Erasmus+

With the support of the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace

v medicínské simulaci



Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace v medicínské simulaci

Erasmus+

With the support of the Erasmus+ Programme of the European Union

„Interdisciplinarity, multiculturalism, and work with the patient in a non-standard situation in the context of conducting didactic classes in the field of medical sciences and health sciences in Centres of Medical Simulation“

No. 2019-1-PL01-KA203-065205

Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace v medicínské simulaci

Odborná editace

Anna Jenczura, PhD v oblasti zdravotních věd

Elżbieta Szlenk-Czyczerska, PhD v oblasti zdravotních věd

Tomasz Halski, PhD

Opava 2022

Tato publikace vznikla díky spolufinancování z programu Erasmus+ v rámci klíčové akce 2 – Strategická partnerství pro vysokoškolské vzdělávání. Číslo projektu: 2019-1-PL01-KA203-065205.
Evropská komise a Národní agentura programu Erasmus+ podpořením vydání této publikace nevyjadřují souhlas s jejím obsahem. Ten pouze odráží názory autorů publikace. Evropská komise a Národní agentura programu Erasmus+ nemohou nést odpovědnost za jakékoli případné použití informací obsažených v tomto dokumentu. Publikace je k dispozici bezplatně.

Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace v medicínské simulaci
Anna Jenczura, PhD, Elżbieta Szlenk-Szyczerska, PhD, Tomasz Hlaski, PhD (eds.)
© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2022

Přeloženo z anglické jazykové verze:
Interdisciplinarity, multiculturalism and non-standard situations in medical simulation
Orig.: ISBN 978-83-66430-26-6 (print, angl. vyd., Studio IMPRESO 2022)
ISBN 978-83-66430-27-3 (online, angl. vyd., Studio IMPRESO 2022)

Vydáno také v polské jazykové verzi:
Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe w warunkach symulacji medycznej
ISBN 978-83-66430-24-2 (print, pol. vyd., Studio IMPRESO 2022)
ISBN 978-83-66430-25-9 (online, pol. vyd., Studio IMPRESO 2022)

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě, Na Rybníčku 626/1, 746 01 Opava
ISBN 978-80-7510-530-1 (online)
ISBN 978-80-7510-531-8 (print)

Vydání první

Recenzovali:
dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora
dr hab. n. o zdr. Bożena Mroczek

Překlad do českého jazyka: Mgr. Miluše Psotová
Jazyková redakce: Mgr. Dorota Lubojacká
Grafická úprava, sazba: Mgr. Dorota Lubojacká
2022

Tato publikace byla vydána v režimu otevřeného přístupu (Open Access publication) a její distribuce podléhá podmínkám Creative Commons License Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0). Licence k dispozici na: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Publikace je neprodejná

Obsah

Autoři **9**

Úvod **15**

1. Spolupráce a komunikace v mezioborovém týmu **17**
1.1. Efektivní klinická komunikace 18
1.1.1. Význam komunikace 18
1.1.2. Komunikace zdravotníků s pacientem 18
1.1.3. Získávání komunikačních dovedností 19
1.1.4. Komunikační strategie a techniky 20
1.1.4.1. ISBAR 20
1.1.4.2. Strategie „Call-out" 21
1.1.4.3. Strategie „Check-back" (zpětná kontrola) 21
1.1.4.4. Strategie „Štafetového běhu" 22
1.1.5. Komunikace po telefonu 23
1.1.6. Deset přikázání pro komunikaci v mezioborovém týmu 23
1.2. Multikulturalismus ve zdravotnictví – specifika komunikace s pacientem 25

2. Náboženství versus medicína **29**
2.1. Světová náboženství 31
2.1.1. Křesťanství (denominace: katolicismus, protestantismus, východní pravoslavná církev) 31
2.1.1.1. Katolicismus 32
2.1.1.2. Protestantismus 39
2.1.1.3. Východní pravoslavná církev 44
2.1.2. Svědkové Jehovovi 52
2.1.3. Islám 61
2.1.4. Hinduismus 73
2.2. Kultury světa 87
2.2.1. Vietnamská kultura 87

2.2.2. Arabská kultura ... 101
2.2.3. Židovská kultura ... 111
2.2.4. Ukrajinská kultura ... 124
2.2.5. Romská kultura ... 132
2.3. Závěr ... 151

3. Postup u vybraných onemocnění v nestandardních situacích v ošetřovatelství a porodnictví ... 153
3.1. Pacient v nestandardní situaci ... 154
3.1.1. Pacient se smyslovým postižením – nevidomý, neslyšící ... 154
3.1.1.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 154
3.1.1.2. Specifika ošetřovatelství u těchto onemocnění ... 155
3.1.1.3. Asistenční psi ... 158
3.1.1.4. Užitečné tipy ... 158
3.1.1.5. Prognóza pro pacienta ... 159
3.1.2. Pacient s duševním onemocněním — schizofrenií ... 161
3.1.2.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 161
3.1.2.2. Specifika ošetřovatelství u tohoto onemocnění ... 164
3.1.2.3. Prognóza pro pacienta ... 168
3.1.3. Pacient s duševním onemocněním – depresí ... 169
3.1.3.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 169
3.1.3.2. Specifika ošetřovatelství u tohoto onemocnění ... 172
3.1.3.3. Prognóza pro pacienta ... 174
3.1.4. Pacient s duševním onemocněním – agrese ... 175
3.1.4.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 175
3.1.4.2. Specifické znaky ošetřovatelství ... 177
3.1.4.3. Prognóza pro pacienta ... 182
3.1.5. Pacient / závislý pacient: omamné látky či legální drogy ... 183
3.1.5.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 183
3.1.5.2. Specifika ošetřovatelství ... 192
3.1.5.3. Prognóza pro pacienta ... 194
3.1.6. Pacient s genetickým onemocněním, např. Downův syndrom ... 195
3.1.6.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 195
3.1.6.2. Léčba Downova syndromu ... 197
3.1.6.3. Prognóza pro pacienta ... 204
3.1.7. Pacient s onemocněním nervosvalového systému, např. roztroušená skleróza ... 205
3.1.7.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 205
3.1.7.2. Prognóza pro pacienta ... 211

3.1.8. Starší pacient s Alzheimerovou chorobou ... 212
3.1.8.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky ... 212
3.1.8.2. Specifický charakter ošetřovatelství u tohoto onemocnění ... 214
3.1.8.3. Prognóza pro pacienta ... 216
3.2. Porod v terénu ... 217
3.2.1. Předčasný porod ... 218
3.2.2. Porod v termínu v terénu neboli překotný porod ... 218
3.3. Eklampsie ... 221
3.4. Epilepsie v těhotenství ... 226
3.4.1. Charakteristika epilepsie ... 226
3.4.2. Současné dělení epileptických záchvatů dle Mezinárodní ligy proti epilepsii ... 226
3.4.3. Epilepsie u těhotných žen ... 228
3.4.4. Porod u žen s epilepsií ... 229
3.4.5. Kojení u žen s epilepsií ... 230
3.4.6. Rizika záchvatů v období šestinedělí ... 230
3.4.7. Edukace ženy ... 230
3.5. HELLP syndrom ... 232
3.5.1. Péče o ženu s HELLP syndromem ... 234
3.6. Poporodní krvácení ... 237
3.6.1. Tone ... 237
3.6.2. Atonie/hypotonie dělohy ... 238
3.6.3. Trauma ... 238
3.6.4. Tissue ... 239
3.6.5. Trombin ... 239
3.6.6. Komplexní přístup v léčbě peripartálního krvácení ... 241
3.7. Přirozený porod u neslyšících pacientek ... 243
3.7.1. Proces komunikace s pacientkou se zdravotním postižením na porodním sále ... 244
3.8. Protruze pupečníku, prolaps pupečníku během porodu ... 250
3.9. Embolie plodovou vodou ... 254
3.10. Náhlá plicní embolie ... 258
3.11. Tichá tepová frekvence plodu v pokročilém stádiu těhotenství ... 261

4. Simulační scénáře vybraných onemocnění, nestandardních situací v ošetřovatelství, porodnictví a fyzioterapii s ohledem na aspekty multikulturalismu a interdisciplinarity ... 267
4.1. Databáze vzorových simulačních scénářů (pro studenty ošetřovatelství, zdravotnictví a medicíny) ... 268
1. Efektivně pracující mezioborový tým ... 268
2. Kulturní povědomí ve zdravotnictví ... 270

3. Kulturní povědomí ve zdravotnictví – čínská kultura 274
4. Kulturní povědomí ve zdravotnictví – romská kultura 276
5. Mezioborová komunikace a bezpečnost pacientů 279
6. Gestační diabetes mellitus u hinduistické pacientky 281
7. Povědomí o náboženství ve zdravotnictví – hinduismus 284
8. Povědomí o náboženství ve zdravotnictví – hinduismus 288
9. Náboženské povědomí ve zdravotnictví – islám 291
10. Náboženské povědomí ve zdravotnictví – islám 294
11. Náboženské povědomí ve zdravotnictví – katolické křesťanství 297
12. Náboženská osvěta ve zdravotnictví – svědkové Jehovovi 301
13. Náboženské povědomí ve zdravotnictví – křesťanství, pravoslaví 305

5. Instruktážní videa 309

6. Fotogalerie Medicínského simulačního centra Fakulty zdravotnických věd Opolské univerzity 311

Autoři

Polský tým

Anna Jenczura, PhD v oblasti zdravotnických věd

- Odborná asistentka na Ústavu zdravotnických věd Univerzity v Opoli,
- autorka a spoluautorka lékařských publikací z oblasti porodnictví a lékařství, gynekologie, spoluautorka mezinárodních projektů strategických partnerství,
- absolventka postgraduálního studia v oblasti sexuální výchovy, odborných kvalifikačních kurzů a řady školení na téma simulace zdravotních stavů,
- členka tematického týmu pro etiku ve vědeckém výzkumu fyzioterapeutů při Národní radě fyzioterapeutů,
- speciální výzkumné zájmy: gynekologie, lidská sexualita, zdravotní postižení.

Elżbieta Szlenk-Czyczerska, PhD v oblasti zdravotnických věd

- Odborná asistentka na Ústavu zdravotnických věd Univerzity v Opoli,
- specialistka na ošetřovatelskou péči v urgentní medicíně, anesteziologická sestra,
- absolventka postgraduálního studia v oboru gerontopedagogika a řady vzdělávacích kurzů zaměřených na simulaci zdravotnických stavů,
- členka Polské kardiologické společnosti, Polské společnosti pro ošetřovatelství a Polské společnosti anesteziologických sester a sester intenzivní péče, opolského oddělení,
- členka týmu pro etiku ve vědeckém výzkumu fyzioterapeutů při Národní radě fyzioterapeutů.

Tomasz Halski, PhD, profesor na Univerzitě v Opoli

- Autor více než 60 vědeckých publikací a spoluautor několika učebnic v oblasti fyzioterapie,
- podílí se na výzkumu v oblasti ověřování účinnosti fyzioterapeutických metod při léčbě inkontinence, lymfatických otoků, lymfedému a poruch napětí měkkých tkání,

- člen mezinárodní výzkumné skupiny Fascia Research Group. Podílí se na 3 mezinárodních výzkumných a výukových projektech realizovaných ve spolupráci s univerzitami v Itálii, Španělsku, České republice, Bulharsku a Litvě,
- člen Národní rady fyzioterapeutů,
- předseda týmu pro etiku ve vědeckém výzkumu fyzioterapeutů při Národní radě fyzioterapeutů,
- člen vědecké rady akademického časopisu „Medical Science Pulse“ vedeného na seznamu ISI Master Journal List (impakt faktor 40),
- držitel mnoha ocenění včetně čtyř Cen ministra pro vědu a vysoké školství a týmové vědecké ceny Výboru pro rehabilitaci, tělesnou kulturu a sociální integraci Polské akademie věd (2014).

Mgr. Jakub Zalewski

- Přednášející na Ústavu zdravotnických věd Opolské univerzity,
- specialista na urgentní medicínu, magistr oboru zdravotních věd, specializace urgentní medicína,
- instruktor lékařských simulací EuSim,
- zdravotnický záchranář v záchranném týmu Státního zdravotnického záchranného systému,
- ředitel Centra inovativních lékařských simulací Fakulty zdravotnických věd na Opolské univerzitě,
- absolvent řady kurzů a školení v oblasti lékařské simulace a autor publikací o vzdělávání zdravotnického personálu,
- člen Polské rady pro resuscitaci, člen Polské společnosti pro resuscitaci, člen Polské asociace urgentní medicíny, člen Polské společnosti lékařské simulace.

Bulharský tým

Assoc. Prof. Gergana Petrova, Ph.D.

- Katedra ošetřovatelské péče, Fakulta veřejného zdravotnictví, Lékařská univerzita v Plovdivu, Bulharsko,
- vedoucí postgraduálního studia specializace Veřejné zdraví pro sestry a porodní asistentky na Lékařské univerzitě v Plovdivu, Bulharsko,
- předsedkyně komise pro státní zkoušky pro postgraduální studium specializace Veřejná zdravotní péče pro sestry a porodní asistentky,
- docentka veřejné zdravotní péče,
- dětská sestra,
- specialistka v oblasti zdravotnického vzdělávání,
- specialistka v oblasti veřejné péče o zdraví,
- podpora zdraví, duševní zdraví dospívajících, ošetřovatelství, zdravotní péče,

- přednáškové kurzy pro studenty (obor Ošetřovatelství) na téma péče o děti a podpora zdraví.

Senior Assist. Prof. Valentina Lalova, Ph.D.

- Katedra ošetřovatelské péče, Fakulta veřejného zdraví, Lékařská univerzita v Plovdivu, Bulharsko,
- osoba odpovědná za bezpečnost a ochranu zdraví při práci; @vzdělávání,
- koordinátorka EUPHA pro Lékařskou univerzitu v Plovdivu, Bulharsko,
- magisterský titul v oboru Management péče o zdraví,
- specialistka v oblasti veřejného zdraví,
- doktorát (Intenzivní ošetřovatelství),
- reanimační sestra na jednotce intenzivní péče, Fakultní nemocnice Sv. Jiří pro aktivní léčbu, EAD (3 roky),
- klinická praxe v Portugalsku,
- výukové mobility ve Slovinsku, Lotyšsku, Řecku, České republice, Polsku a Španělsku,
- práce na 2 mezinárodních projektech – Simulační výuka pro sestry, Zdravotnické vědy, podpora zdraví a duševní zdraví dospívajících.

Český tým

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

- Proděkanka pro nelékařská zdravotnická studia na Fakultě veřejných politik v Opavě, pracuje na Slezské univerzitě v Opavě od roku 2017. Vystudovala obor všeobecná sestra a porodní asistentka, následně se věnovala studiu ošetřovatelství a antropologie.
- Ve své doktorské práci a habilitační práci se věnovala problematice sexuality u chronicky nemocných žen.
- V současné době se věnuje primární prevenci v gynekologii a porodnictví.

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

- Pracuje na Slezské univerzitě v Opavě od roku 2007. Vystudovala etopedii na Ostravské univerzitě, následně sociální práci na Trnavské univerzitě na Slovensku a ergonomii na Technické univerzitě v Ostravě.
- Pedagogické činnosti se věnuje od roku 1998, kdy působila na SZŠ a VOŠZ Ostrava-Mariánské Hory jako odborná učitelka a vedoucí oboru Diplomovaný ergoterapeut.
- Věnuje se výuce ergoterapie a ergonomie.
- Soustředí se na oblast lidí s handicapem, tělesným i mentálním.
- Věnuje se seniorům, lidem s demencí a úpravám prostředí pro lidi všech

věkových kategorií včetně návrhů kompenzačních pomůcek pro sebeobsluhu a nácvik ADL. Mezi její záliby patří keramika, malování, literatura, zvířata, sport a turistika.

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

- Pracuje na Slezské univerzitě v Opavě od roku 2019.
- Působí jako vysokoškolský pedagog, ale také jako porodní asistentka.
- Vystudovala komunitní péči v porodní asistenci na Ostravské univerzitě a následně ošetřovatelství na téže univerzitě a porodní asistenci na Jesseniově lékařské fakultě UK v Martině na Slovensku.
- Odbornou praxi má na odděleních šestinedělí a na porodním sále.
- Absolvovala několik certifikovaných kurzů, např. „Bachovy květové esence a jejich použití v těhotenství, během porodu a v době poporodní“, „Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence“ nebo „Laktační poradce“.
- Věnuje se teoretické i praktické výuce budoucích porodních asistentek. Mezi její zájmy patří četba, cestování, sport, pečení a vaření.

Mgr. Gabriela Světnická

- Pracuje na Slezské univerzitě v Opavě od roku 2019.
- Vystudovala obor dětská sestra na Ostravské univerzitě a od roku 2019 studuje na téže univerzitě obor ošetřovatelství v doktorském studijním programu.
- Pedagogické činnosti se věnuje od roku 2016, od roku 2001 do roku 2016 působila na dětském oddělení jako staniční sestra dětské JIP.
- Soustředí se na oblast nemocných dětí, edukaci zdravého životního stylu a na výuku Ošetřovatelských postupů.
- Věnuje se teoretické i praktické výuce budoucích dětských sester. Kromě toho se věnuje také nemocným a hendikepovaným dětem, plnění jejich potřeb a ošetřovatelské péči. Mezi její koníčky patří cestování, literatura, zahrada a sport.

Mgr. Petr Slováček, Ph.D.

- Vystudoval filozofii na Univerzitě Palackého v Olomouci.
- Od roku 2009 působí na Fakultě veřejných politik Slezské univerzity v Opavě, kde působí jako vědecko-pedagogický pracovník.
- Ve svém výzkumu se věnuje především dějinám filozofie a filozofické antropologii.

Mgr. Markéta Skalná, Ph.D.

- Narodila se v Opavě, na Slezské univerzitě v Opavě působí od roku 2021.
- Vystudovala antropologii na Masarykově univerzitě v Brně a na Milánské univerzitě v Itálii.

- Pracovala jako antropoložka ve forenzní laboratoři v Miláně a v Národním památkovém ústavu v Opavě.
- Vyučuje od roku 2013, kdy působila na Lékařské fakultě Ostravské univerzity.
- V současnosti se věnuje výuce anatomie a působí také jako fakultní koordinátor pro Erasmus+.

Odborná editace

- Anna Jenczura, PhD v oblasti zdravotních věd
- Elżbieta Szlenk-Czyczerska, PhD v oblasti zdravotních věd
- Tomasz Halski, PhD

Úvod

Tato učebnice je výsledkem mezinárodní spolupráce v rámci projektu s názvem „Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace v medicínské simulaci“, který realizovali pedagogičtí a vědečtí pracovníci tří center: Univerzity v Opoli, Slezské univerzity v Opavě a Lékařské univerzity v Plovdivu.

Pedagogičtí a vědečtí pracovníci Univerzity v Opoli byli jak iniciátory, tak i vedoucími projektu. Hlavními cíli projektu byly: modernizace nabídky výukových programů, zkvalitnění a zatraktivnění výuky a rozvoj a posílení pracovní a akademické profesionality studentů zdravotnických oborů. Ty byly doplněny také o problematiku interdisciplinarity a multikulturalismu pacientů s ohledem na ojedinělé, nestandardní situace.

Autoři projektu se snažili vysvětlit multikulturalismus studentům zdravotnických oborů, a to především s ohledem na současné migrační trendy, zejména pak nejdůležitější aspekty náboženské a kulturní rozmanitosti, a s přihlédnutím na procesy diagnostiky, léčby a poskytování zdravotnické podpory. Autoři projektu nicméně zdůrazňují, že tato učebnice obsahuje poměrně stručný popis vybraných náboženství a kultur – jinými slovy, její obsah je pouze pokusem o analýzu otázek týkajících se multikulturalismu v kontextu zdravotnických věd. Proto učebnici nelze chápat jako průvodce světovými náboženstvími a kulturami.

Ve zdravotnických vědách pozorujeme eskalaci rozvoje moderních vzdělávacích technologií. Inovativní metoda medicínské simulace použitá v této publikaci se stále častěji aplikuje pro výuku klinických dovedností, což se promítá do určování priorit, problémů, rozhodování a v důsledku toho i provádění vybraných postupů, včetně lékařské péče. Výuka v simulovaných podmínkách dokonale odpovídá aktuálně platným resortním vzdělávacím standardům. Tato metoda poskytuje řadu příležitostí v procesu výuky, učení, získávání dovedností a sociálních kompetencí v podobě efektivní práce v interdisciplinárním týmu.

Autoři se shodují v tom, že učebnice má být reakcí na současnou migrační situaci v Evropě i ve světě. V dnešní době se očekává, že budou veškeré bariéry pro „kulturně odlišné“ pacienty v situacích souvisejících s poskytováním lékařské péče odstraněny.

Učebnice se skládá ze šesti kapitol.

1. První kapitola se zabývá mimořádně důležitými otázkami efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu.
2. Druhá kapitola se věnuje vybraným a důležitým otázkám souvisejícím s vnímáním zdraví, porodu, preventivní zdravotní péče, nemoci a úmrtí v kontextu vybraného náboženství nebo kultury.
3. V další kapitole se autoři potýkají s otázkami souvisejícími s léčbou v několika konkrétních případech v nestandardních situacích v ošetřovatelství a porodnictví.
4. Čtvrtá kapitola obsahuje ukázkové simulační scénáře vybraných onemocnění, nestandardních situací v ošetřovatelství, porodnictví a fyzioterapii s přihlédnutím k aspektům multikulturalismu a interdisciplinarity. Scénáře zařazené do učebnice se týkají konkrétních oblastí lékařských a zdravotnických věd. Je třeba zdůraznit, že tyto scénáře mohou být podkladem pro vytvoření scénářů nových, s jiným či dalším vlivem výuky. Cílem autorů učebnice je vytvořit databázi scénářů jak s různými vzory, tak technickými možnostmi. Tento cíl je oprávněný, neboť má zaujmout představivost čtenáře, otevřít cestu k jeho samostatnému experimentálnímu (empirickému) jednání v podmínkách lékařské simulace, a tím překonat zábrany simulační výuky.
5. Pátá kapitola obsahuje instruktážní videa týkající se multikulturalismu, interdisciplinarity a nestandardních situací.
6. V šesté kapitole jsou představeny fotografie z centra lékařské simulace na Fakultě zdravotnických věd Opolské univerzity.

Tým autorů též věří, že tato učebnice se stane praktickou pomůckou pro výuku širokého okruhu čtenářů.

1. Spolupráce a komunikace v mezioborovém týmu

Mezioborový tým ve zdravotnictví je složen z odborníků se znalostmi z různých oborů. Jejich společným cílem je zlepšit zdraví a kvalitu života pacienta. Důležitým prvkem léčby je stálá a nepřetržitá spolupráce mezi členy týmu. Týmová práce pomáhá rozšiřovat znalosti a zkušenosti, učí prostřednictvím řešení problémů, minimalizuje riziko chyb a zvyšuje výkonnost. Je důležité, aby jednotliví členové týmu měli vysokou kvalifikaci a odborné kompetence, ale existují klíčové vlastnosti, které by měl mít každý z nich. Měli by:

- jasně chápat jednotlivé role (je důležité, aby všichni členové týmu chápali, kdo je v daném okamžiku součástí týmu),
- znát společné cíle (tým pracuje na stanovení společných cílů, které odrážejí zdravotní potřeby a preference pacienta, s ohledem na dopad zdravotních problémů pacienta na jeho život a pohodu),
- být schopni pracovat pod tlakem,
- být schopni spolupracovat s ostatními jak na osobní, tak profesní úrovni,
- být flexibilní, ať už budou řešit jakoukoli situaci.

Každý zdravotnický tým je jedinečný a má svůj vlastní cíl, počet lidí, prostředí, hlavní členy a způsob a metody komunikace. Existuje však několik zcela zásadních faktorů, které jsou důležité pro všechny týmy obecně:

- sebemotivace každého jednotlivého člena týmu,
- vzájemná důvěra,
- efektivní komunikace,
- pocit sounáležitosti,
- společně stanovená pravidla,
- schopnost přistoupit na kompromis – schopnost ustát situaci tak, aby rozdílné názory nepřerostly v konflikt, ale v diskusi, která vyústí ve společné řešení,
- otevřenost vůči změnám,
- neustálý rozvoj a sebezdokonalování.

1.1. Efektivní klinická komunikace

Klinická komunikace je výměna informací o péči o danou osobu, která probíhá mezi ošetřujícími lékaři, dalšími členy terapeutického týmu, specialisty z různých oblastí medicíny a pacienty, jejich rodinami a pečovateli. Komunikační proces je způsob, jakým se tyto informace vyměňují. Zahrnuje několik prvků: odesílatele (osobu, která informace předává), příjemce (osobu, která informace přijímá), zprávu (vyměňované informace) a komunikační kanál. Obecně existují dva komunikační kanály: ústní komunikace (tváří v tvář, po telefonu, videochat, např. Face Time, Skype) a písemná komunikace (e-mail, dopisy, fax). Komunikační procesy mohou probíhat současně, např. ústní komunikace mezi dvěma lékaři, nebo v nějakém časovém rozpětí, např. písemná komunikace, kdy sestra dokumentuje plán péče a hodnocení ve zdravotnické dokumentaci, kterou později čte jiná sestra. Důležitým aspektem je také způsob předávání informací, včetně struktury a neverbální komunikace (řeč těla, oční kontakt a tón hlasu).

1.1.1. Význam komunikace

Je všeobecně známo, že efektivní komunikace významně přispívá ke zlepšení zdravotní péče, snižuje náklady na ni a vede k většímu pocitu spokojenosti pracovníků ve zdravotnictví. Je prokázáno, že:

- chyby v komunikaci jsou jednou z nejčastěji uváděných příčin stížností ve zdravotnictví,
- špatná komunikace a nesrovnalosti ve výměně informací mohou vést k rostoucímu počtu opakovaných příjmů (readmisí), přičemž jako hlavní faktor se uvádí nedostatečně efektivní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky,
- špatná a/nebo opožděná výměna informací může ovlivnit kvalitu péče a správné načasování léčby.

Aby byla komunikace v týmu účinná, je nutné:

- společně se dohodnout na otázkách souvisejících s prací daného týmu,
- budovat vztahy tak, aby to všem zúčastněných vyhovovalo,
- hledat příčiny problémů a způsoby jejich řešení,
- obratně poskytovat všechny potřebné informace,
- strukturovat sdělení tak, aby bylo jasné, co chceme sdělit.

1.1.2. Komunikace zdravotníků s pacientem

Při komunikaci s pacientem musí zdravotnický personál vědět, že některé skupiny pacientů mohou mít mnohostranné komunikační obtíže. To může souviset s tím, jak složité jsou informace získané od pacienta nebo podané pacientovi, nebo s jazykovou bariérou a potížemi s porozuměním, případně s obojím.

Do této skupiny mohou patřit např:

- starší osoby,
- pacienti s vážným zdravotním postižením,
- bezdomovci,
- kulturně odlišní pacienti – kulturní a jazykové rozdíly,
- pacienti s duševními poruchami,
- pacienti během chirurgického zákroku, dětští pacienti,
- pacienti v paliativní péči,
- pacienti na jednotkách intenzivní péče,
- pacienti s multimorbiditou.

Lze konstatovat, že ačkoli byla efektivní komunikace popsána jako jeden z důležitých faktorů ovlivňujících spolupráci zdravotnického týmu, ve skutečnosti je efektivní komunikace klíčová pro všechny uvedené determinanty efektivní týmové práce. Například pro stanovení společných cílů týmu by členové týmu museli efektivně komunikovat jak mezi sebou, tak s pacientem a jeho rodinou. Jasné vymezení rolí a povinností vyžaduje otevřenou, upřímnou a nepřetržitou diskusi o připravenosti a schopnosti každého člena týmu co nejlépe využít své dovednosti, znalosti a zdroje pro účely splnění společných cílů. Proto je komunikace v rámci zdravotní péče prioritou. Tým by měl neustále pracovat na zlepšování svých komunikačních dovedností, protože komunikativnost je dovednost, kterou lze získat nejen zkušenostmi, ale také odborným školením.

Zapamatujte si!

Efektivní týmová spolupráce a komunikace jsou klíčem k bezpečnému výkonu ve složitých a dynamických situacích, jako je tomu v oborech, mezi něž řadíme i zdravotnictví. Jsou nezbytné pro zajištění stálé a koordinované péče o danou osobu. Dobrá komunikace umožňuje mezioborovým týmům spolupracovat, zohledňovat různé priority, řešit problémy spojené s lidským faktorem a minimalizovat riziko chybovosti. Efektivní komunikace především zlepšuje výsledky léčby pacientů díky lepším diagnostickým a prognostickým schopnostem zdravotnických pracovníků.

1.1.3. Získávání komunikačních dovedností

Realita spolupráce mezi zdravotníky není vůbec jednoduchá. Stres a hektický harmonogram často vedou k nedorozuměním a konfliktům. Již byla publikována řada studií, které ukazují, že lékaři a další zdravotní odborníci většinou jednají jako samostatní zdravotničtí pracovníci a ve skutečnosti spolu nemluví. Kromě požadovaného zdravotnického vzdělání by zaměstnanci ve zdravotnickém sektoru měli

mít i další dovednosti. Členské státy Evropské unie považují za prioritu schopnost využívat informační a komunikační technologie (ICT), podnikavost a také sociální dovednosti, jako je komunikativnost a týmová práce.

Sdílená pregraduální výuka studentů lékařských fakult, ošetřovatelství, porodnictví, zdravotnické záchranné služby a fyzioterapie by budoucím zdravotníkům umožnila rozvíjet dovednosti na poli efektivního sdílení znalostí a zkušeností a naučila je efektivní komunikaci v mezioborových týmech. Budování medicínských simulačních center jako součásti rozvojových programů pro lékařské fakulty zapojené do praktické výuky přináší nové možnosti nácviku týmové práce. Výzkum navíc ukazuje, že výuka v podmínkách vysoce věrohodné simulace dává účastníkům reálnou příležitost k nácviku komunikačních strategií, které usnadňují týmovou práci.

Zapamatujte si!

Výuka, zejména v podmínkách vysoce věrohodné medicínské simulace, dává příležitost naučit se spolupráci a efektivní komunikaci v mezioborovém týmu.

1.1.4. Komunikační strategie a techniky

Nedostatečná struktura a standardizace někdy vedou k selhání komunikace. Níže je uveden seznam technik, které mohou členům zdravotnického týmu pomoci při výměně informací.

1.1.4.1. ISBAR

ISBAR – metoda sdílení nejdůležitějších informací týkajících se potíží pacienta, které vyžadují okamžitou pozornost a intervenci. Cílem této strategie je výměna relevantních informací mezi zdravotnickým personálem a také vyjádření dostatečné naléhavosti. Mezinárodní výzkumy ukázaly, že po zavedení ISBAR došlo ke snížení počtu neočekávaných úmrtí a také k výraznému zlepšení komunikace, týmové práce a bezpečnosti. Studenti, kteří se účastní vysoce věrohodné lékařské simulace, rovněž prokázali, že díky metodě ISBAR je výměna příkazů po telefonu mnohem snadnější.

- INTRODUCTION – ÚVOD – uveďte své jméno a svou roli v péči o pacienta (v případě telefonického rozhovoru uveďte název oddělení, ze kterého voláte).
- SITUATION – SITUACE (co se s pacientem děje?) – uveďte jméno pacienta a jeho aktuální stav nebo popište situaci a vysvětlete, proč voláte.
- BACKROUND – POZADÍ (základní informace: jaká je klinická situace nebo kontext?) – uveďte datum přijetí pacienta, diagnózu a další důležité informace související s danou situací z anamnézy pacienta; rychle popište, jaké kroky již byly provedeny.

- ASSESSEMENT – VYHODNOCENÍ SITUACE (v čem podle vás spočívá problém?) – shrňte pacientův stav nebo situaci; vysvětlete, v čem podle vás spočívá problém, nebo řekněte: „Nejsem si jistý, co se děje, ale domnívám se, že se pacientův stav zhoršuje“; popište konkrétní příznaky.
- RECOMMENDATION – DOPORUČENÍ (co teď?) – vysvětlete, co očekáváte (např. Domnívám se, že pacient potřebuje okamžité vyšetření. Mohl byste přijít?), nebo poskytněte doporučení. Pokud nejste spokojeni s odpovědí na vaši žádost o okamžitou konzultaci, měli byste se obrátit na někoho jiného.

1.1.4.2. Strategie „Call-out”

Strategie „call-out“ (jednoduchá a jasná sdělení) – metoda používaná pro poskytování důležitých informací v naléhavých situacích nebo v případech, kdy pacient potřebuje okamžitý specifický zákrok. Informace se předávají tak, aby je všichni členové týmu slyšeli současně. Díky této metodě mohou ostatní členové týmu předvídat další kroky a určit osoby odpovědné za konkrétní úkoly. Způsob komunikace mezi členy týmu je v naléhavých situacích velmi důležitý, protože případná nedorozumění mohou léčbu zbytečně opozdit nebo protáhnout, a dokonce vést i k úmrtí pacienta. Dále je v naléhavých situacích důležité určit vedoucího týmu, který převezme řízení a vysvětlí všem role ostatních členů týmu. Jasným a jednoduchým poskytnutím informací a následným ověřením, jestli všichni informace správně pochopili, se předejde chybám v komunikaci.

Ukázka „vyvolávání“, věcné a adresné výměny informací mezi vedoucím týmu a rezidentem, tzv. call-out:

- Vedoucí týmu: Stav dýchacích cest?
- Praktikující lékař: Patentní. Dýchání volné.
- Vedoucí týmu: Auskultace?
- Praktikující lékař: Poslechově dech normální.
- Vedoucí týmu: Krevní tlak?

1.1.4.3. Strategie „Check-back“ (zpětná kontrola)

Strategie „zpětné kontroly“ – jedná se o strategii uzavřené smyčky, která slouží k ověření, zda byly informace mezi dvěma osobami správně vyměněny. Odesílatel iniciuje zprávu, příjemce zprávu přijme a potvrdí, co bylo předáno. Poté odesílatel ověří, zda byla informace správně pochopena:

1. První krok: osoba, která informace poskytuje, je začne předávat dál.
2. Druhý krok: příjemce informací sdělení přijme a poskytne zpětnou vazbu.
3. Třetí krok: osoba poskytující informace se ujistí, že sdělení bylo správně pochopeno.

Ukázka výměny informací mezi lékařem a zdravotní sestrou:
- Lékař: Podejte 100 mg Bolus propofolu intravenózně.
- Sestra: 100 mg Bolus propofolu intravenózně?
- Lékař: Ano.

1.1.4.4. Strategie „Štafetového běhu“

Principem strategie „štafetového běhu“ neboli též „předávám štafetu“ (z anglického „I pass the baton“) je výměna přesných informací při převozu pacientů, např. na jiné oddělení. Je důležité, aby se všechny informace předávaly jasným strukturovaným způsobem. Chyby v komunikaci mohou vést k nesrovnalostem, proto je nutné získané informace ověřit, např. zopakováním nebo opětovným hlasitým přečtením.

Tato strategie usnadňuje výměnu informací týkajících se péče o pacienta:

– I (Introduction / Představení se)	Uveďte své jméno a upřesněte svou roli v péči o pacienta.
– P (Patient / Pacient)	Uveďte jméno a příjmení pacienta (identifikace – pohlaví, věk, oddělení).
– A (Assessment / Hodnocení)	Uveďte aktuální potíže pacienta, jeho životní funkce, příznaky a diagnózu.
– S (Situation / Situace)	Proberte aktuální stav/okolnosti, nejnovější změny a reakce na podávanou léčbu.
– S (Safety concerns / Obavy o bezpečnost)	Poskytněte pacientovi důležité informace – výsledky diagnostických testů, socioekonomické faktory, alergie.
– the	
– B (Background / Pozadí případu)	Uveďte komorbidity, dřívější příhody, aktuálně užívané léky a informace o rodinné anamnéze.
– A (Actions / Opatření)	Poskytněte informace o podávané nebo požadované léčbě.
– T (Timing / Načasování)	Určete naléhavost a načasování – prioritu akcí.
– O (Ownership / Odpovědnost)	Poskytněte informace o určení odpovědných osob/týmů (s ohledem na preference pacienta a jeho rodiny).
– N (Next / Co dál?)	Co se bude dít dál? Předpokládané změny? Jaký je plán? Existuje záložní plán?

1.1.5. Komunikace po telefonu

V každodenní praxi se většina kontaktů mezi členy interdisciplinárního týmu odehrává po telefonu. Specifikem tohoto typu komunikace je, že se účastníci komunikace navzájem nevidí (mohou pouze interpretovat tón hlasu a obsah sdělení). Navíc se mnoho telefonických rozhovorů týká konzultací v naléhavých, obtížných nebo atypických situacích, které mohou vyvolat intenzivní emoce, jež mohou bránit účinné komunikaci. Aby byl tento typ komunikace efektivnější, je třeba si předem připravit všechny potřebné informace, například dokumentaci pacienta, a jasně formulovat sdělení, které chceme předat.

1.1.6. Deset přikázání pro komunikaci v mezioborovém týmu

Níže uvádíme několik jednoduchých tipů, které mohou usnadnit a zefektivnit týmovou komunikaci (dr. Grzegorz Cebula – CM UJ; 2018):

1. „V obtížných situacích, které vyžadují rychlé rozhodování, používejte jasná a krátká sdělení.
2. Používejte jméno osoby, kterou chcete oslovit – usnadní to komunikaci. Nezapomeňte, že *někdo* obvykle znamená *nikdo*.
3. Používejte obousměrnou komunikaci. Pokud chcete dát někomu nějaký pokyn, měla by tato osoba daný pokyn zopakovat (uzavřená komunikační smyčka).
4. Pamatujte si, že to, že vás něco napadlo, ještě neznamená, že se to skutečně událo. V rámci procesu může někde po cestě dojít k jeho přerušení. Myslet neznamená říct, říct neznamená slyšet, slyšet neznamená pochopit, pochopit neznamená zapamatovat si, zapamatovat si neznamená přijmout, přijmout neznamená udělat.
5. Řízení komunikačního procesu – pokud mluví dva lidé najednou, obvykle pak nikdo neví, o co šlo a co se vlastně řeklo.
6. Když chcete shrnout získané informace a o něčem rozhodnout, použijte metodu screenshotu.
7. Jste-li vedoucí týmu, dejte svým lidem příležitost svobodně vyjádřit jejich názor.
8. Jako člen týmu nezapomeňte, že pokud máte nápady, které považujete za dobré, nebo nesouhlasíte s rozhodnutím vedoucího týmu, je vaší povinností mu to říct.
9. Pokud je to možné, vyhněte se rušivým vlivům (hluk, únava apod.), a pokud to možné není, pamatujte na jejich vliv na kvalitu komunikace.
10. Nezapomeňte po ukončení spolupráce na co největší sdílení nových zkušeností. Diskuse o tom, co se stalo, jak jste co dělali, probrání věcí, které byly

úspěšné, a postřehů, co by se třeba příště mělo udělat lépe, je ta pravá cesta k neustálému zlepšování a rozvoji týmové spolupráce."

Zapamatujte si!

Proces komunikace není jednoduchý. Rozdíly plynoucí z odlišného kulturního prostředí ho ještě více ztěžují. Důraz na rozvoj kulturních kompetencí v posledních letech nás nutí více si uvědomovat naši kulturu a zároveň objevovat jiné kultury a být otevřenější. Tyto znalosti jsou ve zdravotnictví nesmírně užitečné při řešení konkrétních problémů vyplývajících z etnické a kulturní rozmanitosti svěřených pacientů.

Seznam literatury

1. Australian Commission on Safety and Quality in Haelth Care. Publications and resource. Communicating for Safety [cit. 12.01.2021]. URL: https://c4sportal.safetyandquality.gov.au/communicating-with-patients-and-colleagues.

2. Bezpieczeństwo pacjenta. Przewodnik i wskazówki dla kadry dydaktycznej opracowane przez WHO (2011): wydanie przeznaczone dla przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej; 2017; 147–149. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf;jsessionid=208C369121F6CB963515B33E34EECCB7?sequence=35

3. Capiga M. Komunikacja w zespole terapeutycznym [online] [cit. 12.01.2021]. URL: http://www.kompetencje.wum.edu.pl/sites/kompetencje.wum.edu.pl/files/podrecznik_-_komunikacja_w_zespole_terapeutycznym.pdf.

4. Cebula G. O komunikacji w zespole terapeutycznym. In: Warszawski Uniwersytet Medyczny. III Ogólnopolska konferencja naukowa „Komunikacja w medycynie". 30.11–1.12.2018. Abstrakty wystąpień; Warszawa 2018. URL: http://www.komunikacjawmedycynie.wum.edu.pl/sites/komunikacjawmedycynie.wum.edu.pl/files/ksiega_abstraktow_iii_konfer._komunikacja_w_medycynie_0_0.pdf.

5. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings a systematic review of qualitative literature. JBI Database System Rev Implement Rep 2016; 14(4): 96–137. URL: http://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843.

6. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. Nursing Administration Quarterly 2008; 32(1): 40–48. URL: https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946. 31193.61.

7. Flew T. Creativity, cultural studies, and services industries. Communication and Critical/Cultural Studies 2004: 1(2): 176–193. URL: https://doi.org/10.1080/14791420410001685377.

8. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2015; 8: 33. URL: https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623.

9. Horodeńska M. Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym. Medycyna praktyczna [online] 11.2014 [cit. 12.01.2021]. URL: https://www.mp.pl/komunikacja/zespol/108942,komunikacja-w-zespole-interdyscyplinarnym,1.

10. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personel. J Nurs Scholarsh 2015; 47(3): 275–284. URL: https://doi.org/10.1111/jnu.12130.

