, ukrajinské národnosti. Je vyučen jako truhlář a v ČR žije 35 let.

Respondent má smíšené pocity z hospitalizace. Při příjmu se ho sestra neptala, zda je věřící či jakou vyznává víru. Počet lůžek na pokoji mu vyhovoval, jelikož tam byli dva spolupacienti, kteří si s ním rádi povídali. Na pokoji nebylo sociální zařízení, byla zde možnost se umýt pouze u umyvadla, WC bylo společné pro několik pokojů. Při příjmu byl stručně seznámen s právy pacientů.

Jeho intimita nebyla respektovaná spolupacienty, jelikož soběstační pacienti docházeli do společné koupelny na chodbě. Dotazovaný se domnívá, že si není vědom, že by nemocniční řád omezoval jeho potřeby. Podepsal jen informovaný souhlas s provedením operace, provedená vyšetření mu byla pouze vysvětlena. Domnívá se, že měl dostatek informací o ošetřování a léčbě. Sestra a lékař mu vysvětlili před daným výkonem postup i v průběhu výkonů s dotazovaným komunikovali. Během hospitalizace konzultoval svoji stravu a vyznávání víry se sestrou. Po několika minutovém naslouchání respektovala sestra jeho víru. Jazykovou bariéru při pobytu v nemocnici neměl a tlumočnický nebyl potřeba. Neví o žádných léčebných opatřeních, která by byla v rozporu s jeho vírou. Zdravotnický personál byl vstřícný. Sestru, které se svěřoval se svoji vírou, poprosil, zda se v nemocnici nenachází kaple nebo jiná místnost k udělování svátostí. Sestra mu s laskavostí vysvětlila, že kněz dochází pravidelně na bohoslužbu. Sestra kněze zkontaktovala a poslala ho za dotazovaným. Dotazovaný prosil kněze o svátost pomazání nemocných, které se uděluje jen jednou při jedné nemoci. „Milost Svatého Ducha se mi vlije přímo do nitra.“ Respondent ve volném čase sportuje a prožívá strach, co bude v budoucnu, jelikož má onemocnění srdce.

Kontakt s rodinou byl respondentovi v průběhu hospitalizace umožněn. S ošetrovatelskou péčí při výkonu osobní hygieny byl spokojený, jen by bylo vhodnější, mít sociální zařízení na pokoji. Stravování v nemocnici nebylo v rozporu s jeho vírou, strava odpovídala jeho požadavkům. Má rád převážně lehčí stravu a ta mu v nemocnici byla podávána. Dodržování půstu mu bylo umožněno. Myslí si, že přizpůsobit se režimu na oddělení pro něho problém vcelku nebyl. Ošetřující personál se mu snažil vzhledem k jeho víře vyhovět a uzpůsobit denní režim. Stačil se samozřejmě ještě před vstáváním pomodlit. Vždy si našel chvilku času k dopolednímu odpočinku. Během hospitalizace měl dostatečný časový prostor na bohoslužbu - 2x týdně. Měl štěstí, protože kněz vykonal svátost ve svátek svätce léčitele. Denní režim mu vyhovoval, v nemocnici bylo dostatek času k odpočinku. Musel být spokojen s množstvím času, který mu věnoval zdravotnický personál, neboť vzhledem k velkému množství hospitalizovaných nemocných, musí zdravotnický personál svůj čas rozdělit pro všechny nemocné.

Ve velké většině mu sestra pomohla vyřešit jeho požadavky během hospitalizace. Myslí si, že nestěžoval práci ošetrovatelskému personálu během hospitalizace až na svátost.

Kvalitu ošetrovatelské péče, která mu byla poskytnuta, by hodnotil podle škály 1 - 5 na úrovni 2. S kritikou víry ze strany ošetrovatelského personálu a spolupacientů se nesetkal. Je spokojen s ošetrovatelskou péčí, hodnotí za 2. Personál byl k němu laskavý, nemá výhrady k jednání ošetrovatelského personálu během pobytu v nemocnici. Myslí si, že práce ošetrovatelského personálu by měla být lépe finančně a společensky ohodnocená.

Rozhovor 6

Respondent číslo 5 je muž. Jeho věk je 25 let, ruské národnosti. Středoškolsky vzdělaný, přivydělává si formou brigád, studuje na vysoké škole a v ČR žije 3 roky.

Má nepříjemné pocity z hospitalizace, bojí se nemoci. Sestra se ho zeptala při příjmu, zda je věřící. Byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde bylo rušno a každá sestra se starala o jednoho nemocného. Sociální zařízení se nacházelo naproti velkému pokoji, kde byli všichni nemocní. Zprvu musel ležet na lůžku, ale po několika dnech mohl vstát a s doprovodem sestry mohl využít sociální zařízení. S právy pacientů se seznamoval v průběhu hospitalizace.

Sestry respektovaly moji intimitu, jelikož lůžka byla oddělena závěsy. Nemocniční řád v podstatě neomezoval jeho potřeby. V souvislosti s autonehodou jsem nepodepisoval informované souhlasy, jelikož jsem nebyl schopný podpisu. Domnívá se, že měl dostatek informací, lékaři ho pravidelně informovali o průběhu jeho zdravotního stavu. Opakovaně jsem konzultoval nejasnosti s mým zdravotním stavem a sestry jsem informoval o bolesti. Vzhledem k tomu, že jsem se naučil dobře česky, nebyla velká jazyková bariéra. Jen výjimečně použil rusko-český slovník a to i z důvodu zájmu personálu. Tlumočníka nepotřeboval. Nesetkal se s případem, že by byla některá léčebná opatření v rozporu s jeho vírou. Měl prosbu nechat se pokřtít, v souvislosti se zvládnutím akutního onemocnění. Zdravotnický personál mu na JIP nemohl vyhovět,

jelikož byl upoután na lůžko, ale bylo mu vysvětleno, že po přeložení na standardní oddělení kněze zavolají. Kněz byl za několik dní zavolán a respondent absolvoval řádné poučení o pravoslavné církvi.

Během hospitalizace měl úzký kontakt s rodinou i v mimo návštěvní době. Byl spokojený s péčí sester při osobní hygieně, kdy nemohl vstávat z lůžka. Způsob podávání stravy nebylo v rozporu s jeho vírou, moc si pochutnával na těstovinách. Půst dodržuje, ale během pobytu v nemocnici ho nebylo potřeba dodržovat.

Neměl problémy přizpůsobit se režimu na oddělení. Personál nemohl uzpůsobit denní režim, jelikož by se narušil provoz oddělení. Měl možnost provádět modlitby před zahájením ranního režimu na oddělení. Naskytl se dostatek času k odpočinku i v dopoledních hodinách. Po překlada na standardní oddělení sestra upozornila ostatní nemocné na připravovanou událost, aby nebyl narušen provoz oddělení. Sestra s knězem se snažili najít vhodný časový interval k naplnění svátosti křtu. Respondent sděloval svoje hříchy, následně kněz přečetl modlitby a poléval ho svěcenou vodou. Při křtu byl přizván rodinný příslušník, který zastával roli kmotra. Vzápětí provedl kněz po křtu svátost myropomazání. Denní režim mu vyhovoval a měl dostatek času ke spánku. Jelikož byl urgentně přijat na oddělení, sestra mu vynahradila čas v průběhu hospitalizace. Se sestrou vyřešil veškeré náležitosti, které potřeboval. Překvapilo ho, že si s ním sestra popovídala o svátostech pravoslavné církve. Myslí si, že v rámci svátosti stěžoval práci sestrám.

Kvalita ošetrovatelské péče, která mu byla poskytnuta, by zařadil dle škály 1 - 5 do kategorie 1. Nebyla kritika na jeho víru. S provedenou ošetrovatelskou péčí byl velmi spokojen, hodnotí za 1. Nemá výhrady k ošetrovatelskému personálu, působí spokojeně. Je rád, že mu sestry zprostředkovaly svátost v nemocnici a je osvobozen od hříchů.

Rozhovor 7

Respondentka číslo 7 je žena. Její věk 32 let, ruské národnosti. Je absolventka odborného učiliště. Byla zaměstnána jako servírka, nyní je na mateřské dovolené a v ČR žije 8 let.

Má dobré i špatné vzpomínky na hospitalizaci. Sestra se ji při příjmu zeptala na víru, velice ji to překvapilo a potěšilo. Byla spokojená s velikostí pokoje a počtem spolupacientů.

V nemocnici, ve které byla hospitalizovaná, nebylo sociální zařízení na pokoji, ale na chodbě. Při odebrání ošetřovatelské anamnézy byla seznámena sestrou s právy pacientů.

Zdravotníci se snažili respektovat respondentky intimitu během celého pobytu v nemocnici. Nemocniční řád v podstatě neomezoval potřeby respondentky. Nebyl ji předložen žádný informovaný souhlas k podpisu, jen ústně byla informovaná o výkonech a vyšetřeních, která schválila. Měla dostatek informací o léčbě a ošetřování. Léčebné postupy a způsob ošetřování kontrolovala i prostřednictvím internetu. Většinu nejasností konzultovala s ošetřujícím personálem. Nemá jazykovou bariéru se zdravotnickými pracovníky. Nebylo potřeba zajistit tlumočníka při hospitalizaci. Léčebná opatření během hospitalizace nebyla v rozporu s vírou. Lze konstatovat, že ji zdravotnický personál vycházel vstříc, pokud s něčím nesouhlasila nebo si nepřála. Na pokoji byla televize, kterou ostatní spolupacienti sledovali. „Napadala můj duchovní život, raději bych viděla místo televize stůl s náboženskými pomůckami.“ Sestry jí umožnily přestěhovat se na jiný pokoj, kde televizor nebyl. Zdravotnický personál byl vstřícný a měla možnost se modlit.

Kontakt s rodinou a příbuznými jí byl umožněn. Byla spokojená s ošetřovatelskou péčí při výkonu osobní hygieny. Přivítala by v rámci sociálního zařízení mimo sprchového koutu umístění koupelnové vany. V době hospitalizace byl půst Velké svaté čtyřicátnice, kdy se nejí ryba, proto odmítla rybí pomazánku a jedla

„lehčí“ jídla. Půst pravidelně dodržuje a bylo ji umožněno tuto duchovní potřebu uspokojit.

Zpočátku jí vadilo brzké vstávání a buzení k měření tělesné teploty. Ošetrovatelský personál jí dával prostor k modlitbám a k vyznání víry, ale nemusel se přizpůsobovat denní režim. Prováděla ranní modlitbu s knihou ještě než vstala z lůžka. Dopoledne jsem strávila odpočinkem nebo četbou časopisů či knížek. V nemocnici nebyla kaple ani jiná místnost ke konání bohoslužeb, proto jsem vyznání víry kompenzovala modlením nebo četbou. Cítila se v nemocnici odpočinutá. Při přijetí měla sestra podle mého názoru nedostatek času a během hospitalizace se jí snažila vše vynahradiť. Sestra jí pomohla vyřešit všechny její požadavky. Domnívá se, že snad nebyla přítěží pro ošetrovatelský personál.

Kvalita ošetrovatelské péče, která ji byla poskytnuta, by zařadila dle škály 1 - 5 do kategorie 2. Nesetkala se s kritikou na svojí víru. S provedenou ošetrovatelskou péčí byla celkem spokojená, hodnotí za 2. „Bylo by vhodné více informovat ošetrující personál o duchovních potřebách věřících během hospitalizace.“ Je ráda za veškerou péči celé nemocnice.

Rozhovor 8

Respondentka 8 je žena a je jí 49 let. Její národnost je česká, absolventka odborného učiliště. Je zaměstnaná jako skladnice a žije v ČR 49 let.

Při hospitalizaci se jí zdravotnický personál věnoval. Při příjmu nikdo nezjišťoval, zda je věřící. Dotazovaná neměla výhrady k uspořádání pokoje a ke spolupacientům. Sociální zařízení na pokoji bylo pro mě příjemné. Nikdo ji na začátku hospitalizace ani v jeho průběhu neinformoval o právech pacientů.

Zdravotníci respektovali intimitu při ranní hygieně, ale i při různých ošetrovatelských výkonech. Neuvědomuje si, že by ji výrazně omezoval nemocniční řád. Domnívá se, že podepisovala informovaný souhlas se všemi provedenými výkony, vyšetřeními. Nebylo ji asi zamlčeno žádné vyšetření ani léčebný postup během

hospitalizace. Myslí si, že měla dostatek informací o léčbě a ošetřování. Opakovaně konzultovala a diskutovala problémy s ošetřujícím personálem. Jazykovou bariéru jsem při hospitalizaci neměla. Tlumočnicka dotazovaná nepotřebovala. Nesetkala se s případem, že některá léčebná opatření by byla v rozporu s její vírou. Pokud si nepřála některé úkony, zdravotnický personál ji kladně vyhověl. Mohla chodit na pravidelné bohoslužby, které se konaly ve vyhrazené místnosti v nemocnici.

Respondentce bylo kladně vyhověno, aby ji navštěvovali příbuzní. Při výkonu osobní hygieny byla velmi spokojená. Strava ani způsob stravování nebyl v rozporu s její vírou. Pouze by ráda měla ke stravě více zeleniny a ovoce. Půst nedodržuji, a proto nemám problém v této oblasti.