11. Modlińska A. Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury. Medycyna Paliatywna 2013; 5(4): 157–162.

12. Moi EB, Söderhamn U, Marthinsen GN, Flateland SM. The ISBAR tool leads to conscious, structured communication by healthcare personel. Sykepleien Forskning 2019; 14(74699): (e-74699). URL: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699en.

13. Ostałowski P, Pawliczak F, Poniatowski P, Rozum J, Świeczkowski D. Raport: Współpraca kluczem efektywnej opieki zdrowotnej. Fundacja im. Lesława A. Pagi; 2016. URL: http://old.paga.org.pl/thinkpaga/raporty/wspolpraca-kluczem-efektywnej-opieki-zdrowotnej

14. Saint S, Karen E, Fowler KE, Krein SL, Flanders SA, et al. An Academic Hospitalist Model to Improve Healthcare Worker Communication and Learner Education: Results From a Quasi-experimental Study at a Veterans Affairs Medical Center. J Hosp Med 2013; 8(12): 702–710. URL: https://doi.org/10.1002/jhm.2105.

15. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. Medsurg Nurs 2017; 26(5): 297. URL: https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses.

16. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. WHO 2011.

1.2. Multikulturalismus ve zdravotnictví – specifika komunikace s pacientem

„Pane, kéž bych [...]
rozuměl jazykům druhých, jiným druhům utrpení."
Zbigniew Herbert 2007: 243

Vzhledem k celosvětovým migračním trendům se zdravotnický personál stále častěji setkává s pacienty z jiného kulturního prostředí. Mluví jiným jazykem, mají jinou víru a zvyklosti související s jejich onemocněním a mnohdy i očekávání ohledně zdravotní péče. Tento trend s sebou přináší řadu specifických problémů, které je třeba řešit. Mezi nejčastější komplikace při poskytování zdravotní péče patří jazy-

ková bariéra a nepochopení odlišné kultury či náboženství. Fakt, že se s pacientem nedorozumíme a probíhá nesprávná či nepřesná komunikace v důsledku neznalosti jazyka daného pacienta – i s ohledem na práva pacientů – může mít vážné následky, vést ke zhoršené kvalitě zdravotní péče, a dokonce k omylům v léčbě a péči. Možné překážky v mezikulturní komunikaci je důležité si uvědomit a osvojit si dovednosti potřebné k jejich řešení.

Komunikaci je těžké definovat. Někteří autoři tvrdí, že jde o interaktivní proces, který probíhá v každém prostředí, v němž si lidé předávají to, co mají na mysli, verbálně i neverbálně. Komunikační proces není jednoduchý – každý jsme jiný a dané sdělení může mít pro odesílatele a příjemce zcela odlišný význam. Důležitá jsou nejen slova, která pronášíme, ale také gesta, mimika, intonace a síla hlasu a držení těla. Rozdíly v kulturním prostředí činí komunikační proces mnohem obtížnějším. V případě verbální komunikace hraje významnou roli jazyk a správné pochopení dané věty. I když pacient v každodenních situacích hovoří jazykem země svého bydliště, může mít problémy s porozuměním odborného slovního spojení. Abyste měli jistotu, že vám pacient správně porozuměl, musí mít vaše výroky zjednodušenou a jasnou strukturu. Měli byste mluvit pomalu a zřetelně, používat krátké věty a vyhýbat se lékařskému žargonu. Je dobré vysvětlit dané téma různými způsoby, například pomocí gest, která ilustrují, co říkáte. Měli byste mít také na paměti, že byste neměli pacienta oslovovat jako dítě nebo osobu s mentálním postižením. Pokud pacient nezná jazyk, který lékař používá, je třeba zajistit tlumočníka. Je důležité požádat tlumočníka, aby se držel konkrétního způsobu vyjadřování a zvládl emoční zátěž. Je třeba mít na paměti, že byste měli oslovovat pacienta, nikoli tlumočníka. V zájmu zachování důvěrnosti informací o pacientovi je nejlepší nevyužívat k tlumočení rodinu.

Za zmínku stojí, že Světová zdravotnická organizace doporučuje zpřístupnit a zlepšit tzv. komunikační služby (tj. kulturní mediátory a tlumočníky), aby se podpořila inkluzivní a kulturně citlivá zdravotní péče v Evropě.

Mezikulturní komunikace odhaluje problémy nejen v jazykové oblasti, ale také – ne-li především – v oblasti neverbální komunikace. Nedostatečné povědomí o rozdílech v neverbální komunikaci může vést k řadě nedorozumění. Největší nesnáze nám působí gesta používaná místo slov, tzv. emblémy. Stejná gesta mohou mít v závislosti na kultuře různý význam. Proto je nejlepší se při jednání s cizinci používání gest vyvarovat.

Mezi důležité prvky neverbální komunikace patří prostorové vztahy, tj. preferovaná vzdálenost od partnera rozhovoru. Dalším je dotek, tj. haptika, protože jde o způsob komunikace, který v sobě nese spoustu kulturních požadavků. Různé země a regiony se, pokud jde o haptické chování vůči ostatním lidem, výrazně liší. Je důležité vědět, jaká míra dotyků je v dané kultuře přijatelná, a také kdo, kde, jak a v jakých situacích se dotýká a co je vhodné. Dalším zdrojem nedorozumění může být oční kontakt. V tomto případě je také důležité vědět, jak se používá. Nedostatečný oční kontakt může být vnímán jako neupřímnost nebo neúcta, zatímco nadměrný oční kontakt může být vnímán jako drzost nebo agrese.

Nesnáze a potenciální zdroj nedorozumění při kontaktu s cizinci může představovat také různé vnímání času. Pacientovi cizinci, který si více než dochvilnosti cení mezilidských vztahů, je obtížné vysvětlit, jak důležité je v našem kulturním prostředí dodržovat např. termín vyšetření.

Zapamatujte si!

Proces komunikace není snadný. Rozdíly plynoucí z odlišného kulturního prostředí ho ještě více ztěžují. Důraz na rozvoj kulturních kompetencí v posledních letech nás nutí více si uvědomovat naši kulturu a zároveň objevovat jiné kultury a být otevřenější. Tyto znalosti jsou nesmírně užitečné při řešení konkrétních problémů vyplývajících z etnických a kulturních odlišností ve zdravotnictví.

Seznam literatury

1. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports; 2015. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27536764.

2. Jaroszewska E. Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. In: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, ed. Pacjent „Inny" wyzwaniem opieki medycznej. Silva Rerum; Poznań 2016: 354–370.

3. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2018; 17: 30–36. URL: https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2018-0005.

4. Paternotte E, van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, et al. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. Int J Med Educ 2017; 8: 170–175. URL: https://doi.org/10.5116/ ijme.591b.19f9.

5. Pollozhani A, Kosevska E, Petkovski K, Memeti S, Limani B, et al. Some aspects of culturally competent communication in health care in the republic of macedonia. Mater Sociomed 2013; 25(4): 250–254. URL: https://doi. org/10.5455/msm.2013.25.250-254.

6. Strzelczyk J, Brykowska D, Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo Polskie 2019: 1: 71. [online] [cit. 15.02.2021]. URL: http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl/ojs/index.php/pp/issue/view/20.

7. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. Nursing Standard 2019; 34(2): 45–50. URL: https://doi.org/10.7748/ns.2019. e11244.

2. Náboženství versus medicína

Náboženství a medicína jsou dvě zcela odlišné oblasti. Mají odlišný původ a především řeší odlišné lidské potřeby. Přes značné rozdíly se však neustále prolínají a vzájemně ovlivňují.

Při pohledu na počátky medicíny je třeba zdůraznit, že se vyvinula z lidské citlivosti vůči utrpení jiné lidské bytosti. Náboženství je oproti tomu odpovědí na lidské touhy, zranitelnost a potřeby, včetně zkušenosti s bolestí, utrpením, nemocí nebo smrtí. Kombinace náboženství a medicíny tedy poskytuje obraz jak společnosti, tak lidstva. To jsou klíčové důvody, proč by se neměl ignorovat význam náboženství v individuálních rozhodnutích a chování pacientů, pro které je víra důležitou, či dokonce tou nejdůležitější otázkou.

Tváří v tvář současným globálním migračním trendům se odborníci v medicíně a zdravotnictví zaměřují na respektování důstojnosti každé lidské bytosti, včetně pacientů „z různých kultur“. Je nezbytné, aby si lidé v moderní medicíně rozšiřovali své znalosti o náboženstvích a kulturách, protože pochopení duchovních potřeb pacientů buduje vzájemnou důvěru, která následně usnadňuje účinnou spolupráci při léčbě nebo lékařských zákrocích.

S ohledem na vztah mezi náboženstvím a medicínou stojí za zmínku, že někdy může být náboženské přesvědčení v rozporu s lékařskými poznatky. Ke konfliktu s medicínou jako vědou dochází zejména tehdy, když náboženství zakazuje používání určitých léčebných nebo preventivních postupů, jako jsou transfuze krve a krevních derivátů, očkování nebo prenatální terapie. Situace se ještě více komplikuje, pokud jde o koncept svobodné vůle, a to jak z hlediska náboženských, tak vědeckých důsledků. Lékaři proto čelí výzvě, aby při poskytování plánované léčby brali v úvahu náboženské přesvědčení pacienta. Tyto otázky jsou již dlouhou dobu předmětem sporů, a to nejen medicínské a etické, ale i právní povahy. Mezi nejčastější problémy spojené s poskytováním lékařských postupů a terapií patří např:

- absolutní nesouhlas pacienta, vyjádřený osobně při plném vědomí nebo prostřednictvím důvěryhodného zástupce,
- absence samostatného rozhodnutí pacienta vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (např. pacient je v bezvědomí),

- absence rozhodnutí pacienta vzhledem k věku a úrovni vývoje: novorozenci, kojenci, děti,
- odmítnutí souhlasu rodičů s jedinou účinnou terapií, která je jejich dítěti k dispozici, z důvodu jejich náboženského přesvědčení.

Každý takový dramatický případ, jak je uvedeno výše, je posuzován individuálně. Zdravotnické týmy si často kladou otázku, zda je rozhodnutí pacienta, zejména pokud je činí rodič, založeno na rozumných argumentech, nebo je pouze projevem náboženského fundamentalismu a může ohrozit zdraví či dokonce život. Dříve či později se každý lékař ocitne v situaci, kdy musí respektovat vůli pacienta založenou na náboženském přesvědčení.

Při analýze výše uvedených otázek stojí za zmínku, že odmítání určitých léčebných metod z náboženských důvodů významně přispělo k rozvoji medicíny. Odmítání léčby příslušníky některých náboženských vyznání motivovalo vědce z oblasti medicíny, biochemie a genetiky k hledání nových léčebných metod. Jako příklad zde může sloužit vývoj krevních náhražek (umělé krve) používaných u pacientů z řad svědků Jehovových. Jejich postoje také iniciovaly zavádění minimálně invazivních chirurgických postupů.

Za zmínku stojí také to, že informovanost o náboženském vyznání pacienta může být přínosná. Může usnadnit lepší kontakt s pacientem a pomoci ho přesvědčit, aby se věnoval určitým preventivním nebo jiným opatřením, která přinášejí lepší zdravotní výsledky. Povědomí o náboženském vyznání pacienta usnadňuje porozumění – zejména v nejdramatičtějších situacích, jako je například křest novorozence s malformačním syndromem, porod mrtvého dítěte, úmrtí blízkého člena rodiny, nutnost použití krevní terapie, nasazení specializovaných přístrojů pro udržení životních funkcí a transplantace orgánů.

Seznam literatury

1. Jabbour N, Gagandeep S, Mateo R, et al. Live donor liver transplantation without blood products: strategies developed for Jehovah's Witnesses offer broad application. Ann Surg 2004, 240: 350–357.
2. Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, et al. Religious commitment and health status: přehled výzkumu a důsledky pro rodinné lékařství. Arch Fam Med 1998; 7: 118–124.
3. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine (Náboženská angažovanost, spiritualita a medicína): Implikace pro klinickou praxi. Mayo Clin Proc 2001, 76(12): 1225–1235.

2.1. Světová náboženství

Náboženství je soubor víry a praktikovaných zvyklostí, které vytvářejí vztah mezi sférou sacrum (chápána jako ta nejvyšší síla – v křesťanství nazývaná Absolutno) a božstvím a lidskou bytostí nebo společenstvím. Náboženství je snahou o svatost.

Náboženství jako mnohotvárný konstrukt podléhá mnoha výkladům a popisuje se mnoha pojmy/termíny, které sahají až k raným filozofickým teoriím. Jinými slovy, náboženství lze popsat jako vztah člověka k nějaké transcendentní skutečnosti (*transcendence* – přesahování smyslových i rozumových možností).

Náboženství v sobě nese také kolektivní zkušenost, a proto se v průběhu staletí objevilo velké množství náboženských společenství. Vznikají za účelem vyjadřovat, definovat a učit nové doktríny nebo víru.

Náboženství je nejvyšší kategorií při dělení do náboženských skupin a dělí se pak na několik denominací tvořících menší skupiny v rámci jednoho náboženství, jež sdílejí stejné zásady víry. Největší náboženství jsou: křesťanství, islám, hinduismus, buddhismus, sikhismus, judaismus a bahaistická víra.

Mezi vědecké disciplíny, které se zabývají náboženstvím, patří religionistika, teologie, filozofie náboženství, sociologie náboženství a psychologie náboženství.

2.1.1. Křesťanství (denominace: katolicismus, protestantismus, východní pravoslavná církev)

Křesťanství je jedním z hlavních světových náboženství. Narození Ježíše Krista z Nazaretu (v 1. století n. l.) je počátkem křesťanství, které se rozšířilo po celém světě. Křesťanství je monoteistické a prorocké (založené na zjevení) náboženství. Vychází z judaismu. Ježíš Kristus kázal, uzdravoval a konal dobro pro druhé. Překonal smrt a vstal z mrtvých. Všechny jeho činy se staly základem křesťanské víry. Učení Ježíše Krista je sepsáno v kanonických evangeliích a v Bibli.

Křesťanství má značný počet stoupenců. Odhaduje se, že křesťané tvoří třetinu (přes 30 %) světové populace. Křesťanství je nejrozšířenějším náboženstvím v Evropě, Americe, Austrálii a Africe.

Neexistuje žádná jednotná globální klasifikace křesťanských církví a společenství a dalších náboženských skupin (v menší či větší míře) čerpajících z křesťanského učení. Jednou z nejčastějších klasifikací křesťanství (dobře podložená historií) je tato:

- katolicismus (včetně římskokatolické církve a dalších katolických denominací) – jedna miliarda stoupenců,
- východní pravoslaví (pravoslavné a východní církve) – 300 milionů stoupenců,
- protestantismus (předreformační hnutí valdenských a husitů, luteránství, anglikánství, kalvinismus, baptisté, adventismus, unitářství, metodismus, presbyteriánství, letniční) – 0,5 miliardy stoupenců.

Křesťanské náboženství zahrnuje několik církví (neboli denominací). Abychom vysvětlili a pochopili příčiny vývoje různých křesťanských denominací, je třeba zmínit několik důležitých historických událostí. V roce 1054 došlo k tzv. velkému schismatu, které znamenalo rozkol mezi východní a západní církví. Jednalo se o dlouhotrvající proces, který trval po celá staletí. Ke konečnému rozkolu došlo ve 13. století z iniciativy Říma a Konstantinopole. V roce 395 rozdělil Theodosius Veliký Římskou říši na západní a východní polovinu, a to z důvodu značné rozlohy území a již značných kulturních rozdílů (západ – latinský jazyk a římská kultura, východ – řecký jazyk a helénistická kultura). Mezi další hlavní příčiny velkého schismatu patří velké rozdíly ve společenském vzestupu a kultuře mezi Východem a Západem (chudí versus bohatí); spor o původ Ducha svatého; odmítnutí nadřazenosti papeže konstantinopolským patriarchou (Konstantinopol se stala vedle Říma druhým hlavním městem Římské říše); obvinění římské církve, že se odchýlila od čistoty víry.

Literatura na toto téma zdůrazňuje, že všechny spory křesťanského světa se vždy týkaly jak papežů, tak světských vládců. Vycházely ze soupeření o moc a vliv v Evropě (zejména v oblastech obsazených Slovany) a pramenily z jednotlivých názorů týkajících se svatého přijímání, očistce, řady svátostí, počtu kněží (a toho, jak mají vypadat), postních dnů a mnoha dalších.

Rozdíly mezi náboženstvím a denominací:

- náboženství je nejvyšší kategorií,
- denominace je skupina v rámci náboženství založená na stejných základech víry.

2.1.1.1. Katolicismus

Katolicismus je jednou z hlavních denominací křesťanství. Jedná se o křesťanskou církevní doktrínu, podobnou východní pravoslavné církvi. Katolicismus je dominantním náboženstvím v Polsku, ale také v mnoha jihoevropských a jihoamerických zemích.

Přehled katolicismu

Slovo „katolicismus“ pochází z řečtiny a znamená „něco univerzálního“. Termín „katolická církev“ označuje náboženskou organizaci uznávající katolickou víru. Papež – římský biskup – působí jako nejvyšší autorita zvolená během konkláve. Demografické údaje ukazují, že počet katolíků na celém světě roste úměrně k celosvětovému růstu populace. Polovinu všech katolíků tvoří Jihoameričané a Severoameričané (katoličtí přistěhovalci). Druhou polovinu pak z 50 % Evropané, dále Afričané a malé zastoupení mají i obyvatelé Asie a Oceánie. Mezi země s relativně vysokým podílem katolické populace (nad 25 %) se řadí např. Madagaskar, Mosambik, Tanzanie a Pobřeží slonoviny. Z dostupných údajů vyplývá, že v mnoha zemích došlo k výraznému poklesu počtu katolíků, a to především v důsledku skandálů se sexuálním zneužíváním kněžími (Německo, Francie a Česká republika). Existují však i oblasti, kde počet

katolíků systematicky roste, například v Africe (v důsledku intenzivní christianizace) a v Asii. Statistické údaje o počtu členů církve v jednotlivých zemích nejsou homogenní. Čísla nejsou přesná i z důvodu značných obtíží při provádění hloubkových analýz. Statistiky shrnují všechny pokřtěné osoby. Nezohledňují situace, kdy lidé víru opustili nebo ji nepraktikují (což znamená, že se již s církví neztotožňují). Získání spolehlivých údajů je ještě komplikovanější vzhledem k rozsáhlé celosvětové migraci. V závislosti na zdroji se odhaduje, že katolíci tvoří více než 50 % polské populace. V České republice se ke katolictví hlásí 10 % obyvatel, ne všichni však patří mezi praktikující katolíky (je zde také vysoká míra ateismu). Bulharsko má vlastní Bulharskou řeckokatolickou církev byzantského obřadu (vychází z tradice východních katolických církví), která má údajně asi 10 tisíc stoupenců.

Vznik křesťanství

Zakladatelem křesťanství je Ježíš Kristus. Předpokládá se, že zdrojem katolické církve je tzv. primát svatého Petra, kterého Kristus oslovil slovy: „A já ti říkám, že ty jsi Petr a na této skále zbuduji svou církev a brány pekel ji nepřemohou.“ (Mt 16,18). [English Standard Version] Apoštol Petr byl hlavou první komunity založené v Jeruzalémě (33 n. l.).

Katolíci věří v jednoho Boha ve třech osobách: Bůh Otec (symbol božství), Bůh Syn (symbol lidství) a Bůh Duch svatý (symbol duchovnosti). Zvláštní místo v katolicismu zaujímá matka Ježíše Krista – Maria. Katolíci věří v její panenství a neposkvrněné početí. Maria je považována za Matku Boží. Součástí katolicismu je úcta k Marii (mariologie), která vychází z níže uvedených přesvědčení:

- panenství Marie, když počala Ježíše,
- Mariina silná a neochvějná víra v Boha a Ježíše Krista od jeho početí až po ukřižování,
- Mariina přítomnost mezi apoštoly,
- církev prohlásila dogma o Marii.

Klíčové pojmy katolicismu:

- víra v existenci jednoho Boha ve třech osobách, který je Stvořitelem světa a který se zjevil lidstvu,
- víra v Božího Syna, který na sebe vzal lidskou podobu v osobě Ježíše Krista, jenž je pravým Bohem a člověkem,
- víra v Ježíše, Spasitele lidstva,víra v Ježíše, který žil na zemi, zemřel za naše hříchy a vstal z mrtvých,
- víra v Boha, který stvořil lidstvo, víra, že každý člověk je povolán k víře, naději a lásce a k následování Boží vůle vyjádřené v podobě Desatera, zejména přikázání lásky k Bohu a k druhým,
- víra, že člověk je předurčen k věčnému životu s Bohem a k tomu, aby vstal z mrtvých, až se Ježíš Kristus vrátí na zem,
- víra, že katolická církev je společenstvím lidí, kteří přijali svátost křtu,

- víra, že katolická církev čerpá svůj život z eucharistie,
- víra, že hříšník bude potrestán,
- víra, že katolíci se rodí s prvotním hříchem,
- víra, že každý člověk má svobodnou vůli,
- víra, že Bůh odpouští,
- víra, že každý člověk může být spasen,
- víra v poslední soud,víra v Mariino neposkvrněné početí.

Cíl a způsob jeho dosažení

Základní cestou ke spáse je víra v Ježíše Krista, který je Mesiáš a Syn Boží. Katolíci věří v Kristovu vykupitelskou smrt a vzkříšení. Členy katolické církve jsou ti, kdo přijali svátost křtu a žijí podle Božích přikázání. Podle učení katolické církve mohou dosáhnout spásy i nekatolíci, kteří žijí řádným životem.

Základní obřady:

- Kázání Božího slova,
- Udělování sedmi svátostí:
  - křest,
  - svaté přijímání,
  - eucharistie,
  - pokání (včetně zpovědi),
  - pomazání nemocných,
  - svěcení,
  - svátost manželství.

Mše svatá hraje v katolicismu ústřední roli. Katolíci se účastní mší o nedělích a církevních svátcích a nejdůležitější součástí mše je liturgie: liturgie slova – Boží učení, a liturgie eucharistie – připomínka Kristova utrpení. K dalším formám aktivního katolicismu patří breviář a různé bohoslužby: růženec, procesí, poutě, pohřební obřady, křty, biřmování. Hlavními svátky liturgického roku jsou Vánoce, Velikonoce a Letnice.

Svatá kniha

Bible je soubor knih inspirovaných Bohem. Bible se skládá ze dvou částí: Starý zákon a Nový zákon. Obsahuje popis světa, dějiny světa a morální zásady, kterými se má řídit každý křesťan, aby se zalíbil Bohu. Bible poskytuje odpovědi na existenciální otázky a formuje postoj člověka k životu. Bible a její jednotlivé části mají pro různá vyznání různý význam. Jednotlivé křesťanské tradice a větve mají své vlastní kánony Písma.

Žena a muž

Ženy a muži jsou stvořeni „k obrazu Božímu, dle podoby Boží“ (Genesis 1:26) [English Standard Version]. Nikdo na světě není stvořen k obrazu nebo podobě opačného pohlaví. Bible říká, že muži a ženy jsou si z hlediska lidské důstojnosti rovni, ale stanovuje jasný rozdíl v tom, jak obě pohlaví prožívají a vyjadřují svou lidskou přirozenost. Kombinace odlišností má pro člověka prvořadý význam. „Ženství a mužství se doplňují nejen z hlediska fyzického a psychologického, ale také z hlediska ontologického. Teprve skrze dualitu toho, co je „mužské“ a „ženské“ nachází „člověk“ plnou realizaci“ (Svatý Jan Pavel II.).

Podle Bible je žena bytostí obzvláště citlivou vůči světu, ostatním lidem, vztahům a hodnotám. A co je nejdůležitější, žena může být matkou, která se plně odevzdává, aby přivedla na svět nový život. Odtud pramení i zvláštní postavení, které v katolické církvi zaujímá Maria – žena, v níž se Bůh rozhodl přebývat. Věřící Marii uctívají a váží si jí. Prvotním povoláním ženy je být matkou, pečovat o sebe i o druhé, sdílet Boží lásku a pravdu. Žena se věnuje výchově svých dětí, aby z nich byli slušní lidé, stará se o svého manžela a rodinu, žije podle Božích přikázání. „Ženy, podřizujte se svým mužům jako Pánu. Neboť muž je hlavou ženy, jako je Kristus hlavou církve, svého těla, a sám je jejím Spasitelem.“ (Ef 5,22–24) [English Standard Version]. Katolická církev uznává důležitou roli ženy ve všech oblastech rodinného a společenského života, které se týkají vztahů a péče o druhé. Svatý Jan Pavel II. pro to použil termín „génius ženy“ či „ženský génius“.

Na druhé straně jsou k otcovství nebo kněžství povoláni pouze muži. Úlohu muže v katolické církvi nejlépe vystihují slova biblisty Józefa Kudasiewicze: „Svatý Josef odevzdal své srdce Bohu, ruce měl zaměstnané prací a ústa zavřená.“

To znamená, že člověk by měl najít cestu k Bohu, aby si uvědomil, kdo je a jaké je jeho poslání. Člověku je dána moc vládnout, sloužit druhým a vidět v nich Boha, pomáhat a chránit slabé (také své děti, manželku a matku). A měl by mluvit, když je to nutné, když je třeba reagovat, aby se zabránilo škodám, a tím přispět k budování lepších zítřků. Katolicismus navíc vyžaduje, aby muži respektovali ženy: „Muži, milujte své ženy, jako Kristus miloval církev a vydal se za ni [...] Muži by měli milovat své ženy jako své vlastní tělo. Kdo miluje svou ženu, miluje sám sebe.“ (Ef 5,25–28) [Standard English Version].

Názory na sexualitu (pohlavní styk, početí, antikoncepci, potrat)

Podle katolického učení je Boží zákon přirozený a neměnný, a proto jsou morální zásady nestranné a objektivní. Nejčastější zákazy se týkají:

- potratu (který je naprosto nepřijatelný) – katolicismus považuje potrat za porušení přikázání „nezabiješ“,
- předmanželských sexuálních vztahů,
- regulace plodnosti (antikoncepce, oplodnění in vitro) – každý sexuální akt by měl být otevřený plození,
- rozvodu (církev povoluje zrušení manželství pouze ve velmi specifických případech).

Názory na hygienu

Katolicismus předpokládá, že cokoli Bůh stvořil, je dobré, a člověk je stvořen k obrazu a podobě Boží. Sám Bůh na sebe vzal lidské tělo. Ježíš Kristus poukazuje na potřebu pečovat o své tělo jako o dar od Boha. Lidská bytost je povinna pečovat o čistotu těla i o čistotu svého nitra. Ježíš také učí, že půst a odříkání je způsob, jak najít rovnováhu mezi tělem a duší. Člověk by si měl uvědomit, že jeho tělo, stejně jako všechny hmotné statky, patří pouze tomuto světu a není konečným cílem a smyslem života.

„Proto člověk nesmí pohrdat svým tělesným životem (...) Kéž je tento volný čas náležitě využit k odpočinku, k upevnění zdraví duše i těla (...) sportovní činnosti, která pomáhá zachovat rovnováhu ducha i ve společenství.“ (Gaudium et spes 14, 61). „(...) člověk hledí na zevnějšek, ale Hospodin hledí na srdce.“ (1 Sam 16, 7) [Standard English Version].

Katolicismus odmítá operace a zákroky sloužící pouze ke zlepšení vzhledu.

Způsob oblékání pro muže a ženy

Způsob oblékání hraje v katolicismu důležitou roli. Hlavní zásadou je, že člověk by se měl oblékat důstojně a skromně, jinými slovy tak, aby vzbuzoval úctu. Katolík se obléká v souladu s pravidlem „více zakrývat než odhalovat“. Oblečení by mělo být zdrojem čisté lásky mezi pohlavími, nikoli chtíče. Podle katolické nauky může mít způsob oblékání rodičů (vhodné oblečení nošené doma) pozitivní nebo negativní vliv na proces výchovy dítěte. Ženy a muži by se měli oblékat přiměřeně své přirozenosti, kde je jasně oddělena ženskost a mužskost.

Ženy by se měly vyhýbat přiléhavému oblečení, které příliš zvýrazňuje tělo a postavu. Měly by se také vyhýbat nošení kalhot, které jsou v rozporu s jejich přirozeností, jsou nevhodné a odporují ženskosti, kterou jim Bůh dal (nošení kalhot je považováno za nošení mužského oblečení). „Ženské kalhoty“ jsou v katolicismu vnímány jako odchylka od kodexu oblékání katolické ženy, která by měla následovat Mariin příklad. Kromě mimořádných okolností, kdy je nošení kalhot od žen vyžadováno (např. v souvislosti s prací), by se měly jejich nošení při jiných příležitostech vyvarovat. Důležité je také zakrýt si ramena během bohoslužeb nebo při turistických návštěvách kostelů.

Muži by se měli vyhýbat přiléhavému oblečení a neukazovat holou hruď (být bez trička i doma, zejména v přítomnosti dětí).

Plavky jsou pro katolíky kontroverzní, protože jsou přiléhavé a mohou v druhých vyvolávat hříšné myšlenky. Katolicismus doporučuje, aby se lidé koupali na odlehlých místech. Muži i ženy by se měli vyvarovat sporému odění, které neposkytuje dostatečné zahalení.

Postoj ke zdraví a profylaxi

Péče o zdraví je povinností každého katolíka. Všichni by se měli zajímat o svůj zdravotní stav, využívat pomoc a podporu zdravotnických zařízení. Podle katolické nauky usnadňuje prevence proces léčení a uzdravení, proto by se katolíci měli aktivně účastnit preventivních vyšetření a kampaní.

Výživa a stravování

Vždy se doporučuje umírněnost. V určité dny je zakázáno jíst maso a masné výrobky: Popeleční středa, Velký pátek a všechny pátky v postní době. Někteří katolíci se postí každý pátek. Půst je formou pokání a připomínkou lidské slabosti.

Nadměrná konzumace jídla a pití vede přímo k řadě dalších hříchů: egoismu, lenosti, obžerství, neochotě modlit se nebo pomáhat druhým. Nadměrná konzumace jídla a pití může být také příčinou duševních poruch, jako je anorexie, bulimie nebo alkoholismus. „Zdrženlivost od masa nebo od jiného jídla, jak hlásala i biskupská konference, je třeba dodržovat všechny pátky, pokud na pátek nepřipadne den velebnosti. Na Popeleční středu a Velký pátek se má zachovávat zdrženlivost a půst.“ (Kodex kanonického práva 1251). Podle katolické nauky je též nutné se vyhýbat plýtvání potravinami. Benedikt XVI. ve svém encyklickém listu *Caritas in veritate* píše: „nákup je vždy záležitostí morální – nikoli pouze ekonomickou“. Mezi tělesné skutky milosrdenství, které by měl konat každý křesťan (Katechismus katolické církve), patří následující skutky lásky:

- nakrmit hladové,
- napojit žíznivé.

Nemoc a smrt

Jan Pavel II. napsal o smrti: „svět není schopen učinit člověka šťastným, svět není schopen osvobodit člověka od utrpení, konkrétně není schopen osvobodit ho od smrti“. V katolicismu jsou nemoc, utrpení a smrt neodmyslitelnou součástí lidského života. Úzkost nebo strach z utrpení či nemohoucnosti jsou považovány za normální reakci. Nemoc je v katolicismu morální výzvou pro nemocného, pro jeho okolí – rodinu a přátele, pro zdravotníky i pro církev.

Mezi tělesné a duchovní skutky milosrdenství, které by měl konat každý křesťan (jak je předepsáno v Katechismu katolické církve), se řadí:

- navštěvovat nemocné,
- pohřbít mrtvé,
- modlit se za živé i mrtvé.

To nejlepší, co může člověk v nemoci udělat, je modlit se, protože modlitba je způsob, jak se spojit s Bohem. I když je modlitba nemocného člověka modlitbou sobeckou (je to prosba o uzdravení), je morálně oprávněná. Podle katolické nauky se trpící člověk otevírá Boží milosti, kterou Bůh vždy dává. Proto by modlitba nemocného měla být nejen prosebnou, ale také děkovnou modlitbou.

Tváří v tvář smrti je nejdůležitější, aby umírajícího doprovázel Ježíš Kristus a církev prostřednictvím slova, modlitby a svátostí, které se nemocnému udělují. Zvláštní role je přisuzována *viatiku* (latinské slovo znamenající „zásobu na cestu“;

via – „cesta“) – svatému přijímání podávanému nemocnému v přibližném nebezpečí smrti, které je vnímáno jako duchovní pokrm na cestu k věčnému životu. Ze všech křesťanských denominací se *viatikum* praktikuje zejména v katolicismu. Pomazání nemocných je svátost udělovaná živým. Jejím účelem je uzdravovat ve jménu Ježíše Krista a povolat pokřtěného umírajícího ke spojení s velikonočním tajemstvím. Je to „svátost přechodu ze smrti do života, z tohoto světa k Otci“ (Katechismus katolické církve 1524).

Zesnulý by měl být očištěn a oblečen do svých šatů. Do rukou zesnulého se vkládá růženec a do rakve se často přidává modlitební knížka. Na zvláštní přání zesnulého se koná pohřební obřad, poté se rakev uloží do hrobu a rodině zesnulého se vyjádří soustrast (i když stále častěji jsou účastníci pohřbu rodinou žádáni, aby soustrast nevyjadřovali). Rodina zesnulého často pořádá po pohřbu kar.

Na žádost rodiny se může konat obřad za zemřelého v určitý den, např. 30 dní po úmrtí. Rodina a přátelé přinášejí na hrob květiny a svíčky (zejména o Velikonocích, Vánocích, svátku Všech svatých nebo např. v den narozenin zemřelého). Kremace je katolickou církví povolena.

Komunikace a sdílení informací

Na univerzální i místní úrovni církev uznává čtyři hlavní cíle náboženské výchovy: výchovu, vyučování, iniciaci a evangelizaci. Proces náboženské výchovy je vnímán jako poslání hlásat Božímu lidu radostnou zvěst. Je to také úkol zadaný Ježíšem Kristem: „Jděte do celého světa a hlásejte evangelium všemu stvoření“ (Mk 16,15), resp. „Proto jděte a získávejte za učedníky všechny národy“ (Mt 28, 19–20).

Každá náboženská výchova by měla vést k lepšímu poznání Boha a prohloubení víry. Každé úsilí vynaložené v tomto ohledu je otevřeným komunikačním aktem, při němž se využívají nástroje, které nabízejí metodiky výuky, ale také vědy o sociální komunikaci. Veškeré úsilí by mělo sloužit jedinému cíli: co nejúčinněji zprostředkovat Boží zjevení.

Aby byla náboženská výchova věrná Bohu a lidem, musí neustále hledat nové formy dialogu. Katolicismus proto dovoluje používat nejmodernější formy komunikace, včetně internetu.

Informace o úmrtí osoby se sdělují formou nekrologů s uvedením data a místa konání pohřebního obřadu. Při bohoslužbách ve všední dny i při nedělních a svátečních mších kněz informuje shromáždění o všech zemřelých farnících s uvedením věku a plánovaného data pohřbu. Nekrology slouží rodinám také k poděkování účastníkům pohřbu, kteří doprovázeli zesnulého na jeho poslední cestě.

2.1.1.2. Protestantismus

Protestantismus je další křesťanskou denominací (vedle katolicismu a východní pravoslavné církve). Název „protestantismus“ (latinsky *protestari* – veřejně prohlásit, protestovat) pochází z protestů evangelíků (konkrétně luteránů) na sněmu ve Speyeru v roce 1529. Tehdy bylo přijato usnesení zakazující lidem konvertovat k evangelictví.

Přehled

Protestantismus se zaměřuje na božství Ježíše Krista jako člověka narozeného z Panny, který zemřel za hříchy lidstva, vstal z mrtvých, vstoupil na nebesa a vrátil se na zem. Stoupenci tohoto křesťanského hnutí jsou považováni za nejaktivnější. Za přední protestantské církve se považují luteráni, kalvinisté, anglikáni, baptisté, metodisté a adventisté neboli letniční.

Podle statistik se k protestantismu hlásí zhruba 800 milionů lidí na celém světě, což představuje 40 % všech křesťanů. V Polsku působí několik protestantských církví (žádná není dominantní):

- Evangelická církev augsburského vyznání v Polsku (luteránská),
- Evangelická reformovaná církev (kalvinismus),
- Sjednocená evangelická církev,
- Církev adventistů sedmého dne,
- Polská církev křesťanských baptistů,
- Metodistická církev.

K protestantské církvi se hlásí 146 tisíc Poláků. V České republice zaujímají stoupenci této církve 0,9 %, v Bulharsku 1 %.

Zakladatel

31. října 1517 přibil Martin Luther na dveře zámeckého kostela ve Wittenbergu svých 95 tezí na protest proti zneužívání páchanému katolickou církví. Tato událost znamenala počátek obnovy církve zvané reformace, která nakonec dala vzniknout novému křesťanskému hnutí – protestantismu.

Bůh

Ježíš Kristus je považován za jediného prostředníka mezi Bohem a lidmi. Protestanti se více zaměřují na Ježíšovo lidství než na jeho božství (na rozdíl od příslušníků katolické a východní pravoslavné církve).

Klíčové pojetí myšlenek

Protestantismus se staví proti některým vybraným doktrínám a prvkům tradice římskokatolické církve, ačkoli sdílí stejné teologické myšlení (valdenští – Piotr Waldo, husité – Jan Hus).

Charakteristika protestantské víry

- Nadřazenost Bible nad tradicí (princip *Sola Scriptura*); Ježíš Kristus je považován za jediného prostředníka mezi Bohem a člověkem (princip *Solus Christus*).
- Absolutní odmítnutí apoštolské posloupnosti (svědectví vydaného apoštoly), která je omezena na původní pojetí, zúžené na učení, tj. na slovo. V protestantismu je chápána jako posloupnost úřadu. Na podporu svého názoru se protestanti odvolávají na slova z evangelia svatého Jana (17,20): „Neprosím jen za tyto, ale i za ty, kdo ve mne uvěří skrze jejich slovo“ [Standard English Version].
- Princip všeobecného kněžství věřících.
- Heterodoxní přístup k prvkům, jako je uctívání obrazů, relikvií, svatých postav a míst, uctívání Marie. Protestantismus také odmítá učení o očistci, odpustky, celibát kněží, církevní řády, papežskou autoritu, sloužení mše v latině, individuální zpověď. Omezuje se také počet svátostí.
- Sláva náleží pouze Bohu. Uctívání kohokoli nebo čehokoli jiného než Boha je modloslužba (zásada *Soli Deo Gloria*).
- Protestantismus zdůrazňuje, že člověk potřebuje ke svatému životu Boží milost (princip *Sola Gratia*) a Ducha svatého. K přijetí Boží milosti stačí víra. Milost a spása nevyplývají ze skutků dobra nebo náboženských praktik (zásada *Sola fide*).

Cíl a cesta ke spáse

Spása je založena na principu *Sola Gratia*. V protestantismu je spása darem od Boha, aktem Boží milosti a lze jí dosáhnout pouze skrze víru. To je základní protestantská víra týkající se spasení.

Hlavní rituály

Protestanti se modlí v autonomních sborech, které nemají vnitřní hierarchii. To znamená, že každý stoupenec může organizovat náboženský život svého společenství. Mše svatá se slouží pouze v mateřském jazyce kongregace, nikdy ne v latině.

Protestanti neuctívají Matku Boží, nepraktikují individuální zpověď (prostřednictvím kněze), ale praktikují zkoumání vědomí, individuální rozhovor s duchovním, univerzální zpověď při bohoslužbách.

Hlavní svátky: Velký pátek, Velikonoce, Letnice a Den reformace (jako vzpomínka na Martina Luthera), Den díkůvzdání (v USA a Kanadě, v Polsku pouze na venkově).

Nejdůležitější svátostí je přijímání Božího slova s vodou, vínem a chlebem. Proto mají protestanti pouze dvě svátosti – křest a eucharistii v podobě chleba představujícího Kristovo tělo a vína představujícího jeho krev. Zpověď se skládá ze dvou částí – vyznání hříchů a rozhřešení. „Zkoumej mě, Bože, a poznej mé srdce! Zkoušej mě a poznej mé myšlenky! Zjisti, zda je ve mně těžké cesty, a veď mě onou cestou k věčnosti!“ (Žalm 139, 23–24) [Standard English Version].

Hudba hraje v protestantismu důležitou roli. Je zvláštní formou uctívání Ježíše Krista.

Svaté obřady

Křest – uděluje se pouze a výhradně s informovaným souhlasem katechumena (osoby připravující se na členství v církvi). Svátost se uděluje úplným ponořením do vody. Den křtu je slavnostním dnem pro celou obec a obvykle po něm následuje společné jídlo zvané *agapé* (hostina lásky). Evangelikální církve nekřtí kojence. Novorozeňata dostávají zvláštní požehnání, modlitbu (i za rodiče) za ochranu a rozvoj, ale nikdy nejsou pokřtěna. Dítě se samo rozhodne, zda chce zůstat ve sboru.

Biřmování (obdoba prvního svatého přijímání a biřmování v katolické církvi) – vkládání rukou k předání daru Ducha svatého (římskokatolická a pravoslavná církev neuznávají protestantské biřmování).

Svěcení (presbytera, faráře, jáhna) a uvedení do úřadu po splnění formálních požadavků (stáže, zkoušky, vikariát) – kandidát stojí před shromážděním. Jeho mentoři, kteří ho učili a vedli, ho uvádějí do úřadu také prostřednictvím modlitby a prosí shromáždění o dobré skutky. Je povoleno také svěcení žen. Protestantismus je založen na principu všeobecného kněžství věřících. Funkce představeného sboru je čistě formální.

Umývání nohou a pečetění Duchem svatým (praktikované v některých společenstvích) je symbolem trvalého vykoupení skrze moc Ducha svatého, který přebývá v člověku, a příslušnosti ke spaseným. Má také chránit člověka před satanovými pokušeními. Je to pečetění Kristovou pečetí. Ten, kdo pečetí, je plně zodpovědný za toho, koho zapečetil, a daná pečeť platí až do dne spásy.

Manželství není v protestantské církvi svátostí (ale svazkem dvou lidí, a tedy projevem Božího plánu), pokud nemá příslušnou smlouvu uzavřenou se státem. Zde je manželství dvou lidí (nupturientů) pouze aktem projevu svobodné vůle. Tam, kde jsou církvi svěřena práva státu (konzervativní církve), pak duchovní plní i funkci státního úředníka a manželství je právně závazným aktem. Konzervativní církve se staví proti sňatkům s nevěřícím.

Protestantské církve povolují rozvod manželství ve dvou případech: cizoložství a opuštění nevěřícím (Pavlovo privilegium). Nevinné (opuštěné) osobě je přiznán rozvod a právo uzavřít nové manželství (jako by manželský partner byl zesnulý). Liberálnější církve uznávají státní rozhodnutí o udělení rozvodu a fakt rozpadu manželství.

Svatá kniha

Protestantská Bible zahrnuje Starý a Nový zákon. Nový zákon se skládá ze stejného počtu knih (27) jako katolická Bible. Skládá se především z evangelií a listů svatých. Nový zákon představuje Boží království a spasení, které hlásal sám Ježíš Kristus a jeho učedníci. Starý zákon se skládá z 39 knih (oproti 46 knihám v katolické Bibli).

Žena a muž

Role a povinnosti manželů jsou předmětem široké diskuse. Obecně lze protestanty na základě jejich názorů na manželské role a povinnosti rozdělit do dvou skupin:

- komplementaristé (např. baptisté, kalvinisté) vidí manželství jako partnerský vztah řídící se příkladem vzorové křesťanské rodiny, kde je muž hlavou rodiny a žena je mu podřízena (výslovně se zdůrazňuje, že žena nemá mít žádné nadřazené postavení, proto jsou tato protestantská hnutí proti svěcení žen),
- egalitáři (především kvakeři, adventisté sedmého dne, letniční) – absolutní partnerství manželů, plná rovnost mezi nimi. Vzájemně se dohodnou na rolích a povinnostech v manželství.

Martin Luther si všiml problému svobodných žen. Angažoval se v hledání možností, jak jim zajistit bydlení a ošacení a uspokojit jejich základní potřeby, včetně snahy najít jim manžela.

Názory na sexualitu

Sexuální etika je etikou celé rodiny. Mít děti není podstatou manželství. Církev nabízí podporu bezdětným párům, pomáhá jim s adopcí a povzbuzuje je k zakládání pěstounských rodin, které jsou považovány za nejlepší způsob, jak usilovat o rodičovské naplnění. Církev uznává potřebu mít vlastní děti, proto schvaluje oplodnění *in vitro*. Luteránská církev zdůrazňuje úctu k lidskému životu, postuluje absolutní ochranu lidských embryí a schvaluje pokrok v medicíně, pokud není na úkor člověka. Kategoricky se staví proti využívání lidí ve výzkumu. *In vitro* je přijatelné, pokud nedojde ke zmrazení (nadměrného množství) embryí pro jiné účely než pro zavedení do těla matky.

Sexuální etika: V protestantské církvi není pohlavní styk vnímán jako hřích, ale jako zvláštní dar od Boha. Různé formy pohlavního styku a antikoncepce jsou povoleny – rozhodnutí je na uvážení jednotlivce. Protestantismus se však staví proti nouzové antikoncepci a považuje její užívání za potrat. Za zakázané sexuální chování se považuje jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost, např. mrzačení pohlavních orgánů, mimomanželský sex, prostituce a pornografie.

Celibát: zrušení celibátu je důsledkem debat římské kurie s reformátory. Koneckonců podle protestantského učení je pastor pouze jedním z věřících – není prostředníkem mezi Bohem a člověkem. Proto může mít pastor při výkonu své funkce manželku.

Názory na hygienu

V protestantismu se světová „hygiena“ vztahuje k vědomí člověka, k jeho vnitřnímu já. Protože tělo je dar od Boha, měl by si ho člověk vážit, pečovat o něj a dodržovat osobní hygienu.

Způsob oblékání pro muže a ženy

Vzhled člověka by neměl ovládat každodenní život lidí. Patří do hmotného světa a neslouží ke spáse.

Stejně jako v katolicismu Bible hovoří o skromném, pokorném oděvu zakrývajícím tělo. Oblečení by nemělo podněcovat sexuální myšlenky u opačného pohlaví, proto je nepřijatelné příliš přiléhavé oblečení. Ženy si mají při shromážděních sboru zakrývat ramena. Nadměrné šperky jsou vnímány jako svádění a flirtování, a proto způsobí přímý Boží soud.

Názory na zdraví a profylaxi

Protestantská církev věnuje zvláštní pozornost:

- posílení a rozvoji zdravotní péče: rozvoji lékařských ústavů, center pro rizikové těhotenství a fetální terapii, pediatrii, geriatrii,
- přístupu státu k dohledu nad genetickým výzkumem (protestantismus se kategoricky staví proti lékařským pokusům, které mohou být škodlivé pro člověka).

Jak je uvedeno v Bibli, každý křesťan by měl pečovat o své zdraví a v případě potřeby využívat dostupnou farmakologickou i nefarmakologickou léčbu. Na rozdíl od katolické a východní pravoslavné církve protestanti uznávají praxi nadpřirozeného léčitelství.

Výživa a stravování

Stravování by mělo být skromné. Plýtvání jídlem je zakázáno. Oslavy ve shromáždění zahrnující nějaký druh hostiny jsou spíše konvenční. Pití alkoholu je u protestantů individuální záležitostí, nadměrné pití nebo opilost jsou však stigmatizovány.

Půst, který je chápán jako zdržení se veškerého jídla alespoň na jeden den a často i na delší dobu, je pro protestanty velmi důležitý. „Cožpak si nevybírám tento půst: ztratit pouta špatnosti, rozvázat řemeny jha, propustit utlačované na svobodu a zlomit každé jho? Což to není podělit se o chléb s hladovým a chudáka bez domova přivést do svého domu, když vidíš nahého, přikrýt ho a neskrývat se před vlastním tělem?“ (Iz 58,6–7).

Někdy se postící ani nenapijí vody. Pro délku půstu a jeho formu neexistují žádná pravidla – záleží na uvážení dotyčného. Za zmínku stojí, že v protestantské dominanci nemá půst žádný tradiční ani liturgický význam: je to pouze forma modlitby. Má se za to, že půst je vyjádřením vztahu každého člověka s Bohem.

Názory na nemoc a smrt

Podle protestantského učení je uzdravující milost dostupná každému, kdo má víru a důvěru v Boha. Protestantismus také uznává jako pravdivé dary nadpřirozeného uzdravování. Nepodkopává ani nezpochybňuje výdobytky medicíny. Nemocní jsou často pomazáni olejem za účelem uzdravení. Tento obřad provádějí starší

členové sboru. Pravidla pro návštěvu nemocných a umírajících jsou stanovena v Agendě [liturgické knize] z roku 1968. Protestantismus a katolicismus se v postoji ke smrti podstatně neliší.

V největší protestantské církvi v Polsku – Evangelické církvi augsburského vyznání – upravuje pravidla pohřebních obřadů Agenda Pogrzebowa (Pohřební agenda) z roku 1955. Obřad je podobný obřadu katolické církve. Protestantismus povoluje kremaci.

Komunikace a sdílení informací

Stejně jako v katolicismu by měl každý člověk hledat svou vlastní individuální formu dialogu s Bohem. Důležitost se přikládá rozšiřování vlastních znalostí (náboženství), individuálním rozhovorům s farářem sboru, hledání odpovědí na existenciální otázky a využívání nejmodernějších technologií (např. internetu). Protestanti se aktivně zapojují do misijní, vzdělávací a sociální práce.

Další informace

- Někteří tvrdí, že Martin Luther byl průkopníkem nacismu, autorem protižidovských spisů, vydíral ostatní, aby vypalovali synagogy a židovské příbytky. Mělo jít o pomstu židům odmítajícím jeho názory.
- Navzdory četným podobnostem mezi katolickou a protestantskou církví byl protestantismus od svých počátků až do současnosti neustále papeži římskokatolické církve odsuzován.

2.1.1.3. Východní pravoslavná církev

Řecké slovo *orthodoxia* se obecně vztahuje ke křesťanství a má dva významy: sláva a pravá víra. Východní pravoslavná církev má autokefální status, což znamená autonomii místní církve jako samostatného subjektu, který tvoří součást univerzální církve. Jinými slovy, všechny východní pravoslavné církve existují ve společenství víry, kanonického práva a liturgie (společné chápání ducha a bohoslužeb).

Přehled

Nejvíce členů východní pravoslavné církve žije ve východní Evropě. Pravoslavní křesťané převažují mezi obyvateli (více než 80 %) následujících zemí: Moldavsko, Řecko, Rumunsko, Ukrajina, Srbsko, Bulharsko, Gruzie, Černá Hora, Kypr, Bělorusko, Rusko.

Charakteristickým rysem východní pravoslavné církve je koncilita (synodalita) církevní správy a rovnost všech biskupů – *primus inter pares* (latinský výraz znamenající „první mezi rovnými“).Východní pravoslavná církev se skládá z autokefálních církví a místních (autonomních) církví (které nejsou zcela nezávislé).Pravoslavné vyznání má v polských dějinách své zvláštní místo, které souvisí se slovanským obřa-

dem z roku 863. Byla to raná fáze dějin polského státu a doba evangelizace svatým Cyrilem a Metodějem (jediným pokračovatelem jejich tradice je polská pravoslavná církev). Vznik východní pravoslavné církve v Polsku – respektive příslušníků tohoto vyznání – souvisí se dvěma událostmi:

- christianizace Rusi v roce 988,
- četné změny polské východní hranice.

Z historických důvodů je největší počet obyvatel východní pravoslavné církve v Polsku v Białystoku a nejmenší v centrálním Polsku.

K východní pravoslavné církvi se hlásí 507 tisíc Poláků (stav ke konci roku 2018), ale algoritmus použitý při sčítání lidu (2011) uvádí číslo 156 tisíc. V České republice má východní pravoslavná církev zhruba 30 tisíc stoupenců, zatímco v Bulharsku je to téměř 83 % obyvatel (východní pravoslavná církev je tam největší náboženskou skupinou).

Zakladatel

Ježíš Kristus. Ke konečnému rozkolu mezi východní a katolickou církví došlo v roce 1054 kvůli neshodám ohledně původu Ducha svatého.

Bůh

Podle učení východní pravoslavné církve existuje jeden pravý Bůh dvojí povahy – plně božský i plně lidský. Existuje jeden Bůh ve třech osobách: Otec, Syn a Duch svatý. Duch svatý je třetí božskou osobou, která vychází z Otce a Syna jediným dechem (to je hlavní rozdíl ve vnímání „původu“ Ducha svatého mezi katolickou a východní pravoslavnou církví).

Maria, vnímaná jako Matka Boží a Matka všech lidí, má zvláštní postavení ve východní pravoslavné církvi, která uznává její věčné panenství a Nanebevzetí. Nadřazenost Matky Boží zastiňuje postavy všech ostatních svatých a andělů v nebi. Panna Maria je druhou nejdůležitější osobou po samotném Bohu. Je ochránkyní a pomocnicí. Úcta k Marii se projevuje v množství svátků spojených s jejím jménem. Názvy ikon, které ji zobrazují, odrážejí hlubokou víru v její péči – často je nazývána „Horlivá pomocnice“, „Radost trpících“, „Pomocnice hříšných“.

Cíl a cesta k jeho dosažení

Členové východní pravoslavné církve věří, že s druhým příchodem Krista vstanou z mrtvých a budou žít věčně v Božím království. Věří také ve věčnou duši a v poslední soud (Kristus přijde soudit živé i mrtvé).

Hlavní rituály

Hlavní povinností východní pravoslavné církve (tj. všech věřících) je hlásat světu Slovo Ježíše Krista a udělovat svátosti, které jsou viditelným znamením neviditelné Boží milosti a svou moc čerpají od Krista.

Východní pravoslavná církev uznává sedm svátostí rozdělených do tří skupin:

- svátosti křesťanské iniciace: křest, biřmování a eucharistie,
- svátosti uzdravení: svátosti pokání a smíření, pomazání nemocných,
- svátosti služby: svátostné svěcení a manželství.

Ve východní pravoslavné církvi se přijímání podává kojencům po křtu, a když jsou schopni rozlišit dobro od zla (ve věku 6–7 let), jsou připuštěni ke svátosti pokání, lítosti a zpovědi (řecky *metanoia* nebo *exomologisis*; cs. *pokajanije* nebo *ispoviedanije)*. Po zpovědi jsou hříchy odpuštěny a hříšník se znovu sjednocuje s církví, proto se tato svátost často označuje jako „druhý křest".

Zpověď a pokání se dříve konaly před celým shromážděním. Časem se zpověď změnila v soukromý rozhovor mezi duchovním a zpovídajícím se člověkem. Duchovní nesmí prozradit, co mu bylo vyznáno. Ve východní pravoslavné církvi se zpověď nevykonává ve zpovědnici, ale v jakékoli vhodné části kostela, obvykle právě před ikonostasem. Duchovní a zpovídající se osoba mohou stát nebo sedět kdekoli v kostele, pokud jsou obráceni ke kříži. Mnozí členové východní pravoslavné církve mají svého „duchovního otce". Každé svátosti předchází vzývání Ducha svatého.

Mnozí teologové pravoslavné církve považují za svátost události, jako je obřad stříhání vlasů mnicha, posvěcení kostela, žehnání svěcené vody na svátek Zjevení Páně, liturgické požehnání a pohřeb. Zdroj neshod ohledně skutečného počtu svátostí spatřují v absenci ustálené definice svátosti. Ačkoli východní pravoslavná církev oficiálně neuznává žádný konkrétní počet svátostí, panuje zvyklostní shoda, že svátostí je sedm: křest, biřmování, eucharistie, pokání, kněžské svěcení a manželství.

V pravoslavné církvi je dvanáct velkých svátků. Slavení má být skutečným „prožíváním", nikoli připomínkou konkrétních událostí:

- Narození Bohorodičky (Panny Marie), 8. září [21. září],
- Povýšení kříže, 14. září [27. září],
- Obětování Panny Marie, 21. listopadu [4. prosince],
- Narození Páně (Vánoce), 25. prosince [7. ledna],
- Křest Krista (Teofanie, též Zjevení Páně), 6. ledna [19. ledna],
- Obětování Ježíše v chrámu (Hromnice), 2. února [15. února],
- Zvěstování, 25. března [7. dubna],
- Vjezd do Jeruzaléma – Květná neděle (neděle před Velikonocemi),
- Nanebevstoupení Krista (čtvrtek, čtyřicet dní po Velikonocích),
- Letnice (neděle padesát dní po Velikonocích),
- Proměnění Páně, 6. srpna [19. srpna],
- Uspání Bohorodičky, 15. srpna [28. srpna].

Svatá kniha

Společenství Bible a Tradice. Bible je pro vyznavače základní a ústřední knihou. Je vnímána jako autoritativní hmotný vklad víry. Tradice je chápána jako hlásání slov

Bible, učení, nauky a spisů církevních otců, symbolů víry a obřadů. Ve východní pravoslavné církvi je povolena ikonografie (na rozdíl od protestantismu).

Žena a muž

Žena a muž byli stvořeni, aby tvořili jednotu. Ačkoli apoštolové hlásali, že hlavou rodiny je muž, a nikoli žena, východní pravoslavná církev zdůrazňuje, že „přednost" neznamená nerovnost. Moc muže je pouze mocí lásky.

Muži i ženy by měli pečovat o rodinu, příbuzné a přátele. Zvláštní pozornost je věnována péči a podpoře nemocných, umírajících a osamělých. Pravoslavní křesťané by měli dobře pečovat o vzdělání a výchovu svých dětí. Svěcení žen ve východní pravoslavné církvi není povoleno. Klíčové funkce vykonávají muži.

Názory na sexualitu (pohlavní styk, početí, antikoncepci a potrat)

Podle učení východní pravoslavné církve je pro manželství prioritou čistota jako základ lásky. Sexuální akty jsou ve svátostném manželství povoleny a měly by být výrazem věrné lásky. Zplození potomka není nutnou podmínkou sexuálního aktu. Je pouze jedním z cílů manželství. Tím nejdůležitějším je akt sjednocení.

Antikoncepce je povolena, pokud člověk získá požehnání od duchovního otce. Potrat jako takový a jakákoli forma vyvolání potratu je zakázána.

Východní pravoslavná církev vyzývá své členy, aby respektovali homosexuály. Odlišná sexuální orientace není považována za hřích. Sexuální jednání mezi lidmi stejného pohlaví je však hříšné.

Názory na hygienu

Každý člověk by měl pečovat o své tělo a dodržovat správnou hygienu z úcty k Bohu a k životu, který mu Bůh dal.

Způsob oblékání pro muže a ženy

Každodenní oděv by měl být čistý a oděv nošený na slavnostech by měl být elegantní a formální. Je zakázáno odhalovat nahé tělo. Ženy by si měly zakrývat ramena a výstřih a nosit šaty nebo sukně přiměřené délky. Při vstupu do kostela by si ženy měly rovněž zakrýt hlavu. Muži (zejména během bohoslužeb) by měli nosit košile s dlouhými rukávy a dlouhé kalhoty.

Názory na zdraví a profylaxi

Podle učení východní pravoslavné církve je Bůh nejvyšším lékařem a léčitelem a věřící by se k němu měli modlit a svěřovat mu své prosby, žádosti a vděčnost. Nadřazeným cílem medicíny je široce chápaná profylaxe, zahrnující nejen prevenci nemocí, ale také předvídání a podporu kulturních vzorců týkajících se ochrany společenského a přírodního prostředí. Účelem profylaxe je odradit patogeny přímo působící na lidský organismus. Podle učení východní pravoslavné církve je medicína

interdisciplinární vědou využívající výdobytky všech ostatních věd. Lékařská péče má liturgický význam. Spojuje v sobě čtyři základní dimenze: therapeia (léčba), epimeleia (péče), diaconia (služba druhým), leitourgia (služba Bohu).

Výživa a stravování

Podle Bible by se nemělo plýtvat potravinami. Pro východní pravoslavnou církev je charakteristické dodržování velmi přísných pravidel půstu. Během půstu a svatého týdne je zakázáno jíst maso, ryby a další živočišné produkty (včetně mléčných výrobků). V tradici východní pravoslavné církve existují jednodenní nebo vícedenní půsty:

- jednodenní půst je vždy přísný – pátek (den Ježíšova utrpení a smrti), středa (den, kdy byl Ježíš zrazen a zajat),
- vícedenní půst – půst při narození Páně (40 dní), půst a svatý týden (50 dní), půst při usnutí (14 dní).

Měli bychom se dělit o jídlo s potřebnými a přinášet požehnané pokrmy nemocným nebo umírajícím.

Názory na nemoc a smrt

Pokud jde o nemoc a smrt, východní pravoslavná církev se řídí slovy z Matoušova evangelia (Mt 25, 31–46), že nebudeme souzeni za porušení přikázání, ale za náš postoj k druhým.

Pomoc a asistence nemocným je základní povinností pravoslavného křesťana na cestě ke spáse.

Východní pravoslavná církev povoluje lékařskou pomoc a použití všech známých metod léčby, pokud nedojde k poškození jiné osoby (např. transplantace ledviny od živého dárce).

Nemocní se modlí v nemocniční kapli nebo u ikony, kříže, svěcené vody, požehnaného velikonočního chleba (artosu) nebo prosfory (malého lístku kvašeného chleba, který se používá k podávání svatého přijímání), kterou mohou mít u svého lůžka.

Rodinní příslušníci nemocného se modlí individuálně a v kostele, kde je nemocný zmíněn během liturgie. Oblíbenou formou modlitby je Moleben – bohoslužba konaná po svaté liturgii na zvláštní úmysl nemocného (během bohoslužby se žehná jídlo, které účastníci konzumují a přinášejí nemocnému, aby mu pomohlo v uzdravení).

Nemocný přijímá tyto svátosti: zpověď, eucharistii, pomazání nemocných (tzv. *soborowanije)* jako prosbu za uzdravení z nemoci (těla i duše). Svátosti uděluje duchovní. V případě jeho nepřítomnosti je informována nejbližší farnost.

Když nemocný zemře v nemocnici, rodina přinese svatý křížek (položený na krk zemřelého) nebo ikonu (vloženou do rukou zemřelého). Když nemocný zemře doma, rodina uspořádá smuteční obřad a modlí se před zapálenými svíčkami. Rodině je vyjádřena soustrast. Rakev se nechává otevřená. Před pohřbem se tělo zemřelého omyje a oblékne do elegantního oděvu. Pohřební obřad se koná druhý den po smrti.

V případě příbuzného prvního stupně (manžel, rodič, sourozenec) trvá smutek jeden rok – truchlící má nosit pouze černou barvu. „Lehký“ smutek se dodržuje v případě vzdálenějších příbuzných – muži mají nosit černou pásku a ženy černý šátek nebo šálu na hlavě po dobu čtyřiceti dnů.

Členové pravoslavné církve se kremaci vyhýbají (pokud to není nutné). Péče o duši zesnulého pohřbem nekončí. Podle tradice potřebuje lidská duše na cestě do nebe pomoc, protože cesta se skládá z několika etap – procházení vzdušnými mýtnicemi (3., 9., 20. a 40. den po smrti). V těchto dnech se konají zvláštní zádušní mše za duši zemřelého, při nichž se žehná zvláštní jídlo (koliva). Nejdůležitější je liturgie 40. dne po smrti. Věří se, že v tento den se duše definitivně rozloučí se světem a přesune se tam, kde zůstane navždy. Až do 40. dne se hrob navštěvuje každý den. Zapalují se olivové lampy a svíčky a rodina se modlí (tradiční rodiny také během 40 dnů polévají hrob vínem a dělají znamení kříže). Po uplynutí této doby se hrob navštěvuje podle rozhodnutí rodiny, nejčastěji v pátek, v den utrpení Krista.

Komunikace a sdílení informací

Veškeré informace se sdělují ústně, v přímém rozhovoru s duchovním, a písemně. Stejně jako v případě dalších dvou výše zmíněných denominací využívá východní pravoslavná církev internet a má své webové stránky.

Informace o pohřbech jsou poskytovány písemně (nekrology obvykle obsahují fotografii zesnulého), ústně nebo telefonicky – jak bezprostředně po úmrtí, tak 9., 20. a 40. den po úmrtí, kdy se konají smuteční obřady za zesnulého.

Shrnutí – hlavní otázky týkající se poskytování lékařské péče křesťanským pacientům (katolíkům, protestantům nebo členům východní pravoslavné církve)

- V souvislosti s poskytováním lékařské péče je třeba si uvědomit velké rozdíly mezi křesťanskými denominacemi. Všechny křesťanské denominace však mají mnoho společného.
- Je vhodné se seznámit se základy křesťanského náboženství, abyste se mohli pacientovi věnovat s potřebným uvědoměním a profesionalitou.
- Katolíci, protestanti i pravoslavní křesťané se při pobytu v nemocnici modlí (často s pomocí Bible), přijímají svátosti, kontaktují se s duchovním svého vyznání, chodí ke zpovědi, dodržují půst, slaví vybrané svátky.
- Všechna křesťanská vyznání oceňují pokrok a prostředky medicíny, pokud jde o léčbu. Všechna se důrazně staví proti potratům a souvisejícím zákrokům.
- V souvislosti s lékařskou (a nemocniční) léčbou se objevují velké rozdíly v počtu uznávaných svátostí, obsahu modliteb a symbolů víry doprovázejících pacienta, v různých dnech svátků a půstů.
- Každý pacient by měl mít možnost se modlit. Modlitby by neměly být přerušovány. Pacienti by měli mít při modlitbě soukromí.

- Potřeba pacientů modlit se by měla být řešena zajištěním dostupnosti náboženských symbolů daného vyznání (např. růženec, svatý obrázek, modlitební knížka, ikona atd.) na nočním stolku.
- Pacienti by měli mít k dispozici duchovního svého vyznání.
- Pacienti by měli mít možnost přijmout svátosti (např. eucharistii, pomazání nemocných) v místě pobytu.
- Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, měl by mít možnost účastnit se liturgie.
- Pacienti by měli mít možnost si číst Bibli.
- Rodina a přátelé by měli mít možnost pacienty navštěvovat (pokud to jejich zdravotní stav umožňuje) nebo je alespoň telefonicky kontaktovat.
- V závislosti na vyznání je třeba dodržovat pravidla půstu.
- Pacienti všech tří vyznání si uvědomují přínos prevence v péči o své zdraví. Ochotně se takových programů účastní.
- Hygiena a čisté oblečení jsou důležité pro všechna vyznání.
- Žádná denominace nepřipouští procedury zaměřené pouze na zlepšení vzhledu.
- Všechny denominace jsou proti plýtvání potravinami a Bible učí, aby se všichni dělili o jídlo s potřebnými.
- Nemoc je pro křesťana morální výzvou. Nemoc, utrpení a smrt jsou vnímány jako neodmyslitelná součást života.
- Rodina a přátelé projevují o nemocného zájem: pomáhají mu a podporují ho. Často jej chtějí doprovázet i v době smrti.
- Síla modlitby a absolutní důvěra v Boha, a to jak ze strany pacienta, tak ze strany jeho rodiny, je nesmírně užitečná.
- Tváří v tvář smrti se dodržují různé náboženské zvyklosti, včetně návštěvy duchovního a přijetí příslušných svátostí.
- Zesnulá osoba je omyta a oblečena do čistých společenských šatů. Ruce zesnulého se často pokládají na hruď.
- Křesťanské denominace dávají přednost přímému rozhovoru jako nejžádanější formě komunikace.

Hlavní rozdíly mezi protestanty, katolíky a pravoslavnými křesťany (důležité v souvislosti s nemocniční léčbou)

- Protestanti neuctívají Matku Boží.
- Jsou jedinými křesťany, kteří povolují oplodnění *in vitro* jako metodu léčby neplodnosti u manželských párů.
- Dar nadpřirozeného uzdravení uznávají jako pravý a pravdivý.
- Ke křtu se vyžaduje informovaný souhlas katechumena.

Seznam literatury

1. Alfiejew H. Perspektywy prawosławia w nowej Europie. Wiadomości Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego 2004; 5.
2. Bordeyne Ph, Morrill B. Křest a utváření identity: B.: Convergences in Ritual and Ethical Perspectives. Studia Liturgica 2012; 42: 154–175.
3. Derdej P. Status prawny Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego w III Rzeczypospolitej. Warszawa-Białystok; 2005: 21.
4. Głąb A. O naturalnej potrzebie religii i minimum chrześcijaństwa. Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria 2018; 27(3): 107.
5. Hakkela S. Między Bogiem a człowiekiem. Przegląd Prawosławny 2004; 6(228): 23–24.
6. Kałużny T. Kościół prawosławny w drodze do Świętego i Wielkiego Soboru. V: Kałużny T, Kijas ZJ. Przed Soborem Wszechprawosławnym. Kraków; 2016: 119–149.
7. Kocój E. Pamięć starych wieków. Symbolika czasu w rumuńskim kalendarzu prawosławnym. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
8. Kuprianowicz G. Prawosławie w Polsce od 1918 roku do współczesności. In: Leśniewski K, ed. Prawosławie. Światło ze Wschodu. Lublin; 2009: 786.
9. Kurowska AC, Tookman A. Medycyna paliatywna. In: Axford J, ed. Choroby vnitřní. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1999: 287–303.
10. Kwiecień M. Pomiędzy milczeniem a śpiewem, czyli „hezychazm" jako mistyczna tradycja prawosławia. W kręgu problematyki dotyczącej kształtowania świadomości religijnej. In: Drozdowicz Z, ed. Religia i religijność Europy. Poznań; 2002: 111–128.
11. Markwell HJ, Brown BF. Bioetika pro lékaře: 27. Katolická bioetika. CMAJ 2001; 165: 189–192.
12. Mazanec P, Kay TM. Cultural Considerations in End-of-Live Care: How ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. Am J Nurs 2003; 3: 50–58.
13. Mitropolit Joakinij ze Sliwen. Prawosławny katechizm i duchowe rady. Sofia: Wyd. Synodu Bułgarskiej Cerkwi Prawosławnej; 2006.
14. Nadolski B. Niedziela. Historia, znaczenie, symbolika. Kraków; 2010: 9.
15. Nowicka e. Świat człowieka – świat kultury. Warszawa; 2009: 119–120.
16. Pawluczuk U. Życie monastyczne w II Rzeczpospolitej. In: Chomik P, ed. Kościół Prawosławny w dziejach Rzeczpospolitej i krajów sąsiednich. Białystok; 2000: 154–166.
17. Pruszyński JJ, Grabowska-Grzyb A. Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. Gerontologia Polska 2007; 15(4): 128–136
18. Pruszyński JJ. Potrzeby i oczekiwania przedstawicieli różnych religii w okresie choroby. Terapia 2006; 1: 53–57.
19. Zpráva z výsledků. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: GUS; 2012: 105–107
20. Romanowicz W. Religijność wyznawców prawosławia w Polsce. Raport z badań socjologicznych. Biała Podlaska; 2012: 96
21. Romanowicz W. Świadomość religijna i moralna młodzieży prawosławnej. Biała Podlaska; 2013: 126.

22. Romanowicz W. Współczesne oblicze polskiego prawosławia. Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych 2015; 3: 159–180.

23. Skibińska-Opoka L. Geografia prawosławia w Polsce. Peregrinus cracoviensis 1998; 6.

24. Stein W. Der Grosse Kulturfarplan. Berlin: Herbig Verlagsbuchhandlung; 1993.

25. Tanner N. Krótka historia Kościoła katolickiego. Nowe spojrzenie. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2011: 42–86.

26. Urban K. Kościół Prawosławny w Polsce 1945–1970 (rys historyczny). Kraków; 1996: 231–233.

27. Uspienski L. Symbolika cerkwi. Białystok: Parafia Prawosławna św. Jerzego; 2000.

28. Wolińska T. Rozłam w łonie Kościoła. In: Paleologowie. Warszawa; 2011: 53.

29. Wolniewicz B. O chrześcijaństwie. In: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, sv. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 203–223.

30. Wolniewicz B. O idei losu. In: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, sv. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 247–259.

31. Wolniewicz B. O wartości życia – względnej i bezwzględnej. In: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, sv. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 261–272.

2.1.2. Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi jsou křesťanská denominace s 8 579 909 členy ve 240 zemích světa. Podle údajů z roku 2018 jsou svědkové Jehovovi se 116 299 členy třetí největší denominací v Polsku. V České republice je to 15 442 stoupenců a v Bulharsku 2 530 stoupenců.

Přehled

Svědkové Jehovovi jsou nejpočetnější skupinou v rámci hnutí studentů Bible, které inicioval Charles Taze Russell (1852–1916). Jeho nástupce Joseph Franklin Rutherford (1868–1942), americký právník a kazatel, druhý prezident Biblické a traktátové společnosti Strážná věž, přeměnil volně propojená společenství hnutí studentů Bible v dobře organizovanou a aktivní teokratickou organizaci, která se řídila pokyny představených jmenovaných orgány Společnosti. V roce 1931 přijala nejpočetnější skupina Rutherfordových stoupenců název svědkové Jehovovi.

Jejich učení vychází ze Starého a Nového zákona. Je to náboženská skupina, která uznává Jehovu jako jediného Boha. Stoupenci věnují zvláštní pozornost používání Božího jména, a to ve vhodných situacích a s náležitou úctou. Členové svědků Jehovových se nazývají biblisté a základem jejich víry je Bible. Uznávají tzv. protestantský kánon Písma (odmítají tzv. deuterokanonické knihy Starého zákona jako apokryfy) a 27 knih Nového zákona (křesťanská řecká písma). Odmítají také všechny

ostatní nebiblické tradice, včetně tzv. posvátné tradice. Věří v jednoosobního Boha – Ježíš a Duch svatý nemají božskou přirozenost.

Hlavním úkolem svědků Jehovových je podrobný literární rozbor biblických veršů a kázání (i doma), diskuse a vydávání publikací. Řídí se evangelijní zásadou „nezabiješ“, jsou pacifisty, odmítají se účastnit vojenské služby, nosit zbraně nebo vzdávat čest vlajce a neúčastní se politického života, neboť všechny tyto činnosti považují za odporující přikázání lásky. Jejich stoupenci neslaví Vánoce, narozeniny ani jiné rituály a svátky než křest. Jediným svátkem, který uznávají, je připomínka Kristova umučení (jejich slavení však má s Velikonocemi pramálo společného).

Hodně kontroverzí vyvolává způsob, jakým se zachází s bývalými stoupenci – osoby, které se dobrovolně rozhodly opustit skupinu nebo byly vyloučeny, se stávají terčem tvrdé ostrakizace. Ještě kontroverznější je opuštění dětí, když se lékaři proti vůli rodičů rozhodnou podat dítěti transfuzi krve.

Hnutí svědků Jehovových se skládá z místních sborů o několika desítkách členů, které jsou organizovány v obvodech a okrscích, aby se usnadnila práce vydavatelů a jejich dozorců. Každý kazatel/vydavatel podává měsíční zprávy o své kazatelské činnosti.

Mezi základní náboženské praktiky svědků Jehovových řadíme:

- modlitbu k Bohu (Fillipanům 4,6),
- čtení a studium Bible (Žalm 1,1–3),
- rozjímání nad biblickým veršem (Žalm 77,12),
- účastnit se setkání, kde se modlíme, studujeme Bibli, zpíváme písně, projevujeme svou víru a vzájemně se povzbuzujeme (Koloským 3:16; Židům 10:23–25),
- hlásat „dobrou zprávu o Království“ (Matouš 24,14),
- modlitbu k Bohu (Fillipanům 4,6),
- čtení a studium Bible (Žalm 1,1–3),
- pomáhat potřebným (Jakub 2:14–17),
- stavět a udržovat sály Království a další objekty sloužící k celosvětové biblické výchově (Žalm 127,1),
- pomáhat obětem přírodních katastrof (Kronika 11,27–30).

Žena a muž

Svatý Pavel napsal: „Nedovolím ženě (...), aby vykonávala autoritu nad mužem, spíše má mlčet. Neboť nejprve byl stvořen Adam a pak Eva“ (1 Timoteovi 2,12.13) [Standard English Version].

Podobná pravidla dodržují i svědkové Jehovovi. To neznamená, že ženy nemají během shromáždění sboru vůbec právo mluvit. Mají mlčet v tom smyslu, že se s muži nehádají. Nesnaží se podrývat jejich postavení ani kázat. Úkolem žen je různými způsoby obohacovat shromáždění, dohled a kázání je však doménou mužů.

Žalm 68:11 zní: „Hospodin dává slovo, ženy, které zvěstují novinu, jsou velkým zástupem“ [Standard English Version]. Ti, kdo nesli zvěst, si zaslouží úctu. Právě

jejich dovedné domácí vyučování Bibli pomáhá mnoha lidem získat poznání, které se líbí Bohu. Také křesťanské manželky by měly být „chváleny“, protože pomáhají svým dětem získávat vědomosti a svým manželům plnit povinnosti vůči sboru (Přísloví 31:10–12, 28). A osamělé sestry mají v Božím plánu důležitou roli. Muži by měli „(...) povzbuzovat (...) starší ženy jako matky, mladší ženy jako sestry, a to ve vší čistotě“ (1. Timoteovi 5:1, 2) [Standard English Version]. Podle učení svědků Jehovových Bůh přidělil mužům konkrétní role – povinnosti vůči sboru, které by měli náležitě plnit. Úkolem žen je naopak projevovat mužům úctu a podporovat je.

Doktrína také stanoví přísná pravidla pro rodinný život. Svědkové Jehovovi jsou proti tomu, co narušuje tradiční model manželství. Odmítají partnerské soužití. Věří ve šťastný rodinný život i dnes, v době krize moderního modelu rodiny. Rodinný život by měl být založen na lásce a úctě k Bohu. Dodržování Božích pravidel, která najdeme v Bibli, v rodinném životě pomáhá dosáhnout duchovní blízkosti s Bohem. Bible je zdrojem norem, které upravují manželství, sexuální život, rozdělují role v rodině, poskytují pokyny pro výchovu dětí a pro rozvody a rozchody. Manželství svědků Jehovových jsou monogamní ve všech kulturách a společnostech. Věří, že každé manželství nebo rodina potřebuje vedení, aby se vyhnula nepořádku a zmatkům. A je to muž, kdo by měl být hlavou rodiny, protože jeho přirozené vlastnosti a předpoklady mu umožňují tuto roli náležitě vykonávat. To však neznamená, že jsou muži považováni za nadřazené ženám. Muži by měli být k ženám laskaví a chápaví, protože tak následují Kristův příklad v jeho postoji k apoštolům. Příručky pro svědky Jehovovy zdůrazňují, že muži nesmí zneužívat svého postavení v rodině k tyranizování svých žen. Manželka snáze respektuje autoritu manžela, když je skromný a pokorný, a ne pyšný a tvrdohlavý. Domácí násilí je hřích. Povinností muže je zajistit dětem a rodině odpovídající finanční postavení, ne však na úkor času, který by měl věnovat rodině. Profesionální práce muže nezbavuje domácích povinností. Vedení rodiny zahrnuje také plánování činností a nezdržování se rozhodování. Přenechávat všechna rozhodnutí manželce je nevhodné a rodině to škodí. Stejně nežádoucí je i opačná situace, kdy manžel rozhoduje o všem a nedovolí manželce žádnou iniciativu. Manžel by měl dát manželce pocit, že je potřebná, a to nejen tím, že jí dává dárky, ale také tím, že jí věnuje čas a pozornost a při rozhodování bere v úvahu její názory. Stoupenci svědků Jehovových věří, že nejefektivnější se ukazuje týmová práce. V jejich náboženské etice spolu manžel a manželka nesoupeří, ale vzájemně se doplňují. Tento přístup vychází z přesvědčení, že Bůh stvořil Evu, aby doprovázela Adama v jeho osamělém životě. Role ženy v manželství svědků Jehovových je založena na dvou principech: podřízenosti manželovi a prokazování úcty. Žena by měla být nápomocná a podporovat manželova rozhodnutí. Neměla by ho ponižovat ani kritizovat. Stejná pravidla platí i v případě, že manžel vyznává jiné náboženství. Úcta a podřízenost vůči manželovi jako hlavě rodiny je vyžadována bez ohledu na to, zda je manžel svědkem Jehovovým, či nikoli. Jedinou výjimkou je situace, kdy manžel požaduje po manželce, aby porušovala náboženské normy.

Názory na sexualitu (pohlavní styk, početí, antikoncepce, potrat)

Podle svědků Jehovových je mimomanželský sex nemorální. Vždy má negativní důsledky, vyvolává pocit viny a způsobuje manželské problémy. Může také vést k nechtěnému těhotenství, nemoci nebo dokonce smrti. Publikace svědků Jehovových poskytující morální pokyny a rady pro dospívající i dospělé jsou k dispozici v 700 jazycích. Důrazně se odsuzují sexuální styky mezi osobami stejného pohlaví a homosexuální vztahy, stejně jako sexuální styky mezi lidmi a zvířaty (sem patří pohlavní styk, orální a anální sex a dotýkání se pohlavních orgánů).

Bible nezakazuje antikoncepci a její užívání manželským párům. Svědkové Jehovovi neschvalují mateřství svobodných žen. Odmítají také antikoncepci vyvolávající potrat. Věří, že oplodnění *in vitro,* kdy vajíčko a spermie patří osobám, které nejsou manželským párem, je aktem cizoložství a je nepřijatelné.

Prenatální péče v případě svědků Jehovových zahrnuje diskusi o přijatelných krevních produktech a dostupných alternativních metodách. Členům by měly být poskytnuty odpovídající informace, včetně formuláře, kde mohou odmítnout podání transfuze, formuláře plné moci pro jmenování zmocněnce pro zdravotní péči a plánu lékařské péče, který může být projednán s rodinou. Je důležité, aby se alespoň jedna návštěva konala bez účasti rodinných příslušníků nebo přátel, aby měl pacient možnost svobodně a otevřeně vyjádřit svůj vlastní názor. Příprava na porod by měla zahrnovat rozhodnutí týkající se možnosti úmrtí. Určení zmocněnce pro zdravotní péči a příbuzných, kteří by se měli o dítě starat, může významně ovlivnit rozhodování ženy a přimět ji uvědomit si důsledky odmítnutí podání krevní transfuze. Tento krok navíc zvrátí dřívější odvolání takového souhlasu nařízené soudem. Porod by měl být plánován v nemocnici na terciární referenční úrovni, která je adekvátně vybavena pro masivní krvácení, které může ženu ohrozit na životě. Při porodu by se měl zdravotnický personál zaměřit na prevenci masivního krvácení.

Podle učení svědků Jehovových je potrat zakázán. Pokud je během porodu nutné rozhodnout, zda zachránit život dítěte nebo matky, rozhodují rodiče nebo zákonní zástupci.

Názory na hygienu

„Čistota je vedle zbožnosti.“ Dodržování hygieny úzce souvisí s náboženským přesvědčením stoupenců svědků Jehovových – „čistotou oslavujeme Boha“.

Oblečení pro muže a ženy

Svědkové Jehovovi, kteří se považují za Jehovovy služebníky, velmi dbají na morální čistotu a svým skromným vystupováním mají pomáhat ostatním (bratrům a sestrám), aby se v jejich společnosti cítili dobře. Chtějí se řídit biblickou radou, „aby se ženy zdobily slušivým oděvem, skromně a zdrženlivě (...) tím, co se sluší na ženy, které vyznávají zbožnost“ (1. Timoteovi 2:9, 10) [Standardní anglická verze].