Neměla problém přizpůsobit se režimu na oddělení. Myslí si, že ji nemusel ošetřovatelský personál přizpůsobovat denní režim jejím požadavkům. Měla možnost se pomodlit ještě před ranní hygienou. Většinou měla dostatek času na odpočívání. Pravidelně navštěvovala bohoslužby, které se konaly v nemocnici 2 x týdně. Denní režim jí vyhovoval a měla dostatek času ke spánku. Během hospitalizace měla dostatek času k řešení dotazů a nejasností s ošetřovatelským personálem. Některé její požadavky řešila s ošetřujícím personálem, jiné s rodinou. Doufá, že nestěžovala práci sestrám.

Kvalita ošetřovatelské péče, která ji byla poskytnuta, by hodnotila podle škály 1 - 5 na úrovni 1. S kritikou víry ze strany ošetřovatelského personálu se nesetkala. Je velmi spokojená s ošetřovatelskou péčí, hodnotí ji za 1. Personál byl k ní ohleduplný a tolerantní. „Podle mého názoru hodně záleží na osobnosti člověka a jak chce druhému pomoci.“ Cení si náročnosti sesterské profese.

4.2.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

Tabulka 29 Demografická data, národnost

	národnost							
věk (roky)	česká	ukrajinská	česká	řecká	ukrajinská	ruská	ruská	česká
57	muž							
33		žena						
29			muž					
58				žena				
60					muž			
25						muž		
32							žena	
49								žena
	R 1.	R 2.	R 3.	R 4.	R 5.	R 6.	R 7.	R 8.

R=respondent

Tabulka ukazuje, že věk respondenta 1. byl 57 let a je české národnosti. Respondent 2. byl ukrajinské národnosti a jeho věk byl 33 let. Věk respondenta 3. byl 29 let a byl české národnosti. 4. respondent byl starý 58 let a byl řecké národnosti. Respondent 5. byl 60letý a jeho národnost byla ukrajinská. 25letý respondent 6. byl ruské národnosti. Respondent 7. byl starý 32 let a byl ruské národnosti a české národnosti byl respondent 8., kterému bylo 49 let. Dále z tabulky vyplývá, že 4 respondenti byli muži a 4 respondenti ženy.

Tabulka 30 Vzdelání, profese a délka zaměstnání

	vzdělání							
délka pobytu v ČR (roky)	VŠ	SŠ	SOŠ	SŠ	OU	student VŠ	OU	OU
57	učitel							
8		soc. prac.						
29			kuchař					
21				účetní				
35					truhlář			
3						student		
8							mateřs.dov.	
49								skladnice
	R 1.	R 2.	R 3.	R 4.	R 5.	R 6.	R 7.	R 8.

R=respondent

Z tabulky je zřejmé, že respondent 1. měl vysokoškolské vzdělání, v ČR žije 57 let a vykonává profesi učitele. 2. respondent byl středoškolsky vzdělaný, v ČR žije 8 let a pracuje jako sociální pracovníce. 29 let v ČR byl respondent 3. se střední odbornou školou pracující jako kuchař. Středoškolsky vzdělaný účetní byl respondent 4. s jednadvacetiletou délkou pobytu v ČR. 5. respondent byl vyučen jako truhlář, který žije v ČR 35 let. Respondent 6. byl student vysoké školy žijící v ČR 3 roky. Na mateřské dovolené byl 7. respondent, který je vyučený a žije v ČR 8 let a vyučený 8. respondent jako skladnice žije v ČR 49 let.

Tabulka 31 Pocity z hospitalizace

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
spokojenost, svědomitost sester	1								1
kladné zkušenosti až na výjimky		1							1
nemá rád hospitalizace			1						1
přístup zdravotnického personálu			1						1
příjemné pocity				1		1			2
smíšené pocity					1				1
bojí se nemocí						1			1
dobré i špatné vzpomínky							1		1
personál se jí nevěnoval								1	1

Z tabulky je zřejmý názor, jaké pocity měli vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve z hospitalizace v nemocnici. 1 krát se objevila odpověď, že dotazovaný byl spokojený a chválí si svědomitost sester. 1 respondent uvedl, že má kladné zkušenosti až na výjimky. 1 krát se objevila odpověď, že dotazovaný nemá rád hospitalizace. 1 respondent upozornil na přístup zdravotnického personálu. 2 respondenti se shodli na tom, že mají příjemné pocity z hospitalizace. 1 respondent má smíšené pocity z hospitalizace. 1 respondent uvedl, že se bojí nemocí. 1 krát

se objevilo, že dotazovaný odpověděl, že má dobré i špatné vzpomínky a 1 respondent uvedl, že se mu personál během hospitalizace nevěnoval.

Tabulka 32 Zjišťování víry sestrou

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
nezeptala, zda je věřící	1		1		1			1	4
zeptala, zda je věřící		1		1		1			3
zeptala se na víru				1			1		2
nezeptala se na víru					1				1
potěšena - zájem o duchovní stránku		1					1		2

Z tabulky je patrné, zda se sestra zeptala respondentů při příjmu, zda jsou věřící. 4 respondenti uvedli, že se jich sestra nezeptala, zda jsou věřící. 3 respondenti se shodli na tom, že se jich sestra zeptala, zda jsou věřící. 2 krát se objevilo, že se sestra zeptala na víru. 1 odpověď zněla, že se sestra nezeptala na víru. 2 respondenti byli potěšeni, že se sestra zajímala o duchovní stránku.

Tabulka 33 Počet lůžek a spolupacientů na pokoji

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
nestěžuje si								1	1
neúměrný počet lůžek		1							1
rušní spolupacienti		1							1
vyhovující počet spolupacientů	1		1	1			1		4
respektovali jeden druhého			1						1
vyhovující pokoje				1			1		2
vyhovující počet lůžek	1				1				2
rušno na pokoji						1			1

Tabulka zobrazuje, jak respondentům vyhovoval počet lůžek a spolupacientů na pokoji. 1 respondent si na nic nestěžuje. 1 krát se objevilo, že byl neúměrný počet lůžek. 1 respondent odpovídá, že byli spolupacienti hluční. 4 respondenti uvádí, že jim vyhovoval počet spolupacientů. 1 respondent uvedl, že na pokoji respektovali jeden

druhého. 2 respondenti se shodují na tom, že pokoje byly vyhovující. 2 respondenti uvádí, že byl vyhovující počet lůžek a jeden respondent dodal, že bylo na pokoji rušno.

Tabulka 34 Umístění sociálního zařízení na pokoji

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
výhrady k architektonickému uspořádání	1								1
výhrady k odhlučnění	1								1
výhrady k odvětrávání	1								1
spokojenost s umístěním soc. zařízení		1							1
nespokojenost s dodržováním čistoty		1							1
spokojený			1	1		1		1	4
na pokoji nebylo soc. zařízení					1		1		2

Tabulka ukazuje odpovědi na dotaz, zda respondenti byli spokojeni s umístěním sociálního zařízení na pokoji. 1 respondent uvedl, že měl výhrady k architektonickému uspořádání. 1 odpověď obsahovala výhrady k odhlučnění. 1 krát byla zaznamenána odpověď výhrady k odvětrávání. 1 respondent odpověděl, že byl spokojený s umístěním sociálního zařízení. 1 respondent byl nespokojený s dodržováním čistoty. 4 respondenti říkají, že byli spokojeni. 2 krát se objevila odpověď, že na pokoji chybělo sociální zařízení.

Tabulka 35 Práva pacientů

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
seznámen	1	1		1	1	1	1		6
neseznámen								1	1
neseznámen, sám si je přečetl			1						1

Z tabulky je jasné, zda byli respondenti seznámeni s právy pacientů. 6 respondentů říká, že byli seznámeni s právy pacientů a 1 respondent uvedl, že nebyl seznámen s právy pacientů a sám si je tedy přečetl.

Tabulka 36 Respektování intimity

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
respektovali	1		1	1		1	1	1	6
očekávala větší respektování		1							1
nebyla respektována					1				1

Tabulka znázorňuje, zda zdravotníci respektovali u respondentů intimitu. 6 respondentů uvedlo, že u nich byla respektována intimita. 1 krát se objevila odpověď, že by respondent očekával větší respektování intimity. U 1 respondenta nebyla intimita respektována.

Tabulka 37 Omezování potřeb nemocničním řádem

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
neomezoval	1		1		1	1	1	1	6
omezoval ve stravě		1							1
nedovoľoval mít na pokoji květiny				1					1

Z tabulky je zřejmé, jakým způsobem respondenty omezoval nemocniční řád. 6 respondentů uvedlo, že nebyli omezováni nemocničním řádem. 1 krát byla zaznamenána odpověď, že respondent byl omezen ve stravě a 1 respondent dodává, že mu nebylo dovoleno mít na pokoji květiny.

Tabulka 38 Podepisování informovaného souhlasu

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
podepisoval/a	1	1	1	1	1			1	6
nepodepisoval, nebyl schopný podpisu						1			1
nepodepisoval, informován ústně							1		1

Tabulka ukazuje odpovědi na otázku, zda respondenti podepisovali informovaný souhlas s výkony, vyšetřeními. 6 dotazovaných se shodlo na tom, že podepisovali

informovaný souhlas. 1 krát se vyskytla odpověď, že respondent nepodepisoval informovaný souhlas, jelikož nebyl schopný podpisu a 1 respondent uvedl, že nepodepisoval informovaný souhlas, protože byl informován jen ústně.

Tabulka 39 Dostatek informací o léčbě a ošetřování

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
dostatek informací	1			1	1	1	1	1	6
informace mohly být komplexnější		1							1
neměl dostatek informací			1						1

Tabulka ukazuje, zda respondenti měli dostatek informací o léčbě a ošetřování. 6 respondentů odpovídá, že mělo dostatek informací. 1 respondent uvedl, že informace o léčbě a ošetření mohly být komplexnější a dostatek informací neměl 1 respondent.

Tabulka 40 Konzultace problémů

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
konzultoval/a	1	1		1	1	1	1	1	7
nekonzultoval/a, nikdo se ho neptal			1						1

Tabulka znázorňuje, zda respondenti konzultovali své problémy během hospitalizace s ošetřujícím personálem. 7 respondentů uvádí, že své problémy konzultovali během hospitalizace s ošetřujícím personálem a 1 respondent své problémy nekonzultoval, jelikož se respondentovi ošetřující personál neptal.

Tabulka 41 Komunikace při jazykové bariéře

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
neměl/a problémy	1		1		1	1	1	1	6
pomocí slovníku		1							1
pomocí slovníku či piktogramů				1					1
výjimečně použil rusko-český slovník						1			1

Tabulka ukazuje, jak se respondenti domluvili se sestrami a lékaři při jazykové bariéře. 6 respondentů odpovídá, že nemělo problémy s jazykovou bariérou. 1 respondent uvedl, že se snažil domluvit pomocí slovníku. 1 respondent řekl, že využil slovníku či piktogramů a 1 respondent výjimečně použil rusko-český slovník.

Tabulka 42 Zajištění tlumočnicka

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
nebyla potřeba	1	1	1	1	1	1	1	1	8

V tabulce jsou uvedeny odpovědi na otázku, zda respondentům zajistil zdravotnický personál v nemocnici tlumočnicka, pokud byla potřeba. Všichni respondenti uvedli, že nebyla potřeba zajistit tlumočnicka.

Tabulka 43 Léčebná opatření v rozporu s vírou

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
nebylo nic v rozporu s vírou	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Z tabulky je zřejmé, zda jsou u respondentů některá léčebná opatření v rozporu s vírou. Všichni respondenti odpověděli, že žádná léčebná opatření během hospitalizace nebyla v rozporu s jejich vírou.

Tabulka 44 Splnění přání zdravotnickým personálem

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
neoslovovali ho dle jeho přání	1								1
ikonu a knihy	1								1
svatou zpověď		1							1
svátost nebyla umožněna z prostorových možností			1						1
modlitební knihy			1						1
svátost eucharistie				1					1
svátost pomazání nemocných					1				1
křest						1			1
přestěhování se na jiný pokoj, kde nebyl televizor							1		1
navštěvovat bohoslužby								1	1

Z tabulky je patrné, jak vstřícný byl zdravotnický personál k respondentům, pokud si něco přáli v průběhu hospitalizace v nemocnici. 1 respondent uvedl, že nebyl osloven dle jeho přání. 1 respondent odpověděl, že na pokoji mohl mít ikonu a knihy. 1 respondent uvádí, že mu personál umožnil svatou zpověď. 1 odpověď zněla svátost nebyla umožněna z prostorových možností. 1 krát se objevila odpověď, že měl k dispozici jen modlitební knihy. 1 respondent dodal, že mu personál umožnil svátost eucharistie. 1 respondent řekl, že mu byla umožněna svátost pomazání nemocných. 1 respondent odpověděl, že mu personál vyhověl v přestěhování se na jiný pokoj, kde nebyl televizor a 1 respondentovi bylo umožněno navštěvovat bohoslužby.