Ačkoli apoštol Pavel napsal tato slova o ženách, platí tato zásada i pro muže. Z Božího slova je zřejmé, že se mu nelíbí, když se muži podobají ženám a naopak, nebo když oblečení ztěžuje rozpoznání pohlaví osoby. Proto se svědkové Jehovovi v souladu se zásadami stanovenými v Bibli vyhýbají přiléhavému, průhlednému nebo jinak provokujícímu oblečení (které odhaluje či vystavuje intimní části těla). Oblečení by mělo být vhodné pro danou příležitost.

Názory na zdraví a profylaxi

Život jako dar od Boha je pro svědky Jehovovy velmi cenný. Věří, že nikdo nemá nad svým zdravím plnou kontrolu, ale přiměřená preventivní opatření mohou zmírnit riziko vzniku mnoha závažných onemocnění. Pečují o své tělo, vyhýbají se extrémním sportům a zábavě. Jejich publikace obsahují řadu spolehlivých a praktických rad týkajících se zdravotní prevence. Členové svědků Jehovových dodržují zásadu „netrav své tělo“. Nekouří, nepijí alkohol ani neberou drogy. Protože nadměrná konzumace jídla a pití škodí zdraví, vyžadují střídmost ve svých návycích. Protože tělo a mysl spolu úzce souvisejí, doporučují ovládat špatné emoce a soustředit se na pozitivní věci. V souladu se zásadou „lepší prevence než léčba“ členové svědků Jehovových zdůrazňují, že dodržováním osobní hygieny (např. pravidelným mytím rukou), používáním čisté vody, vhodnou vyváženou stravou, fyzickou aktivitou a dostatečným množstvím spánku lze předcházet mnoha nemocem.

Výživa a stravování

Svědkové Jehovovi mají zakázáno jíst krev a nekrvavé maso (Skutky 15:20, 28, 29). Kromě tohoto biblického pravidla nemají žádná jiná omezení, pokud jde o potraviny.

Nemoc a smrt

Svědkové Jehovovi nepraktikují uzdravování skrze víru. Milují život a dělají vše, co je v jejich silách, aby jim vydržel co nejdéle. Jsou otevřeni lékařské léčbě a pokroku. Usilují o co nejlepší péči a schvalují většinu dostupných léčebných postupů a metod. Když mají pocit, že potřebují lékaře, jdou k němu. Mnoho právních řádů uznává základní právo pacienta rozhodovat o svém vlastním těle, pokud jde o léčbu, a proto chrání autonomii pacienta při informovaném rozhodování o léčbě, kterou má použít. V některých zemích mají toto právo i mladí dospělí. Pacient (nebo rodiče/opatrovníci nezletilého pacienta) by měli být podrobně informováni o diagnóze, prognóze a doporučené léčbě, aby mohli činit informovaná rozhodnutí. Rodiče mají zákonné právo činit taková rozhodnutí za své nezletilé děti.

V mnoha zemích se svědkové Jehovovi mohou v závislosti na právních předpisech a své individuální situaci rozhodnout, zda v případě, kdy by nebyli schopni rozhodovat sami za sebe, určí svého zmocněnce pro zdravotní péči. Pokud pacient v předem připraveném dokumentu určil zdravotního zmocněnce pro případ

ztráty vědomí, je třeba respektovat jeho právo rozhodovat za tohoto pacienta v bezvědomí.

Svědkové Jehovovi se starají o své nemocné nebo nemocné spoluvěřící a poskytují jim duchovní i praktickou podporu. Ve velkých městech existují tzv. Skupiny pro návštěvy pacientů, v nichž se angažují zkušení kazatelé.

V souladu s biblickými zásadami svědkové Jehovovi nepřijímají transfuzi plné krve, červených a bílých krvinek, krevních destiček a plazmy. Volí alternativní metody léčby. Aby se vyhnuli krevní transfuzi, používají při léčbě krvácení a anémie jiné metody. Alternativní postupy nabízejí možnost použití příslušných kombinací léků, přístrojů a technik s cílem minimalizovat krevní ztráty nebo jim zabránit či stimulovat tvorbu krve. Tento přístup, který je založen na aplikaci více různých metod, se nazývá bezkrevní medicína (nebo bezkrevní chirurgie). Skrývá v sobě také postupy „úsporného“ využití a speciálního zacházení s krví pacienta. Tzv. nemocniční koordinační výbory pomáhají svědkům Jehovovým najít lékaře, který je bude léčit v souladu s jejich přesvědčením. Vzhledem k tomu, že Bible nám o krevních frakcích nic neříká, učení ponechává rozhodnutí o jejich použití při léčbě na uvážení samotného pacienta. Názory členů svědků Jehovových na používání frakcí získaných ze základních složek krve se značně liší. Lékaři by se měli předem ujistit, jaké je rozhodnutí jejich pacienta. Bible rozlišuje mezi krví a krevní dření, osobní rozhodnutí pacienta se tedy týká transplantace dřeně. Náboženské přesvědčení členů svědků Jehovových neodmítá kategoricky frakcionované krevní produkty. Každý člen se rozhoduje sám za sebe, zda imunoglobuliny nebo sérum obsahující krevní frakce využije. Svědkové Jehovovi nesouhlasí s předoperačním darováním a skladováním vlastní krve pro následnou transfuzi.

Svědkové Jehovovi mohou přijmout léčbu plazmaferézou (což je osobní rozhodnutí) za předpokladu, že se při ní použije náhradní roztok (např. koloid). Učení svědků Jehovových odmítá použití alogenní plazmy.

Ačkoli Bible jasně zakazuje jíst krev, neexistuje žádný přímý zákaz používání jiných lidských tkání. Rozhodnutí o transplantaci nebo darování orgánu je tedy osobní záležitostí.

Získávání kmenových buněk na úkor života embryí je pro svědky Jehovovy nepřijatelné. Každý pacient se však sám rozhoduje, zda si vezme kmenové buňky získané z vlastní krve nebo z krve někoho jiného, pokud tento zákrok nepředstavuje nějaký účelový odběr, skladování či transfuzi krevních složek.

Život je posvátný. Proto je třeba vyvinout veškeré rozumné a humánní úsilí k jeho prodloužení a udržení. Nicméně Bible nepožaduje, aby se vyvíjelo nějaké mimořádné, komplikované, zoufalé a nákladné úsilí o udržení života umírajícího člověka. V některých případech se lékaři dokonce mohou shodovat na tom, že použití určitých metod pouze prodlužuje proces umírání a udržování pacienta při životě je marné. Výslovná rozhodnutí pacientů v tomto ohledu, ať už písemná nebo ústní, by se měla respektovat.

Svědkové Jehovovi nemají žádné zvláštní rituály, které by se měly dodržovat v souvislosti s nemocnými nebo umírajícími. Je třeba vynaložit veškeré přiměřené úsilí, aby se nemocnému dostalo duchovní útěchy a lékařské pomoci.

Pokud jde o pitvu, pacient o ní rozhoduje ještě za svého života. Někdy může vyžadovat pitvu zákon za účelem zjištění příčiny smrti.

Výbory pro styk s nemocnicemi

Došlo ke zřízení takzvaných Výborů pro styk s nemocnicemi, které mají podporovat členy svědků Jehovových v jejich důrazném odmítání transfuze krve, pomáhat zdravotnickému personálu získat objektivní pohled na jejich víru a lépe spolupracovat se zdravotnickými zařízeními. Ve výborech se angažují starší (zkušení kazatelé), kteří komunikují s lékaři a dalším zdravotnickým personálem, sociálními pracovníky a zástupci justice. Na výbory dohlíží nemocniční informační služba, která má svou mezinárodní kancelář v Brooklynu v New Yorku. Výbory na žádost pacienta nebo lékaře poskytují bezplatné informace (v elektronické nebo tištěné podobě) o záchraně krve a o metodách bezkrevní léčby v různých odborných a lékařských situacích. Internetová knihovna s těmito zdroji je k dispozici na adrese: https://www.jw.org/en/medical-library/strategies-downloads/ hospital-liaison-committees-jehovahs-witnesses/.

Kontakt se zástupci Výboru pro styk s nemocnicemi pro zdravotníky, kteří se starají o pacienty z řad svědků Jehovových:

- Mezinárodní kancelář: +718 560 4700; HIS@jw.org
- Polská nemocniční informační služba (Polsko) +48 538 970 000
- Nemocniční informační služba (Bulharsko) +359 879 990 409
- Nemocniční informační služba (Česká republika) +421 948 910 065

Shrnutí – hlavní otázky týkající se poskytování lékařské péče svědkům Jehovovým

- Pokud je pacient svědkem Jehovovým, musí být tato skutečnost zdokumentována.
- Svědkové Jehovovi věnují zvláštní pozornost zdravotní péči a v případě nemoci nebo úrazu očekávají nejlepší dostupnou péči a akceptují většinu dostupných léčebných postupů a procedur.
- Svědkové Jehovovi odmítají krevní produkty a nepřijímají krevní transfuze. S pacientem je třeba konzultovat, jaké krevní produkty jsou pro něj přijatelné a jaké alternativní metody léčby jsou k dispozici.
- Měly by se použít alternativy krevní transfuze (vhodné kombinace léků, přístrojového vybavení a technik ke snížení nebo zamezení krevních ztrát a stimulace tvorby krve).
- Postoje svědků Jehovových k používání frakcí získaných ze základních krevních složek se výrazně liší. Lékaři by se měli předem ujistit, jaké je rozhodnutí jejich pacienta.
- Používání jednotných postupů, jako je informovaný souhlas s uvedením různých alternativních metod, pomůže lékařům lépe pochopit specifické potřeby svědků Jehovových a zajistit, aby byla respektována jejich vůle a bylo dosaženo co nejlepších zdravotních výsledků.
- Svědek Jehovův by měl být podrobně informován o diagnóze, prognóze a doporučené léčbě, aby se mohl informovaně rozhodnout.
- Svědkové Jehovovi vypracovávají a nosí u sebe zvláštní dokument – lékařskou směrnici a zdravotní plnou moc (písemné zmocnění), která obsahuje osobní rozhodnutí pacienta o lékařské péči a jmenuje zdravotního zmocněnce oprávněného jednat jejich jménem, pokud pacient není schopen jednat sám za sebe. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci musí respektovat rozhodnutí pacienta, že odmítá přijetí krevní transfuze, a právo zmocněnce rozhodovat jménem pacienta v bezvědomí.
- Je třeba projednat, podepsat a připojit ke zdravotnické dokumentaci odmítnutí transfuze krve, formulář plné moci pro zdravotní péči a plán zdravotní péče.
- Rodiče mají zákonné a přirozené právo rozhodovat o zdravotní péči pro své nezletilé děti.
- S těhotnou svědkyní Jehovovou by měla proběhnout alespoň jedna konzultace bez doprovodu, aby mohla otevřeně vyjádřit své vlastní přání ohledně lékařské péče, která jí má být poskytnuta.
- Svědkové Jehovovi vyžadují zvláštní porodnický postup, protože odmítají přijímat krevní produkty.
- Pokud je během porodu nutné rozhodnout, zda zachránit život dítěte nebo matky, rozhodují rodiče nebo zákonní zástupci.
- Svědkové Jehovovi se starají o své nemocné nebo nemocné spoluvěřící a poskytují jim duchovní i praktickou podporu. Měli by mít možnost takové návštěvy přijímat.
- Všechny osoby poskytující svědkům Jehovovým lékařskou péči by měly přijmout plán zdravotní péče a zdržet se podávání krevních transfuzí proti jejich vůli.

Seznam literatury

1. Chojnacka G. Małżeństwo i rodzina w etyce religijnej Świadków Jehowy. Wizerunki ról rodzinnych. Roczniki socjologii rodziny 2007; 18: 109–129. URL: https://hdl.handle.net/10593/4097.
2. Czy twój wygląd przynosi chwałę Bogu? Strażnica 2016: 17–21.
3. Czystość – dlaczego jest tak ważna? [online] [cit. 17.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/wp20081201/Czystość-dlaczego-jest-tak-ważna.
4. Doniosła rola kobiet i mężczyzn. [online] [cit. 11.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/w20070115/Doniosła-rola-kobiet-i-mężczyzn/

5. Ilu Świadków Jehowy jest na całym świecie? [online] [cit. 2.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/świadkowie-jehowy/faq/ilu-swiadkow-jehowy-na-swiecie.

6. Komitety Łączności ze Szpitalami – Świadkowie Jehowy. [online] URL: https://www.jw.org/pl/medical-library/strategie-materialy-do-pobrania/komitety-lacznosci-ze-szpitalami-swiadkowie-jehowy.

7. Kostka A, Krzemińska S, Borodzicz A, Durlej-Kot S, Chabowski M, et al. Pielęgniarstwo transkulturowe w okołooperacyjnej opiece nad pacjentem. [Transcultural nursing in perioperative patient care]. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(6): 145–154. http://dx.doi.org/10.5281/ zenodo.804332.

8. Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A. Pacjent "Inny" wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Silva Rerum; 2016: 615–627.

9. Krzysztofek K. Stanowisko Świadków Jehowy wobec wybranych współczesnych procedur medycznych w świetle prawa polskiego. Studia z Prawa Wyznaniowego 2015; 18: 287–310. URL: https://www.kul.pl/files/214/studia_18/full_text/katarzyna_krzysztofek_studia_z_prawa_wyznaniowego_18.2015.pdf.

10. Mirza FG, Gyamfi C. Prowadzenie ciąży u świadków Jehowy. Ginekologia po dyplomie 2011; 1: 39–44. URL: https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/013/036/original/39-44.pdf?1472132586.

11. Rozdział 9. „Uciekajcie od niemoralności!" [online] URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/książki/zawsze-badz-blisko-jehowy/uciekajcie-od-niemoralnosci.

12. Sposoby na lepsze zdrowie. Przebudźcie się! 2015; 3–7. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/g201506/sposoby-na-lepsze-zdrowie.

13. Sprawozdanie z działalności Świadków Jehowy w poszczególnych krajach w roku 2018. [online] [cit. 2.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/książki/sprawozdanie-z-dzialalnosci-2018/sprawozdanie-kraje-2018.

14. Stanowisko religijne i etyczne w kwestii opieki zdrowotnej. [online] [cit. 19.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/medical-library/strategie-materialy-do-pobrania/stanowisko-religijne-etyczne-w-kwestii-opieki-zdrowotnej.

15. Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach. Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy. W. Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, ed. Pacjent „inny" wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Silva Rerum; 2016: 615–627.

16. W co wierzą Świadkowie Jehowy? [online] [cit. 9.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/świadkowie-jehowy/faq/swiadkowie-jehowy-wierzenia.

17. Zdrowie fizyczne i odporność psychiczna. Przebudźcie się! 2018; 1: 6–7.

2.1.3. Islám

Islám je druhé největší monoteistické náboženství na světě (co do počtu vyznavačů). Jeho stoupenci se nazývají muslimové. Podle statistik přesáhne v roce 2020 počet muslimů 1,9 miliardy oproti 1,6 miliardy v roce 2010 (23 % světové populace). Počet polských muslimů v roce 2010 činil <10 tisíc, v roce 2020 se očekává 20 tisíc a v roce 2030 40 tisíc. V České republice žilo v roce 2010 zhruba 10 tisíc muslimů (převážně cizinců), v roce 2020 se očekává nárůst jejich počtu na 20 tisíc a v roce 2030 na 40 tisíc. V Bulharsku žil v roce 2010 jeden milion muslimů, v roce 2020 se očekává 980 tisíc a v roce 2030 920 tisíc.

Přehled

Muslimové věří, že islám je prorocké náboženství. Věří, že verše Koránu byly Mohamedovi (prorokovi a zakladateli islámu) postupně zjeveny archandělem Gabrielem. K prvnímu zjevení došlo kolem roku 610 n. l. během Mohamedových modliteb v Mekce. Svatou knihou islámu je Korán a zjevení v něm obsažená jsou poselstvím Boha (Alláha) lidstvu. Korán je zdrojem poznání pro všechny muslimy. Neméně důležité jsou hadísy (dohromady tvoří *sunnu*) – soubor vyprávění citujících Mohamedova slova, která se týkají všech aspektů života.

Dogmata islámu:

- víra v jednoho Boha,
- víra v anděly stvořené Bohem,
- víra ve svaté knihy: Tóru, evangelia, Korán, které jsou považovány za zjevení téhož Boha,
- víra v posly a proroky, kteří lidstvu předali Boží poselství,
- víra v Soudný den a věčný život v ráji nebo pekle, který nastane po něm.

Základem islámu je pět úkonů uctívání:

1. Vyznání víry (šaháda). V islámu existuje pouze jeden Bůh. Přijetí Alláha jako jediného Boha znamená odmítnutí jiných náboženství, životních stylů nebo ideologií. „Dosvědčuji, že není božstva kromě Boha, a dosvědčuji, že Mohamed je posel Boží" – aby se člověk stal členem islámského společenství, musí tato slova vyslovit v arabštině. Prohlášení víry je prohlášením, že patříte mezi stoupence islámu a že se podřizujete vůli Boží.
2. Každodenní modlitba (*as-saláh* nebo *as-salát)*. Modlitba je povinnost uložená Bohem. Má předepsanou formu a vykonává se pětkrát denně. Čas modlitby není pevně stanoven, ale souvisí s postavením slunce. Další povinnou modlitbou je páteční modlitba – tzv. *džum'ah*. Jejím účelem je posílit muslimskou komunitu. Je také příležitostí k předávání náboženského učení. Existují také supererogatorní modlitby, které doprovázejí ty povinné nebo se praktikují během velkých svátků. Modlitba by měla být odříkávána v arabštině, ve stavu rituální čistoty, která zahrnuje ablaci (rituální omytí). Stav rituální čistoty

se ztrácí v důsledku spánku, ztráty vědomí, dotyku osoby opačného pohlaví (jiné než manžel/ka), použití koupelny, dotyku intimních částí těla. Podmínkou nutnou pro platnost modlitby je vhodná příprava místa, které by mělo být čisté a uklizené. Muslimové se modlí s bosýma nohama na speciální rohoži nebo koberci. Modlitby se nesmí konat na nečistých místech, jako je hřbitov, jatka, skládka nebo lázně. Muslimové se modlí čelem ke směru Mekky.

3. Půst (saum/ramadán). Půst je pro každého muslima povinný po dobu jednoho celého kalendářního měsíce v roce (ramadán). Jedná se o pohyblivý půst, který souvisí s lunárním kalendářem. Ramadán je jedním z nejdůležitějších muslimských svátků. Půst začíná za úsvitu a končí za soumraku. Je zakázáno veškeré jídlo a pití i jiné formy konzumace (např. tabák) a tělesné kontakty. Od půstu jsou osvobozeny děti, těhotné, kojící a menstruující ženy, starší lidé, nemocní a lidé na cestách.
4. Dobročinnost (zakát). Islám zdůrazňuje význam dobročinnosti a péče o chudé. Každý stoupenec je povinen věnovat určitou část svého majetku potřebným. Z náboženského hlediska lze *zakát* vykládat jako očištění od chamtivosti a podlosti. Z praktického hlediska je *zakát* jednoduše formou daně, která se platí každoročně, a prostředky se používají na řešení sociálních potřeb. *Zakát* se odvádí nejméně jednou ročně, a to během ramadánu. Může mít podobu peněžních darů, oblečení, jídla nebo dokonce dobrého slova či úsměvu. Hodnota závisí na bohatství dané osoby.
5. Pouť do Mekky (hadždž). Pouť by měl alespoň jednou za život vykonat každý muslim, který si to může finančně a fyzicky dovolit. Pouť začíná ve 12. měsíci muslimského kalendářního roku. Na cestě do posvátného města by všichni muži měli mít na sobě podobný oděv, který se skládá ze dvou nesešitých kusů bílé látky. Jednoduchý oděv je znamením rovnosti všech mužů v očích Božích.

Žena a muž

Muslimské ženy se mohou doma v soukromém životě stýkat pouze s jinými ženami a se svými neprovdanými mužskými příbuznými (*mahram*), tedy s otcem, dědečkem, synem, vnukem, bratrem, strýcem, tchánem, zetěm, nevlastním synem nebo kojným bratrem. Pouze tito lidé mohou vidět části těla, které jsou odhalené při domácích pracích, kromě rukou nebo obličeje. Islám zakazuje nesezdanému muži a ženě pobývat ve stejné místnosti. Soukromý život muslimek je tedy omezen na společnost jiných žen a příbuzných. Toto pravidlo platí při styku s muslimkami i nemuslimkami, což je důležité v případě styku zdravotníků s muslimkami. Je mnohem snazší, když je zdravotnický pracovník žena, i když není muslimka. Mezi další pravidla, která musí muslimské ženy dodržovat, patří střežení cudnosti, skromné klopení očí, nošení pokrývky hlavy zakrývající krk i hruď. V muslimských zemích nesmí menstruující žena vstoupit do mešity, modlit se nebo se dotýkat Koránu. Po menstruaci musí podstoupit rituální očistnou koupel.

V islámské tradici se povinnosti ženy odvíjejí od její role. Primární rolí ženy je být matkou, tetou, babičkou, sestrou, manželkou, neteří, ale také ženou nepříbuznou a kojnou. Muslimové věří, že matka si od svých dětí zaslouží větší úctu a poslušnost než otec.

Hlavním posláním vdané ženy je být manželkou a matkou. Muslimky mají také volební právo a mohou zastávat různé funkce, nicméně ne takové funkce, které by představovaly nějakou formu řízení či managementu.

Muslimové věří, že ženy a muži mají různé role. Jsou si rovni, ale nejsou stejní. V situacích, kdy je rozdíl mezi mužem a ženou relevantní, pro ně platí jiná pravidla, např. během menstruace jsou ženy osvobozeny od povinnosti modlit se a během těhotenství jsou osvobozeny od půstu.

Islám jasně rozlišuje mezi ženskými a mužskými povinnostmi. Muž je zodpovědný za obživu rodiny a žena by měla rodit děti, vychovávat je a starat se o domácnost.

V islámské tradici může člověk plnit různé role v závislosti na jeho vztahu k okolnímu světu. Jako otec musí svým dětem zajistit stravu, bydlení a oblečení, dokud nebudou schopny se samy uživit. Jakákoli pomoc ze strany otce je poté považována za dobročinnost. Stejně tak syn musí poslouchat matku a otce, pokud po něm rodiče nepožadují něco, co by bylo projevem neposlušnosti vůči Bohu. Pokud by k něčemu takovému došlo, nesmí děti rodiče poslechnout. Je i zakázáno dívat se na nepříbuznou ženu.

Ženy a muži jsou si v islámu před Bohem rovni. Podle Koránu se však práva žen rovnají jejich povinnostem a muži jsou o stupeň výše než ženy. V praxi to znamená autoritu nad ženami, absolutní moc doma i ve společnosti, právní a ekonomické výhody a podřízenost žen mužům. Podle Koránu jsou muži silní, rázní a rozhodní, zatímco ženy jsou láskyplné, zranitelné, vyžadující péči a podporu mužů. Muslimka nemusí pracovat, ale může. Práva a povinnosti manželů jsou si rovny, ale nejsou totožné.

Názory na sexualitu (pohlavní styk, početí, těhotenství, antikoncepce, potrat)

Islám má k sexu kladný vztah. Vnímá ho jako něco dobrého. Muslimská pravidla týkající se sexuálních vztahů jsou však velmi přísná. Sex je povolen pouze v manželství. Předmanželský a mimomanželský sex je zakázán. Cizoložství se trestá ukamenováním nebo bičováním. Islám povzbuzuje manžele k pohlavnímu styku, který je na jedné straně manželskou povinností a na druhé straně Alláhem chváleným aktem. V muslimském světě má sex v manželství i svůj sociální aspekt – pomáhá úspěšně odolávat pokušením, a tím muže zachraňuje před cizoložstvím a odsouzením. Spokojený muž bude ochotněji plnit své rodinné, náboženské a společenské povinnosti. Sexuální kontakty mezi manželi jsou zakázány během menstruace a po dobu 40 dnů po porodu dítěte. Manželé se nesmějí líbat na veřejnosti. Islám zakazuje análním sex a všechny ostatní formy deviantního chování (mezi něž podle muslimské doktríny patří i homosexualita).

Podle islámské tradice od okamžiku početí nad novým životem bdí anděl strážný. Těhotná žena se modlí k Bohu o pomoc a péči po dobu těhotenství a během porodu. Ženy nosí zvláštní amulety s příslušnými citáty z Koránu, které je chrání před zlem. Mají podobu malých váčků přivázaných na zápěstí, krk nebo k pasu. Od čtvrtého měsíce těhotenství není povolen sex. Porušení tohoto zákazu je považováno za infanticidu.

Během porodu platí přísné zákazy. Muslimské pacientky by měly být pokud možno ošetřovány ženským zdravotnickým personálem. Speciální nemocniční oděv zakrývá celé tělo. Odhalování by mělo být omezeno na naprosté minimum – pohlavní orgány mohou být odhaleny pouze za účelem vyšetření rodičky. Polohu při porodu si rodičky vybírají předem. Zda je muž u porodu přítomen, či nikoli, je na osobním rozhodnutí. Během porodu muslimky opakují slova adresovaná Mohamedovi: „Ó, posle Boží“ a doprovázející ženy odpovídají: „Ó, milosrdný Bože, ó, milosrdný Bože“.

Podle islámské tradice je pláč novorozence důkazem, že se ho právě dotkl satan. Když se dítě narodí, rodina může chtít zašeptat zvláštní modlitbu – výzvu k modlitbě do jednoho ucha a vyznání víry do druhého. Po přestřižení pupeční šňůry by první slovo vyslovené k dítěti mělo být „Bůh“. Pokud novorozenec nevyžaduje okamžitou lékařskou pomoc, měla by rodina dostat čas na provedení rituálů (obvykle trvá několik minut). Aby bylo dítě chráněno před silami zla, dává se mu na krk amulet s verši z Koránu. Dítě se také čtyřikrát vykoupe. Poslední koupel se provádí ve vodě, do které se při převaření přidají květiny. Doba porodní je u žen vnímána jako období „nečistoty“.

Islám své stoupence nabádá, aby se rodiny rozrůstaly. Je zakázáno omezovat počet dětí, pokud k tomu není nějaký závažný důvod. Mezi situace, které ospravedlňují použití antikoncepce, patří starost o život matky, péče o zdraví a vhodnou výchovu dětí, krátká doba kojení (podle Koránu má kojení trvat dva roky), ale také obava muže, že nebude schopen uživit rodinu (strach z chudoby), a přání ženy zůstat atraktivní, pokud se bojí, že by se s ní manžel mohl rozvést. Všechny metody plánování rodičovství jsou povoleny za předpokladu, že nepředstavují pro ženu ani muže žádné riziko a nevedou k trvalé neplodnosti. Za plánování rodiny je obvykle odpovědná žena.

Jedním z hlavních principů Koránu je ochrana nového života. Proto je potrat zakázán od okamžiku, kdy je plod obdařen duší, což je přibližně 120 dní od oplodnění. Islám povoluje potrat v následujících případech: znásilnění, incest, možnost, že otec je duševně nemocný, riziko vad a deformace embrya. Potrat z důvodu tíživé finanční situace nebo pohlaví dítěte povolen není. V současné době má v tomto ohledu nejliberálnější zákony Tunisko, které umožňuje potrat z jakýchkoli důvodů, a to jak vdaným, tak svobodným ženám, bez nutnosti předložit souhlas manžela. Naproti tomu v Alžírsku, Egyptě, Íránu a Pákistánu je potrat povolen pouze v případě ohrožení života ženy.

Názory na hygienu

V islámu je velmi důležitá hygiena, a to jak tělesná, tak duchovní. Muslimové si myjí ruce před každým jídlem i po něm. Nejdůležitější povinností vůči Bohu je modlitba a modlitbu lze vykonávat pouze ve stavu čistoty těla, oděvu a místa modlitby. Omytí (rituální omytí) se vyžaduje před každou modlitbou (kterou je třeba vykonat alespoň pětkrát denně) a před předříkáváním nebo čtením Koránu. Koupel je třeba vykonat před páteční modlitbou a svátečními modlitbami. Muslimové si musí umýt genitálie po močení/defekaci a vykoupat se po pohlavním styku. K mytí musí používat vodu, nikoli papír nebo jiné prostředky. Existují také pravidla týkající se chození na toaletu. Muslim musí vstoupit na toaletu levou nohou a před vstupem na toaletu musí říci slova: „Ó, Bože, hledám u Tebe útočiště před tím, co je zlé a špinavé“. Pravou nohou opouštějí toaletu a říkají slova: „Odpusť mi“.

Při kontaktu s muslimy je třeba se vyvarovat zívání (islám považuje zívání za znamení satana), při kýchání (podobně jako v evropské kultuře) je třeba zakrýt si ústa rukou a snažit se, aby kýchání bylo co nejtišší. Měli bychom se také snažit vyhnout zakručení v žaludku.

Způsob oblékání pro muže a ženy

Awrah je termín označující části těla u muže či ženy, které musí být v přítomnosti ostatních lidí zakryty. Jeho účelem je zachovat skromnost a důstojnost těch, kteří toto pravidlo dodržují. Existují různé typy *awrah* a míra zahalení závisí na vztahu k lidem v okolí.

Způsob oblékání pro ženy: ženy se nesmějí oblékat a chovat jako muži (což platí i naopak). Módu určuje náboženství. Pravidla týkající se ženského odívání jsou uvedena v Koránu. Základním pravidlem je nosit svrchní oděv, který by neměl odhalovat postavu. *Awrah* ženy se dělí na *Awrah Ghalida* (tvrdá *awrah)* – oblast mezi hrudníkem (včetně prsou) a koleny, a *Awrah Khafifa* (měkká *awrah)* – celé tělo kromě obličeje a rukou. Měkká *awrah* musí být zakryta, když se žena pohybuje na veřejnosti nebo když by ji mohl vidět nepříbuzný muž, např. na ulici nebo na tržišti. Nepříbuzný muž nesmí vidět jediný vlas na ženině hlavě – to by znamenalo vidět její *awrah* a dopustit se hříchu (pokud k tomu není důležitý důvod – např. poskytování lékařské péče). V soukromí, např. u ženy doma, ale v přítomnosti jejího mužského *mahráma,* si muslimka musí zakrýt tvrdou *awrah*, ale může ukázat měkkou *awrah*. Jediná osoba, která smí vidět celé tělo ženy, včetně tvrdé *awrah,* je její manžel.

Al-Tabarruj (ozdoba). *Šaría* obsahuje určitá pravidla oblékání, která musí žena na veřejných místech dodržovat. Musí si zahalovat *awrah*. To platí i pro zdobení. Musí nosit svrchní oděv, který se skládá z *chimaru* – pokrývky hlavy zakrývající vlasy a sahající až na hruď – a *džilbábu* – svrchního oděvu, který zakrývá celé tělo a skrývá jeho tvar. Může být z jednoho kusu nebo ze dvou kusů látky. Ženy nesmějí nosit jasné barvy ani žádný oděv, který by přitahoval pozornost. To platí i pro šperky, make-up nebo cokoli, co by při chůzi vydávalo zvuk. Ženy nesmějí nosit parfém, který by mohl

být na veřejnosti patrný. Pokud však make-up nebo oblečení nepřitahují zbytečnou pozornost, mohou je na veřejnosti nosit.

V soukromí, v přítomnosti jiných žen nebo ženina *mahráma* (ale ne v přítomnosti nepříbuzných mužů), může žena nosit jakékoliv oblečení a líčení, pokud je v souladu s islámskou tradicí (např. oblečení musí zakrývat tvrdou *awru* a nesmí napodobovat oděv nevěřících atd.). Určité spory panují ohledně muslimského šátku nebo závoje zakrývajícího hlavu. Pro tuto část ženského oděvu se používá několik různých termínů. Mezi nejčastější patří hidžáb, čádor, burka nebo nikáb. Oblíbeným omylem je, že Korán vyžaduje, aby si ženy zahalovaly obličej, zatímco je pouze předepsáno, aby se ženy oblékaly skromně a neukazovaly své ozdoby na veřejnosti. Zvyk zahalování obličeje zavedl v 8. století Abbásovský chalífát. Muslimští teologové a právníci proto nejsou v tomto ohledu jednotní. V moderní době mnoho žen vnímá šátek jako symbol své muslimské identity.

Způsob oblékání pro muže. Mužská *awrah* se dělí na *awrah Ghalida* (tvrdá *awrah)* – intimní partie a zadní strana, a *awrah Khafifa* (měkká *awrah)* – část těla mezi pupkem a koleny. Muži nesmějí odhalovat žádnou část své tvrdé ani měkké *awrah* na veřejnosti ani v soukromí – v přítomnosti jiných mužů. Totéž platí, když je muž v přítomnosti ženy (včetně svých příbuzných). Své ženě smí muslimský muž ukázat jakoukoli část své *awrah*.

Názory na zdraví a profylaxi

Islám je náboženství, které dbá na duševní a tělesnou rovnováhu. Podle Koránu je muslim zdravý (fyzicky i duševně), když věří v Boha a řídí se jeho pravidly. Univerzální a praktická pravidla islámu povolují dobré a prospěšné věci a zakazují ty škodlivé. Hlavním cílem islámu je předcházet nemocem dodržováním každodenní hygieny a střídmosti v každém aspektu života. Podle islámské tradice patří k prevenci půst, pravidelné modlitby, které jako akt pamatování na Boha uklidňují srdce a zapojují klouby, svaly a páteř modlícího se člověka (fyzické cvičení), rituální omývání těla a pouť, která má člověka zbavit každodenních starostí a problémů.

Výživa a stravování

Muslimové dělí potraviny na povolené (*halal)* a zakázané (*haram)*. Nejí vepřové maso (a výrobky z vepřového masa, např. vepřovou želatinu), maso tažných a domácích zvířat (kůň, osel, kočka, pes), dravých zvířat a zvířat, která uhynula v důsledku udušení nebo byla jinak brutálně poražena. Zvíře určené ke konzumaci musí být usmrceno v souladu se zásadami rituální porážky vypuštěním krve muslimem, který odříkává formuli *Bismillah*. Islám považuje krev za prvek života, proto je zakázáno ji konzumovat v jakékoli formě. Mezi povolená masa patří ryby, velbloudi, ovce, drůbež a mořské plody. Rituální porážka se nevztahuje na mořské živočichy.

Muslimská strava je velmi rozmanitá. Používá se mnoho koření, například kari, skořice, kardamom, šafrán, oregano, tymián a kurkuma. Z okurek, rajčat, lilků, paprik, cuket, zeleného hrášku, cibule, petržele a cizrny se připravuje dušená zelenina s omáčkami, pastami a saláty.

Způsob stolování je v muslimské tradici velmi důležitý. Jídlo se jí třemi prsty pravé ruky, které se poté olíznou. Použití vidličky a nože zakázáno není. Pokud se používají, vidlička se drží v pravé ruce. Muslimové nesmí jíst levou rukou, protože ta se používá k hygienickým úkonům. Když pravá ruka není způsobilá nebo je nepohyblivá, musí muslima krmit jiná osoba, a to pravou rukou. Dalším pravidlem je brát si z talíře jídlo, které je nejblíže ruce, a ne ze středu talíře. Toto pravidlo vychází z přesvědčení, že požehnání se posílá doprostřed talíře, a proto by se tato část jídla měla sníst až nakonec. Jedná se o důležité pravidlo, které by se mělo dodržovat při krmení osoby, která nemůže jíst sama. Člověk by při jídle neměl ležet, proto se muslimský pacient bude snažit při jídle sedět. Muslimové nesmějí jídlem plýtvat ani se přejídat. Může se stát, že muslimští pacienti budou žádat o povolení, aby jim rodina nebo přátelé nosili jídlo z domova nebo z muslimské restaurace.

Půst je považován za způsob očisty těla a duše. Během ramadánu muslimové od úsvitu do soumraku nejedí a nepijí. Podle této tradice by se mělo jíst jídlo před svítáním. Nemocní a těhotné a kojící ženy jsou od půstu osvobozeny (ty by se měly postit až později). Léky vstřebávané přes kůži, vyplachování úst/kloktání, injekce či odběr krve se nepovažují za porušení půstu, nicméně užívání ušních nebo nosních kapek, rektálních a vaginálních čípků a inhalačních léků ano.

Nemoc a smrt

Nemoc je v islámu vnímána jako příležitost k pokání za své hříchy, a tím k dosažení věčného života. Islám doporučuje trpělivost při snášení životních obtíží a nemocí. Podle muslimské etiky se každému, kdo se ocitl v obtížné situaci kvůli věku, nemoci nebo nehodě, dostane podpory. Korán vyzývá své stoupence, aby se starali o nemocné a postižené členy svých rodin.

Při pobytu v nemocnici bude mít muslimský pacient mnoho návštěv z řad nejbližší rodiny, příbuzných, přátel a známých. Modlitba pětkrát denně je povinností každého muslima. Během nemoci očekává, že bude mít u sebe Korán a misbah (modlitební korálky), že bude mít přístup k tekoucí vodě, aby se mohl před modlitbou umýt (pokud to jeho stav dovolí), a místo, kam si může položit modlitební kobereček, aby byl při modlitbě otočen směrem k Mekce. Očekávají také, že jim bude poskytnut klid k modlitbě (která obvykle trvá 10–15 minut). Pokud se muslimský pacient nemůže modlit, může mu rodina přinést elektronické zařízení, které mu přehraje nahrané verše z Koránu, nebo mu verše přečte nahlas.

Ačkoli to není povinné, mnoho muslimských rodin z náboženských důvodů upřednostňuje, aby ženy ošetřovaly a pečovaly o ně ženy a muže ošetřovali a pečovali o ně muži. Muslimové (zejména ženy) se při lékařském vyšetření vyhýbají zbytečnému odhalování těla. Stejně jako u každého jiného pacienta by lékaři a zdravotní sestry měli vždy získat souhlas pacienta s jakýmkoli lékařským a ošetřovatel-

ským zákrokem a podrobně pacienta informovat o povaze a rozsahu plánovaných zákroků. Zejména pokud se jedná o zakázanou oblast těla – u žen o celé tělo (kromě obličeje a rukou) a u mužů o oblast mezi pupkem a koleny. Doporučuje se, aby muslimku při vyšetření nebo ošetření doprovázel člen rodiny, nebo pokud to není možné, nějaká jiná žena. Zdravotničtí pracovníci by se měli zdržet fyzického kontaktu nebo jej omezit na nezbytné minimum, a pokud je takový kontakt nezbytný, musí být pacient informován o důvodech.

Přestože utrpení a bolest jsou v islámu považovány za Boží vůli a měly by být snášeny, léky proti bolesti (včetně těch na bázi narkotik) jsou povoleny, pokud to vyžaduje stav pacienta. Ačkoli konzumace léčiv na bázi alkoholu je zakázána, alkohol určený k dezinfekci použít lze.

Muslimové nesmějí odmítnout lékařské ošetření. Všechny léčebné postupy a procedury potřebné k záchraně života jsou povoleny, i když je třeba se vyhýbat lékařské péči, jež se jeví marnou. Eutanazie je zakázána.

Léčba pomocí krve a krevních derivátů je povolena. Muslimové přijímají transfuzi krve a transplantaci orgánů. Darování krve a orgánů je považováno za úctyhodný čin, protože je prováděno za účelem záchrany života, ačkoli je povoleno pouze tehdy, když už neexistuje žádná jiná alternativa. Rozhodnutí o transplantaci je osobní záležitostí, musí však být splněny určité zdravotní podmínky.

Umírající muslim se snaží ležet na pravém boku, čelem obrácen k Mekce, a pokud to není možné, tak na zádech, obličejem a chodidly směrem k Mekce. Tato tradice je pro muslimy a jejich rodinu velmi důležitá, proto by se měla dodržovat. Tradice vyžaduje, aby umírajícího doprovázela rodina, která se za něj modlí a přeříkává verše z Koránu. Po smrti se tělo omývá na speciální desce některým členem rodiny stejného pohlaví. Jedná se o velmi důležitý náboženský rituál. Proto když zemřelý nemá rodinu ani přátele, měla by nemocnice informovat nejbližší muslimské centrum, které vyšle osobu, aby tělo zemřelého omyla. Pokud povaha nemoci neumožňuje omytí, vylije se voda na nemocného. Tělo se zabalí do prostého bílého plátěného rubáše a odnese se do mešity, kde se vykonají pohřební obřady. Pokud to není možné, koná se pohřební obřad na hřbitově. Předpokládá se, že muslim by měl být pohřben do tří dnů po smrti, ale někteří vyznavači islámu věří, že by to mělo být do 24 hodin, nejlépe před západem slunce. Zesnulý se pohřbívá tváří obrácenou k Mekce.

Islám považuje pitvu za akt neúcty k zemřelému (zneuctění těla). Je však přijatelná, pokud je nutná ke zjištění příčiny smrti, k ochraně veřejného zdraví nebo pokud ji vyžaduje zákon. V takovém případě musí být provedena na speciálně určeném místě nepřístupném nepovolaným osobám. K provedení pitvy je nutný předchozí souhlas rodiny. Před pitvou by měly být proneseny pohřební modlitby. Po pitvě se pak musí všechny části těla sebrat a řádně pohřbít.

Komunikace a sdílení informací

Má-li zdravotnický personál základní znalosti o náboženském přesvědčení, jakož i informace od pacienta o jeho každodenních zvyklostech, napomáhá to k poskytování kulturně citlivé a kompetentní péče. Při komunikaci s muslimským pacientem je třeba se oprostit od stereotypů a předsudků, které nám brání vnímat druhé objektivně a odrazují nás od dialogu s nimi.