Tabulka 45 Možnost kontaktu s rodinou

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
měl/a možnost kontaktu	1	1	1	1	1	1	1	1	8
individuální návštěvy	1	1				1			3

Tabulka znázorňuje odpovědi, zda byl respondentům umožněn kontakt s rodinou v době hospitalizace. Všichni respondenti měli možnost kontaktu se svojí rodinou v době hospitalizace. 3 respondenti odpověděli, že je rodina navštěvovala i v rámci individuálních návštěv.

Tabulka 46 Spokojenost s osobní hygienou

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
spokojenost	1		1	1	1	1	1	1	7
nespokojenost v souvislosti s čistotou		1							1

Tabulka ukazuje, jak byli respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí při výkonu své osobní hygieny. 7 respondentů se shodlo na tom, že byli spokojeni s ošetrovatelskou péčí při výkonu své osobní hygieny a 1 respondent uvedl, že nebyl spokojený v souvislosti s čistotou.

Tabulka 47 Stravování v nemocnici

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
stravování nebylo v rozporu s vírou	1	1	1		1	1	1	1	7
problémy s dodržáním půstu		1							1
kvalita a způsob podání ji neuspokojilo		1							1
možnost domluvy s nutriční terapeutkou				1					1

Tabulka se věnuje odpovědím na dotaz, zda bylo u respondentů v rozporu stravování v nemocnici. 7 respondentů uvedlo, že stravování v nemocnici nebylo v rozporu s jejich vírou. 1 respondent měl problémy s dodržáním půstu. 1 respondent odpověděl, že kvalita a způsob podání ho neuspokojilo a 1 krát se objevila odpověď, že respondent měl možnost domluvy s nutriční terapeutkou.

Tabulka 48 Dodržování půstu

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
dodržuje půst	1	1	1	1	1	1	1		7
půst dodržovala 1 krát týdně	1								1
dodržovala jednodenní půst		1							1
problémy s dodržáním půstu před svátostí		1							1
odmítla rybí pomazánku v rámci půstu							1		1
půst nedodržuje								1	1

Tabulka uvádí odpovědi na otázku, zda respondenti drží půst a bylo jim umožněno dodržovat půst v nemocnici. 7 krát byla zaznamenána odpověď, že respondenti dodržují půst. 1 respondent odpověděl, že půst dodržoval 1 krát týdně. 1 respondent říká, že dodržoval jednodenní půst. 1 respondent uvedl, že měl problémy s dodržáním půstu před svátostí. 1 krát se objevila odpověď, že respondent odmítl rybí pomazánku a nedodržuje půst 1 respondent.

Tabulka 49 Přizpůsobení se režimu na oddělení

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
nebyl problém	1		1	1	1	1		1	6
měla určité problémy se přizpůsobit		1					1		2

Tabulka zobrazuje, zda si respondenti myslí, že byl pro ně problém přizpůsobit se režimu na oddělení. 6 respondentů odpovědělo, že nebyl problém přizpůsobit se režimu na oddělení a 2 respondenti uvedli, že měli určité problémy se přizpůsobit.

Tabulka 50 Uzpůsobení denního režimu

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
oš. personál uzpůsobil denní režim	1	1		1	1				4
oš. personál nemusel přizpůsobovat denní režim			1				1	1	3
oš. personál nemohl uzpůsobit denní režim v rámci narušení provozu na oddělení						1			1

Tabulka dává odpověď na to, zda se ošetrovatelský personál snažil vyhovět a uzpůsobit respondentům denní režim vzhledem k jejich víře. 4 respondenti uvedli, že ošetrovatelský personál uzpůsobil respondentům denní režim. 3 krát se objevila odpověď, že ošetrovatelský personál nemusel respondentům přizpůsobovat denní režim a 1 respondent říká, že ošetrovatelský personál nemohl uzpůsobit denní režim v rámci narušení provozu na oddělení.

Tabulka 51 Možnost modlitby před ranním vstáváním

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
měl/a možnost provádět modlitby	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabulka znázorňuje, zda byl respondentům umožněno provádět modlitby ještě před ranním vstáváním. Všem 8 respondentům bylo umožněno provádět modlitby ještě před ranním vstáváním.

Tabulka 52 Dopolodní odpočinek

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
neměl čas v souvislosti s vyšetřovacími a léčebnými procedurami	1								1
dopoledne odpočíval/a		1	1	1	1	1	1	1	7

V tabulce jsou uvedeny odpovědi na otázku, zda měli respondenti dopoledne dostatek času na odpočinek. 1 respondent neměl dopoledne dostatek času na odpočinek a 7 respondentů uvedlo, že dopoledne odpočívali.

Tabulka 53 Prostor na bohoslužbu

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
dostatečný časový prostor na bohoslužby	1	1		1	1	1		1	6
bohoslužby se v daném zařízení nekonají			1						1
v nemocnici nebyla kaple ani jiná místnost ke konání bohoslužeb							1		1

Z tabulky je zřejmé, zda byl respondentům umožněn dostatečný časový prostor na bohoslužbu. 6 respondentů uvedlo, že měli dostatečný časový prostor na bohoslužby. 1 krát se objevila odpověď, že se bohoslužby v daném zařízení nekonají a 1 krát byla zaznamenána odpověď, že v nemocnici nebyla kaple ani jiná místnost ke konání bohoslužeb.

Tabulka 54 Včasný a dostatečný spánek

odpověď	respondent								celkem
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
včasný a dostatečný spánek	1			1	1	1	1	1	6
neměl/a včasný a dostatečný spánek		1	1						2

Tabulka uvádí odpovědi, zda byl respondentům přizpůsoben denní režim na včasný a dostatečný spánek. 6 respondentů uvedlo, že měli včasný a dostatečný spánek a 2 krát se objevila odpověď, že respondentům nebyl přizpůsoben denní režim na včasný a dostatečný spánek.

Tabulka 55 Věnovaný čas sestrou

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
spokojenost s časem	1	1	1	1	1				7
při přijetí měla sestra nedostatek času - čas vynahrazen sestrou v průběhu hospitalizace						1	1	1	1

Tabulka zobrazuje, zda respondenti byli spokojení s časem, který jim věnovala sestra při přijetí na oddělení a v průběhu hospitalizace v nemocnici. 7 krát se objevila odpověď, že respondenti byli spokojeni s časem a 3 respondenti uvedli, že sestra měla při přijetí nedostatek času a čas jim vynahradila v průběhu hospitalizace.

Tabulka 56 Řešení požadavků sestrou

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
sestra pomohla řešit požadavky	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabulka dává odpověď na to, zda respondentům pomohla sestra řešit jejich požadavky, které potřebovali během hospitalizace v nemocnici zrealizovat. Všichni respondenti odpověděli, že jim sestra pomohla řešit veškeré jejich požadavky.

Tabulka 57 Ztěžování práce ošetrovatelskému personálu

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
neztěžoval/a práci oš. personálu	1		1		1		1	1	5
částečná přítěž pro oš. personál		1							1
ztěžoval/a práci oš. personálu				1		1			2

Z tabulky je patrné, zda si respondenti myslí, že svými požadavky během hospitalizace v nemocnici ztěžovali práci ošetrovatelskému personálu. 5 krát byla zaznamenána odpověď, že si respondenti myslí, že svými požadavky neztěžovali práci

ošetřovatelskému personálu během hospitalizace v nemocnici. 1 respondent uvedl, že si myslí, že svými požadavky byl částečnou přítěží pro ošetřovatelský personál během hospitalizace v nemocnici a 2 respondenti poukazují na to, že ztěžovali práci ošetřovatelskému personálu.

Tabulka 58 Kvalita ošetřovatelské péče

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
kvalita ošetřovatelské péče - kategorie: 1				1		1		1	3
kvalita ošetřovatelské péče - kategorie: 2	1	1			1		1		4
kvalita ošetřovatelské péče - kategorie: 3			1						1

Tabulka zobrazuje, jaká byla podle respondentů kvalita ošetřovatelské péče, která jim byla poskytnuta. 3 respondenti uvedli, že kvalita ošetřovatelské péče, která jim byla poskytnuta řadí podle škály 1 - 5 do kategorie 1. 4 krát se objevila odpověď, že kvalita ošetřovatelské péče, která byla respondentům poskytnuta vidí podle škály 1 - 5 do kategorie 2 a 1 respondent říká, že kvalita ošetřovatelské péče, která mu byla poskytnuta zařazuje podle škály 1 - 5 do kategorie 3.

Tabulka 59 Kritika víry ošetřovatelským personálem

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
bez kritiky	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tato souhrnná tabulka ukazuje, zda se respondenti setkali s kritikou své víry ze strany ošetřovatelského personálu. Všichni respondenti odpověděli, že se nesetkali s kritikou své víry ze strany ošetřovatelského personálu.

Tabulka 60 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
spokojenost s oš. péčí: 1	1			1		1		1	4
spokojenost s oš. péčí: 2		1			1		1		3
spokojenost s oš. péčí: 3			1						1

Z tabulky je patrné, jak jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí zdravotnického personálu v nemocnicích v ČR. 4 respondenti odpověděli, že byli velmi spokojeni - 1 s ošetrovatelskou péčí. 3 respondenti uvedli, že byli spokojeni - 2 s ošetrovatelskou péčí a 1 respondent hodnotí spokojenost s ošetrovatelskou péčí za 3.

Tabulka 61 Výhrady k ošetrovatelskému personálu

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
žádné výhrady k oš. personálu	1			1	1	1		1	5
vcelku spokojená s oš. personálem		1							1
mohla by být větší ochota zdravotnického personálu			1						1
vhodné více informovat oš. personál o duchovních potřebách věřících							1		1

Tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na dotaz, zda mají nějaké výhrady vůči zdravotnickému personálu a jeho přístupu. 5 respondentů se shodlo na tom, že neměli žádné výhrady k ošetrovatelskému personálu. 1 respondent odpověděl, že byl vcelku spokojený s ošetrovatelským personálem. 1 respondent uvádí, že mohla být větší ochota zdravotnického personálu a 1 respondent podotkl, že by bylo vhodné více informovat ošetrovatelský personál o duchovních potřebách věřících.

Tabulka 62 Doplnující informace od respondentů

	respondent								
odpověď	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	celkem
spokojenost s prací sester	1						1		2
spokojenost z vykonání svátosti		1		1		1			3
byla ráda, že se mohla zúčastnit rozhovoru		1							1
některé sestry by nemusely být tak odměřené			1						1
obdiv náročné práce sester				1				1	2
práce oš. personálu by měla být lépe finančně a společensky ohodnocená					1				1

Z tabulky je zřejmé, jaké informace respondenti doplnili. 2 respondenti uvedli, že byli spokojeni s prací sester. 3 krát se objevila odpověď, že respondenti byli spokojeni z vykonání svátosti. 1 respondent byl rád, že se mohl zúčastnit rozhovoru. 1 respondent odpověděl, že některé sestry by nemusely být tak odměřené. 2 odpovědi od respondentů patřily obdivu náročné práce sester a 1 respondent dodal, že práce ošetrovatelského personálu by měla být lépe finančně a společensky ohodnocená.

5. STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Standard ošetrovateľské péče

Ošetrovateľská péče o vyznavače a sympatizanty pravoslavné cirkve ve zdravotnickém zařízení

Charakteristika standardu:

Rámcový procesuální standard ošetrovateľské péče

Cíl standardu:

Poznat specifika péče o věřícího klienta, příslušníka pravoslavné cirkve

Poznat a respektovat zásady víry, které mají vztah ke zdraví, léčbě, ošetrování

Zajistit adekvátní výživu klienta vzhledem k jeho víře a zdravotnímu stavu

Skupina péče: Věřící pacienti/klienti, příslušníci pravoslavné cirkve

Standard je určený pro: Všeobecné sestry, Všeobecné sestry specialistky, Porodní asistentky, Porodní asistentky specialistky, Zdravotnické asistenty - kvalifikace získaná dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Frekvence kontroly: 1x za rok

Kontrolu vykoná: kolektiv pro tvorbu standardů (manažer/ka kvality ošetrovateľské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)

Standard vypracoval: Bc. Lada Krausová, Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph. D.

Přílohy standardu: Model Gigerové - Davidhizarové
Piktogramy

KRITÉRIA STRUKTURY:

S1 Pracovníci: Sestra, Porodní asistentka (s úplným středním, vyšším nebo vysokoškolským vzděláním); Zdravotnický asistent (úplné střední vzdělání)

S2 Prostředí: standardní ošetrovací jednotky nemocnice, na kterých je poskytována ošetrovateľská péče

S3 Pomůcky: standardní pomůcky na poskytování ošetrovatelské péče, piktogramy, slovník, schéma ošetrovatelského modelu Gigerové - Davidhizarové, Specifika pravoslavné církve (brožura vypracovaná specialistou v oblasti multikultury)

S4 Dokumentace: zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

KRITÉRIA PROCESU:

Sestra v oblasti kulturní svébytnosti

P1 Sestra využívá základní znalosti o pravoslavné církvi, vyznavačích a sympatizantech pravoslavné církve

P2 Sestra identifikuje stupeň jazykové bariéry, popřípadě zajistí tlumočníka, piktogramy, slovník

P3 Sestra má povědomí o základech pravoslavné církve

- Udělování svátosti
- Vhodné a nevhodné chování z pohledu pravoslavně věřících
- Pravoslavný kalendář a nejvýznamnější církevní svátky
- Výživa a půst pravoslavně věřících

P4 Sestra respektuje kulturní specifičnosti pravoslavné církve a základní rozdíly jejich subkultur (stravovací omezení, modlení)

Sestra v komunikaci

P5 Sestra dodržuje zásady správného chování: pozdraví P/K, představí se

P6 Sestra oslovuje křestním jménem i jménem otce

P7 Sestra používá prvky efektivní komunikace: aktivně naslouchá, nechá vyjádřit názor P/K

P8 Sestra zná, že potlačení mimických emotivních projevů je pokládáno za výraz nepřátelství, neupřímnosti a nečestnosti

P9 Sestra si je vědoma, že pohlazení obličeje P/K dlaněmi je tradičním projevem přátelství

P10 Sestra udržuje v průběhu konverzace blízkou vzdálenost

P11 Sestra udržuje při vzájemné interakci s P/K oční kontakt (neudržení očního kontaktu je projevem nečestnosti)

P12 Sestra používá v případě nutnosti piktogramy

P13 Sestra vysvětlí P/K vše co nejjednodušeji před jednotlivými výkony

Sestra v oblasti podmínek poskytování ošetrovatelské péče - prostoru

P14 Sestra zabezpečí pro P/K rodinný a společenský kontakt

P15 Sestra zajišťuje P/K soukromý prostor

Sestra v oblasti sociálního začlenění

P16 Sestra ví, že nejvíce převládá pravoslavná víra

P17 Sestra umožní P/K společenské kontakty (návštěvy) v rámci komunity

P18 Sestra ví, že jsou specifickým typem imigrační komunity

Sestra v oblasti pojetí času

P19 Sestra toleruje P/K ve vztahu k časovému posunu

P20 Sestra dodržuje časový harmonogram léčby během dne

Sestra v oblasti vlivu prostředí a výchovy

P21 Sestra se zeptala P/K, jak vnímá své zdraví

P22 Sestra respektuje, že základem je rodina a vztahy

P23 Sestra umí vše vyjmenovat o svátostech pravoslavné církve

P24 Sestra respektuje u P/K půst

P25 Sestra dodržuje specifika ohledně umírání, smrti a péče o zemřelého P/K

P26 Sestra toleruje, že zpěv je pro P/K způsob vyjádření hudební liturgie (bohoslužba, muzikální prvek)

Sestra v oblasti biologické odlišnosti

P27 Sestra zná biologické odlišnosti P/K (nordická, východní rasa)

P28 Sestra zná stravovací návyky a postní dny

KRITÉRIA VÝSLEDKU:

V1 Sestra pečuje o P/K za využití ošetrovatelského procesu, zodpovědně vede ošetrovatelskou dokumentaci (v dokumentaci jsou zaznamenány všechny údaje související s péčí vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve)

V2 Sestra podporuje a pomáhá P/K při uspokojování jeho specifických potřeb souvisejících s vírou

V3 Sestra poskytuje péči, která v nejvyšší možné míře respektuje specifické potřeby P/K vycházející z jeho víry

V4 Sestra kontaktuje nutričního terapeuta a adekvátně zabezpečuje výživu u P/K s ohledem k jeho víře a zdravotnímu stavu

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT:

Vyhodnocení splnění standardu Ošetrovatelské péče o vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve ve zdravotnickém zařízení

Oddělení:

Auditoři:

Datum:

Metody auditu: pozorování pracovníků při péči o P/K, pozorování poskytované péče, kontrola pracovního prostředí, kontrola pomůcek, kontrola dokumentace, dotaz na sestru, dotaz na P/K, přímý rozhovor se sestrou, pozorování sestry, pozorování P/K

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S T R U K T U R A	S₁	Je ošetrovatelská péče poskytována sestrou, porodní asistentkou nebo zdravotnickým asistentem?	Otázka pro staniční sestru		
	S₂	Je poskytována ošetrovatelská péče na standardní ošetrovací jednotce nemocnice?	Kontrola pracovního prostředí		
	S₃	Připravila si sestra potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek		
	S₄	Vede sestra ošetrovatelskou dokumentací?	Přímé pozorování sestry nebo kontrola oš. dokumentace		

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
P R O C E S	P₁	Využívá sestra základní znalosti o pravoslavné církvi, vyznavačích a sympatizantech pravoslavné církve?	Otázka pro sestru		
	P₂	Dokáže sestra identifikovat stupeň jazykové bariéry (popřípadě zajistí tlumočníka, piktogramy, slovník)?	Otázka pro sestru		
	P₃	Zná sestra základy o pravoslavné církvi?	Přímý rozhovor se sestrou		
	P₄	Respektuje sestra kulturní specifickosti pravoslavné církve a základní rozdíly jejich subkultur?	Otázka pro sestru		
	P₅	Dodržuje sestra správné zásady chování při navázání kontaktu?	Pozorování sestry, P/K		
	P₆	Oslovuje sestra P/K křestním jménem i jménem otce?	Pozorování sestry, P/K		
	P₇	Využívá sestra při kontaktu s P/K prvky efektivní komunikace?	Přímé pozorování sestry, P/K		
	P₈	Nevyskytuje se u sestry potlačení mimických emotivních projevů při komunikaci s P/K?	Přímé pozorování sestry nebo otázka pro P/K		
	P₉	Je si sestra vědoma, že pohlazení obličeje P/K dlaněmi je tradičním projevem přátelství?	Přímé pozorování sestry nebo otázka pro P/K		
	P₁₀	Udržuje sestra v průběhu konverzace s P/K blízkou vzdálenost?	Přímé pozorování sestry nebo otázka pro P/K		

P₁₁	Udrží sestra při vzájemné interakci s P/K oční kontakt?	Pozorování sestry nebo otázka pro P/K		
P₁₂	Používá sestra v případě nutnosti piktogramy?	Pozorování sestry		
P₁₃	Vysvětlí sestra P/K vše co nejjednodušeji před jednotlivými výkony?	Pozorování sestry nebo otázka pro P/K		
P₁₄	Zabezpečí sestra pro P/K rodinný a společenský kontakt?	Otázka pro sestru		
P₁₅	Zajišťuje sestra P/K soukromý prostor?	Otázka pro sestru, pozorování sestry		
P₁₆	Má sestra základní informace o pravoslavné víře?	Přímý rozhovor se sestrou		
P₁₇	Umožní sestra P/K společenské kontakty (návštěvy) v rámci komunity?	Otázka pro sestru nebo otázka pro P/K		
P₁₈	Respektuje sestra vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve?	Pozorování sestry, P/K		
P₁₉	Toleruje sestra P/K ve vztahu k časovému posunu?	Otázka pro sestru		
P₂₀	Dodržuje sestra časový harmonogram léčby během dne?	Otázka pro sestru		
P₂₁	Zeptala se sestra P/K, jak vnímá své zdraví?	Otázka pro sestru		
P₂₂	Respektuje sestra, že základem pro P/K je rodina a vztahy?	Otázka pro sestru		
P₂₃	Umí sestra vše vyjmenovat o svátostech pravoslavné církve?	Otázka pro sestru		
P₂₄	Umožňuje sestra respektovat P/K půst?	Přímé pozorování sestry nebo otázka pro sestru		
P₂₅	Dodržuje sestra specifika ohledně umírání, smrti a péče o zemřelého P/K?	Otázka pro sestru		
P₂₆	Toleruje sestra, že zpěv je pro P/K způsob vyjádření hudební liturgie?	Otázka pro sestru		
P₂₇	Má sestra informace o biologických odlišnostech P/K (nordická, východní rasa)?	Otázka pro sestru		
P₂₈	Zná sestra stravovací návyky a postní dny P/K?	Přímý rozhovor se sestrou		

V Ý S L E D E K	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
	V₁	Postupuje sestra při ošetřování P/K dle kroků ošetrovatelského procesu?	Přímé pozorování sestry nebo kontrola oš. dokumentace		
	V₂	Uspokojuje sestra specifické potřeby P/K související s jeho vírou?	Přímé pozorování sestry, P/K		
	V₃	Poskytuje sestra P/K péči dle jeho specifických potřeb a víry?	Otázka pro sestru nebo otázka pro P/K		
	V₄	Informuje sestra nutričního terapeuta v souvislosti zajištění výživy P/K ?	Otázka pro sestru nebo otázka pro P/K		

6. DISKUZE

6.1 Diskuze k výsledkům dotazníků

V první části našeho výzkumného šetření jsme se věnovali ošetrovatelskému procesu u vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. Kvantitativní část výzkumu tvořily tři cíle práce, na které navazovaly tři hypotézy. K těmto hypotézám jsme přiřadili otázky č. 1 - 32 z dotazníku pro sestry. Získaná data z výzkumného souboru jsme zpracovali pomocí grafů a tabulek.

V první části dotazníku jsme se věnovali čtyřem identifikačním otázkám (otázky 1, 2, 3, 4). Z výsledků šetření vyplynulo, že převažuje pohlaví ženské v 91,2% (graf 1, tabulka 1). Tato situace odpovídá rozložení ošetrovatelského personálu v celé republice, neboť je známo, že ve zdravotnictví pracují převážně ženy. Největší podíl sester se nám pohyboval ve věkových kategoriích 26 - 35 let, dále ve věkové kategorii 19 - 25 let a nejméně ve věku 56 let a více (graf 2, tabulka 2). Interpretujeme věkové zastoupení sester převážně středního věku. Dalo se předpokládat, že nejvyšší dosažené vzdělání převažuje středoškolské s postgraduálním studiem (29,4%), dále vysokoškolské vzdělání sester bakalářek (20,6%) a středních zdravotnických pracovníků bez dalšího vzdělání (19,6%). Následuje vyšší odborné vzdělání - diplomovaná sestra (18,6%). Přibývá i absolventů magisterského studia (11,8%) (graf 3, tabulka 3).

Významnou hodnotu pro nás měly otázky, které se týkaly orientačního rázu (otázky 4, 5). Na otázku: „Jste věřící?“ odpovědělo 62,7% sester, že jsou nevěřící a 37,3% uvedlo věřící. Překvapil nás velký počet věřících sester (graf 4, tabulka 4). Zájem zdravotnických pracovníků o náboženství pravoslavné církve ukazuje graf 5, tabulka 5. Zdravotničtí pracovníci mají základní informace o pravoslavné církvi (42,2%) a nejeví zájem o tuto problematiku 28,4% (graf 5, tabulka 5). Kalvínská (2008) uvádí, že nemoc a umírání vede k naléhavějšímu kladení otázek o smysluplnosti života, platnosti hodnot a důvěry v tyto hodnoty. Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence.

Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřené zvyklostem klientů (23).

Dle našeho názoru, spiritualita vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve motivuje a umožňuje jim hledat smysl v životě. Ovlivňuje stav člověka a tak může mít velký vliv na jeho další léčbu a vývoj nemoci. Proto je nutné zajistit nemocnému a jeho blízkým potřebnou spirituální péči ošetřovatelským personálem. Pacientova spiritualita může být jednou z příčin klinicky závažné poruchy chování a prožívání vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

6.1.1 Diskuze k hypotéze H 1

Hypotéza H1 zněla: *Zdravotničtí pracovníci nepředpokládají jiný způsob v ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve proti jiným nemocným.* Danou hypotézu přímo ověřovala otázka 15 a 21. Respondenti se domnívají, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve vyžadují zvláštnosti při poskytování duchovních potřeb (8,8%) a 75,5% sester si myslí, že nevyžadují zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb (graf 15, tabulka 14). Domníváme se, že v našich nemocnicích se jedná o nový jev, který se začíná teprve rozvíjet. Uhura (2005) uvádí, jak uspokojovat tyto potřeby. Nabídnout účast na liturgii, předáním kontaktu na duchovního, klíčového a kontaktního pracovníka zařízení, předáním - zapůjčením duchovní literatury, videa, CD, poslechem televize a rozhlasu s náboženským vysíláním aj (47). Hypotézu dále dokreslovala otázka, která zjišťovala rozdíly v ošetřovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů. Ve výsledcích šetření žádná sestra neuvedla, že jsou rozdíly v ošetření vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. 11,8% sester uvedlo, že spíše jsou rozdíly v ošetřovatelské péči (graf 21, tabulka 20). V našem prostředí stále přetrvává ve velké míře názor, že nemocný potřebuje především lékařskou pomoc a prvotřídní ošetření. Ale v českém zdravotnictví zapomínáme na kulturně-senzitivní péči.