Rozhovor zdravotnického personálu s pacientem poskytuje příležitost získat informace o pacientovi a jeho zdravotním stavu, ale také o jeho situaci rodinné a sociální. Je vhodné se pacienta také zeptat, co pro něj onemocnění znamená a co je podle jeho názoru jeho příčinou. Takové otázky pomáhají získat informace užitečné pro stanovení diagnózy a výběr léčby. Pomáhají také vysvětlit, jaké jsou dostupné léčebné metody a postupy a dohodnout se na léčebném plánu přijatelném pro obě strany. Je velmi důležité, aby pacient otázkám a pokynům zdravotnického personálu rozuměl, proto se vyplatí využívat tlumočníky. Z důvodu zachování důvěrnosti je lepší vyhnout se situacím, kdy jako tlumočník vystupuje člen rodiny nebo přítel pacienta. Všechny pokyny by se měly předávat jasným a srozumitelným jazykem. Pacienta se můžete zeptat, zda pokynům rozumí, nebo jej poprosit, aby je zopakoval vlastními slovy. Při rozhovoru s osobou z jiného kulturního prostředí je vhodné používat neverbální komunikaci a řeč těla. Zdravotnický personál by měl mluvit pomalu a zřetelně a pacienta oslovovat napřímo. Měl by používat krátké věty a mluvit normálním hlasem. Vyhněte se idiomatickým výrazům, zvýšenému hlasu nebo složité slovní zásobě. Někteří pacienti mohou přikyvovat, i když nerozumí tomu, co se jim říká. Připadá jim trapné se ptát na informace, které jsou pro ně důležité, stydí se nebo nechtějí obtěžovat. Proto je nutné, abyste se vždy ujistili, že pacient pokynům zdravotnického personálu rozumí a souhlasí s navrhovanou léčbou. Mezi možné zdroje kulturních konfliktů mezi pacienty a zdravotnickým personálem patří rozdílné vnímání času, osobního prostoru, řeči těla a systému hodnot. Někteří pacienti se mohou vyhýbat očnímu kontaktu se zdravotnickým personálem, zejména s osobami opačného pohlaví. To vychází ze zásady skromnosti, kterou by měli muslimové ctít, a z povinnosti projevovat úctu osobám s vyšším společenským postavením. Některé islámské skupiny zakazují dotýkat se osob opačného pohlaví a tento zákaz se vztahuje i na podání ruky. Pokud pacient a zdravotnický personál hovoří stejným jazykem, je důležité uvědomit si vlastní způsob komunikace, respektovat víru a názory pacienta a věnovat porozumění zvýšenou pozornost.

Shrnutí – hlavní otázky důležité pro poskytování lékařské péče muslimskému pacientovi

- Při poskytování zdravotní péče muslimskému pacientovi jsou důležité základní znalosti o islámu. Díky podrobným informacím o každodenních zvyklostech pacienta zdravotnický personál respektuje jeho duchovní potřeby, potřebu soukromí a projevy skromnosti.

- Při rozhovoru s osobou z jiné kultury se vyplatí používat neverbální komunikaci a řeč těla. Je velmi důležité, aby pacient rozuměl otázkám a pokynům zdravotnického personálu, proto se vyplatí využít tlumočníky. Z důvodu zachování důvěrnosti je lepší vyhnout se situacím, kdy jako tlumočník vystupuje člen rodiny nebo přítel pacienta. Všechny pokyny by se měly sdělovat jasným a srozumitelným jazykem.
- Zdravotnický personál by měl mluvit pomalu a zřetelně a oslovovat pacienta napřímo. Měly by se používat krátké věty a mluvit normálním hlasem.
- Vyhněte se idiomatickým výrazům, složitějším slovům a zvyšování hlasu.
- Vždy je třeba se ujistit, že pacient pokynům zdravotnického personálu rozumí a souhlasí s navrhovanou léčbou.
- Mezi možné zdroje kulturních konfliktů mezi pacienty a zdravotnickým personálem patří rozdílné vnímání času, osobního prostoru, řeči těla, systému hodnot. Někteří pacienti se mohou vyhýbat očnímu kontaktu se zdravotnickým personálem, zejména s osobami opačného pohlaví.
- Pokud pacient a zdravotnický personál hovoří stejným jazykem, je důležité uvědomit si vlastní způsob komunikace, respektovat přesvědčení a názory pacienta a pozorně naslouchat.
- Pokud je to možné, měl by mít muslimský pacient k dispozici samostatný pokoj bez křesťanských symbolů (křížků či svatých obrázků).
- Modlitba je v životě muslima velmi důležitá. Muslimští pacienti by měli mít zajištěny vhodné podmínky k modlitbě, místo, kam si mohou odložit modlitební kobereček, a místo, kam si mohou odložit Korán.
- Aby si pacient mohl modlení naplánovat, měl by být informován o denním režimu daného zdravotnického zařízení. Provádění zákroků by se mělo odložit, dokud pacient svou modlitbu neskončí.
- Neberte pacientovi z těla žádné ozdoby s náboženským významem, pokud to nevyžaduje prováděný zákrok (chirurgický nebo diagnostický zákrok).
- Povinnost zachovávat skromnost je v islámu nesmírně důležitá. Muslimští muži a ženy si nesmí přát mít jakýkoli fyzický kontakt s osobou opačného pohlaví nebo odhalovat své tělo v přítomnosti osoby opačného pohlaví. Nejlepším řešením bude zajistit zdravotnický personál (lékaře, zdravotní sestru, fyzioterapeuta) stejného pohlaví, a pokud to není možné, může být užitečný rozhovor s pacientem, při němž se vyjádří pochopení a respekt k jeho názorům, co se týká těla.
- Zdravotničtí pracovníci by se měli vyhýbat fyzickému kontaktu nebo jej omezit na nezbytné minimum, a pokud je kontakt nezbytný, musí být pacient o důvodech informován.
- Islám zakazuje zbytečné doteky mezi dospělými, kteří nejsou v příbuzenském vztahu. Měli bychom se vyvarovat pohlazení (jako projev náklonnosti) hlavy pacienta, protože čelo se používá při každodenních modlitbách.

- Je povinností muslima navštěvovat nemocné v nemocnici, proto jim musí být tato možnost poskytnuta, avšak s ohledem na potřebu odpočinku pacienta.
- Je třeba respektovat právo muslimských žen nosit oděv zahalující celé tělo, včetně hlavy, krku, ramen a nohou.
- V případě muslimských pacientek musí být veškeré informace týkající se ošetřovatelské péče a léčby poskytnuty pacientkám a jejich otci nebo manželovi.
- Muslimská pacientka, která rodí dítě, by měla být ošetřena ženským zdravotnickým personálem, pokud je to možné. Odhalení jejího těla by mělo být omezeno na naprosté minimum. Porodní polohu si rodička volí předem.
- Po přestřižení pupeční šňůry může rodina pošeptat dítěti do uší zvláštní modlitbu. Pokud novorozenec nevyžaduje okamžitou lékařskou pomoc, měla by mít rodina možnost provést rituály (obvykle trvají několik minut) a dítě čtyřikrát vykoupat.
- Stavu rituální čistoty se dosahuje pomocí očisty. Muslimští pacienti by měli mít možnost provést rituální omytí obličeje, rukou a nohou před modlitbou nebo čtením Koránu (včetně pacientů upoutaných na lůžko).
- Čistota je pro muslimy velmi důležitým náboženským pojmem, proto by měli mít možnost umýt si ruce před každým jídlem a po něm a před modlitbou. Měli by mít také možnost umýt si ruce a perineum/rektum po použití toalety, pisoáru nebo pánve (také pacienti upoutaní na lůžko).
- Půst je nedílnou součástí islámu. Očišťuje tělo i duši. Tuto otázku je třeba s pacientem probrat individuálně. Při přerušení půstu je pro úspěšnou léčbu důležité, aby byli pacienti a jejich rodina informováni, a doporučit odložení půstu až do uzdravení.
- Je třeba mít na paměti, že léky vstřebané přes kůži, oplachování, injekce a odběr krve se nepovažují za přerušení půstu.
- Je třeba mít na paměti, že užívání ušních nebo nosních kapek, rektálních nebo vaginálních čípků nebo inhalačních léků se považuje za porušení půstu.
- Je třeba mít na paměti, že muslimové neužívají pilulky obsahující želatinu a léky obsahující alkohol.
- Je třeba se vyhnout perifernímu žilnímu přístupu do levé paže.
- Muslimové dělí potraviny na povolené a zakázané. Všechny otázky týkající se potravinových preferencí by měly být s pacientem projednány individuálně. Pokud není možné připravit jídlo odpovídající islámské tradici v nemocnici, mělo by být rodině umožněno přinést jídlo připravené doma.
- Pravidla pro přípravu jídel jsou velmi přísná. Jídla se připravují na odděleném nádobí a kuchyňském náčiní. Kuchyňský personál by měl být informován o tom, že připravuje jídlo pro muslimského pacienta, a dodržovat pravidla.
- Způsob stolování je v muslimské tradici velmi důležitý. Je důležité umožnit pacientovi zaujmout při jídle vhodnou polohu, tj. polohu vsedě.

- Jíst levou rukou je zakázáno, protože se používá k hygienickým úkonům. Když pravá ruka není způsobilá nebo je nepohyblivá, musí muslimského pacienta krmit jiná osoba, a to pravou rukou.
- Muslimové věří, že požehnání se posílá doprostřed talíře, a proto by se tato část jídla měla sníst až nakonec. Toto pravidlo je třeba dodržovat při krmení muslimského pacienta.
- Pokud je pacient v bezvědomí, měl by být na lůžku pokud možno otočen směrem k Mekce. Rodina by měla mít možnost doprovázet umírajícího pacienta a předčítat mu Korán.
- Muslimové si nemusí přát, aby se jejich blízkých zesnulých dotýkaly osoby jiného vyznání nebo opačného pohlaví.
- Rodina by měla mít možnost umýt tělo zemřelého.
- Pohřeb by měl proběhnout do 24 hodin, kremace je zakázána, pitva je v určitých situacích přípustná. K provedení pitvy je nutný předchozí souhlas rodiny. Před pitvou by měly být proneseny pohřební modlitby.

Seznam literatury

1. Ajmal S, Filipowicz A, Hania Hakiel AH, Polska Misja Medyczna, Szczepaniak A, Świst O. Marhaba. Uchodźczynie i uchodźcy. Poradnik dla personelu medycznego. Wrocław: Nomada Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego; [2016].

2. Armour JR. Islam, chrześcijaństwo i Zachód, burzliwe dzieje wzajemnych relacji. Kraków: WAM; 2014.

3. Bejda G, Krajewska-Kułak E, Lankau A, Guzowski A, rred]. Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Silva Rerum; 2015: 92–96.

4. Błaszczak E. Współżycie seksualne w kulturze islamu. Seksuologia Polska 2003; 1(1); 35–38.

5. Główny Urząd Statystyczny. Wyznania religijne w Polsce w latach 2012–2014. Warszawa; 2016. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/ wyznania-religijne-w-polsce-20122014,5,1.html.

6. Islam bez tajemnic. Skromność i czystość w życiu muzułmanina. [online] 2015 [cit. 22.02.2020]. URL: https://islambeztajemnic.wordpress.com/2015/07/20/skromnosc-i-czystosc-w-zyciu- muzulmanina.

7. Jaksz-Recmanik W. Opieka pielęgniarska nad wyznawcą islamu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2019; 1–2; 60–62.

8. Jończyk A. Aksjologiczne podstawy prawnej ochrony życia dziecka poczętego. Kościół i prawo 2018; 7(20)1: 215–216.

9. Komorowska-Pudło M. Wartościowanie płciowości i seksualności w religiach monoteistycznych. Założenia doktrynalne a rzeczywistość empiryczna. Studia Paradyskie 2017; 27(27); 317–333.

10. Kuriata A, Sadowa K. Podstawy ideologiczne islamu – filary wiary. Zarys tematyki. Wrocław; 2015; 183–202. URL: http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/65068/013_Kuriata_A_Sadowa_K_Podstawy_ideologiczne_islamu_filary_wiary_Zarys_tematyki.pdf.

11. Maciejczyk M. Zdrowie i medycyna w religiach świata. Edukacja biologiczna i środowiskowa. 2013; 1: 28–29.

12. Medica 2000. Jak postrzegana jest miesiączka w różnych kulturach? [online] [cit. 20.02.2020]. URL: https://www.medica2000.com.pl/jak-postrzegana-jest-miesiaczka-w-roznych-kulturach.

13. Olszewska J, Czerwińska-Osipiak A, Michalik A, Kunat K. Spojrzenie na ciążę przez pryzmat innych religii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(4): 534–541.

14. Pew Research Center Religion & Public Life. Religion. Religious Composition by Country, 2010–2050. [online] URL: https://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table.

15. Piwko AM. Kobieta w islamie. Muzułmański feminizm? Warszawskie Studia Pastoralne UKSW 2015; 4(29); 25–53. URL: https://doi.org/10.21697/wsp.2015.10.4.29.02.

16. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. Hygeia Public Health 2013; 48(1): 108–114.

17. Wąs A. Kobieta w islamie. [online] 10.04.2009 [cit. 11.01.2020]. URL: https://religie.wiara.pl/doc/472173.Kobieta-w-islamie.

18. Zasady ubioru mężczyzny i kobiety w islamie. [online] 14.11.2006 [cit. 22.02.2020]. URL: http://www.eioba.pl/a/23s/zasady-ubioru-mezczyzny-i-kobiety-w-islamie.

2.1.4. Hinduismus

Hinduismus je třetím největším náboženstvím na světě. Jeho různé denominace mají více než miliardu věřících, z nichž většina žije v Indii a Nepálu. Odhaduje se, že v roce 2020 počet vyznavačů hinduismu přesáhne 1,1 miliardy oproti 1 miliardě v roce 2010 (15 % světové populace). V roce 2010 byl počet hinduistů v Polsku, České republice a Bulharsku <10 tisíc a očekává se, že na této úrovni zůstane i v roce 2020 a 2030.

Hinduismus je nejstarším známým náboženstvím na tomto subkontinentu. Dělí se na několik vír a samostatných náboženství, takže se nejedná o jednotné indické náboženství, ale o obecný termín označující skupinu příbuzných, ale různorodých náboženských systémů, které mají svůj původ na území mezi Pákistánem a Bangladéšem. Nemá svého zakladatele, dogmata, rituály ani depozitář víry, který by uznávali všichni obyvatelé Indie. Každá doba v něm zanechala svou stopu, která se zachovala ve víře a náboženských praktikách hinduistů. Utvářely ji různé faktory. Její počátky jsou úzce spjaty s příchodem Árjů a jejich osídlením na hinduistické půdě, přibližně dva tisíce let před Kristem. Árjové věřili, že určité spisy obsahují posvátné vědění (védy). Tyto cizí prvky byly asimilovány náboženstvím osadníků, které časem pod vlivem jiných náboženství přijalo nebo odmítlo další víry a praktiky. Kromě toho

měla na utváření hinduismu obrovský vliv jedinečná poloha indického subkontinentu, jeho geografické zvláštnosti, zvyky a víra četných různorodých národů, které zde žily, jakož i nově přicházejících dobyvatelů. Vyvíjel se tedy neustálým hromaděním prvků různého původu a rozmanitých zdrojů.

Přehled

Hinduismus je konvenční termín, který běžně používají evropští odborníci na religionistiku. V Indii se pod pojmem *sanatana dharma* rozumí to, co lidé na Západě chápou jako náboženství – „věčný řád“. Hinduismus je souborem souvisejících přesvědčení, kultů, názorů, zákonů a norem chování. Jeho stoupenci sdílejí:

- úctu ke svatým knihám – védám,
- víru v reinkarnaci (duše se po smrti těla může znovu narodit v jiném živém tvorovi),
- víru v karmu (zákon příčiny a následku),
- snahu o osvobození.

Svaté knihy hinduismu

Knihy, o nichž se věří, že obsahují zjevení, se nazývají védy („posvátné vědění“). Pro dnešní spiritualitu hinduismu mají zásadní význam. Existují čtyři soubory véd:

- Rigvéda – sbírka hymnů přednášených při obětních rituálech,
- Jadžurvéda – soubor spisů souvisejících s obětními rituály,
- Samaveda – sbírka zpěvů spojených s obětními rituály,
- Atharvaveda – sbírka magických modliteb a hymnů pro soukromé kulty.

Stojí za povšimnutí, že hinduisté neoddělují soukromý život od náboženského tak jasně jako například v evropské kultuře. V životě hinduistů dominují rituály. Kromě rozsáhlého kalendáře svátků může hinduista v různých fázích života, od narození až po smrt, absolvovat až čtyřicet náboženských obřadů (*sanskara*). Hinduismus předpokládá, že každý tvor má duši, která se po smrti znovu narodí v jiném živém tvorovi – může to být hmyz, zvíře, člověk atd. Hinduistická společnost se dělí na třídy (varny). Nejvyšší třídu představují bráhmani (kněží). Dále jsou to kšatrijové (válečníci, králové, úředníci), vaišjové (obchodníci) a šúdrové (dělníci). Jednotlivé třídy se dále dělí na kasty a podkasty. Kasta určuje postavení člověka ve společnosti, možnosti sňatku a dokonce i druhy potravin, které smí konzumovat. Přestože bylo dělení na kasty v Indii oficiálně zakázáno, je stále hluboce zakořeněno v mentalitě indického národa. Podle zákona karmy je náš současný život důsledkem našich dřívějších inkarnací. Na cestě duše je možné perspektivně přecházet mezi kastami, ale pouze v důsledku dharmy – pravidel a povinností, které se u jednotlivých kast liší. Víra v jakýsi nejvyšší řád, který je lidem vnucen a který je třeba dodržovat, aby měli šanci na budoucí „vzestup“, vede k pokornému snášení společenských omezení. Dharma hraje v tomto náboženství klíčovou roli. Je to soubor karmických zákonů, přirozených a univerzálních pravidel vedoucích ke štěstí a osvícení. A právě tyto zákony a pravidla mají nepopiratelný a rozhodující vliv na život hinduistických stoupenců.

Žena a muž

Postavení ženy v Indii závisí na jejím společenském postavení, vzdělání, kastě, etnickém původu a náboženství. Kromě výše uvedeného je do značné míry závislé také na muži a jeho otevřenosti při přijímání změn probíhajících ve světě. Když si muž uvědomí a pochopí potřebu změny společenského postavení žen, bude se ke své ženě a dcerám chovat s náležitou úctou. V tradiční rodině, hluboce zakořeněné v patriarchálních hodnotách, je však žena stále vnímána jako závislá osoba, plně podřízená vůli muže, považovaná za přítěž. Protože venkovské komunity jsou tradičnější, je tam situace žen mnohem horší než ve městech. Bohužel se stále respektuje starobylý Manuův zákoník (Manusmriti), který stanoví, že dítě ženského pohlaví má být v péči a pod kontrolou svého otce a dospělá žena svého manžela a v případě ovdovění nejstaršího syna. Ačkoli se v současné době ženy v Indii snaží emancipovat, stále platí, že mladé ženy nemají být samy, zejména v mužské společnosti, protože to může vyvolat pochybnosti o jejich morálce. Proto z Indie emigrují především muži. Panuje přesvědčení, že ženy se nejlépe realizují při péči o domácnost a výchově dětí. Přestože indická ústava zaručuje mužům a ženám rovná práva, Indové jsou silně ovlivněni tradicí. Patriarchát ovládá všechny oblasti života – práci, rodinu, veřejná práva, a dokonce i náboženství. Školy navštěvují převážně chlapci a dívky obvykle zůstávají doma. Muži sedají ke stolu jako první. Žena může jíst až poté, co muži dojedí. Žena nikdy nemůže jíst společně s manželem. Navíc když je jídla málo, dostanou ho pouze muži. V hinduismu je menstruující žena nečistá a měla by zůstat v izolaci. Ženám je také zakázáno účastnit se náboženských obřadů během prvních čtyř dnů cyklu. Menstruující ženy by také měly držet zvláštní dietu, spát pod teplou pokrývkou a neměly by se koupat. V Indii patří žena nejprve svému otci a po svatbě svému manželovi. V souladu s tradicí se mladá žena přestěhuje do domu svého manžela, kde je hlavou rodiny tchyně, a zde pro ni začíná noční můra. Často je s ní zacházeno jako s cizí, nepotřebnou osobou, která je přítěží pro rodinnou spíž, je vystavena psychickému a často i fyzickému týrání. Zcela běžnou formou ponižování ženy je polévání petrolejem, což vede k popáleninám a smrti. Popálení je příčinou mnoha nepřirozených úmrtí mladých žen. Situace mladé ženy se ještě zhorší, když porodí dceru, zejména ve venkovských oblastech, kde je narození dívky vnímáno jako značná zátěž pro rodinu. V hinduismu hraje žena v rodině důležitou roli, protože jen ona může rodit děti. Často je však považována za služku a vykonává nejhorší domácí práce. Těžká je také situace opuštěných manželek – musí samy vychovávat opuštěné děti, jsou často obtěžovány a ponižovány a často se stávají oběťmi znásilnění a vydírání.

Muž je hlavou rodiny a nejžádanějším potomkem. Synové jsou očekáváni nejen kvůli dědickému právu (v současnosti mají dědické právo i dcery), ale také proto, že

v hinduismu může v kultu předků pokračovat pouze syn, nikdy ne dcera, což je pro hinduisty velmi důležité. Tradice vyžaduje, aby se nejstarší syn staral o rodiče, takže obvykle zůstává v rodinném domě nebo přebírá rodinný podnik. Proto jsou synové ceněni více než dcery. To je také důvod, proč je v Indii tradicí oslovovat ženu slovem „syn" místo „dcera". Takto (obvykle) projevuje starý muž úctu mladé ženě. Podobně když je prvorozená dcera žena, rodiče ji oslovují „synu".

Názory na sexualitu (pohlavní styk, početí, těhotenství, antikoncepce, potrat)

V hinduismu existuje mnoho různých postojů k sexualitě, od asketického přes umírněné schvalování až po afirmaci. V minulosti byl sex vnímán jako zdroj potěšení a plodnosti. Erotika je také silně přítomna v hinduistické mytologii. Moderní sexuální život je ale omezován četnými normami a pravidly. Měl by být omezen na manželství, které musí být monogamní a založené na vzájemné věrnosti. Veřejné projevy citů jsou zakázány a trestají se pokutou nebo vězením. V městských parcích není dovoleno používat deštníky a noviny, protože by se za nimi mladé páry mohly schovávat a líbat.

V roce 2018 vydal indický Nejvyšší soud rozhodnutí, že homosexualita není trestným činem a není trestná. Neexistují však žádné zákony zakazující diskriminaci homosexuálů. Indie není tolerantní zemí, pokud jde o sexuální menšiny. Společnost akceptuje pouze heterosexuální vztahy, zatímco ty homosexuální jsou odsuzovány.

Početí, těhotenství a porod jsou součástí cyklu života a smrti. Zplodit a vychovat potomka je základní povinností manželky a manžela. V minulosti se ženy měly na těhotenství připravovat konzumací speciálních jídel symbolizujících plodnost. Těhotenství je v hinduismu zvláštním obdobím, o čemž svědčí skutečnost, že věk člověka se počítá od okamžiku početí. Před porodem, aby se pomohlo rodící ženě, by se měly rozvázat všechny uzly v domě. To má usnadnit porod a zabránit komplikacím. První náboženský obřad (*Džatakarman*) se provádí hned po porodu. Otec dítěte přestřihne pupeční šňůru a zašeptá dítěti do ouška slova zvláštní mantry, v níž ho prosí o dlouhý život a moudrost. Kromě toho se na znamení uznání dítěte dotkne jeho čela. Úst novorozence se dotkne směsí medu a másla, což má dítěti přinést štěstí. Zvláště důležitý je obřad prvního kojení. Mezi lékaři a porodními asistentkami panuje mnoho kontroverzních názorů ohledně tradičního hinduistického lotosového porodu, při němž všechny procesy spojené s odloučením dítěte od placenty probíhají přirozeně a spontánně. Po porodu se pupeční šňůra nepřestřihává a nesvorkuje, ale ponechává se, dokud neseschne, neztvrdne a sama neodpadne (obvykle do tří až 10 dnů). Tento typ porodu se nejčastěji praktikuje u domácích porodů, ale může probíhat i v nemocnici. Po porodu je třeba vyčkat na vypuzení placenty. Vypuzení placenty může pomoci k zahájení kojení, protože stimuluje uvolňování oxytocinu, který zase stimuluje děložní stahy. Placenta se poté vloží do misky a položí se do blízkosti dítěte (i 24 hodin po porodu). Je důležité, aby placenta byla umístěna ve stejné výšce jako dítě nebo o trochu výše, dokud

pupečník pulzuje, což znamená, že se krev z placenty čerpá do orgánů dítěte. Poté se placenta jemně opláchne teplou vodou, aby se odstranily případné krevní sraženiny, a lehce se osuší ručníkem. Zbytky plodových membrán přischlých k placentě by se měly také opláchnout a osušit. Poté se placenta vloží na sítko vystlané kouskem mušelínu a ponechá se, dokud nepřestane odkapávat (obvykle jeden až dva dny po porodu). Placenta a zbytky plodových obalů se mohou potřít hlínou, aby se proces sušení urychlil. Když je placenta v sítku, měla by se přikrýt mušelínem nebo jinou přírodní tkaninou. Přikrývku je třeba vyměnit alespoň jednou za 24 hodin, nebo když už prosakuje. Jakmile odkapávání ustane, měla by se placenta vložit do misky naplněné Ringerovým roztokem. Matka musí být velmi opatrná, když děťátko objímá nebo kojí. Dítě by mělo být oblečeno volně, v oblečení, které se rozepíná vpředu. U některých dětí se při manipulaci s placentou či pupečníkem projevuje úzkost, u některých naopak zájem. Je vhodné dítěti popsat, co se dělá. Když je třeba změnit polohu dítěte, lze pupečník na jednom místě navlhčit, aby byl pružnější. Sám pak zase oschne. Další metodou je omotání části pupečníku vlhkým kusem látky, aby zůstal pružný a usnadnil péči o dítě. Rodiče tvrdí, že když děti zůstanou spojené s placentou, jsou klidnější. Po odpojení se začnou více zajímat o svět kolem sebe. V Polsku již byly zaznamenány případy, kdy miminka odjížděla z porodnice ještě s pupeční šňůrou. Rozhodnutí je na rodičích a jsou nemocnice, které jejich volbu respektují. Propagátoři lotosového porodu zdůrazňují jeho duchovní aspekt. Tvrdí také, že takové děti jsou klidnější a vyrovnanější, méně náchylné ke stresu a úzkostem, mají větší sebevědomí, lepší imunitu a jejich citové vztahy se vyznačují větší stabilitou. Odpůrci poukazují na zdravotní rizika spojená s ponecháním placenty.

Důležitým prvkem péče o dítě v hinduismu je masáž. Věří se, že je prospěšná pro fyzický a duševní vývoj, stimuluje imunitu dítěte a posiluje pouto mezi matkou a dítětem. Při masáži se používá mandlový nebo sezamový olej obsahující vitaminy A a E, které dítě vstřebává pokožkou.

Postoj hinduistů k antikoncepci je velmi složitý. Důvodem je hluboká heterogenita tohoto náboženství a evoluční charakter mnoha jeho přesvědčení. V hinduistické tradici plánování rodiny znamenalo hledání způsobu, jak zvýšit plodnost ženy, proto bylo užívání antikoncepce stigmatizováno. V moderní době má snaha o omezení počtu dětí a udržení spíše malé rodiny náboženský smysl. Antikoncepce, přirozená i farmakologická, je proto povolena.

Většina hinduistů nesouhlasí s potratem, a to ani v případě znásilnění, deformace plodu apod. Potrat jako vnější zásah je z hlediska náboženského práva považován za zločin, ačkoli Indie jako sekulární země jej nezakazuje. V důsledku rozvoje medicíny začínají hinduističtí vědci zvažovat zákonnost a přijatelnost některých prenatálních diagnostických postupů a testů, včetně včasného určení pohlaví nenarozeného dítěte. Důvodem je diskriminace dívek. Díky běžnému přístupu k ultrazvukovým přístrojům mohou rodiče snadno zjistit pohlaví dítěte a někdy se rozhodnout pro

potrat. Hinduistické zákony zakazují prozradit rodičům pohlaví nenarozeného dítěte, ale osoby provádějící tento zákrok vědí, jak toto pravidlo obejít.

Názory na hygienu

Život vyznavačů hinduismu je do značné míry ovládán rituály. Svět kolem sebe vnímají z hlediska rituální čistoty a nečistoty (poskvrněnosti). Toto rozdělení určuje i řád každodenních činností. Po každé práci, při níž může dojít ke kontaktu s poskvrňujícími látkami, předměty nebo osobami, je třeba se umýt. Voda má očistné vlastnosti, a to nejen ve fyzickém smyslu. Hinduisté se myjí i několikrát denně. Ráno jsou ulice plné lidí vonících kokosovým olejem vetřeným do vlhkých vlasů. Často se však myjí v rybnících nebo na ulici – ve vědrech nebo u pumpy. Pro muže je to mnohem jednodušší, protože ženy se musí „mýt“ v šatech, často před svítáním, ve spěchu, schované před ostatními. Téměř polovina obyvatel Indie nemá přístup k vodě. Chybí dostatek koupelen a záchodů. Dokonce i ve městech musí lidé často používat pumpy na vodu a používat sdílené záchody. Bohužel ve společnosti doslova posedlé rituální a fyzickou čistotou nemá každá pátá hinduistická žena přístup k tekoucí vodě a pouze 2 % žen žijících na venkově používají menstruační vložky. Výskyt nemocí způsobených nedostatečnou hygienou a infekčních onemocnění, kterým lze snadno předejít, je v Indii mnohem vyšší než v jiných málo rozvinutých zemích.

Způsob oblékání pro muže a ženy

V současné době nosí mnoho obyvatel Indie tradiční oděvy i v každodenním životě, nejen při zvláštních příležitostech.

Tradiční hinduistický oděv se nazývá *sárí*. Je to několik metrů dlouhý pruh bavlněné nebo hedvábné látky. Existuje mnoho způsobů nošení *sárí*, ale nejoblíbenější je zavinutí a přehození části látky kolem pasu, aby zakryla nohy, a přehození zbývající části přes ramena, aby zakryla prsa. Okraje bavlněného *sárí* mají často ozdobný pruh. Dražší *sárí*, *která* se nosí při zvláštních příležitostech, jsou často vyrobena z hedvábí s metalizovanými nitěmi. *Sárí* se obvykle nosí se spodničkou a vrškem *(choli)*. *Sárí* nenosí ženy v celé Indii. Na severu se *sárí* používá při zvláštních příležitostech. Mladé dívky obvykle nosí kalhoty a košili dlouhou ke kolenům nebo dokonce ke kotníkům *(shalwar kameez)* nebo oblečení evropského střihu. *Shalwar kameez* se obvykle nosí s dlouhým šátkem nebo šálou zvanou *dupatta*. K oděvu hinduistické ženy patří také drobné prvky svědčící o jejím společenském postavení. *Bindi* („svatá tečka“ nebo „červená tečka“) je charakteristické znamení na čele. Je to znamení, že žena je pod ochranou otce nebo manžela. Obvykle je červené, vytvořené kurkumou nebo šafránem. V severní Indii červená tečka na čele znamená, že žena je vdaná, zatímco na jihu ji obvykle nosí mladé svobodné ženy. Umístění značky je velmi důležité – podle hinduistické tradice je místo mezi obočím místem nejdůležitější *čakry* (jednoho z ohnisek energie v lidském těle). *Bindi* má zabránit tomu, aby člověk ztratil energii. Tradičním znakem vdané ženy je *sindooram* – červeně zbarvený pudr, který se nosí podél části vlasové linie.

Na rozdíl od žen, které se drží tradice, dává většina hinduistických mužů přednost západnímu oblečení. Oblíbeným tradičním mužským oděvem je *dhóti* nebo *lungi*. *Lungi* je neforemný oděv v podobě dlouhého pruhu látky omotaného kolem pasu. *Dhoti* je podobné *lungi*, pouze se ovinuje kolem pasu a poté mezi nohama. Obvykle se vyrábí ze světlých látek. Hinduisté je považují za formálnější než *lungi*. Kalhoty podobné pyžamu (lenga) jsou každodenním oděvem, ale protože je nosí hlavně dělníci, nejsou vhodnou volbou např. při návštěvě. Nošení turbanu je mezi muži poměrně oblíbené, zejména ve venkovských oblastech. V Indii neexistují žádná pravidla, která by mužům ukládala povinnost sundat si pokrývku hlavy při vstupu na nějaké místo. Strhávání turbanu z hlavy je formou ponížení. Způsob, jakým je turban zabalen, jeho barva nebo dokonce vzor často naznačují, z jakého regionu osoby pocházejí nebo jaká je jejich kasta.

Názory na zdraví a profylaxi

V hinduismu neexistuje jednotný názor na zdraví. Pro jogíny je zdravé a fit tělo velmi důležité, protože jakákoli nemoc by mohla narušit meditaci. Proto o své zdraví a tělo pečují a používají různé metody k jeho detoxikaci. Přírodní medicína, založená především na bylinách, je v indické kultuře velmi bohatá. Velmi oblíbené je ájurvédské léčení (WHO toto léčení uznává jako rovnocenný koncept zdraví a terapie), založené na myšlence zachování rovnováhy mezi životními silami a jednotlivými složkami lidského těla a okolím. Nepřiměřené stravovací návyky, nevhodná aktivita těla, sexuální návyky nebo silné emoce mohou způsobit onemocnění. Léčebná metoda založená především na dietě, zvaná *siddha*, je oblíbená v jižní Indii.

Výživa a stravování

Hinduisté rozlišují dva druhy jídla – *kacca* a *pakka*. *Pakka* je zpracované jídlo, jídlo, které někdo uvařil nebo připravil pomocí ohně, tuku nebo horké vody. *Kacca* označuje konzumaci syrových produktů, např. ovoce, a proto se jí pouze doma. Věří se, že *pakka* je bezpečnější, a proto je riziko poskvrnění jiné osoby nebo dokonce přenesení vlastní smůly na ni menší. Jídlo, kterého se již dotkly rty nějaké osoby, může jíst pouze tato osoba. Nemělo by se dávat jinému člověku. Proto se hinduisté při pití nedotýkají rty misky nebo láhve. Nádoba zůstává čistá a ostatní ji mohou používat. Hinduistická písma doporučují vegetariánskou stravu, ale stoupenci si mohou zvolit svou vlastní. Ti, kteří jedí maso, se zdržují vepřového a hovězího. Čaj a káva jsou povoleny, i když mnozí hinduisté věří, že káva otupuje mysl. Nejortodoxnější příslušníci nejvyšší kasty – bráhmani – nejedí cibuli a česnek. Hinduisté nejedí houby a často také rajčata a brambory. Pití alkoholu je přísně zakázáno. Již zmíněné rozdělení na kasty také určuje, co mohou příslušníci dané kasty jíst a v čí společnosti. Osoby z vyšší kasty nesmí přijímat jídlo a vodu od osob z nižších kast. Existuje

také speciální strava pro menstruující ženy. Skládá se ze suchých produktů, hlavně rýže a soli. Indická kuchyně se v jednotlivých regionech liší. Na severu lidé jedí více masa a pšeničných výrobků, zatímco na jihu jsou častější vegetariánské pokrmy, jejichž základem je velké množství různých druhů rýže. Rýže je lepkavá, protože hinduisté tradičně jedí pravou rukou, bez použití příboru. Indie je královstvím koření. Těžko byste hledali indický pokrm, ve kterém by bylo méně než deset druhů koření. Hinduistická kuchyně je poměrně slaná. Je třeba si uvědomit, že podávání jídla a pití hinduistovi levou rukou může být vnímáno jako neuctivé nebo dokonce zlovolné.

Nemoc a smrt

Nemoc a léčba. Hinduističtí pacienti, zejména z nižších kast, se mohou zdráhat přijmout západní metody léčby z obavy, že pokud se postaví karmě, jež vykonává spravedlnost, může se jim to v dalším životě vymstít. Hinduistický pacient muž by si přál, aby ho během pobytu v nemocnici navštěvovala jeho rodina a pomáhala mu při rozhodování o léčbě, například při souhlasu či nesouhlasu s operací. Hinduistická žena pravděpodobně nebude mít žádné zvláštní požadavky a ráda by se o všech lékařských rozhodnutích radila se svým manželem. Soukromé i státní nemocnice v Indii umožňují rodinám pacientů návštěvy a vybraný člen rodiny může dokonce zůstat v noci na stejném pokoji s pacientem. Pomáhají pacientovi s hygienou a stravováním a jsou oprávněni rozhodovat o léčbě. Úloha zdravotních sester je omezena na podávání léků a provádění základních lékařských úkonů. Pro hinduistického pacienta může být vážným problémem jídlo připravované společně pro větší počet pacientů. Pokud jsou navíc nadšenci ájurvédského léčitelství, věří, že nemoc je prostě jen projevem nerovnováhy v těle a je třeba pročistit cesty pro proudění energie. Za tímto účelem provádějí speciální masáže s použitím kokosového a mandlového oleje. Důležité je také obnovení duševní rovnováhy. Toho se dosahuje pomocí *širodhary* – jemného polévání čela teplými oleji, po němž následuje masáž hlavy. Vyžaduje se také speciální dieta s vyloučením živočišných produktů, kávy a čaje. Pravidla stravování platná v případě specifických onemocnění jsou rozdělena do dvou skupin: ovoce a zelenina s chladivým a zahřívacím účinkem na organismus. Jídlo se připravuje ve speciálním plechovém nádobí. Po přípravě se již jídlo nesmí ohřívat.

V hinduistické kultuře se boty často zouvají při vstupu do domu, při příchodu na nějaké kultovní místo i na některá další místa. Při návštěvě pacienta si hinduističtí návštěvníci mohou před vstupem do pokoje pacienta boty zout. Pokud je pacient starší než jeho návštěvníci, měli by návštěvníci zůstat stát, pokud jim pacient nenabídne místo k sezení. Úcta ke starším lidem a blízkým rodinným příslušníkům je v hinduistickém náboženství hluboce zakořeněna. Gesta jsou v Indii v komunikaci velmi důležitá. Mnohá gesta jsou pro Evropany nesrozumitelná – mohou vypadat podobně jako ta, která známe my, ale znamenají něco úplně jiného. Je třeba mít na paměti, že v přítomnosti hinduisty se všechny úkony musí provádět pravou rukou.

Pravá ruka se používá k podávání jídla a pití, zatímco levá se používá k odstraňování nečistot a na toaletě. Zvláště důležité je nedotýkat se levou rukou jídla ani jiných lidí. Ukazování podrážek nohou druhé osobě je projevem neúcty, stejně jako ukazování prstem. Chceme-li někomu něco ukázat nebo ho na něco upozornit, měli bychom použít celou ruku nebo bradu. Zaťatá pěst se vztyčeným palcem je znamením nesouhlasu. Narovnaný malíček je znamením, že dotyčný potřebuje na toaletu nebo ji právě použil, a člověk by mu neměl podávat ruku. Mnoho hinduistů zdraví ostatní evropským stylem (podáním ruky). Tradiční hinduistický pozdrav vyjadřující úctu a dobré vychování je však úklona s rukama položenýma na hrudi, přičemž ukazováčky směřují vzhůru. Znakem nejvyšší úcty je dotknout se cizích nohou (nečistá část těla) a poté vlastního čela (nejčistší část těla).

Náboženské praktiky hinduistického pacienta během pobytu v nemocnici mohou mít podobu modliteb, meditací nebo četby svatých knih. K modlitbě může být použit malý obrázek nebo figurka boha. Modlící se osoba by měla být nejlépe otočena směrem na sever nebo východ, ale není to povinné. Je dobré věnovat pozornost šňůrkám na zápěstí pacienta. Obvykle jsou bílé, oranžové nebo červené. Jsou znamením oběti vykonané v hinduistickém chrámu nebo toho, že se vydal na pouť. Nesmí se ustřihávat, protože jsou považovány za posvátné. Rozvázat je lze pouze se souhlasem pacienta nebo jeho rodiny. Po sundání se nesmí vyhodit, ale předat rodině. Většina náboženských svátků se slaví v souladu s určitým aspektem božství, které pacient nebo jeho rodina uctívají. Hinduistická víra v karmu je zdrojem neochoty si život usnadnit a zasahovat do utrpení vyplývajícího z nemoci. Intubace, umělá výživa a další formy zdánlivě marné lékařské péče mohou být považovány za odporující hinduistické víře. Paliativní péče je však v náboženské tradici akceptována, protože vede k přirozené smrti.

V hinduismu jsou etické otázky týkající se eutanazie v souladu s klasickými a lidovými náboženskými tradicemi. Hinduismus však nemá jednotný kodex pravidel etického chování. Pravidla byla vždy flexibilní a volně interpretovaná místními komunitami. V hinduistickém přístupu k dobrovolné a aktivní eutanazii je třeba vzít v úvahu dva hlavní charakteristické pojmy – a to karma i dharma. Karma je klíčem k pochopení hinduistického přístupu k eutanazii. Dharma je morální a etický zákon, který je třeba dodržovat, aby si člověk zajistil prosperitu v současném životě i po smrti. Jedním ze základů hinduismu je víra v reinkarnaci a cestu duší, která pokračuje až do konečného osvobození z opakované existence. Proto je eutanazie, stejně jako jakákoli jiná forma zkrácení života, zakázána. Dharma přiděluje povinnosti a závazky, karma s nimi člověka svazuje. Každý člověk by měl žít tak, aby si v následujícím životě zasloužil lepší inkarnaci. Tím, že se někomu vezme život v současné inkarnaci, aby unikl utrpení, se takový pacient připravuje o možnost dosáhnout vyšší duchovní úrovně a přitahuje si špatnou karmu. Hinduistická tradice neschvaluje zabití z milosti, asistovanou sebevraždu ani sebevraždu. Jedinou formou sebevraždy, kterou hinduismus povoluje, je vyhladovění nebo sebeusmr-

cení zadržením dechu, které praktikují bráhmani, aby dosáhli nirvány. Hinduismus také nesouhlasí s umělým prodlužováním života, protože to jen prodlužuje utrpení, které je vlastní každé existenci. Lidské bytosti by mělo být umožněno zemřít v klidu.