Hypotézu také ověřovaly otázky 6, 7, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 a 27. Odpověď na otázku, která zkoumala přítomnost hospitalizovaných vyznavačů

a sympatizantů pravoslavné církve ve zdravotnických zařízeních nás nepřekvapila, jelikož komunita v ČR se rozšiřuje. 35,3% sester se setkala během hospitalizace s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve a 64,7% se s nimi nesetkalo (graf 6, tabulka 6). Vzhledem k tomuto faktu nás nemůže překvapit, že 22,6% sester ošetřuje velmi často pacienty pravoslavné církve a 15,7% sester se s ošetřováním pacientů ještě nesetkalo (graf 7, tabulka 7). Musíme si být vědomi toho, že pravoslavně aktivní populace před nás staví závažné otázky, které musíme řešit. Nezanedbatelný počet respondentů (53,9%) se ptá, zda jsou přijatí pacienti věřící. 46,1% sester se neptá na víru přijatých pacientů (graf 12, tabulka 12). Sestry zjišťují informace o víře vstupní anamnézou (54 sester), od rodiny (31 sester) a informace nezjišťuje 47 sester (graf 13). Domníváme se, že první osobou, která je schopna naslouchat nemocnému je sestra. Zaujalo nás kulturně-senzitivní smýšlení sester, které se shoduje s literaturou. Mellanová (2004) uvádí, že mnohdy je to ošetrovatelská dokumentace, která sestru během vstupního rozhovoru vede k povrchnímu sledování „duchovních“ potřeb. Často se používá jednoduchý algoritmus: věřící - nevěřící; pokud je věřící, zjistit, jakého je vyznání; pokud je bez vyznání, nemá duchovní potřeby. Oblasti spirituálních potřeb by měla být mezi ostatními potřebami již v dokumentaci věnována náležitá pozornost. Zdravotníci profesionálové by si měli být vědomi, že nemocný člověk, i když se neidentifikuje s žádným náboženským přesvědčením, má i kulturní potřeby, citlivěji vnímá spravedlnost, ptá se po smyslu svého života a smrti, touží po odpuštění a vědomí, že mu bylo odpuštěno (34). Domnívám se, že stále častěji se zdravotnický personál bude setkávat s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve. Je proto zřejmé, že začíná být kladen důraz na multikulturní ošetrovatelství, které zohledňuje potřeby nemocných. Jak uvádí Kalvínská (2008), rozpoznávání spirituálních potřeb pacientů a nabízení spirituální péče vyžaduje určitý stupeň dovednosti i taktu. Je proto nezbytné začít seznamovat lékaře, sestry i ostatní personál se spiritualitou v širokém slova smyslu a s možnostmi poskytování spirituální péče v nemocnicích. Jedná se o proces dlouhodobý, ale jedině tak bude možné překonat strach, ostych, obavy a někdy i necitlivost sester i lékařů, kteří - dle četných osobních sdělení - mívají se spirituální

podporou špatné zkušenosti ze své praxe (22). Uhura (2005) ještě dodává, že základem je rozhovor, dotazník. Ten může ukázat, zda se klient/pacient chce vyjádřit k této položce např. v modelu Gordonové (47). Z toho se dá usuzovat, že větší počet sester (62,7%) respektuje tradice, kulturu, víru a zvyky pacientů na oddělení, spíše respektuje (37,3%) a žádná sestra neuvedla, že nerespektuje tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů (graf 14, tabulka 13). Vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve vyžadují více času na uspokojování duchovních potřeb (10,8%) a nevyžaduje 89,2% nemocných (graf 16, tabulka 15)). Podchytit a uspokojit duchovní potřeby pravoslavně nemocných není pro sestru jednoduché, avšak důležité. Sestra by měla nemocným zprostředkovat během hospitalizace podmínky k duchovním potřebám, které jsou pro pravoslavně věřící základním kamenem. Zásadní rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty jsou v 8,8%, spíše nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích (76,5%) a nejsou rozdíly ve stravovacích zvycích (12,7%) (graf 19, tabulka 18). Pavelová, Nádaská, Líšková uvádí (2005), že zdravotní sestry se v souvislosti s vzrůstající migrací obyvatel setkávají stále častěji s pacienty cizinci. Proto musí dietoterapii, ale zejména individuální přístup k výživě a stravovacím návykům nemocného nahlížet i z multikulturního hlediska. V nemocnici jsou organizátory tohoto systému oddělení léčebné výživy, v budoucnosti nutriční týmy a významné místo zaujímá úloha sestry (39). Myslíme si, že se respondenti zatím nesečkali s větším množstvím pravoslavně věřících tak, aby jim poskytovaly změny ve výživě nebo byla potřeba volit jinou stravu, čímž by se dal výskyt této odpovědi vysvětlit. Vyšší nároky na změny denního režimu má 5,9% a 49% vyznavačů a sympatizantů nemá vyšší nároky (graf 20, tabulka 19). Z výsledků vidíme, že sestry nemusejí v nemocnicích přizpůsobovat režim dne pravoslavně věřícím, což si vysvětlujeme tím, že se dokáží uzpůsobit chodu nemocnice a brzy se aklimatizují. Sestry si myslí, že pacienti pravoslavné církve vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry (51%) a nevyžadují odlišnou péči (49%) péči (graf 22, tabulka 21).

Komunikační bariéra má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče (14,7%) a 70,6% sester udává, že komunikační bariéra nemá vliv na kvalitu ošetrovatelské péče (graf 23, tabulka 22). Překvapilo nás, že sestry převážně udávaly kladnou odpověď. Myslíme si, že sestry neměly překážky v porozumění pravoslavně věřících či využily multijazykových interakčních komunikačních karet, kterými zjistily pacientovi základní biologické potřeby i potřeby vyšší. O tomto tvrzení vypovídá další otázka: „Vidíte komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve jako ošetrovatelský problém?“ 4,9% sester vidí komunikační bariéru jako ošetrovatelský problém a 77,5% sester nepovažuje komunikační bariéru za ošetrovatelský problém (graf 24, tabulka 23). Zaujalo nás, že jsou sestry jazykově vybaveny. Sestry při komunikaci spíše mají jazykové problémy (18,6%) a 70,6% nemá jazykové problémy (graf 25, tabulka 24). Ukázalo se, že sestry řeší komunikační bariéru za pomoci příbuzných (73 sester), pomocí slovníku (24 sester), ovládá jazyk vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve (21 sester), za pomoci tlumočníka (15 sester) a pomocí piktogramů (10 sester) (graf 26). Vidíme, že v oblasti komunikace s pravoslavně věřícími si každá sestra dokáže poradit. Další tvrzení se neshodují s literaturou, poněvadž na oddělení není kontakt na nejbližší centrum (64,7%) a na oddělení mají kontakt (35,3%) (graf 27, tabulka 25). Kalvínská (2006) uvádí, že na všech odděleních je umístěna informace o možnosti poskytování spirituální péče s telefonickými kontakty, kam mohou pacienti nebo jejich příbuzní volat. V případě, že pacient nemůže nebo nechce telefonovat sám, návštěvu zprostředkuje zdravotnický personál (24).

Hypotéza 1 se potvrdila.

6.1.2 Diskuze k hypotéze H 2

Hypotéza H2 zněla: *Vyznavačům a sympatizantům pravoslavné církve bude dobře vyškolený ošetrovatelský personál zárukou v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.*

Tuto hypotézu ověřovaly otázky 28, 29, 30, 31 a 32. Sestry si myslí, že základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství jsou potřebné (85,3%) a 14,7% sester

odpovědělo, že nejsou potřebné pro ošetřování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve (graf 28, tabulka 26). 93,2% sester vidí problematiku náboženství a pastorační péče jako součást vzdělávání v rámci registrace sester a 6,8% sester odpovědělo, že problematika náboženství a pastorační péče by neměla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester (graf 30, tabulka 28). Šimek (2006) uvádí, že zdravotník nemá teologické vzdělání, nemůžeme proto po něm dost dobře žádat, aby se duchovním potřebám svých nemocných věnoval s patřičnou odborností. Přesto by měl vědět, že duchovní svět patří k člověku stejně jako jeho psychika a tělesnost a být nemocným i v této oblasti podle svých sil nápomocný (43). Jak uvádí Abram (2007), spolupráce s duchovními různých církví a náboženských společenství je součástí dobrého ošetrovatelského procesu. Dobrá péče si ale také klade otázku, jak uspokojit náboženské potřeby klientů během ošetrovatelského procesu (1). Další otázkou jsme zjišťovali, jaké mají sestry znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. Sestry mají převážně nedostatečné znalosti (38,2%), dostatečné znalosti (23,5%), dobré znalosti (24,5%), chvalitebné znalosti (8,8%) a pouze 4,9% sester uvedlo výborné znalosti (graf 29, tabulka 27). Je potřeba, aby sestry měly základní znalosti, které si budou nadále zvyšovat, neboť musí být připraveny kdykoliv pomoci pravoslavně věřícímu a uspokojit jeho potřeby. Sestry se nejčastěji vzdělávají účastí na seminářích (61 sester), pomocí internetu (29 sester), pomocí literatury (18 sester) a 5 sester se nezdokonaluje v problematice (graf 31). Jak uvádí Kalvínská (2006), zdá se nám účinné seznamovat personál s důležitostí duchovní péče o pacienty, o možnosti vlivu této péče na další průběh nemoci i o možnosti zlepšení kvality umírání. Zatím se podařilo zrealizovat několik informačních seminářů pro personál, na kterých spolupracovali duchovní a někdy psychologka, jež pracuje s umírajícími, aby měli zaměstnanci možnost uvědomit si důležitost existenciálních otázek pro některé pacienty, zvláště pak v období těžké nemoci, a to i když nejsou organizováni v žádné církvi a jsou považováni za „tzv. nevěřící“ (24). Opatrná (2006) uvádí, že v roce 2002 byly přijaty Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě. Text lze najít v angličtině na www.eurochaplains.org.

V češtině lze zatím použít různé formulace, různé způsoby vyjádření, které odpovídají anglickému healthcare chaplaincy: zdravotní kaplanství, kaplanská služba ve zdravotnictví, klinická pastorační péče či nemocniční pastorační (duchovní) péče (36). Z odpovědí je zřejmé, že vzdělávání je individuální záležitostí každé sestry v určité oblasti. Jsme rádi, že si sestry našli „cestu“ k osobnímu růstu ve vzdělání. Sestry by si měly uvědomit důležitost vzdělávání pro jejich rozvoj a zároveň pomoci nemocným. Najde se i řada sester, které argumentují proti vzdělání. Důvodů se najde hned několik - finanční či časová stránka nebo pohodlnost sester. Příčinou nedostatečných vědomostí v oblasti poskytování spirituálních potřeb v multikulturním ošetrovatelství vidí většina sester v nedostatku informací v rámci vzdělávání sester (ve školních institucích) (62 sester), v nedostatku literatury (39 sester), v nedostatku odborných seminářů k tomuto tématu (31 sester) a příčinu ve vlastním nezájmu vzdělávání se k tomuto tématu (9 sester) (graf 32). Z toho vyplývá, že se sestry nesetkaly s dostatečným množstvím informací o multikulturním ošetrovatelství. Myslíme si, že množství informací pro zdravotnické pracovníky nelékařských profesí o multikulturním ošetrovatelství začíná stoupat. Starší sestry mohou dát přednost kurzům, seminářům a mladší sestry upřednostnit vysokoškolské studium. Dále by nemocnice mohly vytvořit vzdělávací semináře určené ošetřujícímu personálu pro poskytování duchovní podpory pravoslavně věřícím. Věříme, že většina sester vidí potřebu v celoživotním vzdělání.

Hypotéza 2 se potvrdila.

6.1.3 Diskuze k hypotéze H 3

Hypotéza H3 zněla: *Vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve hodnotí poskytovanou ošetrovatelskou péči kladně.*

Tuto hypotézu ověřovaly otázky 8, 9, 10, 11, 17 a 18. 84,3% sester uvedlo, že ve zdravotnickém zařízení poskytují pastorační péči a 15,6% sester odpovědělo, že se v jejich zdravotnickém zařízení neposkytuje pastorační péče (graf 8, tabulka 8). Ve zdravotnickém zařízení je kaple nebo jiná místnost pro poskytování duchovních

potřeb (85,3%) a ve zdravotnickém zařízení není kaple nebo jiná místnost (14,7%) (graf 9, tabulka 9). Milým zjištěním pro nás bylo, že se v nemocnicích vytváří zázemí pro duchovní život a podmínky pro rozjímání. Zdravotníci tak nezapomínají, že tělesné zdraví je spjato se zdravím duševním. Spousta vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve takové místo ztišení a útěchy pozitivně uvítá. Kalvínská (2008) uvádí, že původní součástí starších nemocnic bývaly kaple, které se po roce 1989 začaly postupně renovovat. Uvažuje se i o vybudování nových prostor pro provádění spirituální péče (22). Uhura (2005) uvádí, že zařízení se může aktivně podílet na vytváření vhodného místa pro mezikonfesní setkávání, ekumenu, setkávání, podporu k toleranci a lidskosti, může nabízet informace na webových stránkách. Budovat v nemocnicích kaple, modlitebny, zaměstnávat spirituála, nemocničního kaplana, koordinačního pracovníka. Významným místem pro poskytování a uspokojování spirituálních potřeb jsou LDN, interny, onkologická pracoviště, hospice, porodnice (47). I náš výzkum potvrdil, že kaple a tyto místnosti jsou v nemocnicích v Karlových Varech, Praze a Plzni. Bylo by vhodné tato zařízení vybudovat i v menších nemocnicích.

Na žádost nemocného je přítomen duchovní (52%) a ve 48% duchovní do zdravotnického zařízení nedochází (graf 10, tabulka 10). Jak uvádí Šimek (43), věřící člověk potřebuje mít v nemoci zajištěný kontakt s duchovním jeho církve a je povinností zdravotníků mu tento kontakt umožnit. Vidíme, že nemocnice zajišťují duchovní péči pro své nemocné (duchovní nebo pastorační asistentky, kteří spolupracují s nemocnicí nebo nemocniční kaplan jako člen týmu na základě dohody mezi církví a nemocnicí). Přispějí věřícím ke snížení stresu v době hospitalizace, pomohou vyrovnat se s nemocí a pravoslavně nemocní budou motivováni k otevřenější spolupráci s personálem. Měli by přistupovat k nemocným citlivě a pomoci jim v jejich nelehkém období. Duchovní tak poskytnou útěchu či pomoc, o kterou nemocný žádá. Kladně hodnotíme, že v organizačním řádu je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím (85,3%) a 14,7% tazatelů uvedlo, že nemají v organizačním řádu zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím (graf 11, tabulka 11). Pozitivním zjištěním pro nás bylo,

že v nemocnicích došlo ke změnám v organizačním řádu nemocnic, jelikož 85,3% sester uvádí, že mají v organizačním řádu uvedeno právo na poskytování potřeb věřícím.

Sestry přizpůsobí při půstu stravovací režim pacientů pravoslavné církve (64,7%), spíše přizpůsobí stravovací režim (24,5%) a 10,8% sester spíše nepřizpůsobí stravovací režim pacientů (graf 17, tabulka 16). 50% sester respektuje stravovací návyky pacientů pravoslavné církve na oddělení a pouze 2,9% sester nerespektuje stravovací návyky (graf 18, tabulka 17). Vidíme, že sestry mají úctu k pravoslavně věřícím v rámci půstu a respektují jejich kulturu při poskytování ošetrovatelské péče.

Hypotéza 3 se potvrdila.

6.2 Diskuze k výsledkům rozhovorů

Pomocí rozhovorů s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve jsme chtěli najít odpovědi na otázky, jaké jsou rozdíly při ošetrování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a jak hodnotí vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve poskytovanou ošetrovatelskou péči. Jednotlivé odpovědi na otázky z rozhovorů jsou rozčleněny do tabulek a zařazeny v kapitole 4.2 Výsledky rozhovorů.

Čtyři rozhovory byly provedeny s muži, čtyři s ženami. Rozhovory byly provedeny s respondenty různých věkových kategorií a představovali národnost českou, ruskou, ukrajinskou a řeckou (viz tabulka 29).

Respondenti měli vzdělání od odborného učiliště až po vysokou školu s odpovídající profesí. Průměrná délka pobytu v ČR byla 26 let (viz tabulka 30).

Respondenti líčili příjemné pocity z hospitalizace, ale našli se i odpovědi se špatnými vzpomínkami, což může souviset s povahou nemoci (viz tabulka 31).

Tabulka 32 ukazuje, že u čtyř respondentů se sestra nezeptala na jejich víru. Domníváme se, že pro nemocné v různých životních situacích bývá důležité vyznání víry. Příčinu přikládáme tomu, že v dnešní době je ošetrovatelský personál administrativně přetížen, zajišťuje úkoly život ohrožující a chybí mu umění správné komunikace. Jak uvádí Kalvínská (2008), FICA - zjišťování spirituálních potřeb

pacienta, který před léty vypracovala lékařka Christina Puchalski, může pomoci strukturovat otázky při odebírání spirituální anamnézy zdravotnickým personálem (23). Nemocní mají právo na ohleduplnou péči i s vyznáváním víry. Tento průvodce, který pomáhá jak nasměrovat v rozhovoru duchovní otázky, by mohl být k dispozici na každém oddělení pro ulehčení komunikace s nemocným v rámci zjištění jeho víry. Dva respondenti uvedli, že nebyli seznámeni s právy pacientů. Z toho jeden respondent si práva pacientů přečetl sám (viz tabulka 35). Pokládáme za důstojné seznámit nemocného s právy v nemocnici, ve kterých by mělo být zakotveno právo na potřeby víry. Kalvínská (2008) uvádí, že pod mravním kodexem vystupují: osobní zásady správného života; svoboda praktikovat dle svých přesvědčení a rituálů; víra (23). Nemocniční řád převážně omezoval druhého respondenta ve stravě (viz tabulka 37). Tabulka 38 znázorňuje, že jeden respondent tvrdil, že nebyl schopný podpisu, další respondent odpověděl, že byl informován ústně o souhlasu s výkony a vyšetřeními. Víme, že zákrok může být proveden, pokud k němu nemocný poskytl svobodný a informovaný souhlas. Zaujalo nás, že respondenti měli dostatek informací o léčbě a ošetřování. Pouze třetí respondent uvedl, že neměl dostatek informací a druhý respondent by uvítal komplexnější informace (viz tabulka 39).

Dále jsme chtěli zjistit, zda respondentům vyhovoval počet lůžek a spolupacientů na pokoji a zda byli spokojeni s umístěním sociálního zařízení na pokoji. Většina respondentů byla spokojená. 1 respondent uvedl, že na pokoji byl neúměrný počet lůžek a ruší spolupacienti (rozhovor 2), další respondent tvrdil, že na pokoji nebyl klid (rozhovor 6). Z odpovědí respondentů se dá usuzovat, že mají rádi útulný pokoj s menší kapacitou lůžek (viz tabulka 33). Respondenti byli převážně spokojeni se sociálním zařízením (viz tabulka 34). Pátý respondent uvedl, že na pokoji nebylo sociální zařízení a druhý respondent měl připomínky k dodržování čistoty. 1 respondent měl určité výhrady (rozhovor 1). Intimita v nemocnici byla respektována u všech respondentů kromě rozhovoru č. 5 (viz tabulka 36). Tato domněnka byla potvrzena respondenty i u otázky v rámci spokojenosti osobní hygieny (viz tabulka 46). To nepodporuje svým názorem jen druhý respondent, který byl nespokojený s čistotou.

31. tabulka odhalila pocity respondentů z hospitalizace v nemocnici. Rozhovor č. 7. a 8. ukazuje nepříjemné pocity z hospitalizace a ve 3. rozhovoru respondent upozorňuje na přístup zdravotnického personálu.

Abychom objevili u respondentů, zda nastaly problémy v rámci komunikace, položili jsme jim hned několik otázek. Jak uvádí Kalvínská (2008), pokud pacientům poskytneme možnost si na toto téma popovídat a vyjádřit své pocity, zejména strach, můžeme jim pomoci se vyrovnat se závažnou situací, kterou vážná nemoc i umírání jsou, a to se může zobrazit na jejich psychickém stavu ve smyslu zlepšení (23). Naše odpovědi se shodují s literaturou. Pouze jeden respondent uvedl (rozhovor 3), že nekonzultoval své problémy, neboť se ho nikdo neptal (viz tabulka 40). Můžeme si to vysvětlit tím, že se bojí o své soukromí, nebo že mu zdravotnický personál nebude rozumět a nevyřeší jeho problémy. Zdravotnický personál může být záchranným lanem, zdrojem smyslu života, pro nemocné pravoslavné církve, kteří věnují chvíle svého času nemocným. U některých respondentů se vyskytly problémy při jazykové bariéře. Dotazovaní uvedli, že použili slovník a piktogramy (viz tabulka 41). Překvapilo nás, že všichni respondenti odpověděli, že nebyla potřeba zajistit tlumočníka, neboť ho respondenti při hospitalizaci nevyžadovali (viz tabulka 42).

V institucích, ve kterých byli nemocní hospitalizováni, se nesetkali se žádným léčebným opatřením, které by bylo v rozporu s jejich vírou (viz tabulka 43). Domníváme se, že vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve se dokáží adaptovat na podmínky, ve kterých žijí, což ukazuje tabulka 49, kdy se respondenti přizpůsobili režimu na oddělení. Druhý a sedmý respondent uvedl překážky v přizpůsobení se. Ošetřovatelský personál musel přizpůsobit denní režim (rozhovor 1, 2, 4, 5) (viz tabulka 50).

Odhalit a rozpoznat potřeby vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve představuje určité dovednosti. Neočekávaným tvrzením bylo, že zdravotnický personál plnil přání respondentů, pokud to bylo v jejich silách (viz tabulka 44). Vykonání svátosti se stalo nejčastějším požadavkem a bylo umožněno pěti respondentům. Osmý respondent navštěvoval bohoslužby. Uhura (2005) uvádí, pokud je víra hnacím

motorem jeho života, může být významná pro motivaci, léčbu (47). Je vidět, že se zdravotnický personál pozitivně snaží působit na biologické uzdravování a zajišťuje duchovní pomoc. Vyskytl se nám případ, kdy svátost nebyla umožněna z prostorových možností (rozhovor 3). Negativním faktem bylo, že se jeden respondent musel přestěhovat na jiný pokoj, kde nebyla televize. Jak uvádí Havel (2003), dříve byl středem rodiny krb. Cicero nabádal Římany chránit to nejsvětější - ohniště, oltáře a hroby předků. Poté byl středem rodiny stůl, za kterým se scházela rodina po těžkém dni, společně jedli, četli Písmo svaté. Nyní se stal tímto středem, svým způsobem, televizor. Ale ten již neshromažďuje, ale rozděluje členy rodiny. Každý je očarován namodralou obrazovkou. Kontakty mezi lidmi jsou narušené (18). S tím souvisí i kontakt s rodinou respondentů v průběhu hospitalizace, kdy všechny dotazované respondenty navštěvovala rodina (viz tabulka 45).

V souvislosti se základním specifikem výživy pravoslavných, kterým je půst, bychom předpokládali, že nastanou nesrovnalosti. Tabulka 47 znázorňuje, že druhý respondent měl problémy s dodržováním půstu. Vyskytla se i odpověď o možnosti domluvy s nutriční terapeutkou (rozhovor 4). Baudišová, Podracká (2003) uvádí, že ve středu a pátek se používá pouze rostlinná strava, k jídlu se tedy nepřipravují ani ryby (7). To dokazuje rozhovor 7, kdy respondent odmítl rybí pomazánku v rámci půstu (viz tabulka 48).

Spousta autorů se věnovala problémům bohoslužeb ve zdravotnických zařízeních. Kalvínská (2008) tvrdí, že podmínkou účinné duchovní podpory je ochota a schopnost nemocničního duchovního přistupovat ke všem lidem velmi citlivě, hovořit jazykem, kterému budou rozumět a navazovat s nimi rozhovor na úrovni, na které se skutečně nacházejí (22). Zeleníková (2003) uvádí, že spiritualita je důležitou mírou zdraví či blaha pacienta. Může redukovat stres a úzkost a pomoci udržet smysl života a vlastní existence (54). S tímto zdrojem se shoduje tabulka 51, kdy se všichni respondenti modlili ještě před ranním vstáváním. Kalvínská (2008) ještě dodává, že duchovní docházejí pravidelně na oddělení, kde jsou hospitalizováni vážně, opakovaně nebo dlouhodobě nemocní pacienti, a pracují s nimi nebo s jejich blízkými

(22). Tato skutečnost nekoreluje s třetím respondentem, kdy se bohoslužby v zařízení, ve kterém byl hospitalizován nekonají. Sedmý respondent dodává, že v nemocnici nebyla kaple ani jiná místnost na konání bohoslužeb (viz tabulka 53). Tuto tabulku podporuje všech 8 respondentů v 56. tabulce, kdy sestra pomohla respondentům vyřešit veškeré požadavky, které potřebovali zrealizovat a spadali do její kompetence (viz tabulka 56). Nesmíme pohlížet u pravoslavně nemocných jen na fyzické tělo, ale měli bychom je povzbudit možností vykonat svátost pravoslavné církve a ukázat jim hodnotu života. Máme naději, že nemocný se po objevení smyslu života psychicky uklidní a vyrovná s nemocí. Zdravotničtí pracovníci by měli včas reagovat na kulturní a duchovní víru pravoslavné církve. Pravoslavní měli dostatek času na odpočinek (viz tabulka 52). Druhý a třetí respondent neměl přizpůsoben denní režim na včasný a dostatečný spánek (viz tabulka 59). Vítáme, že čas, který sestra nemohla věnovat respondentům při přijetí, vynahradila v průběhu hospitalizace (rozhovor 6, 7, 8) (viz tabulka 55). Čtvrtý a šestý respondent si myslí, že ztěžoval práci ošetrovatelskému personálu a druhý respondent uvádí, že byl částečnou příteží (viz tabulka 57).