Hinduismus postrádá jakékoli uznání fyzického života, který již není vnímán jako plnohodnotný. Místo oslavování radostí současného života, které nemají žádnou hodnotu, je třeba se zaměřit na rozvoj ducha dobra. Hinduismus nemá jasné názory zakazující transplantace orgánů odebraných mrtvým dárcům. Znalosti o podstatě transplantologie jsou však v Indii velmi nízké. Rodiny zemřelých často s odběrem orgánů nesouhlasí z náboženských důvodů.

Hinduista preferuje zemřít doma. Smrt v nemocnici je však přijatelná, pokud se jí nelze vyhnout. Umírající pacient může dát přednost tomu, aby byl sám, se svou rodinou, knězem nebo guru (pokud je to možné). Z náboženského hlediska může být smrt buď dobrá, nebo špatná. Smrt je dobrá jak pro umírajícího, tak pro jeho rodinu, pokud měl umírající čas se na smrt připravit, pokud k ní dojde ve správný astrologický okamžik a pokud je doprovázena vhodnými rituály. Špatná smrt bude mít trvalé následky v budoucím životě a neblahé důsledky pro rodinu (například smůla, noční můry, neplodnost). Bude jim trvat roky, než špatnou smrt vyrovnají retribučními rituály. Špatná smrt je náhlá smrt, smrt s nadměrným množstvím tělesných tekutin nebo smrt doprovázená špatně provedenými rituály. Záleží také na místě smrti. Nejvýhodnější je smrt ve svatém městě Benáresu u řeky Gangy, ale pokud to není možné, umírajícího položí na zem, aby neležel v prostoru mezi stropem a podlahou. Rodinní příslušníci umístí poblíž hlavy svého blízkého světlo. Přerušení tohoto procesu může mít věčné následky, protože ovlivní všechna budoucí zrození. Těsně před smrtí vkládají věřící hinduisté umírajícímu do úst list tulsi (svaté bazalky) a několik kapek vody z posvátné řeky Gangy, protože věří, že mu to pomůže přejít do další inkarnace. Pro hinduisty je smrt součástí života. Proto je pro ně rituál přechodu tak důležitý. Po smrti je tělo zpopelněno v chrámu. Před kremací je pomazáno oleji, zabaleno do prostěradla a květin a poté položeno na pohřební hranici. Spalování těla je doprovázeno mantrami. Umělé prodlužování života je individuální rozhodnutí. V hinduistické tradici je však běžné nechat přírodu, aby se vydala přirozeným směrem sama.

V hinduismu je každý orgán nedílnou součástí těla, které by mělo být zpopelněno ihned po smrti, aby se urychlil proces odchodu duše z těla. Z tohoto důvodu rodiny velmi nerady souhlasí s pitvou. Pitva se provádí na příkaz soudu.

Shrnutí – hlavní otázky důležité pro poskytování lékařské péče hinduistickému pacientovi

- Základní znalosti o hinduismu jsou důležité při poskytování zdravotní péče hinduistickým pacientům. Podrobné informace o každodenních zvycích a obyčejích hinduistů umožní zdravotnickému personálu poskytovat profesionální zdravotní péči a zároveň respektovat jejich duchovní potřeby a potřebu soukromí.
- Je třeba znát náboženské přesvědčení a zvyklosti (rituály a obřady) pacientů, aby mohli během pobytu v nemocnici vykonávat své náboženské činnosti (rozsvěcování lampy, modlitby, zpívání manter).
- Při náboženských aktivitách by pacienti měli mít soukromí a neměli by být rušeni, dokud nedokončí své rituály/modlitby (pokud to není nezbytně nutné).
- Hinduistický pacient si přeje, aby ho během pobytu v nemocnici navštěvovala rodina a pomáhala mu při rozhodování o léčbě. Pacientovi by tato možnost měla být poskytnuta, avšak s ohledem na jeho potřebu odpočinku.
- Nesundávejte z těla pacienta žádné ozdoby s náboženským významem, pokud to nevyžaduje prováděný zákrok (chirurgický či diagnostický).
- Kromě toho je třeba věnovat pozornost šňůrkám na zápěstí pacienta. Jsou známkou oběti, která byla vykonána v hinduistickém chrámu nebo po absolvování pouti. Nesmí se stříhat, protože jsou považovány za posvátné. Rozvázat je lze pouze se souhlasem pacienta nebo jeho rodiny. Po sundání se nesmí vyhodit, ale předat rodině.
- Gesta jsou v Indii v komunikaci velmi důležitá.
  - Je třeba mít na paměti, že v přítomnosti hinduisty je třeba všechny úkony provádět pravou rukou (levou rukou se nelze dotýkat ostatních lidí).
  - Ukazování podrážek nohou, ukazování prstem a zatínání pěstí se zdviženým palcem jsou gesta nesoucí negativní význam. Chceme-li na něco upozornit, měli bychom použít celou paži nebo bradu.
  - Narovnaný malíček je znamením, že dotyčný potřebuje na toaletu nebo ji právě použil – a neměla by se mu podávat ruka.
  - Úklon s rukama položenýma na hrudi a s ukazováčky směřujícími vzhůru je v hinduistické tradici znamením úcty a dobrých mravů.
  - Znakem nejvyšší úcty je dotknout se cizích nohou a pak vlastního čela.
- Hinduistická pacientka se chce se svým manželem poradit o všech lékařských rozhodnutích. Je důležité, abyste jí tuto možnost poskytli.
- Mělo by se respektovat právo žen nosit prvky označující jejich společenské postavení (*bindi* – červená tečka, *sindur* – červený pudr ve vlasech).
- Podle hinduismu je menstruující žena nečistá a během menstruace by měla zůstat v izolaci. Menstruující ženy by také měly držet zvláštní dietu, spát pod teplou pokrývkou a neměly by se koupat.
- V Indii se první náboženský rituál provádí hned po narození. Všechny hinduistické obřady, ať už vycházejí z tradice nebo náboženství, by měly být povoleny, pokud není ohrožen život matky nebo dítěte.
- V takovém případě by rodina měla mít možnost zůstat s pacientem a všechny její rituály by měly být povoleny a respektovány. Zdravotnický personál by se měl vyvarovat vstupu do pokoje pacienta a přerušování modliteb.

- Mělo by se respektovat právo na lotosový porod, při němž se zachová pupeční šňůra i placenta. Rozhodnutí je na rodičích (existují nemocnice, které jejich volbu respektují).
- Důležitým prvkem péče o dítě v hinduismu je masáž mandlovým nebo sezamovým olejem. Pokud je to možné, mělo by být matce umožněno provádět ji ještě v nemocnici.
- Pro pacienty, kteří věří v ájurvédské léčení, bude důležitá možnost provádět v nemocnici speciální masáž s kokosovým a mandlovým olejem a *sirodhara*. Mají také speciální dietu – tuto otázku je třeba s pacientem probrat individuálně.
- Většina vyznavačů hinduismu má velkou úctu k jídlu. Jídla připravovaná hromadně v nemocnici pro ně mohou být problémem. Všechny otázky týkající se stravovacích preferencí by měly být s pacientem projednány individuálně. Pokud není možné připravit vhodné jídlo v nemocnici, mělo by být rodině umožněno přinést pacientovi jídlo z domu.
- Je třeba dodržovat všechny hinduistické zásady a pravidla, včetně těch, které se týkají zakázaných potravin. Pokud zdravotní stav pacienta umožňuje zdržet se určitých potravin, měl by nemocniční dietolog sestavit jeho jídelníček tak, aby zajistil, že nedostane žádné potraviny, které nemůže jíst z náboženských nebo tradičních důvodů.
- Je třeba si uvědomit, že podávání jídla a pití hinduistům levou rukou může být vnímáno jako neuctivé či dokonce až zlozvěstné.
- Hinduistická víra v karmu je zdrojem neochoty si život usnadnit a zasahovat do utrpení, které je důsledkem nemoci. Intubace, umělá výživa nebo jiné formy marné lékařské péče mohou být považovány za odporující hinduistické víře. Paliativní péče je však v náboženské tradici akceptována, protože vede k přirozené smrti.
- Ve výjimečných situacích, zejména když je ohrožen život hinduistického pacienta, by se měly respektovat všechny hinduistické obřady, ať už vycházejí z tradice nebo náboženství. V takovém případě by se rodině měla dát možnost zůstat s pacientem a zdravotnický personál by měl respektovat a umožnit provedení všech rituálů, nevstupovat do pokoje pacienta a nepřerušovat modlitby.
- Hinduista preferuje zemřít v domácím prostředí. Smrt v nemocnici je však přijatelná, pokud to nelze jinak. Umírající pacient může dát přednost strávení posledních chvil svého života se svou rodinou, knězem nebo guru (pokud je to možné).
- Rituály spojené se smrtí a pohřbíváním patří mezi hlavní hinduistické obřady. Smrt je dobrá jak pro umírajícího, tak pro jeho rodinu, pokud měl umírající čas se na ni připravit, pokud k ní dojde ve správný astrologický okamžik a pokud je doprovázena vhodnými rituály. Špatná smrt bude mít trvalé následky v budoucím životě a neblahé důsledky pro rodinu (např. smůlu, noční můry, neplodnost). Rodině by mělo být umožněno provádět všechny rituály připravující umírajícího blízkého na smrt a při jejich provádění by se měl zdravotnický personál vyvarovat vstupu do pokoje pacienta či jinak rušit.
- Místo, kde má člověk umřít, má v hinduismu svůj význam. Aby neležel umírající v prostoru mezi stropem a podlahou, položí ho rodina na zem.
- Těsně před smrtí vkládají věřící hinduisté umírajícímu do úst list tulsi (svaté bazalky) a několik kapek vody ze svaté řeky Gangy, protože věří, že mu to pomůže přejít do další inkarnace.
- V hinduismu je každý orgán nedílnou součástí těla a měl by být zpopelněn ihned po smrti, aby se urychlil proces odchodu duše z těla. Z tohoto důvodu rodiny velmi nerady souhlasí s pitvou. Pitva se provádí na základě soudního příkazu.

Seznam literatury

1. Ajmal S, Filipowicz A, Hania Hakiel AH, Polska Misja Medyczna, Szczepaniak A, Świst O. Marhaba. Uchodźczynie i uchodźcy. Poradnik dla personelu medycznego. Wrocław: Nomada Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego; [2016].
2. Armour JR. Islam, chrześcijaństwo i Zachód, burzliwe dzieje wzajemnych relacji. Kraków: WAM; 2014.
3. Bejda G, Krajewska-Kułak E, Lankau A, Guzowski A, rred]. Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Silva Rerum; 2015: 92–96.
4. Błaszczak E. Współżycie seksualne w kulturze islamu. Seksuologia Polska 2003; 1(1); 35–38.
5. Główny Urząd Statystyczny. Wyznania religijne w Polsce w latach 2012–2014. Warszawa; 2016. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-20122014,5,1.html.
6. Islam bez tajemnic. Skromność i czystość w życiu muzułmanina. [online] 2015 [cit. 22.02.2020]. URL: https://islambeztajemnic.wordpress.com/2015/07/20/skromnosc-i-czystosc-w-zyciu-muzulmanina.
7. Jaksz-Recmanik W. Opieka pielęgniarska nad wyznawcą islamu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2019; 1–2; 60–62.
8. Jończyk A. Aksjologiczne podstawy prawnej ochrony życia dziecka poczętego. Kościół i prawo 2018; 7(20)1: 215–216.
9. Komorowska-Pudło M. Wartościowanie płciowości i seksualności w religiach monoteistycznych. Założenia doktrynalne a rzeczywistość empiryczna. Studia Paradyskie 2017; 27(27); 317–333.
10. Kuriata A, Sadowa K. Podstawy ideologiczne islamu – filary wiary. Zarys tematyki. Wrocław; 2015; 183–202. URL: http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/65068/013_Kuriata_A_Sadowa_K_Podstawy_ideologiczne_islamu_filary_wiary_Zarys_tematyki.pdf.
11. Maciejczyk M. Zdrowie i medycyna w religiach świata. Edukacja biologiczna i środowiskowa. 2013; 1: 28–29.

12. Medica 2000. Jak postrzegana jest miesiączka w różnych kulturach? [online] [cit. 20.02.2020]. URL: https://www.medica2000.com.pl/jak-po- strzegana-jest-miesiaczka-w-roznych-kulturach.

13. Olszewska J, Czerwińska-Osipiak A, Michalik A, Kunat K. Spojrzenie na ciążę przez pryzmat innych religii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(4): 534–541.

14. Pew Research Center Religion & Public Life. Religion. Religious Composition by Country, 2010–2050. [online] URL: https://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table.

15. Piwko AM. Kobieta w islamie. Muzułmański feminizm? Warszawskie Studia Pastoralne UKSW 2015; 4(29); 25–53. URL: https://doi.org/10.21697/wsp.2015.10.4.29.02.

16. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. Hygeia Public Health 2013; 48(1): 108–114.

17. Wąs A. Kobieta w islamie. [online] 10.04.2009 [cit. 11.01.2020]. URL: https://religie.wiara.pl/doc/472173.Kobieta-w-islamie.

18. Zasady ubioru mężczyzny i kobiety w islamie. [online] 14.11.2006 [cit. 22.02.2020]. URL: http://www.eioba.pl/a/23s/zasady-ubioru-mezczyzny-i-kobiety-w-islamie.

2.2. Kultury světa

Víra, jež se nestane kulturou, není plně přijatou vírou,
neproniká zcela do myšlení a není věrně prožívána.
Jan Pavel II.

Mezi náboženstvím a kulturou existuje velmi úzká vazba:
„(...) žádnou kulturu v minulosti ani v současnosti, a zdá se, že ani žádnou kulturu
v budoucnosti nemůžeme považovat za kulturu bez náboženství.“
E. Fromm

Pojmy víra a kultura nejsou rovnocenné. Jejich rozdělení by však bylo hluboce nesmyslné, protože kultura zahrnuje vše, co člověk vědomě vytvořil. Kultura je tedy každý čin člověka vykonaný v souladu s jeho myšlenkami, určitými představami, úmyslem týkajícím se světa (přírody a civilizace). Jinými slovy, kultura je humanizace.

Široce chápanou kulturu lze rozdělit na kulturu „materiální“ (fyzické a biologické hodnoty), kulturu „civilizační“ (společenské hodnoty), kulturu „duchovní“ (hodnota poznání, usilování o pravdu) a kulturu „morální“ (usilování o dobro).

Seznam literatury

1. Drozdowicz Z, Sztajer S. Religia-nauka-kultura. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych; 2011.

2. Zdybicka Z. Religia a kultura. Lublin; 2001.

2.2.1. Vietnamská kultura

Charakteristika vietnamské kultury

Vietnam má dlouhou historii, první dochované důkazy o osídlení území současného Vietnamu podle archeologických důkazů jsou staré více než 5 000 let. Vietnam byl dlouhou dobu s malými přestávkami pod nadvládou jiné země. Od 1. století byl jižní Vietnam součástí kambodžského království Funan, od 2. století pod vládou Číny, která měla a do současnosti má významný vliv jak na kulturu Vietnamu, tak na rozvoj země (Koudelka 2003, Ičo 2010, Černík 2006, Barešová 2010, Pupálková 2012).

K ekonomickému a politickému rozkvětu Vietnamu došlo za vlády dynastie Ly v období od 11. do 13. století. V 15. století byl Vietnam opět dobyt Číňany. V 16. stole-

tí připluli do Vietnamu portugalští námořníci a vytvořili zde obchodní kolonii. V roce 1887 byl Vietnam kolonizován Francouzi a včleněn do Indočínské unie. Existenci Indočínské unie ukončila až 2. světová válka (Koudelka 2003, Ičo 2010, Černík 2006, Barešová 2010, Pupálková 2012). Vietnam byl podle Ženevských dohod rozdělen na dvě republiky – na komunistickou Vietnamskou demokratickou republiku a Vietnamskou republiku. Zakladatelem moderního Vietnamu a Komunistické strany byl Ho Či Min, vlastním jménem Nquyen Tat Than, který byl prezidentem do své smrti v roce 1969. Na přelomu let 1960–1961 byla založena Národní fronta osvobození Vietnamu a úderné oddíly nazvané Vietkong, které byly podporovány komunistickým režimem Ho Či Mina. Tyto oddíly začaly protivládní operace za účelem spojení země s Vietnamskou demokratickou republikou. Zpočátku se jednalo o partyzánskou válku, která se v roce 1965 změnila ve Vietnamskou válku, do níž se oficiálně zapojilo na straně USA kolem 40 států, jež podporovaly Jižní Vietnam, na straně komunistického režimu stál Sovětský svaz a Čínská lidová republika. Tak vypukla otevřená americko-vietnamská válka, během níž spadlo na Vietnam více bomb než během druhé světové války. Z této války po četných světových protestech v roce 1973 odešli američtí vojáci a v roce 1976 byla vyhlášena sjednocená Vietnamská socialistická republika, která byla o několik let později přijata do OSN (Organizace spojených národů) (Studík, Teplík 2006, Koudelka 2003, Duiker 2003).

Vietnamská socialistická republika se nachází na východním pobřeží Indočínského poloostrova, na severu sousedí s Čínou, na západě s Kambodžou a Laosem a na východě s Indočínským mořem. Počasí je rozdílné na severu, kde jsou čtyři roční období, a na jihu, kde jsou pouze dvě roční období. Zemědělství zaujímá ve Vietnamu významné místo a základním produktem je rýže, která je hojně exportována (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Tothová 2010, Nováková 2012, Hlavatá 2008, Pupálková 2012).

Současný Vietnam se rozkládá na území 331 114 km^2, krajina je velmi rozmanitá, významným prvkem je Rudá řeka (Song Hong), která pramení v Číně, a řeka Mekong, tyto řeky představují pro Vietnamce zdroj vody a obživy. Celý stát se rozděluje na 63 provincií a 5 měst, která jsou pod ústřední správou. Patří sem Hanoj, Hai Phong, Ho Či Minovo Město, Da Nang a Can Tho. Provincie se dělí na okresy a obce (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Tothová 2010, Leontiyeva 2010). Počet obyvatel se pohybuje přibližně kolem 84 milionů obyvatel.

Na území Vietnamu žije 54 etnik. Mezi nejvýznamnější patří etnikum Viet, ke kterému se hlásí asi 86 % celkové populace. Dále pak Vietnam obývají Thajové, Muonové, Hmongové, Khmerové, Čajové a Číňané (Hlavatá 2008, Papin 2001, Studík, Teplík 2006, Wojciech 2008, Pupálková 2012). Hlavním městem Vietnamu je Hanoj s přibližně 7 miliony obyvatel, které bylo založeno v polovině 10. století n. l., leží na severu a protéká jím Rudá řeka.

Úředním jazykem je vietnamština, kterou hovoří většina obyvatelstva, v různých regionech se ovšem liší. Písemná forma jazyka je společná pro celý Vietnam (Hlavatá 2008, Studík, Teplík 2006).

Vietnamci jako migranti

V České republice žije 60 745 Vietnamců. V Polsku je udáván počet mezi 20 000–30 000 Vietnamců. V Bulharsku žije podle dostupných zdrojů 2 600 Vietnamců.

Významné osobnosti Ho Či Min

- Ho Chi Minh
  - Původní jméno Nguyen Tat Thanh, Nguyen Ai Quoc a Nguyen Sinh Cung, 1890–1969. Revolucionář, komunista, myslitel, lingvista, známý jako otec národa.
- Thich Quang Duc
  - Vietnamský mnich, který se v Saigonu na protest proti perzekuci mnichů v červnu 1963 upálil.
- Vo Nguyen Giap
  - Vietnamský generál, podílel se na vzniku Viet Minhu (organizace bojující za nezávislost země). V roce 1946 byl jmenován vrchním velitelem vietnamské armády. Je na světovém seznamu 20 nejlepších stratégů 20. století (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Tothová 2010).

Tradiční vietnamské léčitelství

Vietnamské léčitelství je postaveno na staletých historických zkušenostech. (Šerý, Votrubec 1988, Odyová 2003) Do dějin vietnamského lékařství se zapsal Tue Tinh, přezdívaný jako „bůh jižní medicíny“. (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Mullerová 2004, Hlavatá 2008) V tradičním léčitelství vynikli v 18. století Le Huu Trac, a Nguyen-gia-Phan, který položil základ boje proti infekčním nemocem a bývá považován za prvního epidemiologa. Tradiční vietnamské léčitelství je postaveno na dvou základních protikladných principech jin a jang. Jin ovládá vnitřek těla. Je to negativní, chladný princip, který charakterizuje ženské vlastnosti, Zemi, Měsíc, tmu a smrt. Kladný princip jang ovládá povrch těla, charakterizuje mužské vlastnosti, Slunce, nebe, světlo a život (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Bittnerová, Moravcová 2006, Odyová 2003, Mullerová 2004, Pupálková 2012).

Vietnamci v přírodní léčbě využívají léky a látky rostlinného základu. Na horní polovinu těla používají květy z rostlin, na spodní polovinu léky z kořenů. Na výběr léčiv má vliv tvar a barva nemocných orgánů (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Baeke 2011, Odyová 2003, Pupálková 2012). Ke stanovení nemoci a diagnózy slouží prohlídka jazyka, kde se hodnotí kořen jazyka (podbřišek), střed jazyka (orgány nad bránicí) a špička jazyka (hrudní orgány). Na jazyku se sleduje barva, povlak a velikost jazyka. Mezi hojně využívané léčebné metody patří akupunktura, akupresura a baňkování (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

Role muže a ženy ve vietnamské kultuře

Vietnamské ženy se vždy spolupodílely na práci v rodině, prodávaly na tržištích, zpeněžovaly rodinnou produkci, staraly se o děti, o staré příbuzné, nemocné. Postave-

ní současné vietnamské ženy v rodině je vzhledem k vysoké dělbě práce v rodině velmi významné. Jsou velmi aktivní, komunikativní, samostatné, pracovité. Na venkově se postavení ženy může lišit, zde mohou být ženy více submisivní. Formální hlavou rodiny je vždy muž. Žena může sdělit svůj názor, ale poslední slovo má vždy muž. Vietnamské ženy se snaží o to, aby měly co nejsvětlejší barvu kůže. Z tohoto důvodu se kryjí slunečníky nebo deštníky, aby udržely pleť alabastrově bílou (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Pattison 2008). Standardem ženské krásy ve Vietnamu je být štíhlá. Štíhlost sleduje celá rodina, zejména ženy. Muži mají povinnost vykonávat těžké práce a být silní v krizi. V současné době mimo Vietnam žijí již druhé generace Vietnamců, kteří se v nové zemi narodili, vystudovali a založili rodinu. Tyto generace jsou již aktivnější, ovládají jazyk země, ve které žijí. Jejich partnerské postavení se mění. Při hospitalizaci ženy v nemocnici je jejím hlavním průvodcem manžel či otec ženy, který bývá i u sdělení diagnózy, muž často hovoří i za ženu. V případě hospitalizace muže bývá jako doprovod také muž. Při nastavení léčby, případně při návrhu operace se radí celá rodina.

Pro Vietnamce je na prvním místě rodina, která hraje významnou roli v řešení situací i konkrétních párů, radí se dohromady o bydlení, hypotéce, půjčkách. Vše se řeší zejména s rodiči. Většina Vietnamců žijících mimo Vietnam finančně podporuje širokou rodinu ve Vietnamu. Vietnamci jsou zvyklí si navzájem pomáhat, přispívat chudým a to také očekávají z druhé strany. Pro rodinu jsou velikou společenskou událostí svatby, výročí, narození potomka nebo úmrtí člena rodiny, kterých se zúčastní všichni členové dané rodiny, a to i ti, kteří momentálně nežijí v rodné domovině. Zvláště na svatby je kladen velký důraz. Nevěstě bývá vystrojena bohatá svatba, a to i v případě, že se rodina musí zadlužit na několik let. Počet svatebčanů bývá velký, někdy i několik set. Na svatbě se přednáší básně, proslovy k novomanželům, hojně se zpívá, fotografuje. Ženy si po sňatku ponechávají své příjmení, děti se jmenují po otci (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

Vzhledem ke vztahu k rodině bydlí společně hned několik generací najednou. Vzájemně si pomáhají, podporují se a starají se o nemocné nebo starší členy. V rodině rozhoduje otec nebo nejstarší syn, manželky jsou podřízené.

Rodičovství

Vztah Vietnamců k dětem je stejně pevný a úzký jako k celé rodině. Očekává se, že děti budou poslouchat a uctívat rodiče a mít respekt před staršími. Učí se, aby byly poctivé, tiché a slušné. Pravidla slušného chování stanoví neztěžovat situaci svým blízkým neustálými stížnostmi na vlastní problémy. Ve Vietnamu trvá mateřská dovolená čtyři měsíce, pak nastupuje dítě do jeslí nebo si rodiče zajistí chůvu. Dítě může být u chůvy celý týden nebo chůva může zůstávat v rodině i přes noc.

Rodiče dětí kladou mimořádný důraz na vzdělávání dětí, děti ve škole dosahují průměrných a nadprůměrných výsledků. Děti narozené v jiné zemi umí velmi dobře jazyk majoritní populace a zaměřují se na výuku dalších cizích jazyků (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

Vietnamské děti mají pro sebe méně volného času, nezúčastňují se organizovaných a volnočasových skupinových aktivit s majoritní populací, hodně se učí, děti z ekonomicky dobře zajištěných rodin navštěvují prestižní individuální kroužky – jazykové, tenis, golf. Vietnamci pečují pečlivě o své děti i po zdravotní stránce, téměř pravidelně docházejí na preventivní prohlídky. Z již uvedeného výzkumu (Tothová 2010) vyplynulo, že 84 % rodičů pravidelně navštěvuje dětskou poradnu a 69 % rodičů navštěvuje preventivní prohlídky s většími dětmi.

Vztah k sexualitě člověka

Péče o reprodukční zdraví je pro Vietnamce velmi důležité. Podle výzkumu (Tothová 2010) Vietnamci preferují plánované rodičovství, využívají na prvním místě kondom a následně hormonální antikoncepci, při nechtěném otěhotnění se nebrání interrupci.

Vietnamské ženy berou těhotenství velmi zodpovědně. Pokud jim však porodní asistentka/sestra nebo lékař nezdůrazní důležitost preventivních prohlídek, samy je nevyhledávají. Pokud budoucí rodiče společně navštěvují předporodní kurz, otec dítěte bude chtít být přítomen i u porodu. Velmi citlivým tématem pro Vietnamce je odhalení pohlaví dítěte, proto je nutné dát pozor na sdělování údajů před případnou přítomností tlumočníka. Těhotenství věnují hodně pozornosti. Namáhavá činnost se v těhotenství nedoporučuje, klade se důraz na odpočinek a spánek. O těhotnou Vietnamku pečuje celá rodina. Doporučuje se dostatek masa, vitamínů a vejce – to vše pro zdraví dítěte (Mocková 2005, 2007).

Většina Vietnamců by si přála mít prvorozeným dítětem chlapce. Soukromí a stud jsou důležitými body při pobytu Vietnamek v nemocnici. Vietnamky jsou velmi stydlivé, zvláště před cizími muži. Vietnamky nikdy nesmrkají na veřejnosti – je to pro ně výraz neslušnosti a směšnosti. Pokud má Vietnamka obtíže typu zvracení, může se stát, že dá vědět sestře, až když tyto obtíže přejdou, a sama zvratky uklidí. Léky proti zvracení přijímají pouze při opakovaném a dlouhodobém zvracení, kdy nezabere samoléčba pomocí přírodních metod. Vietnamky si nestěžují na únavu, preferují dostatečný spánek. Při potížích s vyprazdňováním stolice oznámí tuto skutečnost sestře až tehdy, kdy už ji sama nezvládne nebo pokud se sestra zeptá. Vietnamky se nejprve budou snažit využít svoje domácí léčebné metody, jako je zvýšená konzumace tekutin a listové zeleniny. Očistné klyzma využívají Vietnamky až jako poslední možnost. Vietnamské ženy by raději upřednostňovaly porod v domácím prostředí mezi svými bližními, ale uvědomují si rizika, proto rodí v porodnici. Těsně před porodem absolvují Vietnamky rituál očisty. Rády se před porodem vykoupou, a to za přítomnosti otce dítěte nebo samy. Při vlastním porodu mají vietnamské ženy minimální mimiku a působí velmi klidně, chovají se tiše – chtějí se s bolestí vypořádat samy. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest, a to z důvodu strachu z návyku či z možnosti vedlejších účinků. Vietnamské ženy odmítají jakýkoliv pro ně „agresivní zákrok“, upřednostňují vaginální porod před císařským řezem. O všem se radí s manželem (Mocková 2005, 2007, Tothová 2010).

Rodička může při první době porodní odmítnout chodit, ale pokud bude upozorňována na nutnost chůze, poslechne. Je vhodné při porodu nabídnout adekvátní úlevu od bolesti a jiné nefarmakologické prostředky. Během porodu jsou vietnamské ženy tiché. Křik u nich není obvyklý. Vaginální porod je upřednostňován před císařským řezem. Stravování Vietnamek i v porodnici probíhá podle jejich filozofie rovnováhy jin a jang, které jsou přiřazovány síle tepla a chladu. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je vhodnější prokonzultovat tuto problematiku s otcem nebo jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne, kdo to oznámí matce. Když jí oznamuje špatnou zprávu, je vhodné, aby byl přítomen i lékař. V případě potřeby je nutné zajistit tlumočníka. Zdravotníci si musí uvědomit, že v případě nutnosti pitvy dítěte musí celou problematiku prodiskutovat vietnamská rodina. Není to jen záležitostí rodičů, ale celé rodiny (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Mocková 2005, 2007).

Vztah k tělesné hygieně a charakteristika odívání

Osobní hygiena je pro Vietnamce velmi důležitá, vietnamští pacienti si ji raději dělají sami. Pokud nemohou, upřednostňují, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. Je nutné vědět, že dodržování soukromí a stud jsou důležitými body při pobytu Vietnamců v nemocnici. Z pohledu hygienických zásad se významně neliší od evropské populace. Dodržují běžná hygienická pravidla. Těhotné Vietnamky dodržují speciální hygienu (např. čištění zubů slanou vodou) (Mocková 2005, 2007, Tothová 2010).

V případě, že nemohou, chtějí, aby jim pomáhal nějaký člen rodiny stejného pohlaví. Pokud je to možné, upřednostňují sprchu ráno, a to každý den. Podle vietnamské kultury by se vietnamské ženy v prvních dnech šestinedělí neměly vůbec koupat, ale protože si Vietnamky uvědomují, že v evropských zdravotnických zařízeních by se nesetkaly s pochopením vietnamských tradic, podřídí se zvyklostem hygienických požadavků porodnice.

Charakteristika odívání. Vietnamci žijící v Evropě se oblékají stejným způsobem jako ostatní obyvatelé, čisté a slušné oblečení je pro ně jedním ze znaků slušného chování. Takto oblékají i své děti. Vietnamky o sebe pečují, téměř nenosí sukně. Pouze při slavnostních příležitostech používají ženy a dívky kroje, ale to spíše v uzavřených skupinách.

Vztah ke zdraví a prevenci

Zdraví je symbolizováno rovnováhou mezi jin a jang, pokud dojde k porušení této vzájemné harmonie, vzniká nemoc. Každý princip působí na své tělesné orgány. Jin ovládá břicho, žaludek, střeva a močový měchýř. Mezi orgány ovládané principem jang patří ledviny, srdce, plíce, slezina a játra (Šerý, Votrubec 1988, Černík 2006, Bittnerová, Moravcová 2006, Odyová 2003, Mullerová 2004, Pupálková 2012). Vietnamci jsou od většinového obyvatelstva v Evropě odlišní svým somatotypem, patří k mongoloidní (asijsko-americké) rase barvou pleti, vlasů, menším vzrůstem, tvarem očí a nosu. Vietnamci aktivně pečují o své zdraví, stravují se zdravě, méně trpí nadváhou, sportují. V prevenci také udávají různé formy relaxace – vyhledávají kulturní akce odpovídající jejich minoritě (Pattison 2008). Před lékařskými autoritami mají respekt. V případě zdravotní prohlídky preferují přítomnost člena rodiny. Vietnamci jako národ mají rádi teplo. Pokud je Vietnamec v depresi, člen rodiny nebo jeho přítel se ho bude snažit rozveselit vyprávěním nebo ho bude chtít přivést na jiné myšlenky.

Systém vietnamského zdravotnictví. Současný zdravotní systém ve Vietnamu je jak veřejný, tak soukromý. (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010) Zdravotní pojištění je rozděleno do dvou kategorií – pro státní zaměstnance a pro zaměstnance soukromých firem (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Ivanová, Špirudová, Kutnohorská 2005).

Charakteristika stravování

Vietnamská kuchyně je velmi pestrá, rozmanitá a regionálně se liší. Má velmi blízko k čínské kuchyni. Jedním ze základních rozdílů je to, že vietnamská kuchyně více pracuje s čerstvou nevařenou zeleninou, více využívá bylinky. Základními surovinami jsou rýže a nudle. Nudle se jí v různých formách – suché, v polévkách, mají různé tvary a připravují ze z rýže či pšenice. Mohou se jíst na snídani, k obědu i večeři. Z rýže se vyrábí těstoviny, rýžový ocet, rýžový škrob, rýžový papír nebo rýžový alkohol. Vietnamští kuchaři zpracovávají všechna masa – králičí, hovězí, kuřecí, vepřové, krůtí, kachní, zvěřinu, ryby, mořské plody, žabí maso, slepičí paráty. Umějí také upravovat maso psí, kočičí, myší, hadí. Vietnamci hojně jedí syrovou zeleninu a ovoce. Vietnamci pijí různé druhy nápojů – minerální vody, džusy, čaje, kávu, pivo, víno a také tvrdý alkohol. Vietnamské stolování má svá pravidla, Vietnamci mohou jíst u stolu, ale také v tureckém sedu. Jídlo se nabírá hůlkami a jí se přímo z nachystaných misek. Při jídle bývají hluční a nedodržují evropskou etiketu (Picka 2007, Studík, Teplík 2006).

Mezi teplé pokrmy jang patří například vejce, drůbeží maso a rýže. Mezi chladné pokrmy jin patří například karotka a fazolové klíčky. Vietnamská filozofie stolování spočívá v rovnováze ve skladbě potravin, která vede ke zdraví. Vietnamci jedí třikrát za den, oběd a večeře jsou brány jako hlavní jídlo. Nepřejí si „dobrou chuť“. Vietnamci jsou zvyklí jíst společně a pomalu. Zašpinění ubrusu nebo mlaskání není výrazem nevychovanosti, je to výraz spokojenosti. Mají rádi teplá, měkká jídla (např. čistý vývar se zeleninou a rýží). Málo solí. Nic studeného ústy nepřijmou. Hodně pijí, zejména čaje nebo vodu pokojové teploty, čaj bez citrónu a bez cukru, zředěný vodou. Nepijí nápoje s ledem. Většina Vietnamců netoleruje laktózu. Pokud jsou Vietnamci nemocní, jedí rýžovou kaši, hodně zeleniny a ovoce. Přivyknutí na jinou stravu není pro Vietnamce snadné, dospělým může trvat i několik měsíců. Ze své vlasti nejsou vůbec zvyklí např. na mléko a sýry (Picka 2007, Studík, Teplík 2006).

Při hospitalizaci v nemocnicích nemají problém s přijímáním stravy, která je jim zde podávaná. Mnohdy se můžeme setkat s tím, že rodina přináší nemocnému jeho oblíbené pamlsky. Vietnamci berou jídlo jako lék, podle somatických problémů si vybírají i konkrétní stravu, např. při bolest žaludku konzumují bílé maso, celer, jablka. Ve výzkumu (Tothová, 2010) se v rámci stravovacích zvyklostí u 4 684 Vietnamců žijících v České republice zjistilo, že většina respondentů se stravuje pravidelně a podle doporučení zdravé výživy. Upřednostňují maso, rýži, zeleninu a ovoce. Méně preferují mléčné výrobky (mléko jogurt, sýry). V rámci přijímaných tuků převažuje využívání rostlinných olejů, naopak používání másla uvedlo pouze minimum respondentů.

Vztah k nemoci a smrti

Vietnamci v zásadě upřednostňují domácí péči před návštěvou zdravotnického zařízení a hospitalizací. Lékařskou pomoc vyhledají až v nutných případech, kdy je zdravotní problém pokročilý a bolesti jsou neúnosné (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Ivanová, Špirudová, Kutnohorská 2005).

Nemoc. Podle tradiční čínské medicíny jsou lidé živi a zdrávi proto, že se jejich tělo nachází ve stavu rovnováhy a vnitřní harmonie. Rovnováha mezi jin a jang se neustále narušuje každodenní činností a působením zevních vlivů. Je-li člověk zdráv, disharmonie se rychle upraví a opět dosáhne rovnováhy. Pokud se rovnováha naruší a neobnoví, může to vést k pocitu nemoci až k jejímu propuknutí. Na zdraví a propuknutí nemoci působí šest zevních faktorů, kterými jsou běžné klimatické prvky: vítr, teplo/oheň, léto/teplo, vlhkost, sucho a chlad. Každý z těchto prvků souvisí s určitým ročním obdobím, nejvíce je to časté v tom období, s nímž daný prvek souvisí. Během nemoci se těchto šest patogenních faktorů může navzájem ovlivňovat a přeměňovat se jeden v druhý. Existuje pět základních příčin vzniku nemocí. Patří zde vnitřní vítr, vnitřní teplo/oheň, vnitřní vlhkost, vnitřní sucho a vnitřní chlad. Mezi nemoci vyvolané zevním větrem patří horečka, nachlazení, k nemocem způsobeným vnitřním větrem patří křeče, strnulost, porucha jaterních funkcí (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Doan 2003).

O nemocného člena vietnamské rodiny pečují převážně ženy, které jsou zodpovědné za péči o nemocného. Poskytují hlavní péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. Očekává se, že poskytnou nemocnému denně koupel a jídlo. V rámci péče o duši nemocného navštěvuje farář nebo mnich. Vietnamští pacienti vyžadují soukromí a klid, věří, že spánek má léčivou sílu. Všechny výsledky vyšetření a plánované zásahy je nutné pomalu a jasně vysvětlit. Někteří vietnamští pacienti a příbuzní mohou chtít prokonzultovat nutnost transfúze s jiným lékařem. Pokud je nutná transfúze, členové rodiny jsou ochotni darovat krev. Pokud je za určitých podmínek důležité provést pitvu, rozhoduje celá rodina. Ke zdravotní prohlídce je vhodné přizvat i člena rodiny a tlumočníka. Člen rodiny může být využit jako tlumočník, ale musí se dávat pozor na citlivost tématu, které je diskutováno s pacientem nebo tlumočníkem, hlavně u témat týkajících se pohlaví (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010, Doan 2003).

V případě hospitalizace nebo návštěvy lékařské ordinace je třeba věnovat zvýšenou pozornost důkladnému vysvětlování výsledků vyšetření, různých testů nebo procedur a ověření správného porozumění. Běžné je, že Vietnamci během rozhovoru přikyvují, což může vyvolat pocit, že poslouchá a souhlasí s tím, co je řečeno. U Vietnamců je zvykem nesdělovat závažnou diagnózu nejprve nemocnému bez předchozí konzultace s rodinou, zejména s manželem nebo otcem. Rodina se rozhodne, zda a kdy je vhodné pacientovi diagnózu sdělit, aby nebyl ještě více vystavován stresu a obavám.