Jak uvádí Kober (2008), svou práci jsou zdravotníci nuceni přizpůsobovat se kultuře pacienta - cizince, a tak dávají základ k úspěšné aplikaci multikulturního ošetrovatelství u nás (27). Všechny 8 respondentů odpovědělo v souladu s literaturou, že se nesetkali s kritikou víry ze strany ošetrovatelského personálu (viz tabulka 59). Potěšujícím závěrem bylo, že respondenti řadí kvalitu ošetrovatelské péče dle škály 1 - 5 převážně do kategorie 2 (viz tabulka 58). Potěšujícím zjištěním bylo, že jsou dotazovaní především velmi spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí zdravotnického personálu (viz tabulka 60). Respondenti ukazovali na negativní vzpomínky z nemocničního prostředí - větší ochota zdravotnického personálu a větší informovanost zdravotnického personálu o duchovních potřebách věřících (viz tabulka 61). Poslední otázkou jsme dali respondentům prostor pro doplnění informací. Překvapilo nás, že dotazovaní na závěr uvedli, že byli spokojeni s prací sester, vykonání svátostí, obdivovali náročnou práci sester, chtěli by pro sestry větší finanční ohodnocení

a třetí respondent podotkl, že by některé sestry nemusely být tak odměřené (viz tabulka 62).

Na konci bychom zrekapitulovali odpovědi na naše výzkumné otázky. Otázka 1 zněla: „Jaké jsou rozdíly při ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve?“ Pravoslavně věřící vyžadují vyznávat víru, navštěvovat bohoslužby, mít možnost vykonávat svátosti, udržovat pravidelné kontakty s rodinou a očekávají dostatek informací o léčbě. Upřednostňují útulný pokoj s menší kapacitou lůžek. Rozdíly vidíme ve stravě a při jazykové bariéře. Pravoslavní odmítají televizi. Otázka 2 zněla: „Jak hodnotí vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve poskytovanou ošetrovatelskou péči?“ Pravoslavní hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče chvalitebně a byli spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Ukazují na to, že se setkali se sestrami, které byli odměřené, ale naopak i se sestrami, kdy byli spokojeni s jejich prací.

7. ZÁVĚR

Ve výzkumném šetření naší práce jsme si stanovili tři cíle. Prvním cílem práce bylo vymezit problematiku ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, k tomuto cíli se vztahovala první a druhá hypotéza. V těchto hypotézách jsme předpokládali, že zdravotničtí pracovníci nepředpokládají jiný způsob v ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve proti jiným nemocným a že vyznavačům a sympatizantům pravoslavné církve bude dobře vyškolený ošetrovatelský personál zárukou v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Zdravotničtí pracovníci mají základní informace o pravoslavné církvi, většina sester se během hospitalizace setkala s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve a často ošetřuje pacienty pravoslavné církve. Ve zdravotnických zařízeních se poskytuje pastorační péče. V nemocnicích se začínají budovat kaple nebo jiné místnosti pro poskytování duchovních potřeb nemocných a do zdravotnického zařízení dochází duchovní. Sestry shromažďují informace o víře nemocných při vstupní anamnéze a od příbuzných. Vyznavač a sympatizant pravoslavné církve nevyžaduje v ošetrovatelském procesu větší časové nároky na uspokojování svých duchovních potřeb. Sestry přizpůsobují stravovací režim pacientů pravoslavné církve a respektují stravovací návyky nemocných pravoslavné církve. Nemocní nemají vyšší nároky na změny denního režimu. Nejsou rozdíly v ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve oproti ostatním pacientům a komunikační bariéra nemá vliv na ošetrovatelskou péči, proto nejsou jazykové problémy při komunikaci s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve. Myslíme si, že toto je přínosem k řešení zlepšování ošetrovatelské péče o vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve. Uvědomujeme si, že péče o nemocné včetně spirituálních potřeb a jejich souvislostí, se zvyšováním kvality života ve zdravotnických zařízeních přináší další rozvoj psycho-spirituální péče. První hypotéza a druhá hypotéza byla potvrzena. První cíl práce byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit hodnocení vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve na poskytovanou ošetrovatelskou péči. K tomuto cíli byla zaměřena třetí hypotéza. Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že vyznavači a sympatizanti

pravoslavné církve hodnotí poskytovanou ošetrovatelskou péči kladně. Dle provedeného šetření mají sestry základní znalosti z multikulturního ošetrovatelství, které jsou potřebné pro vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve. Problematika náboženství a pastorační péče by měla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester. Jako nedostatečné vidíme chybění informací v rámci vzdělávání sester, v nedostatku odborných seminářů a literatury k tomuto tématu. Myslíme si, že vzdělávání zdravotnického personálu a integrace do českého zdravotního systému povede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve. Třetí hypotéza byla potvrzena. Druhý cíl naší práce byl splněn.

Třetím cílem bylo vypracovat standard ošetrovatelské péče pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve. Ošetrovatelský standard jsme vypracovali v souvislosti s literaturou a na podkladě rozhovorů s vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve. Třetí cíl nelze vyhodnotit.

Na základě výzkumných cílů jsme si stanovili výzkumné otázky: Jaké jsou rozdíly při ošetrování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve? Jak hodnotí vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve poskytovanou ošetrovatelskou péči? Na výzkumné otázky jsme odpověděli v kapitole Diskuze k výsledkům rozhovorů.

Pro praxi bychom doporučili nutnost kladení důrazu na znalost problematiky ošetrovatelské péče vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve, mít více praktických informací, zavedení a dodržování standardů ošetrovatelské péče vztahující se k problematice ošetrování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a mít vzdělaný a asertivní ošetrovatelský personál, který bude mít vlastní duševní vyrovnanost. Takto by se dalo odhadovat, že se nevyskytne problém s respektováním celé osobnosti u vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAM, U. Péče v multikulturní společnosti. *Florence*. Galén, 2007, roč. 3, č. 9, s. 367. ISBN 1801-464x.
2. ALEŠ, P. *Pravoslavná církev u nás. Přehled dějinné cesty*. 1. vyd. Brno: Světlo světa, 1993. 54 s. Čárový kód 2650023860.
3. ARCIBISKUP KRYŠTOF. Největší životní hodnoty. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2004, roč. 59, č. 10/11, s. 3. ISSN 0323-1089.
4. ARCIBISKUP SIMEON. O přerušení těhotenství. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2002, roč. 58, č. 3, s. 38. ISSN 0323-1089.
5. ARCHIEPISKOP KRYŠTOF. Eutanazie. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2002, roč. 57, č. 4, s. 16. ISSN 0323-1089.
6. BATEMAN, G.; EGANOVÁ, V. *Encyklopedie: zeměpis světa*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1999. 512 s. ISBN 80-901727-6-8.
7. BAUDIŠOVÁ, J.; PODRACKÁ, A. *Postní pokrmy*. 1. vyd. Olomouc: Fontána, 2003. 256 s. ISBN 80-7336-112-4.
8. BISKUP GORAZD. Lidový sborník modliteb a bohoslužebných zpěvů pravoslavné církve. 2. vyd. Praha: Pravoslavná církev v Československu, 1951. 600 s. Systém. číslo 000403296.
9. BISKUP KRYŠTOF. Svaté tajiny. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 1999, roč. 55, č. 8, s. 200. ISSN 0323-1089.

10. BUBÍK, T.; FÁREK, M. *Náboženství a jídlo*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005. 188 s. ISBN 80-7194-800-4.
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Počet cizinců v ČR. [on line] Únor 2010. [cit 2010-2-5] Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu>.
12. DOKOUPIL, I. Rusko. Země svatá i prokletá. *Lidé a země*. Sonoma Magazines Praha, 2008, roč. 57, č. 6, s. 30 - 63. ISSN 0024-2896.
13. DVOŘÁKOVÁ, G.; KUDLOVÁ, P. Komunikace sester s pacienty - cizinci. *Sestra*. Sonoma Magazines Praha, 2004, roč. 14, č. 4, s. 54. ISSN 1210-0404.
14. FOJTÍŠEK, M. *Světová náboženství a sekty*. 1. vyd. Plzeň: Pedagogické centrum, 1997. 58 s. ISBN 80-7020-013-8.
15. FREIMANN, E. S. *Právní postavení pravoslavné církve v českých zemích a Slovensku z pohledu kánonů a církevního práva*. 1. vyd. Teplice: Cyrilometodějský nadační fond, 2007. 204 s. ISBN 978-80-254-0769-1.
16. HAUZAR, J. Klonování. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2006, roč. 61, č. 7/8, s. 12 - 13. ISSN 0323-1089.
17. HAUZAR, J. Pravoslavná církev a homosexualita. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2005, roč. 60, č. 4, s. 4 - 5. ISSN 0323-1089.
18. HAVEL, B. Televizor - duchovní vampír, s kterým nelze smlouvat! *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2003, roč. 58, č. 2, s. 10 - 13. ISSN 0323-1089.

19. HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*. Sonoma Magazines Praha, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23 - 24. ISSN 1210-0404.
20. IGUMEN MAREK. K pohřbu pravoslavného křesťana. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2003, roč. 58, č. 2, s. 13 - 14. ISSN 0323-1089.
21. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
22. KALVÍNSKÁ, E. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. *Praktický lékař*. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2008, roč. 88, č. 12, s. 722 - 724. ISSN 0032-6739.
23. KALVÍNSKÁ, E. Spirituální péče ve zdravotnictví. *Praktický lékař*. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2008, roč. 88, č. 9, s. 522 - 524. ISSN 0032-6739.
24. KALVÍNSKÁ, E. Zkušenosti s rozširováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 3, s. 111 - 112. ISSN 1801-1349.
25. KARPOWICZ, J. Eutanazie. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 1999, roč. 55, č. 2, s. 40. ISSN 0323-1089.
26. KIRSTE, R.; SCHULTZE, H.; TWORUSCHKA, U. *Svátky světových náboženství*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2002. 128 s. ISBN 80-7021-588-7.

27. KOBER, L. Specifika ošetrovateľskej péče o cizince. *Sestra*. Sonoma Magazines Praha, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
28. KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu: Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
29. KORMANÍK, P. *Základné sväté tajiny pravoslávnej cirkvi*. 1. vyd. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta v Prešove, 1996. 233 s. ISBN 80-7097-353-6.
30. KOUNTOURIS, G. Vývoj křtu z kanonického hlediska. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 1996, roč. 52, č. 2, s. 38 - 40. ISSN 0323-1089.
31. KRÁL, V. *Svět v němž žijeme: Evropa*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group - Knižní klub, 2004. 79 s. ISBN 80-242-1115-7.
32. MAGULA, A.; MARI, L.; TOLMÁČI, L.; TOLMÁČIOVÁ, T. *Lexikon států a území světa*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská Grafia, 2002. 279 s. ISBN 80-8067-001-3.
33. MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 3, s. 103 - 104. ISSN 1801-1349.
34. MELLANOVÁ, A. Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství*. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 2004, roč. 6, č. 3 - 4, s. 76 - 77. ISSN 1212-723x.

35. METROPOLITA KRYŠTOF. Svaté tajiny. *Hlas pravoslaví*. Eparchiální rada pravoslavné církve Praha, 2006, roč. 61, č. 7 - 8, s. 4 - 8. ISSN 0323-1089.
36. OPATRŇÁ, M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105 - 108. ISSN 1801-1349.
37. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003. 53 s. ISBN 80-238-0430-8.
38. OTTOVA ENCYKLOPEDIE. Rasová biologie. [on line] Listopad 2008. [cit 2008-11-19] Dostupné z <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/430261-rasova-biologie>>.
39. PAVELOVÁ, L.; NÁDASKÁ, I.; LÍŠKOVÁ, M. Výživa a multikulturní ošetrovatelství. *Sestra*. Sonoma Magazines Praha, 2005, roč. 15, č. 3, s. 28 - 30. ISSN 1210-0404.
40. PEŠKOVÁ, M.; DATII, A.; VASYLENKO, L.; KLAUSOVÁ, V. *Jsem imigrant: Imigranti z bývalých zemí SSSR v České republice*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Vlasta Králová, 2006. 210 s. ISBN 80-87025-07-5.
41. SOBOTKA, I. *Rusko: Osmnáct obrazů z cesty po ruské zemi a klášterech*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2007. 144 s. ISBN 978-80-86606-63-7.
42. STEPANOVA, L.; VYCHODILOVÁ, Z. *Reálie ruské pravoslavné církve*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 91 s. ISBN 80-244-0658-6.
43. ŠIMEK, J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN 1801-1349.

44. ŠIŠKOVA, T. *Menšiny a migranti v České republice: My a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.
45. ŠPAČEK, M. Podklady k přednášce Kajícnost v teologii východní církve. [on line] Listopad 2008. [cit 2008-11-3] Dostupné z <http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=77&sel_podtema=947&sel_text=3080>.
46. ŠUVARSKÝ J. Biskup Gorazd. 1. vyd. Praha: Metropolitní rada pravoslavné církve v ČSSR, 1979. 257 s. Systém. číslo 001535749.
47. UHURA, A. M. Diskuse k článku A. Neklanové O spirituálních potřebách klientů. *Ošetřovatelství*. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 2005, roč. 7, č. 1 - 2, s. 43 - 44. ISSN 1212-723x.
48. VITOVEC, P. *Hudební liturgické tradice Pravoslavné církve*. 1. vyd. Brno: Pravoslavná církevní obec, 1998. 20 s.
49. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice: Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 440 s. ISBN 80-7178-798-1.
50. WIKIPEDIE. Pravoslaví. [on line] Říjen 2008. [cit 2008-10-27] Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Pravoslav%C3%AD>>.
51. WIKIPEDIE. Rusko. [on line] Říjen 2008. [cit 2008-10-31] Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rusko>>.
52. WIKIPEDIE. Svátost. [on line] Říjen 2008. [cit 2008-10-31] Dostupné z <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/178061-svatost>>.

53. WIKIPEDIE. Ukrajinština. [on line] Listopad 2008. [cit 2008-11-19] Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ukrajin%C5%A1tina>>.

54. ZELENÍKOVÁ, R. Úloha sestry v saturáci spirituálních potřeb u chorých. *Ošetřovatelství*. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 2003, roč. 5, č. 1 - 2, s. 3 - 7. ISSN 1212-723x.

9. KLÍČOVÁ SLOVA

vyznavač

sympatizant

ošetřovatelská péče

pravoslavná církev

10. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro sestry

Příloha č. 2: Nestandardizovaný rozhovor pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve (vzor)

Příloha č. 3: Biskup Gorazd (Matěj Pavlík 1879 - 1942)

Příloha č. 4: Modlitba za nemocného vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve

Příloha č. 5: Modlitba nemocného vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve

Příloha č. 1: Dotazník pro sestry

Vážená/ý kolegyně, kolego

jmenuji se Lada Krausová a jsem studentkou 2. ročníku Ošetrovatelství - obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jehož tématem jsou **specifika ošetrování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve.**

Dotazník je anonymní. Získané údaje budou použity pouze pro diplomovou práci.

Pokyny pro vyplnění: u jednotlivých otázek označte křížkem jednu možnost, pokud nebude přímo u otázky uvedeno jinak.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplněním dotazníku.

Lada Krausová

Jihočeská univerzita - Zdravotně sociální fakulta

České Budějovice

1. Pohlaví

☐ žena ☐ muž

2. Věk

- ☐ 19 - 25 let
- ☐ 26 - 35 let
- ☐ 36 - 45 let
- ☐ 46 - 55 let
- ☐ 56 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ SZŠ
- ☐ SZŠ + PSS
- ☐ VOŠ - Dis.
- ☐ VŠ - Bc.
- ☐ VŠ - Mgr.
- ☐ jiné

4. Jste věřící?

- ☐ ano
- ☐ ne

5. Zajímáte se o náboženství pravoslavné církve?

- ☐ ano
- ☐ znám základní informace
- ☐ znám jen některé zásady pravoslavné církve (doplňte)
.....
- ☐ ne, nezajímám se o tuto oblast

6. Jsou ve Vašem zdravotnickém zařízení hospitalizováni Ukrajinci, Rusové, kteří jsou vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve?

- ☐ ano
- ☐ ne

7. Jak často ošetřujete na svém oddělení pacienty pravoslavné církve?

- ☐ velmi často
- ☐ často
- ☐ málo
- ☐ ještě jsem se s nimi nesetkala

8. Poskytuje Vaše zdravotnické zařízení péči o duchovní život a víru (pastorační péči)?

- ☐ ano
- ☐ ne

9. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení kapli nebo jinou místnost pro poskytování duchovních potřeb vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve?

☐ ano ☐ ne

10. Přijde na požádání do Vašeho zdravotnického zařízení duchovní pravoslavné církve k vykonání náboženské potřeby vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve?

☐ ano ☐ ne

11. Je zakotveno právo na poskytování potřeb věřícím ve Vašem organizačním řádu?

☐ ano ☐ ne

12. Ptáte se při příjmu nemocného, zda je věřící?

☐ ano ☐ ne

13. Jakým způsobem získáváte od pacienta informace o náboženské víře?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

☐ vstupní anamnézou

☐ od rodiny

☐ nezjišťuji to

14. Měla by sestra respektovat na svém oddělení tradice, kulturu, víru a zvyky svých pacientů?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

15. Vyžadují vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve zvláštnosti při uspokojování duchovních potřeb?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

16. Vyžaduje vyznavač a sympatizant pravoslavné církve v ošetrovatelském procesu více času k uspokojování duchovních potřeb?

☐ ano ☐ ne

17. Při pústu vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve přizpůsobíte stravovací režim pacientů?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

18. Stravovací návyky pacientů pravoslavné církve jsou respektovatelné na oddělení?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

19. Jsou zásadní rozdíly ve stravovacích zvycích vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve v porovnání s ostatními pacienty?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

20. Mají vysoké nároky na změny denního režimu vyznavači a sympatizanti pravoslavné církve?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

21. Jsou rozdíly v ošetrovatelské péči vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve a ostatních pacientů?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

22. Myslíte si, že pacienti pravoslavné církve vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči než příslušníci jiné víry?

☐ ano jakou / doplňte prosím.....
☐ ne

23. Má komunikační bariéra vliv na kvalitu ošetrovatelské péče?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ spíše ne ☐ ne

24. Vidíte komunikační bariéru u pacienta pravoslavné církve jako ošetřovatelský problém?

- ☐ ano
- ☐ umím se domluvit
- ☐ nepovažuji to za problém

25. Máte jazykové problémy při komunikaci s vyznavačem a sympatizantem pravoslavné církve?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

26. Jak řešíte komunikační bariéru mezi vyznavači a sympatizanty pravoslavné církve?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ slovníkem
- ☐ tlumočnickem
- ☐ za pomoci příbuzných
- ☐ ovládám jejich jazyk
- ☐ jinak (např. piktogramy)

27. Je na Vašem oddělení kontakt na nejbližší centrum pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve?

- ☐ ano
- ☐ ne

28. Myslíte si, že jsou základní znalosti z multikulturního ošetřovatelství potřebné pro ošetřování vyznavače a sympatizanta pravoslavné církve?

- ☐ ano
- ☐ ne

29. Jaké si myslíte, že máte znalosti v oblasti ošetřování vyznavačů a sympatizantů pravoslavné církve?

- ☐ výborné
- ☐ chvalitebné

- ☐ dobré
- ☐ dostatečné
- ☐ nedostatečné

30. Myslíte si, že problematika náboženství a pastorační péče by měla být součástí vzdělávání v rámci registrace sester?

- ☐ ano ☐ ne

31. Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti multikulturního ošetrovatelství?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ internet
- ☐ semináře
- ☐ literatura
- ☐ nezdokonaluji se v oblasti multikulturního ošetrovatelství

32. Co je podle Vás příčinou nedostatečných vědomostí v oblasti poskytování spirituálních potřeb v multikulturním ošetrovatelství?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ nedostatek informací v rámci vzdělávání sester (ve školních institucích)
- ☐ nedostatek odborných seminářů
- ☐ nedostatek odborné literatury
- ☐ nezájem

Příloha č. 2: Nestandardizovaný rozhovor pro vyznavače ba sympatizanty pravoslavné církve (vzor)

Nestandardizovaný rozhovor pro vyznavače a sympatizanty pravoslavné církve

Podmínkou rozhovoru je styk, dřívější nebo nynější hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Rozhovor bude zaznamenáván písemně. Je zaručena Vaše anonymita.

- 1) Pohlaví
- 2) Věk
- 3) Národnost

- 4) Jaké je Vaše vzdělání?

- 5) Jaké je Vaše zaměstnání a jak dlouho žijete v ČR?

- 6) Mohl/a by jste sdělit Vaše pocity z hospitalizace v nemocnici?

- 7) Zeptala se Vás sestra při příjmu do nemocnice, zda jste věřící?

- 8) Vyhovoval Vám počet lůžek a spolupacientů na pokoji?

- 9) Byl/a jste spokojen/a s umístěním sociálního zařízení na pokoji?

- 10) Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

- 11) Respektovali zdravotníci Vaši intimitu?

- 12) Jaké Vaše potřeby omezoval nemocniční řád?

- 13) Podepisoval/a jste informovaný souhlas s výkony, vyšetřeními?

- 14) Měl/a jste dostatek informací o léčbě a ošetřování?

- 15) Konzultoval/a jste Vaše problémy během hospitalizace s ošetřujícím personálem?
- 16) Jak jste se domluvil/a se sestrami a s lékaři při jazykové bariéře?
- 17) Zajistil Vám zdravotnický personál v nemocnici tlumočníka, pokud byla potřeba?
- 18) Jsou některá léčebná opatření v rozporu s Vaší vírou (např. odběr biologického materiálu, vyšetření a jiné)?
- 19) Vyšel Vám vstříc zdravotnický personál, pokud jste si něco přál/a (např. vykonání svátostí, používání ikon, modlitebních knih) v průběhu hospitalizace v nemocnici?
- 20) Byl Vám umožněn kontakt s Vaší rodinou v době hospitalizace?
- 21) Byl/a jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí při výkonu Vaší osobní hygieny?
- 22) Bylo v rozporu s Vaší vírou stravování v nemocnici?
- 23) Držíte půst? Bylo Vám umožněno jej dodržovat v nemocnici?
- 24) Myslíte si, že byl pro Vás problém přizpůsobit se režimu na oddělení v nemocnici?
- 25) Snažil se Vám vyhovět a uzpůsobit ošetrovatelský personál denní režim vzhledem k Vaší víře?
- 26) Bylo Vám umožněno provádět modlitby ještě před ranním vstáváním?
- 27) Měl/a jste dopoledne dostatek času na odpočinek?
- 28) Byl Vám umožněn dostatečný časový prostor na bohoslužbu?

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 3: Biskup Gorazd (Matěj Pavlík 1879 - 1942)



Zdroj: ŠUVARSKÝ J. Biskup Gorazd. 1. vyd. Praha: Metropolitní rada pravoslavné církve v ČSSR, 1979. 257 s. Systém. číslo 001535749. (46)

MODLITBA ZA NEMOCNÉHO.

Jediný rychlý pomocníku, Kriste Bože náš, pospěš s výsosti a navštiv trpícího služebníka svého. Zbav jej neduhu a hořkých bolestí a pozdvihni jej na přímluvy Bohorodice, jediný Lidumile, aby opěvoval a chválil tebe ustavičně.

Jako jsi, Spasiteli, pozdvihl kdysi tchyni Petrovu a mrtvici raněného, na loži neseného, tak i nyní, Milosrdný, navštiv a zhoj na lůžku bolesti ležícího a na smrt nemocného, trpícího služebníka svého: neboť tys jediný, jenž jsi na se vzal neduhu a nemoci pokolení našeho, a všechno můžeš, Přemilostivý.

Vládce všemohoucí, Králi svatý, jenž tresceš, ale nechceš zahubiti, jenž klesající posiluješ, svržené pozvedáš a nemoci lidské hojíš, k tobě modlíme se, Bože náš: navštiv svou milostí nemocného služebníka svého (jméno) a odpusť mu všechny hříchy úmyslné i neúmyslné. Ó, Pane, sešli s nebe léčivou sílu svou, dotkni se těla, uhas horečku, zapuď bolest a všelikou nemoc! Buď lékařem služebníka svého (jméno), pozvedni ho s lože nemoci a utrpení, uděl mu úplné zdraví a vrať ho církvi své, aby konal vůli tvou a tobě se líbil. Neboť tobě náleží slitovati se nad námi a spasiti nás, Bože náš, a tobě chválu vzdáváme, Otci i Synu i svatému Duchu, nyní i vždycky až na věky věkův. Amen.

Zdroj: BISKUP GORAZD. Lidový sborník modliteb a bohoslužebných zpěvů pravoslavné církve. 2. vyd. Praha: Pravoslavná církev v Československu, 1951. 600 s. Systém. číslo 000403296. (8)

MODLITBA NEMOCNÉHO.

Vládce, Hospodine, Pane života i smrti, zdraví i nemoci, kterýž raníš i léčíš, umrtvuješ i obživuješ, jak se tobě kdy líbí! K tobě, jedinému všemocnému Lékaři duší i těl, obracím se a pokorně prosím: konej při mně milostivou vůli svou; ale což víš, že by k slávě tvé a k mému spasení bylo, to nechť se děje se mnou. Smrtelní jsme všichni, a život náš krátí se jako voda rozlitá, kteráž sebrána býti nemůže; však poněvadž jsi nám prostředky k užívání zřídil, moc pak a prospěšnost jejich na vůli své a požehnání svém zanechal: i já nyní lékařství užívaje, poníženě žádám, abys je posvětil a jemu moci hojivé uděliti ráčil. Pakli dokonání mají býti dnové moji a nemoc tato pro přestřižení tělesného života mého poslána jest, děj se vůle tvá svatá, toliko propůjč mi víry a trpělivosti, abych duši svou rád v ruce tvé odevzдал. Neboť blahoslaven jsi, Lékaři duší i těl našich, a tobě chválu vzdáváme, Otc i Synu i svatému Duchu, nyní i vždycky až na věky věkův. Amen.

Zdroj: BISKUP GORAZD. Lidový sborník modliteb a bohoslužebných zpěvů pravoslavné církve. 2. vyd. Praha: Pravoslavná církev v Československu, 1951. 600 s. Systém. číslo 000403296. (8)