V případě ambulantní léčby chronického onemocnění Vietnamci spolupracují s lékařem a dodržují léčebný režim. Lékaři a sestry v péči o zdraví etnika sehrávají nepostradatelnou úlohu na úrovni primární, sekundární a terciální prevence. Můžeme zde odhalit celou řadu etických, kulturních a náboženských specifik jednotlivců, která mohou mít vliv na průběh léčby. Při odběru ošetřovatelské anamnézy je možné využít ošetřovatelský model J. N. Gigerové a R. E. Davidhizarové (2002). Tento model se opírá o hodnocení šesti kulturních fenoménů – biologické odlišnosti, prostředí, individuum, čas, sociální začlenění, interpersonální prostor a komunikace. Cílem profesionální ošetřovatelské péče je poskytovat kulturně shodnou ošetřovatelskou péči. Vietnamci jako pacienti jsou známí tím, že dobrovolně nepožádají o léky proti bolesti z důvodu strachu z vypěstování návyku, zvratky z důvodu studu raději uklidí sami a až potom nahlásí proběhlé zvracení. Celkově shrnuto, vietnamští pacienti vyhledávají pomoc až při pokročilých problémech či veliké bolesti. Nejprve se snaží použít nějaký „domácí lék“. A pokud tato léčba nezabere, vyhledají zdravotnickou pomoc (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

Umírání, smrt. Vzhledem k tomu, že rodina je pro Vietnamce jednoznačně prioritou, kladou důraz na dvě tradiční rodinné povinnosti: pečovat ve stáří o své rodiče a truchlit nad jejich smrtí. Tyto povinnosti jsou považovány za posvátné. Vietnamci dbají na důstojné umírání, které tkví v kvalitě poskytované ošetřovatelské péče o umírajícího. S umírajícím vzpomínají na jeho dobré skutky, vyprávějí si, tráví u jeho lůžka většinu času. Významnou roli zde sehrává rodina a zdravotní sestra, která pečuje o umírajícího. Pacient potřebuje v této fázi života klid, pocit jistoty a ubezpečení, že není sám. V ošetřovatelské péči jde o zabezpečení všech potřeb. Jde o potřeby somatické – být v čistotě, nemít hlad, nemít žízeň, nemít bolest. Tato péče může být pro umírajícího nedůstojná, může pociťovat hluboký stud. Zde může sehrát významnou roli rodina nebo sestra, která plně respektuje stud a autonomii umírajícího. Mezi další potřeby patří potřeby psychické a sociální – pocit sounáležitosti s rodinou, vnímání sama sebe, bezpečí a přípravy na odchod ze života. Při umírání Vietnamci preferují být doma se členy své rodiny. Vždy musí být zachována indivi-

dualita a důstojnost. Veliký význam zde sehrává také náboženství, které přistupuje k umírání a smrti svým vlastním způsobem a u pacienta je možné očekávat chování korespondující s jeho vírou (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

K umírání neodmyslitelně patří období smutku, které začíná ještě před smrtí, když je patrno, že je již nevyhnutelná. Když pak nastane smrt, celá rodina se shromáždí kolem umírajícího příbuzného. Nejstarší syn nebo dcera navrhne jméno pro umírajícího, neboť je považováno za nešťastné, aby měl umírající i nadále stejné jméno, které používal v životě. Rituálem pro nejstaršího syna či dceru je vzít košili, kterou zesnulý nosil, mávat s ní ve vzduchu a vyzvat duši mrtvého, aby se vrátila zpět. Samotný pohřeb je komplikovanou ceremonií složenou podle tradice, kdy mrtvé tělo je omyto a zahaleno látkou nebo rohoží, učešou se vlasy a ostříhají se nehty. Do úst mrtvého jsou umístěny peníze, zlato a rýže, na znamení, že zesnulý opustil tento svět, aniž by měl bídu či hladověl. Tělo je pak položeno do rakve. Rodinní příslušníci pak celý den tvoří čestnou stráž až do doby, než je vybrán příznivý čas pro pohřeb. Den pohřbu je určen v předstihu podle vhodnosti data dle lunárního kalendáře. Rodina zorganizuje procesí, jehož struktura podléhá přesnému řádu a přísné hierarchii. Pohřební barvou je bílá – nejbližší příbuzní se oblékají do bílých šatů. Smrt je ve Vietnamu chápána jako skonání těla a také odchod duše, která odchází do jiného světa, kde nalezne klid, pokud je na zemi správně uctívaná (Černík 2006, Tothová 2010, Ičo 2010).

Komunikace a způsob předávání informací

Verbální a neverbální komunikace hraje ve Vietnamu stejně jako u ostatních kultur významnou roli. Při setkání je tradičním vietnamským pozdravem podání pravé ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby. Ten způsob pozdravu vypadá tak, že se vezmou za ruce a mírně se předkloní. Není vhodné se uklánět tak, aby došlo k dotyku druhé osoby, zejména hlavy. Ačkoli je tato část lidského těla považována za něco výjimečného, je jakýkoli kontakt v této rovině naprosto nepřípustný. Vietnamci jsou národem dotyků. Dotyky a objímání jsou zcela normální a časté, ale pouze v přátelských vztazích. Ve Vietnamu je nepřípustné, aby se milenecký pár na veřejnosti vodil za ruku nebo si jiným způsobem projevoval vzájemnou náklonnost. Vietnamci jsou od mládí vedeni k cudnosti a vzájemné zdrženlivosti. Stejně tak je nevhodné, aby cizí osoba pohladila dítě po hlavičce nebo se muž dotkl cizí ženy. Je to gesto vyjadřující úzký vztah a ten mohou projevovat pouze členové rodiny. Pokud chce Vietnamec při seznámení projevit úctu, stiskne podávanou ruku a na krátkou chvíli ji podrží v obou dlaních. V souvislosti s tradicemi Dálného východu je zvykem, že při setkání je nejprve zdraven muž a teprve poté žena. Rozhovor je obvykle zahájen otázkami na rodinu a zdraví, čímž dávají najevo svůj zájem. Dotazy na věk během rozhovoru nejsou považovány za neuctivé, naopak jsou velmi důležité pro zařazení osoby do společenské hierarchie, která je zde přísně respektována. Vietnamci se často usmívají a smějí se nahlas, a to i v situacích, které Evropanům nemusí připadat směšné. Mnohdy je smích projevem nejistoty, což

může vést v komunikaci s jinými kulturami k mnohým nedorozuměním. Za nezdvořilý je brán přímý pohled do očí. Stejně tak noha přes nohu vyjadřuje nadřazenost a zkřížené ruce na prsou jsou známkou rozčilení. Zcela nepřípustná je otevřená kritika jednotlivce na veřejnosti. Spory se řeší v soukromí a beze svědků. Je zvykem podávat předměty oběma rukama, čímž Vietnamci dávají najevo, že si druhého váží. Vietnamština nezná tykání ani vykání, používají pouze slovní obraty, které vyplývají z dané situace (Mocková 2007, 2006, Mullerová 2004, Mlýnková 2009, Sedláková, Koudelková 2008, Pattison 2008). Někteří muži si nechávají narůst několik centimetrů dlouhý nehet na jednom nebo obou malíčcích, což je znakem, že muž nemusí fyzicky pracovat (Mocková 2007, Mullerová 2004, Mlýnková 2009, Sedláková, Koudelková 2008). Při komunikaci zdravotníků s vietnamským pacientem je vhodné hledat podobnosti, na kterých lze stavět. Každý profesionál by měl obezřetně zacházet s citlivými otázkami a pamatovat si, že i v rámci stejné kultury se mohou vyskytovat odlišnosti mezi jednotlivými sociálními třídami nebo mezi ženami a muži. Sami Vietnamci patří mezi velmi zdvořilé pacienty, v některých případech, kdy ještě neovládají dobře řeč dané země, mohou při komunikaci druhé osobě tykat, v žádném případě nejde o neúctu. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení jsou klidní, trpěliví a spolupracují. Při komunikaci ve zdravotnickém prostředí hraje významnou roli délka pobytu vietnamského pacienta v dané zemi. Čím delší pobyt, tím více mají zvládnutý jazyk dané majoritní skupiny, a tím je komunikace efektivnější. Často se také můžeme setkat s dospívajícími dětmi, které dělají svým rodičům překladatele.

Kulturní specifika

V historii obyvatelé Vietnamu věřili v ducha a duševní síly, tato víra přetrvává do současnosti. Významným rysem vietnamské kultury je kult předků a víra v duševní schránku jedince. Lidé věří, že po smrti duše ze světa neodchází, ale zůstává, aby mohla nadále zasahovat do rodinných záležitostí. Ústředním místem kultu jsou oltáře předků, které jsou v téměř v každé rodině. Na domácí oltáře se pokládají zejména o svátcích dary – rýže, ovoce a další předměty, kterými je možné si duchy naklonit (Ičo 2010, Vavroušková 2005, Tothová 2010, Knotková, Čapková 2005).

Základem vietnamského náboženství jsou náboženské směry – buddhismus, konfucianismus a taoismus. K buddhismu se hlásí nejvíce Vietnamců. Tento náboženstvo-filozofický směr má kořeny ve starověku. Jedná se o významné světové náboženství, ke kterému se hlásí lidé z celého světa. Podstatou náboženství je uvědomění si smyslu života a utrpení, které život přináší, a ukončení neustále se opakujícího koloběhu dosažením nirvány (věčný klid, osvobození). Buddhismus výrazně ovlivnil vývoj vietnamské kultury včetně jejich tradic (Ičo 2010, Vavroušková 2005).

Hlavním cílem konfucianismu je působit na mravní hodnoty člověka, tento směr je spjat s čínským mudrcem Konfuciem (551–479 př. n. l.), který hlásal cestu k lepšímu životu člověka a ke správnému fungování společnosti v úctě, vzdělávání, moudrosti a snaze o sebezdokonalování.

Taoismus se zabývá učením o harmonii, svobodě a volnosti. Taoisté kladou důraz na přírodní rovnováhu a na důležitost tělesného i duševního zdraví (Ičo 2010, Knotková-Čapková 2005).

Ve Vietnamu se můžeme vzhledem k veliké toleranci Vietnamců setkat také s hinduismem, islámem a křesťanstvím (Koudelka, 2003, Ičo 2006, Tothová 2010).

Nemoc je v pojetí buddhismu podmíněna negativními emocemi a skutky z minulosti. Péče o nemocné a léčebná praxe se zaměřují na dosažení porušené harmonie lidského organismu a také na zahánění démonů. Ošetřovatelská praxe vyplývající z náboženských postojů není tak zjevná jako třeba v křesťanském prostředí (Mitlener 2012, Lopez 2003).

Tradice a zvyky. Vietnamská tradiční kultura je ovlivněna historickým vývojem a vlivem Číny. Mezi typické tradice patří oslavy. Zajímavé je, že Vietnamci neslaví narozeniny. Vietnamci jsou velmi pověrčiví, z toho důvodu se můžeme setkat s celou řadou pověr, které Vietnamci respektují (Sedláková, Koudelková 2008, Tothová 2010, Černík 2006, Doan 2003).

Tradiční vietnamské svátky. Mezi tradiční vietnamské svátky patří oslava příchodu Lunárního nového roku, který se řídí vietnamským lunárním kalendářem a je podobný čínskému kalendáři. Každý lunární měsíc v něm má 29 nebo 30 dní, každý rok má následkem toho 355 dní. Příchod Lunárního nového roku patří mezi významné oslavy ve Vietnamu, kdy se spolu setkává celá rodina, dávají si dárky, oslavují a živě debatují. K významným svátkům patří Svátek mrtvých (Thanh Minh) pátý den třetího měsíce, kdy Vietnamci navštěvují hroby svých předků. Dalším svátkem je Letní slunovrat, který připadá na pátý den pátého měsíce a je spojen s upalováním lidských soch a figurín. Mezi významné svátky patří Den bloudících duší, který se slaví patnáctý den sedmého měsíce, bloudícím duším je obětováno jídlo a další dary, aby došly klidu a zapomněly na smrt. Dětským svátkem je Trung Thu, děti se setkávají v průvodech s lampióny, pojídají speciální sladkosti. Vánoce Vietnamci slaví 25. prosince (Ministry Of Foreign 2008, Černík, Ičo, Kocourek 2006, Barešová 2010).

Seznam literatury

1. BAEKE, G., et al. There is a Time to be Born and a Time to Die' (Ecclesiastes 3: 2a). Journal of Religion and Health [online]. 2011, 50(4), 778-795 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-011-9465-9.ISSN0022-4197. URL: http://link.springer.com/10.1007/s10943-011-9465-9
2. BAREŠOVÁ, I. Současná problematika východoasijských menšin v České republice. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 126 s. ISBN 978-80-244-2645-7.
3. BITTNEROVÁ, D. a MORAVCOVÁ, M. Etnické komunity v české společnosti. 1. vyd. Praha: Ermat, 2006. 411 s. ISBN 80-903086-7-8.

4. ČERNÍK, J., IČO, J., KOCOUREK, J. et al. S vietnamskými dětmi na českých školách. Praha: Nakladatelství H&H, 2006. s. 221. ISBN 80-7319-055-9.
5. DOÃN, Đ., T. Hà Nội - địa chỉ du lịch văn hoá. NXB Văn hoá - thông tin, Hà Nội 2003.
6. DOLÁK, F. Vietnamský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valerie Tothová.
7. DUDKOVÁ, L. Multi kulti – menšiny v ČR. 1. vyd. Olomouc: Agentura rozvojové a humanitární pomoci olomouckého kraje, 2009. 151 s. ISBN 978-80-254-5583-8.
8. DUIKER, W. Ho Či Min. [s.l.]: BB art, 2003. 583 s. ISBN 80-7341-166-0.
9. GARDNER, P., BATEMAN, G., EGAN, V. Zeměpis světa: encyklopedie. Praha: Columbus, 1999. 512 s. ISBN 80-901727-6-8.
10. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E. Transcultural Nursing. 4th ed. Mosby, 2004,pp. 666. ISBN 0-323-02295-2.
11. HLAVATÁ, L. et al. Dějiny Vietnamu. Praha: Lidové noviny, 2008. 357 s. ISBN 978-80-7106-965-2.
12. IČO, J. Náboženství ve Vietnamu. Praha: Muzeum hl. města Prahy, 2010. 40 s. ISBN 978-80-85394-74-0.
13. ISMAIL, N. Multikulturní centrum Praha. [online] 2.09.2016 [cit. 10.01.2020]. URL: http://infocizinci.cr/multikulturni-centrum-praha.
14. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
15. KEEN, M. Světová náboženství. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2003. 192 s. ISBN 80-242-0983-7.
16. KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, B. et al. Základy asijských náboženství. 2. díl. Taoismus, konfucianismus, (neo) konfucianismus v Koreji, šintoismus, islám ve V a JV Asii. Praha: Karolinum, 2005. 153 s. ISBN 80-246-0944-0.
17. KOUDELKA, V. Vietnam – země rýže a hor. Třebíč: Akcent, 2003. 127 s. ISBN 80-7268-269-5.
18. LEONTIYEVA, Y. et al. Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové). 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2006. 95 s. ISBN 80-7330-098-2.
19. LOPEZ, D. S. Příběh buddhismu: Průvodce dějinami buddhismu a jeho učením. Brno: Barister&Principal, 2003, 253 s., ISBN 80-86598-54-3.
20. Ministerstvo vnitra ČR. Čtvrtletní zpráva o migraci – III. 2018. [online] URL: https://www.ceska-justice.cz/wp-content/uploads/2018/10/%C4%8Ctvrtletn%C3 %AD_zpr%C3%A1va_o_migraci_-_III.2018. pdf.
21. MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS. The socialist republic of Vietnam [online], [cit. 2008-07-09]. URL: http://www.mofa.gov.vn.
22. MILTNER, V. Vznik a vývoj buddhismu. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2012, 376 s., ISBN 978-80-7429-156-2.
23. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetřovatelské péči. Florence: časopis moderního ošetřovatelství. Praha: Ambit Media, a. s., 2009, 5 (10), s. 33–35. ISSN: 1801-464X.
24. MOCKOVÁ, J. Vietnamci v České republice. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2007, 4, s. 26. ISSN 1210-0404.
25. MOCKOVÁ, J. Specifika ošetřovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti

s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Moderní babictví 10, 2006. http//www.levret.cz/publikace/časopisy/mb/2006-10/clanek.php?c=5.

26. MULLEROVÁ, P. Vietnam. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 127 s. ISBN 80-7277-255-4.

27. NOVÁKOVÁ, K. Vietnamská rodina – synovská oddanost. [online], poslední změna 13. 1. 2005. [cit. 10. 1. 2012], KlubHanoi. Dostupné z: http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2005011301

28. ODYOVÁ, P. Tajemství tradiční čínské medicíny. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2003. 224 s. ISBN 80-7237-643-8.

29. PAPIN, P. Histoire de Hanoi. Librairie Arthème Fayard, 2001

30. PATTISON, N. Care of Patient who have died. Nursing standard [online]. 2008, 22(28), 42–48 [cit. 2017-06-15]. ISSN 0029-6570.

31. PAVLINCOVÁ, H. Slovník: judaismus, křesťanství, islám. Praha: Mladá fronta, 1994, ISBN 80-204-0440-6.

32. PICKA, J. Vietnam: Země pod obratníkem Raka. Příroda a lidé. 1. vyd. Olomouc: Poznání 2007. ISBN 978-80-86606-65-1.

33. PUPÁLKOVÁ, Z. Specifika ošetřovatelské péče u vietnamské minority. Plzeň 2012, Západočeská univerzita, bakalářská práce, s. 71.

34. PURNELL, I.D. Tradicional Vietnammese Health and Healing. Urologic Nursing. Portland 2008, Vol. 28, Iss. 1., pp. 63–67. ISSN 1053816X.Rocznik Demograficzny.

35. Rocznik Demograficzny. [Demographic Yearbook of Poland]. [online] 16.10.2019. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html.

36. SEDLÁKOVÁ, G., KOUDELKOVÁ, V. Multikulturní ošetřovatelství. In: TÓTHOVÁ, Valerie. Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 74–111 s. 3.

37. ŠEVČÍKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, G. Reprezentanti některých náboženství na ošetřovatelské jednotce. Florence. 2008, roč. IV, č. 7–8, s. 290–291. ISSN 1801-464X.

38. STELA, W. Polskie ordery i odznaczenia, vol. I. Warszawa; 2008, s. 49.

39. STUDÍK, P., TEPLÍK, T. Vietnam – země rozmachu, země příležitostí. Praha: Společnost Longa Praha, 2006. 259 s. ISBN 80-86391-20-5.

40. ŠERÝ, V., VOTRUBEC, C. Lékařsko-geografické problémy Vietnamu. Praha: Akademia, 1988. 111 s.

41. ŠPIRUDOVÁ, L. Multikulturní ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

42. TOTHOVÁ, V., et al. Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. 1. vyd. Praha: Trion, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

43. VAVROUŠKOVÁ, S., et al. Náboženství a společnost v jižní a jihovýchodní Asii – tradice a současnost. Praha: Orientální ústav Akademie věd České republiky, 2005. 355 s. ISBN 80-85425-57-2.

2.2.2. Arabská kultura

Charakteristika arabské kultury

Arabský svět se geograficky rozkládá v severní Africe (Alžírsko, Egypt, Libye, Maroko, Tunisko) a v jihozápadní Asii (Afghánistán, Bahrajn, Jemen, Irák, Izrael, Irán, Irák, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Omán, Saúdská Arábie, Spojené arabské emiráty, Sýrie). V zemích arabského světa žije kolem 300 milionů obyvatel. Mezi arabskými zeměmi existují rozdíly v bohatství. V minulých letech se objevovaly snahy sjednotit arabské země, což se však kvůli značným kulturním odlišnostem dosud neuskutečnilo. Arabské státy mají jeden spisovný jazyk, a to zejména písemnou formu, v ústní komunikaci však existuje mnoho dialektů, které si navzájem těžko rozumí. Arabština vyžaduje bohatou slovní zásobu. Také kulturní rozdíly jsou obrovské (Mrlínová, 2008). Kvůli ekonomickým a politickým problémům chudých arabských zemí dochází již mnoho let k emigraci směrem na západ, a to do Evropy. Jde zejména o mladé jedince, často bohužel negramotné.

Počet Arabů v České republice, Polsku a Bulharsku

Počty Arabů není jednoduché prezentovat, neboť sčítání lidu probíhalo v České republice naposledy v roce 2011. U České republiky a Bulharska je čerpáno ze zdrojů, kde jsou uvedeny počty hlásících se k islámu.

V České republice žije přibližně 4200 Arabů hlásících se k islámu.

V Polsku žije přibližně 2500 Arabů hlásících se k islámu.

V Bulharsku – nebylo dohledáno.

Role ženy a muže v arabské kultuře

Na postavení ženy má veliký vliv její původ, tedy jestli je žena z velkého moderního města, nebo pochází z venkova. Podstatným prvkem je také to, zda je z chudé, nebo bohaté rodiny a zda jsou její rodiče vzdělaní a její rodina je spíše tradiční nebo moderní a pokroková. Tak jako jinde ve světě jsou ženy, které jsou šťastné a žijí spokojeně v dostatku, tak také jsou ženy, které žijí v bídě a těžko se domáhají svých práv. V posledních letech útočí na konzervativní způsob života moderní postoje žen a dostávají se do rozporu s konzervativními tradicemi (Frouzová, 2006). S tímto modelem výchovy se začíná již v dětství. Dívky se spíše drží doma, aby pomáhaly s domácností a připravovaly se na svou budoucí roli matky a manželky. Z tohoto důvodu se dívky po celá staletí neposílaly do škol, všechno, co budou potřebovat pro dobré vedení domácnosti, se naučí doma od své matky. Jakmile dívky dospějí, provdají se a odcházejí do domova svých manželů. V současné době dívky, které se mohou vzdělávat, pocházejí z vyšších kruhů. V některých případech jsou určité prostory rozděleny zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy (Frouzová, 2006). Na veřejnosti (a tedy i při jednáních) musejí také cizinky nosit přes normální své oblečení základ místního kroje zvaný abája, tj. tenký černý plášť od krku až po kotníky, a k tomu musí mít své vlasy kryté černým šátkem.

V některých zemích tolerují zvyky evropských žen nemít hlavu šátkem zakrytou jako například při nákupech ve velkých nákupních střediscích či na ulici (Mrlínová, 2008). Muži v arabském světě mají výhradní postavení. V dětství se chlapci posílají ven, aby si hráli a nabývali zkušenosti, aby se ve vzájemných rvačkách otrkali a naučili se v tom nebezpečném světě chodit. Co se týče vzdělání, u chlapců je podporováno a rodinám se vyplácí, protože arabská kultura ukládá dětem starat se o své rodiče v dospělosti. Rodiče jsou v tomto systému, kde téměř neexistuje sociální pojištění, na péči svých dětí odkázáni. Zodpovědnost padá na syny, protože dívky opouštějí své rodiče a jdou bydlet za svým manželem. To rodiče vědí, a proto synům platí školy, protože čím lepší vzdělání, tím větší možnost lepšího zaměstnání a vyššího platu a samozřejmě také zajištění rodičů ve stáří (Frouzová, 2006). Arabové velmi dbají o svůj vzhled. Oblečení má pro ně informační hodnotu a signalizuje status. Ve společnosti i na ulici je třeba být řádně upravený (Khldayer, 2011).

Vztah k sexualitě člověka

V arabských společnostech jsou problémy týkající se sexuálního a reprodukčního zdraví zřídka diskutovány a jsou považovány za velmi citlivé téma. Mnoho arabských žen má malé znalosti o hormonální antikoncepci, často mají k ní i negativní postoj. Používání antikoncepce ovlivňuje i náboženská víra, rodina a komunita. Předmanželské sexuální styky bývají tabuizovány a často trestány (Alomair, 2020). V mnoha arabských zemích je povoleno mnohoženství, muž může mít několik manželek, podmínkou však je, že je schopen je uživit.

Vztah k tělesné hygieně a charakteristika odívání

Platí obecné pravidlo, že se Arab „znečišťuje“ vyprazdňováním, kontaktem s tělesnými exkrety a sekrety, dotykem osoby opačného pohlaví a kontaktem s pohlavními orgány. K těžkému „znečištění“ dochází při pohlavním styku, při ejakulaci, při menstruaci nebo v době šestinedělí. Pro jedince, kteří jsou poskvrněni, je zapovězena modlitba, dotýkání se koránu, jeho přednes, zdržování se v mešitě. Lehké znečištění můžeme odstranit omytím rukou a také předloktí, nohou ke kotníkům a otřením hlavy. Při znečištění těžkém je nutné celkové vykoupání nebo omytí celého těla a také vypláchnutí nosních otvorů a úst. Za minimální očistu se kromě předepsaného umývání před každou modlitbou považuje také osprchování jednou týdně, vždycky v pátek. Velmi důležitá je pro Araba také péče o jeho ochlupení. Ochlupení axilární je nutné odstranit třikrát týdně, ochlupení pubické jednou za čtrnáct dní. To vše se provádí s odvoláním na proroka Muhammada. Arabové přikládají také velký význam ústní hygieně (Al-Jabil, 2003). V optimálním případě si zuby čistí před každou modlitbou. Arabové rovněž vyžadují absolutní dodržování práva na jejich intimitu. Tito pacienti většinou trvají na provádění hygienické péče v přítomnosti svých příbuzných a od zdravotníků jakoukoli péči tohoto druhu odmítají. Provádí-li hygienickou péči u arabského klienta zdravotník, je velmi důležité dodržet zásadu, že muže umývá muž a ženu žena (Lorenzová, Mareš, Měrka, 1999). Pro arabského nemocného jsou např. exkrementy, krev, tělní tekutiny nečisté. Pokud je Arab takto znečištěn, musí následovat celkové mytí pod tekoucí vodou. Arab se omývá denně před modlitbami (obličej, uši, ruce, nohy). Klasická hygienická péče nikdy nenahradí mytí rituální – k tomu je nutná tekoucí voda, zachování daného pořadí při mytí i záměr mytí, proto je možné, že se muslimský pacient po hygienické péči bude chtít umýt ještě jednou, ale rituálně. Celková koupel, sprchování, je provedena každý pátek, žena provádí celkovou koupel navíc po menstruaci, po šestinedělí a po gynekologickém vyšetření. Co se týče dodržování hygieny dutiny ústní – nemocní islámského vyznání si čistí zuby více než jedenkrát denně. V případě ležícího pacienta je důležité se postarat o to, aby byl k dispozici dostatek převařené vody, protože ta má vedle tekoucí vody očistný účinek (Špirudová, 2004).

Způsob oblékání – je individuální a odpovídá praktikované víře a konkrétním zákonům arabské země a koránu. Setkáme se na jedné straně s burkou, pokrývkou hlavy, hidžábem, džínami a moderním oblečením světových značek. U některých Arabek nesmí oděv zdůrazňovat tělesné křivky a tělesnou krásu žen. Žena se může odhalit pouze před svým mužem a rodinou (Brezina, 2015).

Vztah k zdraví a prevenci

V arabských zemích zdravotnická zařízení poskytují primární, sekundární a terciární péči. Fungují zde nezávislé vládní organizace, které nesou zodpovědnost za poskytnutí a financování zdravotní péče o studenty. Organizace Červený půlměsíc je největším „poskytovatelem“ přednemocniční péče. Tato organizace je také zodpovědná za poskytování zdravotní péče během největších muslimských svátků, jako je ramadán, kdy se na několik týdnů v roce rozroste populace až o 2 miliony poutníků, kteří se vydávají do Mekky a Mediny. Ministerstva zdravotnictví jednotlivých zemí jsou hlavním garantem zdravotnického systému a zdravotní péče je ovlivněna bohatstvím země. Velký důraz je v posledních letech kladen na dostupnost primární péče a na prevenci. Část chudého obyvatelstva žije v primitivních podmínkách, bez jakéhokoli přístupu do lékárny a k informačním zdrojům. Velká část obyvatelstva není v oblasti prevence vůbec edukována, resp. není kde se vzdělat, situace ohledně záchytu onemocnění a včasné léčby je mnohdy tristní (Alsharif, 2008). Vládní nařízení a školení týkající se zdravotnických pracovníků je obvykle prováděno přísněji ve veřejném sektoru, ale platy v soukromých nemocnicích jsou vyšší, a práce se tím stává pro zdravotnický personál atraktivnější (Brunetto,2018, Lewis, 2018). Hlavním úkolem je vést zdravotnické pracovníky k tomu, aby se chovali tak, aby neohrožovali bezpečnost pacientů, což by se mělo stát nejvyšší prioritou. Zahrnuje to nutnost dalšího vzdělávání, týmové práce, otevřené komunikace, zpětné vazby a sdílení kulturního vnímání, které je založeno na důležitosti bezpečnosti pacientů ve všech oblastech péče (El-Jardali, 2011, Hellings, 2007, Khoshakhlach, 2019).

Charakteristika stravování

Neméně důležité jsou pro arabského klienta předpisy týkající se stravování. Pro Araby s islámskou vírou je zakázán alkohol s odůvodněním, že alkohol snižuje uvědomění muslimů a jejich nadšení pro věc. Podle koránu se také nesmí konzumovat žádné vepřové maso, mohou však konzumovat hovězí maso a drůbež. Určité výhrady mají Arabové také ke konzumaci syrového nebo polosyrového masa. Doporučuje se zelenina, skopové, rýže, luštěniny a koření (zdraví.euro.cz., 2007). Mezi muslimským a nemuslimským jídlem nebývá až tak značný rozdíl. Nápoje jsou klasické, bývá to marocký čaj, voda, džus či mléko (Michalák, 2006). Jsou známy tři zásadní tabu mezi Araby. První je přísný zákaz pití alkoholu, který však není zapsaný přímo v koránu, ale vyšel spíše z tradice. Druhý je úplný zákaz kouření. Toto tabu je dodržováno asi nejméně a taktéž není zapsáno přímo v koránu. Poslední a nejzásadnější je zákaz konzumace vepřového masa (Mendel, 2016). Z mořských živočichů mohou jíst ryby, které mají šupiny (Çelen, 2015). Stravování arabského pacienta v nemocnici – nepřijímá vepřové maso včetně pokrmů připravených na tuku z vepřového masa. Ortodoxní věřící Arab muslimského vyznání nepoužije ani nůž, kterým bylo vepřové maso nakrájeno. Je vhodné podávat nemocnému drůbeží či hovězí maso, vyhýbat se masu mletému. Je také vhodné nabídnout nemocnému možnost vyvážené vegetariánské stravy. V případě nutnosti dodržování konkrétní diety je třeba seznámit pacienta i jeho rodinu s významem a případnými následky nedodržování dietní stravy. U Arabek s muslimským vyznáním je vhodné podávání stravy a léků ženou (zdraví.euro.cz). Půst je jedním z pěti pilířů islámu. U pacientů s muslimským vyznáním se setkáváme s půstem, mezi významný půst patří ramadán (9. měsíc islámského roku, trvá 28–30 dní). (Gulášová, 2009) V tomto měsíci je zakázáno od úsvitu do soumraku jíst a pít. Velký důraz se také klade na vnitřní rozpoložení a modlitbu. Večer po západu slunce se často pořádají hostiny, na které zvou bohatší rodiny chudší obyvatelstvo. Dodržovat tyto postní praktiky nemusí děti, těhotné a kojící ženy, starci, lidé na cestách, nemocní, věřící vykonávající vojenskou službu a těžce pracující (Asgary, 2000).

Vztah k nemoci a smrti

Při péči o arabské pacienty může dojít k nedorozuměním, a to z pohledu zejména náboženského. Je nutné znát náboženské vyznání pacienta a jeho rodiny (Hájek, Bahbouh 2016). Předpisy pro arabské pacienty vyznávající islámské náboženství jsou velmi striktní a provázejí je po celý život. Znalost tohoto náboženství z pohledu zdravotnických pracovníků bývá často povrchní a je spojována se světovým extremismem a terorismem. Velmi důležitým faktorem při poskytování zdravotnické péče, a to nejen u Arabů, je první navázání kontaktu pacienta se zdravotníkem. V případě nevhodného prvního kontaktu je právě u arabské populace důvěra velmi rychle ztracena. Znalost základních atributů víry, zvyků a tradic je nezbytné proto, aby zdravotník pracoval s arabským pacientem dle pravidel seriózního vztahu a tolerance (Hájek, Bahbouh 2016). Stav nemoci nechápou jako trest za hřích, nýbrž jako zkoušku a zároveň příležitost uvědomění se. Věřící tak spolu s uzdravením těla uzdraví také své srdce. Arabští pacienti také věří, že jim nemoc nabízí příležitost k tomu, aby se očistili od hříchů, a sami uvádějí, že čím větší je nemoc, tím větší bude odměna (Hájek, Bahbouh 2016).

Arabové vždy věřili a věří, že uzdravení samotné je v rukou boha, ale také zároveň uznávají, že celý proces uzdravení je dobré svěřit do rukou člověku, tedy odborníkovi. Medicína je pro Araby velmi oblíbeným oborem, o čemž svědčí i zájem o studium medicíny, jak na evropských, tak také na amerických lékařských fakultách (Hájek, Bahbouh, 2016). Mnoho atributů této problematiky vede u Arabů k velmi odlišnému vnímání přijímání lékařské péče, a to především v případě žen. Problémy, které mohou při vyšetřování, terapii či léčebném režimu nastat, můžeme rozdělit do čtyř kategorií: vyšetření arabské ženy lékařem-Arabem, vyšetření nedospělé arabské dívky (chlapce), zákroky mimo vnitřní nebo vnější genitálie a zákroky na vnitřních nebo vnějších genitáliích. Lékaři a zdravotníci žádného nebo jiného vyznání, kteří se ocitnou v situaci, kdy ošetřují arabského pacienta, se často mohou setkat s velkou nedůvěrou. Arabové si samozřejmě uvědomují nutnost vyšetření, ovšem pokud se dostaví na vyšetření arabská žena a vyšetření není urgentní, musí lékař (muž) vždy trvat na přítomnosti jiného muže z rodiny ženy. Pokud je pacientka vdaná, musí ji doprovázet její manžel, a pokud není vdaná, pak ji musí doprovodit zástupce z její rodiny. I kdyby byla přítomna arabská zdravotní sestra či jiný zdravotník, jejich přítomnost samotná se považuje za nedostačující.

Jednotlivé arabské země se liší v rámci stupně ortodoxie, což znamená, že jsou různým stupněm liberální k procesu obnažení některých ženských partií nutných k vyšetření lékařem. Například v některých zemích musí proběhnout poslechové, poklepové a palpační vyšetření břicha a hrudníku přes oděv. V tomto případě pak ale chybí vyšetření pohledem, které musíme nahradit kvalitním odběrem celé anamnézy. Rentgenové vyšetření je poměrně běžné, avšak při potřebě ultrazvukové diagnostiky je nutné, aby ho provedla u ženy spíše žena (Hájek, Bahnouh 2016). Přítomnost zástupce z rodiny nebo manžela ale neznamená, že vše je ideální. Je nutné se na vyšetření dívat především ze strany arabské ženy. Může totiž dojít k odmítavému, stydlivému postoji, který ve spojení se stresem z nemoci může vyústit až k rozvoji psychického traumatu. Někdy je lepší si na vyšetření zavolat ke spolupráci konzultační lékařku, protože ženou se Arabka může nechat zcela vyšetřit i bez jakékoliv mužské přítomnosti. Arabové většinou respektují závažnost celé této situace, kdy je ohroženo zdraví ženy nebo přímo její život, a také chápou, že ne vždy bude postup, který by se jim nejvíce zamlouval, dodržen. Je-li to ale možné, je dobré mít okolo arabské ženy alespoň nějaký ženský personál, aby její rodina mohla být klidná. Velmi důležité je seriózní jednání se všemi příbuznými pacienta. Mělo by se dbát na dostatečnou informovanost se zdůrazněným vysvětlením závažnosti celého stavu, tak aby to blízcí od zdravotníků pochopili. Pokud by se komunikace nedařila nebo by

se ze strany zdravotníka projevila argumentace evropskými pravidly, liberalismem nebo demokratickými principy, mohla by rodina Arabky rozhodnout o ukončení její léčby či vyšetření, což by v některých případech také mohlo vést bohužel k fatálním následkům.

V rámci specifik u vyšetření arabského dítěte platí vcelku velmi podobná pravidla, jako když se jedná o arabskou ženu. Stěžejní postavou rodiny je samozřejmě muž. Dítě patří především pod jeho pravomoc a jeho rozhodování. Přítomnost jenom matky u vyšetření dítěte je možné pouze v těch nejliberálnějších zemích. Jakmile mladý muž dovrší plnoletosti, může se rozhodovat zcela sám, dle své svobodné vůle. Mezi další specifika patří fakt, že např. amputace nebývá rodinou povolena vůbec (Hájek, Bahnouh, 2016).

Smrt. Na tradice a zvyky při umírání a smrti má významný vliv náboženské vyznání umírajícího a celé rodiny. Arabové preferují umírání doma, v kruhu rodiny, a často věří v posmrtný život. V rámci islámského vyznání se ukládá tělo zemřelého pouze do země (Ostřanský, 2009). Arabové věří v posmrtný život (Ross, 2001).

Komunikace a způsob předávání informací

Arabové mají velmi živou mimiku a gestiku. Doteky jsou běžné i mezi muži na veřejnosti. Mezi mužem a ženou jsou naopak doteky zakázané. Při komunikaci se doporučuje užívat dosaženého titulu v rámci vzdělání. Komunikace s pacientem v nemocnici má svá specifika, musíme brát ohled na velký počet návštěv (příbuzní i přátelé se chtějí podílet na nemoci a uzdravování). Pokud pacient nezná jazyk, zajistíme profesionálního tlumočníka. Přítomnost vlastní tlumočnické služby v nemocnici je ve velké míře nerealizovatelná, nejčastěji z finančních důvodů (Wiltavský, 2016). Mluvíme-li s osobou opačného pohlaví, neptáme se na rodinné a intimní problémy. Tito pacienti se ostýchají mluvit o biologických funkcích (močení, stolice, zvracení apod.). V případě těhotné arabské ženy nemluvíme o těhotenství s mužem. Svobodné ženy není vhodné se ptát, zda má děti (mimomanželský styk je zakázán) (Linhartová, 2007).

Kulturní specifika

Arabská kultura je ovlivněna historickými kořeny a náboženstvím. Většina Arabů jsou muslimové, a to sunnitská většina a šíitská menšina. Část Arabů praktikuje křesťanství, např. Libanon, Sýrie, Egypt, Irák (Soukup, 2011). Z pohledu širokého počtu arabských zemí nelze specifikovat arabskou kulturu, neboť se liší polohou země, národním hospodářstvím, bohatstvím země. Korán a Sunna proroka Mohammeda mohou přispívat k porozumění zdraví.

Nedávno došlo k integraci vlivu náboženství na zdraví, přičemž některé výzkumy směřují k prozkoumání, jaký vliv mají náboženské praktiky na zdraví a podporu zdraví. Náboženství také začíná převládat v lékařských studiích, zejména ve zdravotnické psychologii, která používá náboženství a spiritualitu v oblasti zvládání a odolnosti (Pargament et al. 1988, 1998, 2000), sociálně psychologické studie, které zkoumají vliv náboženství na zdraví (Thoresen 2003), studie veřejného zdraví zaměřené na nerovnosti v oblasti zdraví. Nárůst studií, které pojednávají o náboženství a duchovnosti jako o vlivu na zdraví a blaho, znamená odklon od biomedicínského a poněkud negativního vnímání zdraví, kde zdraví je pouze nepřítomnost nemoci směrem k širšímu a pozitivnější pojetí (Wallace a Forman 1998). To souvisí s konceptem salutogeneze, což je holističtější přístup ke zdraví zaměřující se na faktory, které podporují lidské zdraví a pohodu, spíše než faktory, které způsobují nemoc (Antonovsky 1979, 1987). Jeden termín, který se často používá k popisu toho, jak náboženský je člověk, spíše než způsoby – pokud jde o praktikování rituálů, vyprávění určitých příběhů a přijímání určité doktríny kolem života a smrti – je religiozita (Cornwall et al. 1986). I když lze říci, že religiozita je vícerozměrná, často se považuje za ochranný faktor pro zdraví. Pokud jde o odolnost a zdraví, z čehož vyplývá, že přispívala religiozita směrem k řadě pozitivních výsledků v oblasti zdraví, zejména v oblasti sociálních vztahů (Harrop et al. 2007).

Seznam literatury

1. ABOUL-ENIEN, B. H. Health promoting verses as mentioned in the Holy Quran. Journal of Religion and Health, 2014,10.1007/s10943-014-9857-8.
2. Al-JABIL, A. Spiritual characteristics of water and the philosophy purification in Islam. http://www. hbiby.com/vb/t81257.html. Accessed. Al-Kandari, Y. Y. (2003).
3. ALOMAIR, N. et al. Factors influencing sexual and reproductive health of Muslim women: a systematic review. Reproductive Health.2020,17(1).
4. AL-KANDARI, Y. Y. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis. Journal of Biosocial Science 2003; 35: 463–472.
5. ALSHARIF, A., aj. Health System and Insurance in Saudi Arabia 2008. Dostupné z URL: http://www.aacn.nche.edu/media/factsheets/nursingshortage.htm
6. ANTONOVSKY, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
7. ANTONOVSKY, A. (1987). Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
8. ASHY, M. A. Health and Illness from an Islamic Perspective. Journal of Religion and Health, (1999).38(3), 241–257.
9. ASGARY, S., et al. Effects of Ramadan fasting on lipid peroxidation, serum lipoproteins, and fasting blood sugar. Medical Journal of Islamic Academy of Sciences, 2000, 13, 35–38.
10. BREZINA, I. 5 způsobů zahalování muslimských žen. 2015. Dostupné z: https://g.cz/5-zpusobu-zahalovani-muslimskych-zen/
11. BRUNETTO Y., et al. Comparing the impact of management on public and private sector nurses in the UK, Italy, and Australia. Public Manag Rev. 2018;20(4): 525–44.

12. ÇELEN, A. Influence of holy month Ramadan on alcohol consumption in Turkey. Journal of religion and health, 2015, 54.6: 2122–2133.

13. CO JE TO TAJINE. Homeware. Dostupné z: https://www.homeware.cz/clanky/co-je--to-tajine

14. CORNWALL, M., Albrecht, et al. (1986). The dimensions of religiosity: A conceptual model with an empirical test. Review of Religious Research., 27(3), 226–244.

15. ČTK. Bulharsko přijalo zákon, který zakazuje ženám mít zahalenou tvář. [online] 1.10.2016. URL: https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/v-bulharsku-nesmi-zeny-nosit-zahalene-tvare/r~fddb32c4871f11e6b597002590604f2e.

16. EL-JARDALI F., et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Serv Res. 2011; 11(1):1–12.

17. ELKADI, A. (1985). Health and healing in the Qur'an. American Journal of Islamic Social Sciences, 2(2), 291–296.

18. ELHASSAN, M. Vztah islámu k rodině, k manželství a k plodnosti. Demografie. 1998, roč. 40, č. 2, s. 120–125.

19. EZME, A. T. MUSLIM IMMIGRANTS' FOOD CULTURE AND ITS EFFECT ON LOCATION PREFERENCE. Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 2017.

20. FAYYAZ, W., KAMAL, A. Psychosocial Factors Related to Practicing Hijab Among Muslim Women in Pakistan. Journal of Behavioural Sciences. 2017, Vol. 27 Issue 2, p80–101. 22p. ISSN: 1028-9097. Databáze: Academic Search Complete.

21. FROUZOVÁ, M., et al. Závoj a džíny ženy v islámském světě. 2006. Preface, Jiřina Šiklová. ISBN 80-7021-840-1

22. GULÁŠOVÁ, M. Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Martin, Osveta, 2009,127 s., ISBN 978-80-8063-307-3

23. HÁJEK, M., BAHBOUH, Ch. Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247- 5631-8.

24. HARROP, E., et al., Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health: A review. Cardiff Institute of Society, Health and Ethics. 2007.

25. HELLINGS J, et al. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2007;20(7):620–32.

26. HILLENBRAND, C. Islám: historie, současnost a perspektivy. Praha: Paseka, 2017. ISBN 978-80-7432-685-1

27. HILLENBRANDOVÁ, C. Islám. Praha: Paseka, 2017. ISBN 978-80-7432-685-1.

28. HUSINECKÁ, Markéta. Arabské odívání: diplomová práce. Praha. 2008. Dostupné z: https://theses.cz.

29. KADERKOVÁ, Linda. „Nebudeš požívat krev." Otázka požití krve v křesťanství, židovství a islámu se zvláštním přihlédnutím ke Svědkům Jehovovým: bakalářská práce. Brno. 2012. Dostupné z: https://theses.cz.

30. KHOSHAKHLAGH, A. H., et al. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. BMC Health Services Research. 2019, 19(1).

31. KRÁLOVÁ, Jana. Výchova a vzdělávání v muslimských zemích: bakalářská práce. Praha. 2014. Dostupné z: https://theses.cz.

32. KŘESŤANOVÁ, Veronika. Arabské ženy v českém prostředí. Reflexe „arabského domova" a české společnosti: bakalářská práce. Praha. 2007. Dostupné z: https://theses.cz.

33. KUNCOVÁ, Sabina. Islámská Eschatologie: bakalářská práce. Pardubice, 2008. Dostupné z: https://theses.cz.

34. https://www.euportal.cz/Articles/18902-v-cr--zije-mnohonasobne-vic-muslimu-nez-uvadi-oficialni-statistiky-politici-nas-ubezpecuji-ze-se-nic-nedeje-fakta-jsou-ale-jeste-vic-alarmujici.aspx

35. https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/v-bulharsku-nesmi-zeny-nosit-zahalene-tvare/r~fddb32c4871f11e6b597002590604f2e/

36. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html

37. Muslimové v ČR nejsou radikální, mnohým je islám ukradený, říkají experti. [online] 27.06.2018. URL: https://www.idnes.cz/zpravy/ domaci/muslimove-v-cesku-pocet-islam-ceska-republika-migranti-imigrace-mensina.A180702_103755_domaci_hell.

38. KARLÍK, Tomáš. Proč jsou nuceny nádherné muslimky skrývat své tváře? Jak to odůvodňuje Korán? National Geographic Magazine. 2018.

39. KHLDAYER, E. Arabský svět jiná planeta? Praha: Mladá fronta. ISBN 8020443215.

40. LEWIS S., et al. Healthcare in the news media: the privileging of private over public. J Sociol. 2018;54(4):574–90.

41. LINHARTOVÁ, J. Praktická komunikce v medicíně. Praha, Grada, 2007, 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5

42. LORENZOVÁ, N., MAREŠ, J., MĚRKA, V. Zdravotnická péče o muslimské pacienty – Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí. Hradec Králové: Vojenská akademie J. E. Purkyně v Hradci Králové, 1999, 20 stran, ISBN 80-85109- 10-7

43. MAROCKÁ KUCHYNĚ: TAJIN, KUSKUS A VOŇAVÉ KOŘENÍ. eTravel [online]. Dostupné z: https://www.etravel.cz/maroko/kuchyne

44. MAROCKÁ POLÉVKA HARIRA S ČOČKOU A CIZRNOU. Ochutnej svět [online].Dostupné z: https://ochutnejtesvet.cz/marocka-harira/

45. MELECKÁ, J. Narození, svatba a pohřeb v sunnitském islámu. 2014. ISBN 9788021072121.

46. MENDEL, M. Muslimové a jejich svět. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-86779-45-4.

47. MENDEL, M. Muslimové a jejich svět: o víře, zvyklostech a smýšlení vyznavačů islámu. Praha: Dingir, 2016. ISBN 978-80-86779-42-3.

48. MICHALAK, L., TROCKI, K. Alcohol and Islam: an overview. Conteporary Drug Problems. 2006, 33.4:523-562.

49. MICHŇÁKOVÁ, Lucie. Žena v islámské společnosti: bakalářská práce. Olomouc, 2012. Dostupné z: https://theses.cz .

50. MILLER, W. R., THORESEN, C. E. Spirituality, religion, and health: An emerging field. American Psychologist, 2003, 58, 24–35. Ministerstvo vnitra.

51. MRLÍKOVÁ, J. et al. Arabská kultura stokrát jinak. Hospodářská a kulturní studia, Provozně ekonomická fakulta ČZU v Praze, 2008.

52. MUNZAROVÁ, J. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha, Grada, 2005, 153 s., ISBN 80-247-1024-2

53. MUSLIMOVÉ MAJÍ RAMADÁN, NĚKTEŘÍ KONČÍ NA POHOTOVOSTI. Radiožurnál [online]. Dostupné z: https://radiozurnal.rozhlas.cz/muslimove-maji-ramadan-nekteri-konci-na--pohotovosti

54. OSTŘANSKÝ, B. Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti. Praha: Libri, 2009.

55. OWENS, J., SAEED, S. M. Exploring the oral health experiences of a rural population in Sudan. International Dental Journal, 2008,58(5), 258–264.

56. OWENS, J., SAMI, W. The Role of the Qur'an and Sunnah in Oral Health. Journal of Religion and Health. 2016, 55(6),1954.

57. PARGAMENT, K. I., et al. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. Journal for the Scientific Study of Religion.,1988, 27(1), 90–104.

58. PARGAMENT, K. I., et al. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology, 2000, 56(4), 519–543.

59. PARGAMENT, K. I., et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. Journal for the Scientific Study of Religion., 1998, 37(4), 710–724.

60. PRŮCHA, J. Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. 2007, (2., rozš. vyd., 220 s.) Praha: Portál.

61. REZKOVÁ, Anna. Představy mladých dospělých o partnerských vztazích a manželství: diplomová práce. Praha, 2017. Dostupné z: https://theses.cz.

62. RODRIGUES, M. Goánská kuchařka. Praha: Pragma, 2015. ISBN 978-80-7349-445-2.

63. ROSS, H. M. Islamic Tradition at the End of Life. MEDSURG Nursing. s. 83–87.

64. QUIRKE, V., GAUDILLIERE, J.-P. The era of biomedicine: Science, medicine, and public health in Britain and France after the second world war. Medical History, 2008, 52(4), 441–452.

65. SIRIOS, M. L., DARBY, M., & TOLLE, S. Understanding Muslim patients: cross-cultural dental hygiene care. International Journal of Dental Hygiene, 2013,11(2), 105–114.

66. SOUKUP, M. Základy kulturní antropologie. Praha: Akademie veřejné správy, 2009.

67. SOUKUP, V. Dějiny antropologie. Encyklopedický přehled dějin fyzické antropologie, paleoantropologie, sociální a kulturní antropologie. Praha: Karolinum, 2004.

68. SOUKUP, V. Antropologie. Teorie člověka a kultury. Praha: Portál, 2011.

69. ŠEVČÍKOVÁ, Kateřina. Specifika ošetřování reprezentantů církve: diplomová práce. České Budějovice. 2007. Dostupné z: https://theses.cz.

70. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro zdravotnická zařízení pro MZ ČR. Olomouc. 2004.

71. TOPINKA, D. Muslimové v Česku. 2016. Česká republika: Barrister & Principal, 2016. ISBN 978-80-7485-115-5.

72. URL: www.zdravi.euro.cz. V ČR žije V ČR žije mnohonásobně víc muslimů, než uvádí oficiální statistiky. [online] 12.04.2018. URL: https://www.euportal.cz/ Articles/ 18902-v-cr-zije-mnohonasobne- vic-muslimu-nez-uvadi-oficialni-statistiky- politici-nas-ubezpecuji-ze-se-nic-nedeje- fakta-jsou-ale-jeste-vic-alarmujici.aspx.

73. VIRÁGOVÁ, Jana. Tradice spjaté s narozením, svatbou a pohřbem v islámské kultuře na příkladu syrských, jordánských, palestinských a českých sunnitských muslimů: disertační práce. Brno. 2013. Dostupné z: https://theses.cz.

74. WALLACE, J. M, Jr. The social ecology of addiction: Race, risk, and resilience. Pediatrics, 1999, 103(5 Pt 2), 1122–1127.

75. WALLACE, J. M., FORMAN, T. A. Religion's role in promoting health and reducing risk among American Youth. Health Education and Behavior, 1998,25(6), 721–741.

76. WILTAVSKÝ, R., Bezpečí komunikace s cizinci ve zdravotnických zařízeních. Praha, 2016. Dostupné z: https://theses.cz.

77. ZIKMUND, M. T. Po cestách kamenitých: o životě, islámu a křesťanské víře. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-394-8

78. Ženy a jejich postavení v islámu. [online] 18.10.2010. URL: https://islaminfo.estranky.cz/ clanky/spolecnost/zeny-a-jejich-postaveni-v- islamu.html.

2.2.3. Židovská kultura

Charakteristika židovské kultury

Stát Izrael, který se v hebrejštině nazývá Medinat Jisrael, byl založen 14. května 1948. Nachází se na Blízkém východě a rozléhá se na východním pobřeží Středozemního moře. Sousedí se státy Libanon, Sýrie, Jordánsko a Egypt. K Izraeli přiléhá také Západní břeh Jordánu a Pásmo Gazy, které je řízeno Palestinskou autonomií. Hustota zalidnění je 324 obyvatel na km^2 (Gilbert, M., 2002). Hlavním městem Izraele je Jeruzalém, kde sídlí vláda, parlament, prezident a nejvyšší soud. Hlavní město stanovuje Jeruzalémský zákon, který tvoří základní zákon Izraele a je obsažen ve Sbírce zákonů z 5. srpna 1980. Jeruzalém považuje za hlavní město také Palestina, která nesouhlasí s rozdělením území v roce 1947. Od této doby trvá spor mezi Izraelci a Palestinci, kteří společně s Araby považují vznik židovského státu za tragédii a využívají židovské svátky a oslavy k teroristickým útokům. Počet obyvatel žijících v Izraeli je asi 7 303 000. Úředním jazykem je hebrejština a pro arabskou menšinu arabština. Další běžně užívané jazyky na tomto území jsou angličtina a ruština. Stát zaručuje náboženskou svobodu. Na jeho území se vyskytují tři druhy náboženství: judaismus, islám a křesťanství (Gardner, P., Bateman, G., Egan, 1999).

Judaismus je židovské náboženství. Má 14 milionů věřících po celém světě, nejvíce Židů je v Izraeli a USA. V obou zemích žije více než 5 milionů obyvatel, kteří se hlásí k judaismu. Zakladatelem judaismu je Abraham, který kolem roku 2000 př. n. l. odvedl svůj kmen z Mezopotámie do Egypta. O pět století později Mojžíš vyvedl Židy z Egypta a dobyli Palestinu. Vzniklé království bylo rozděleno na severní Izraelské a jižní Judské království.

Zdravotnictví v Izraeli. Od roku 1995 došlo k reformě zdravotnictví. Každý občan Izraele je ze zákona zdravotně pojištěn. Pojištění je hrazeno dle výše příjmu a každý má nárok na rovnocennou zdravotní péči. Dále se nabízí systém individuálního připojištění ve zdravotních pojišťovnách, jenž využívá asi 80 % obyvatelstva. Třetí možností je na komerční bázi zcela individuálně sjednané i hrazené pojištění.

Nemocnice jsou specializované na urgentní a katastrofickou medicínu, provádějí mezinárodní školení pro řešení krizových situací při hromadném příjmu raněných. Záchranná služba je napojená na vojenský informační systém. Název záchranné služby je Magen David Adom, v doslovném překladu červená Davidova hvězda. Národní záchranná zdravotnická služba zajišťuje také transfúzi krve a školení pracovníků i laiků.

Judaismus v ČR

Trvalý pobyt Židů na území Čech se předpokládá od 10. stol. Významnou osobností byl rabín Jehuda Liva ben Becalel (1512–1609), legendární tvůrce Golema, zvaný též jako Rabi Löw. V 17. století počet Židů na území Čech vzrůstal, nárůst způsobil příliv uprchlíků z východu, odkud utíkali před pronásledováním. Panovníci se snažili regulovat počet židovských obyvatel pomocí tzv. familiantských zákonů, které byly přijaty roku 1724. Jejich obsahem bylo nařízení, že založit rodinu smí pouze nejstarší syn. Zákon platil až do poloviny 19. stol., kdy vstoupila v roce 1867 v platnost nová ústava, která zajistila Židům plnou rovnoprávnost. Tato událost vedla k emancipaci židovského obyvatelstva. Osvobození Židů ovšem také vedlo k jejich asimilaci a následné ztrátě kultury a náboženství. V roce 1906 bylo založeno Židovské muzeum v Praze, které se snažilo zachytit zanikající židovskou kulturu. V Československu hráli Židé výraznou roli v hospodářství i kultuře. Jejich počet rychle vzrůstal, v meziválečné době byl počet židovských obyvatel cca 118 000. Rozvoj ukončila nacistická ideologie a okupace Německem. Židé byli během této nadvlády neustále omezováni až do roku 1941, kdy nastalo jejich hromadné, systematické vyvražďování. Zemřelo 80 000 československých Židů. Další vlna antisemitismu nastala v roce 1952 za vlády komunismu. V době politického uvolnění v roce 1968 spousta Židů emigrovala a náboženské svobody v roce 1989 se dočkal jen zlomek příslušníků židovského náboženství, a to díky státem uznané Federaci židovských obcí v Praze.

Současný judaismus v ČR. V čele všech židovských skupin stojí Federace židovských obcí (dále jen FŽO). Sdružuje 10 právně samostatných českých a moravských obcí. Po roce 1989 se k FŽO hlásily tři tisíce členů. V současnosti je to cca 1600 tisíc členů. Bohoslužby se konají ve Staronové a Jubilejní synagoze v Praze. Mezi aktivity FŽO patří například zajišťování náboženských, kulturních a vzdělávacích akcí. Provozuje nakladatelství Sefer, v roce 1994 založila společně s Židovskou obcí v Praze Židovské muzeum v Praze. Dále je zřizovatelem Domova sociální péče Hagibor. V neposlední řadě zajišťuje rekonstrukce židovských památek. Federace židovských obcí v ČR: O nás. [online]. [cit. 2014-11-09]. Dostupné z: https://www.fzo.cz/o-nas/statistika/ V Bulharsku je to kolem 1360 a v Polsku 3 500 Židů.

Role ženy a muže v židovské kultuře

Ortodoxní muži při pozdravu a představování nepodávají ruku ženám, ani Židovkám, kromě své manželky a žen v rodině. Zásada má kořeny v biblických předpisech,

muž by se mohl rituálně znečistit např. při neúmyslném kontaktu s menstruující ženou. Při seznámení je vhodná zdrženlivost a vyčkat na signál nebo se klient může jen lehce uklonit. Stejná pohlaví si běžně ruce podávají. Pravidlo vyhýbat se dotyku druhého pohlaví velice ovlivňuje ošetřování. V Izraeli mají ortodoxní klienti právo požadovat ošetření nebo vyšetření osobou stejného pohlaví. Totéž pravidlo by mělo platit v evropském zdravotnictví. V případě vyšetření ženy, kdy není přítomna lékařka, je u výkonu přítomen manžel či jiný člen rodiny. Výjimku tvoří situace, je-li život nemocné v ohrožení (Šedinová, 2009). Bohoslužby v synagogách probíhají odděleně, tzn. že ženy sedí buď za zdí či plentou, nebo v patře na galerii tak, aby na ně muži neviděli a zbytečně se při modlitbě nerozptylovali. Podle přísných pravidel dodržují šabat a striktně se drží košer stravování (Spiegel, 2008). Domov sehrává v židovském životě ještě větší roli než synagoga a rodina tvoří základní jednotku judaismu. Domov a rodina zajišťují budoucnost. Znakem židovského domova je mezuza (menší podlouhlá schránka) připevněná na horní třetině dveří. Přikazuje to Tóra a mezuza obsahuje svitek s pasáží z Deuteronomia. Mezuza značí zbožnost rodiny. Pokud vchází do domu ortodoxní Žid, vždy si políbí špičky prstů a položí je na mezuzu. Tím dokazuje lásku k Tóře a k Bohu. Nejdůležitější hodnotou je šalom bajit (v hebrejštině pokoj domova). Od dětí se vyžaduje úcta k rodičům za všech okolností. Rodiče zase musí plnit svou rodičovskou povinnost, pečovat o své dítě, zajistit mu vzdělání a finančně ho podporovat po dobu nezbytně nutnou. V domově je nejdůležitější stůl, který představuje oltář, jaký se nalézal v Chrámě.

Vztah k sexualitě člověka

Judaismus vnímá sex jako dar v případě, že ho lidé užívají zodpovědně. Židé chápou sex jako intimní vztah, ne jako biologický proces. Styk je ale dovolen až v manželství, kdy jsou plozeny děti. Na homosexualitu přihlíží velmi špatně. Starý zákon ji proklíná a trestá. Bůh udělil, že člověk má využívat sexu k rozmnožování, tudíž homosexuální lidé páchají hřích. Na lesbickou lásku se ve Starém zákoně zapomnělo, ale v reálném životě není v souladu s židovskými pravidly. Židé tyto lidi přehlíží, pokud nemají nějaké výjimečné nároky, ale zároveň se hovoří o tom, jestli mohou homosexuálové chodit do kostelů. Jsou dva druhy židů, a každý z nich se dívá na antikoncepci jiným způsobem. Ortodoxní židé nepoužívají moc často antikoncepční prostředky a tuto problematiku diskutují s rabínem. Modernější židé tuto otázku příliš neřeší.

Porod, obřízka. Narození dítěte císařským řezem není považováno za „otevření lůna“ a dítě nemá ani výsady a povinnosti prvorozeného. Ihned po porodu nastává čas, kdy je třeba brát na zřetel bezpečnost dítěte. Talmud pamatuje na ochranu právě narozeného dítěte prostřednictvím praktických ustanovení, do kterých spadá například to, že dítě musí být kojeno po dva roky. Dítě hned po svém narození podstupuje rituál, kterým je přijímán do komunity. Narodí-li se chlapec, jeho přijetí do

komunity je prováděno složitým obřadem (Nosek, Damohorská, 2010). Tento rituál má základ v Tóře a narozený chlapec je při něm, tak jak ukládá Písmo, obřezán: „Obřežte maso své pokožky a bude to znamením smlouvy mezi mnou a vámi. Každý mužského pohlaví, jemuž je osm dní, ať je u vás obřezán.“ Obřízka, hebrejsky „brit mila“, doslova smlouva o obřezání, se provádí osmý den po porodu v domácnosti nebo v synagoze a je považovaná za obrovskou událost. Provádí ji mohel, který má lékařské a náboženské znalosti. Chlapce drží při zákroku kmotr, tzv. „sandak“, a kromě rodičů je přítomno mnoho hostů. Po požehnáních dostává chlapec hebrejské jméno, jehož součástí je tradičně i jméno otce. Obřízkou se vyjadřuje myšlenka, že tělesnost a pudovost mají být podřízeny vyššímu mravnímu zákonu. K dalším náboženským povinnostem, které jsou spojeny s narozením, patří i obřad nazývaný „Výkup prvorozeného“. Ten se koná 31. den po narození a je při něm od Hospodina symbolicky vykupován chlapec, který se matce narodil jako první dítě. Obřadem si Židé připomínají, že při desáté egyptské ráně byli prvorození Izraelité ušetřeni, protože se stali zasvěcenými Bohu (Pavlát, 2005, str. 125–126).

Potraty. Izrael má podle oficiálních statistik 99 potratů na 1000 porodů. V zemi fungují potratové komise skládající se ze sociální pracovnice a dvou lékařů. Komise nemá za cíl rozhodnout za ženu, co je pro ni nejlepší, a ani tak reálně nečiní. Spíše se snaží zachytit tíživou sociální situaci, často však působí jen jako chladné administrativní těleso, které každý požadavek víceméně automaticky odkývne. Ročně komise obdrží okolo 19 tisíc žádostí o potrat, vykonáno jich je okolo 17 až 18 tisíc ročně. Nejčastějším důvodem je těhotenství mimo manželství, což se ve velmi tradičním společenství může bohužel rovnat ohrožení života. V ultraortodoxních komunitách je potrat zdravého dítěte zdravé ženy výjimkou. U sekulárních a liberálnějších komunit se nezřídka setkáme i s potratem nečekaného dítěte v manželství. Podle halachy embryo do čtyřicátého dne nemá lidskou duši, potrat je tedy do té doby z náboženského hlediska povolen. Stejný přístup má i islám. Religiózní Židovky i tak chodí na potrat jen výjimečně. Naopak třeba sekulární Židovky původem z bývalého Sovětského svazu si přinesly tradiční přístup k potratu jako formě antikoncepce. Porodnost ale obecně stoupá a potratovost klesá, výjimkou jsou ohrožené skupiny zahraničních pracovníků (gastarbeiterů) z Asie a židovských přistěhovalců z Etiopie. Gynekologové v Izraeli nejsou povinni provádět potraty pro výkon svých povolání a získání atestace. https://hnutiprozivot.cz/clanky/2804-izrael-zeme-kde-se-rodi-deti

Vztah k tělesné hygieně a charakteristika odívání

Běžné je omytí rukou před modlitbou či jiným náboženským úkonem. Rituální očištění v lázni zvané mikve se uskutečňuje v pátek odpoledne, po nemoci, po menstruaci, u nevěsty. Pro očistu po menstruaci se používá bazének s předepsanou výškou přírodní vody – dešťové, říční, mořské. Lze ji ale nahradit i vodovodní vodou nebo koupelí v řece. Před vstupem do mikve je nutná sprcha. Židé se nedotýkají

svého genitálu (ani muži, při močení používají provázky). Omytí rukou je povinné po probuzení ze spánku či po toaletě (musí si sundat i prsteny). Dále je nutné omytí rukou před modlitbou či jiným náboženským úkonem.

V období menstruace a po menstruaci je žena „nečistá“ (nido). Menstruující ženy mají přísně zakázaný pohlavní styk 12 hodin před menstruací a 7 dní po ní. Spí odděleně. K dodržování hygienických zásad, které jsou součástí náboženských zvyklostí, patří před zahájením šabatu provést celkovou koupel a hygienu těla, vyčistit nehty a oholit se. O svátcích Pesach a při Sederové večeři se rituálně omývají ruce. Na Jom Kipur je Židům zakázáno se umývat, muži se nesmějí holit, ženy malovat i jinak zkrášlovat, používat parfémy ani různé deodoranty. „V soudný den musí stát člověk před svým soudcem bez veškerých zbytečností. Nesmí se nosit kožená obuv a je zakázán pohlavní styk. S hygienou souvisí pro zdravotníky důležitá informace, a to je: Příprava operačního místa. Dospělý zbožný Žid se drží příkazu pro úpravu vousů a vlasů: „Nebudete si přistřihovat na hlavě vlasy dokola, nezohavíš si okraj plnovousu.“ Ultraortodoxní Židé nechávají své vousy a vlasy volně růst a nikdy se jich nedotknou břitvou nebo žiletkou. Je dovoleno zastřihovat vousy a vlasy nůžkami. V současné době běžně používají ortodoxní Židé elektrické holicí strojky.

Charakteristika odívání. Typické prvky: Pokrývka hlavy – jarmulka, klobouk, pejzy, štrajml, šátek, paruka. Židé se odhalují co nejméně – i v horku. Vzhled ženy a muže v židovství má svá specifika. Ženy by měly svým způsobem odívání ctít Tóru. Největší důraz je kladen na skromnost. Obecně pravidla odívání žen formulovali rabíni. Žena má být oblečená mravně, tak, aby svým oděvem neprovokovala, nijak se neobnažovala. Záleží samozřejmě na době a zvyklostech. Některé ortodoxní Židovky se zahalují kromě obličeje celé. Rozdíly jsou i v úpravě vlasů, svobodné ženy chodí s vlasy rozpuštěnými, kdežto vdané ženy by měly nosit pokrývku hlavy. Vlasy jsou totiž to jediné, čím mohou svobodné ženy svádět muže. Jako pokrývka hlavy v tomto případě slouží různé šátky, síťky a klobouky. S mužským odíváním je spojeno dodržování dalšího židovského příkazu, konkrétně připevňování si svazku třásní „citit“ na čtyřech rozích oděvu „arba kanfot“, aby se jim při pohledu na tyto třásně připomínala Hospodinova přikázání. Počet střapců v oděvu je přitom přesně určen na 613, jako je počet přikázání (Pavlát, Praha 2005, str. 125–127).

Specifickou částí židovského mužského oděvu je tzv. kipa, pokrývka hlavy. Židé začali nosit tuto pokrývku na znamení vědomí, že nad nimi vládne vyšší božská síla. Kipa nebo též jarmulka se nosí ke každému modlení a existuje v různých materiálových provedeních a barvách. Důležitá je i příležitost, pro kterou je kipa nošena. Oblečení ortodoxních mužů bývá ve většině případů černé. Mnozí z nich nosí dlouhý černý kabát zvaný „kaftan“ a bílou košili. O svátcích dávají přednost jiným barvám, například zlaté a bílé. Při ranní modlitbě nosí muži talit, modlitební plášť, který se nosí přes ramena nebo přes hlavu. Příkladem bílého oděvu je tzv. kitl, jedná se o jednoduchý bílý oblek symbolizující čistotu a pomíjivost lidského života. Pro kněze

pak platí pravidlo úpravy vousů a vlasů. Toto pravidlo je formulováno v Písmu a je vykládáno různě. Obecná interpretace však zastává tvrzení, že nemohou odstranit kotlety či lokny ze spánků zvané „pejot“. Ortodoxní Židé toto pravidlo dodržují bez výhrad. Ostatní k úpravě vousů mohou používat nůžky či strojek, ty halacha nezakazuje (Spiegel, 2007).

Židovská rodina jako základní prvek židovského národa je primárním prostředím, kde se židovský jedinec každodenně setkává se svou vírou. V rodině získává základní povědomí o židovských rituálech, osvojuje si znalost Písma a seznamuje se s příkazy a zákazy víry.

Vztah ke zdraví a prevenci

Židé svou zdravotní úroveň sami hodnotí jako dobrou. Ultraortodoxní Židé kladou velký důraz na zdraví a zdravotnické služby využívají ve vysoké míře. V judaismu má péče o duši a tělo souvislost se zdravím, zároveň Tóra přikazuje, aby si Židé volili život a žili. Lze konstatovat, že Židé mají tendence více důvěřovat zdravotnickým profesionálům a mají pozitivní postoj k otázkám týkajícím se zdraví, přesto velká část Židů otázky zdraví konzultuje s rabíny. Rabíni mají pravomoc rozhodovat o zdravotních intervencích u pacienta, rozhodují i o kosmetických operacích, které mohou být brány jako narušení celistvosti těla v kontextu porušení tradičních židovských hodnot (Gabbay et al., 2017, str. 553–554). Konzultace ohledně zdravotní péče probíhají zejména proto, aby tato péče byla v souladu s židovským právem a vůlí boží. Pacient od rabína očekává emocionální podporu, naslouchání, posílení naděje a útěchu. Nepostradatelný je soucit a důstojné zacházení v těžké nemoci. Židé věří v léčbu, ale i v rabíny, kteří jim poskytují spíše duchovní oporu. Z pohledu většiny Židů jsou lékaři i rabíni poslové boží, ale rabíni mají oproti lékařům moc hledět do budoucnosti, proto se objevují situace, kdy preferují raději doporučení rabínů než zdravotnického personálu (Keshet a Liberman, 2014, str. 1147–1158).

Ošetřování rabína. Rabín se modlí, ráno, odpoledne a večer. Zdravotní personál by měl vědět, že modlitbu pronáší polohlasně v hebrejském jazyce, používá modlitební pomůcky: plášť, řemínek a jeho hlavu pokrývá jarmulka. Je nutné respektovat skutečnost, že během modlitby si nepřeje být vyrušován, v tomto případě sestra zajistí klidné, osamělé místo a tím zabezpečí klid i ostatním pacientům. Výrazná specifika jsou v oblasti stravování. Pokud to zdravotní stav dovolí, je možné jídlo donášet připravené z domova. Když nastane den odpočinku (šabat), může mít rabín více návštěv. Také během tohoto speciálního dne a dalších židovských svátků, pokud není život v ohrožení, je dobré neplánovat žádné diagnostické ani terapeutické výkony. Duchovního představitele obce oslovujeme příjmením nebo titulem (Ševčíková, Sedláková 2008).

Charakteristika stravování

Ke kultuře židovských stravovacích zvyklostí patří zachování předpisů s rituální čistotou jídla. Židé jsou přesvědčení, že čistá strava „košer“ zachovává jejich duševní čistotu. Pravidla košer stravování se nazývají „kašrut“. Vhodnost jídel i přesné jídelní předpisy určují Tóra a Talmud. Důležité je zejména vymezení rituálně čistých zvířat. Ze savců k nim patří pouze přežvykující sudokopytníci, ovce a kozy. K zakázanému jídlu patří draví ptáci, všechny druhy plazů, obojživelníků, měkkýšů a korýšů. Z menších zvířat lze jíst drůbež, jako je kuře, krůta, husa, kachna, holub. Aby maso bylo rituálně čisté, musí být zabito předepsaným způsobem. Dále je přísně zakázáno míchat mléčné a masité pokrmy, proto i v košer kuchyni bývají dvě oddělené sady nádobí. Prodleva mezi tím, kdy Žid začne jíst po masitém jídle mléčný pokrm, je různá. Záleží, o jak moc věřícího Žida se jedná. Někteří čekají hodinu, někteří ortodoxní Židé šest. Před samotným jídlem se podává kousek osoleného chleba, to má také původ v dávných dobách, kdy sypání soli provázelo každý obětní rituál. Stejně tak jsou všichni u stolu povinni umýt si své ruce jako kdysi kněží před procesem obětování (Spiegel, 2007).

V hebrejštině výraz košer znamená čistý, ryzí, schopný. Jsou dána přesně stanovená pravidla (v hebrejštině kašrut), která určují vhodné a nevhodné potraviny. První pravidlo obsahuje vhodné a nevhodné potraviny pro přípravu jídla. Zakázáno je jíst maso vepřové, velbloudí, velbloudí mléko, mořské plody, zejména korýše, mlže, plže, ústřice, langusty, úhoře, rejnoky, hmyz, hady, kaviár. Veškeré produkty pocházející z nekošer zvířat jsou také zakázané. Povolené košer maso musí pocházet ze sudokopytníků a zároveň přežvýkavců. To jsou ovce, hovězí dobytek, kozy, jeleni apod. Povoleno je jíst ryby, ale pouze takové, které mají šupiny i ploutve. Za košer maso se považuje i drůbež, hlavně domestikovaná zvířata jako kuře, krůta, husa, kachna a holub. Do košer stravování patří také neutrální potraviny (hebrejsky parve), kterými jsou vejce, ovoce, zelenina, salát a brambory. Tyto potraviny lze přikládat k masu i k mléčným výrobkům. Druhé pravidlo stanovuje vhodnost dané potraviny. Zvíře musí pocházet z rituálně provedené porážky (v hebrejštině šchita). Nestačí potraviny jen dělit, ale je nutné mít na každý druh jídla jiné nádobí. Každá domácnost má proto dvoje nádobí, talíře a příbory. Jedno je určené pro masitou stravu a druhé pro mléčnou. Nádobí se nesmí pomíchat ani během mytí. Pánve na maso slouží výhradně pro přípravu masitých pokrmů a nesmí na ně přijít žádný mléčný výrobek. Nádobí je třeba uchovávat odděleně a u většiny rodin je nádobí barevně odlišeno. Neutrální potraviny lze kombinovat s oběma druhy potravin. Poslední, čtvrté pravidlo zahrnuje příkazy ohledně stravování o svátcích, např. o svátku Pesach je zakázáno jíst kvašené potraviny (chamec). Dodržování pravidel košer stravování se mnohdy liší. Zbožný ortodoxní Žid se snaží jíst striktně košer bez výjimek. Ostatní Židé jsou v dodržování kašrutu mírnější. Spousta židovských rodin má košer domácnost, ale občas chodí jíst do restaurací, kde jedí sice jedině rybu, ale ta není na košer talíři. S postupem moderní doby byli Židé nuceni přijímat kompromisy a v judaismu došlo

k uvolnění dodržovaných pravidel a tradic. V současné době lze zakoupit košer potraviny na internetových stránkách, kde se nachází velmi pestrá nabídka potravin od hotových pesachových macesů přes zeleninu, ovoce, nealkoholické nápoje, sušenky až po sadu nožů.

Vztah k nemoci a smrti

Židovské chápání nemoci je založeno na principu, že nemoc je trestem za hříchy nebo že nemoc má účel, který je známý jen Bohu. Židé věří, že změna vztahu k Bohu bude nezbytným krokem pro uzdravení. Péče o ultraortodoxní židovské etnikum, nazývané také pojmem hasidic, zahrnuje pochopení duchovního přesvědčení Židů, jejich kodex o dodržování náboženských zvyků. Židé se v souvislosti s onemocněním fyzickým či psychickým obávají stigmatizace (Gabbay et al., 2017).

Nemocný by měl mít zajištěnou výživu a hydrataci, pokud mu takový postup nezpůsobuje zbytečnou bolest. V rozhodování o intervencích by mělo být zahrnuto hodnocení kvality života umírajícího pacienta. Podle rabína by neměl být prodloužen život trpícího člověka. Zdůrazňuje však nutnost zajistit pacientovi kyslík, umělou výživu a pitný režim. Pokud pacient sám odmítne být léčen, ale léčba by pro pacienta mohla být prospěšná, měl by být pacient přesvědčován pro změnu svého rozhodnutí (Baeke et al., 2011, str. 837–840). Rabíni konzultují s židovskými pacienty otázky ukončení života. Nemocní se ptají na ukončení léčby, která je založena na udržení života při špatné prognóze. Ortodoxní pohled trvá na zachování života i při vysoké pravděpodobnosti neúspěchu intervencí zachovávajících život. Někteří významní rabíni uvádějí názor, že léčba, ať jakkoliv agresivní, by měla pokračovat i při velmi špatné prognóze, zatímco jiní rabíni uvádějí, že v případě nemoci, která s sebou přináší i značné utrpení, smí pacient odmítnout léčbu (Gabbay et al., 2017, str. 553–554). Pro židovské pacienty jsou rabíni oporou v jejich víře a naději. V případě, že má pacient špatnou prognózu a sám ví, že brzy zemře, rodina přivádí rabína, aby nemocný dostal požehnání. Židé hodnotí umírání jako přirozenou situaci na cestě životem. Umírání by mělo probíhat důstojně a se soucitem přítomných členů rodiny, blízkých, případně zdravotnického personálu. Umírajícího pacienta zpravidla navštíví rabín, který by měl být zdravotnickým pracovníkem představen ošetřujícímu lékaři. Prostřednictvím rabína je možno řešit problematiku konce života a zdravotnické péče. Židovští pacienti ani jejich rodiny nemají právo trvat na odpojení ventilátorů, přerušení umělé výživy a hydratace (Loike et al., 2010, str. 1267–1268). Součástí holistické péče o pacienty je i duchovní péče. Rozhovor s pacientem napomáhá pochopení, jak víra ovlivňuje rozhodování o péči (Schultz et al., 2012, str. 1). V době umírání a smrti nesmí člověk zůstat sám, potřebuje u sebe mít ty nejbližší, obvykle rodinu. Umírající se má vyzpovídat, vyznat ze svých hříchů (v hebrejštině viduj) a opustit svět se slovy šma Jizra´el (slyš, Izraeli). Žid se má připravit na smrt v plném vědomí. O duchovní potřeby umírajícího se stará pohřební bratrstvo (v hebrejštině chevra kadiša) – skupina zbožných, čestných mužů a žen. Židé vždy vyžadují pohřeb do země, odmítají pohřeb žehem. Pohřeb má být v den úmrtí nebo druhý den po smrti. Výjimku tvoří šabat nebo jiný svátek. Před uložením do hrobu se provádí rituální očista těla zemřelého (v hebrejštině tohora). Tělo je omýváno vlažnou vodou, někdy s rozmíchaným vaječným bílkem. Zemřelému se čistí nehty, uši, nosní dírky a češou vlasy pomocí čisticí soupravy pohřebního bratrstva. Při očistě tělo leží na dřevěné desce, která obsahuje četné drážky, které umožňují odtok vody. Čisté tělo se obleče do bílého rubáše (v hebrejštině kitl). Pokud je zemřelý muž, tělo se zahalí do jeho modlitebního pláště (talit), kterému se odstřihnou třásně (cicit). Tělo zemřelého se pohřbívá v jednoduché rakvi. Tělo musí být pohřbeno celé a nesmí mu chybět žádná část. Z tohoto důvodu jsou zakázány také pitvy. Židé věří v příchod mesiáše a až se tak stane, všichni vstanou z mrtvých. Po smrti člena rodiny si příbuzní roztrhnou část oděvu na znamení smutku. Roztržený oděv nosí třicet dní, muži se nestříhají, neholí. Nejbližší člen rodiny, obvykle syn, se za zemřelého modlí. Modlitbu (kadiš) pak pronáší každý den při ranní modlitbě. Období smutku je rozděleno do tří částí. První období začíná hned po smrti (v hebrejštině šiva), trvá do pohřbu a obvykle ještě sedm dní. V této době pozůstalí nevycházejí z domova. Sedí na nízkých stoličkách bez bot. Přátelé nebo členové židovské obce se o truchlící rodinu starají, nosí jí jídlo, muži chodí na modlitbu místo do synagogy do domu rodiny zemřelého, kde se společně modlí. Následuje druhé období smutku (v hebrejštině šlošim), které trvá třicet dní. Pozůstalí se vrací ke své práci, syn se modlí v synagoze kadiš. Přes čistý oděv se nosí roztržený oděv, obují se boty. Po uplynutí třiceti dní se muži mohou zase holit a stříhat. Roztržený oděv se může odložit a pozůstalí se zapojí do normálního života.

Ošetřovatelská péče o zemřelého. Při ošetřovatelské péči o zemřelého pacienta je vhodné otevřít okno, aby jeho duše mohla snáze symbolicky odejít z těla. Přes rty a nos by po smrti mělo být přiloženo peří, ke zjištění dechu. Pacientovo tělo by se nemělo umývat, to je provedeno před pohřbem, a ideálně by neměl být ani svlečen z oblečení, které má na sobě. Ošetřovatelský personál při takovéto péči musí mít vždy rukavice. Z úst by měla být odstraněna zubní náhrada. Pacientovi musí být zavřeny oči, jeho tělo by mělo ležet přímo s pažemi podél těla a nohama rovně vedle sebe. Tělo má být přikryto bílým prostěradlem a měla by být co nejdříve informována rodina. Pokud pacient neměl žádné blízké, bude informován rabín. V místnosti by mělo být tělo zemřelého uloženo nohama směrem ke dveřím (Pattison, 2008, str. 44). Například pitva je z židovského pohledu nepřípustná. Je považována za znetvoření těla a zneužití mrtvého člověka. Protože Bůh stvořil člověka a v této podobě si jej musí i vzít nazpět. Proto musí být zemřelý člověk pohřben se všemi tkáněmi, orgány i tělesnými tekutinami, aby mohl správně proběhnout rituální pohřeb (Goodman et al., 2011, str. 300–302). Židé věří, že jejich duše je nesmrtelná, smrt není konečné stádium života, jen přechod do jiné formy.

Komunikace a způsob předávání informací

Součástí holistické péče o pacienty je i duchovní péče. Rozhovor s pacientem napomáhá pochopení, jak víra ovlivňuje rozhodování o péči. Odborníci uvádějí některá z doporučení pro praxi. Doporučují zjistit význam náboženství pro jedince, jakou má míru náboženské příslušnosti, jaké jsou jeho náboženské zvyky, tradice a principy (Gearing a Lizardi, 2009). Při poskytování péče židovskému nemocnému může být problémem jazyková bariéra. Židovští pacienti mluví jazykem nazývaným jidiš, mohou se zdráhat požádat o tlumočníka nebo přiznat, že nerozumí podávaným informacím. To vytváří kulturní propast mezi pacientem a ošetřovatelským týmem (Popovsky, 2010).

Pro židovského pacienta může být z jeho pohledu složitá také komunikace s opačným pohlavím. Jelikož to náboženské zvyky nedovolují, neformální rozhovor mezi mužem a ženou není vítán, Židé rozdílného pohlaví na společenských událostech jsou často v jiných místnostech, vzdělávání je též rozděleno dle pohlaví. V praxi je proto možné se setkat se situací, kdy pacient odmítne opustit pokoj a potkat se s ostatními pacienty. Takovéto chování může ukazovat na kulturně vhodnou reakci nemocného na sociální prostředí, ale může také znamenat patologii, při které se u pacienta vyskytuje úzkost. Nesezdaný Žid také nesmí zůstat sám v jednom pokoji s kýmkoliv opačného pohlaví, a to se týká i ošetřovatelského personálu. U pacienta se může objevit nervozita. Je uvedeno, že snížit tyto negativní pocity může například otevření dveří například na chodbu, kudy procházejí další členové zdravotnického týmu (Popovsky, 2010).

Kulturní specifika

Posvátné spisy

Tóra. Znamená tradiční označení Pentateuchu – pěti knih Mojžíšových. Tóra doslova znamená učení, výklad židovského pojetí světa a člověka. Patří k ní spisy proroků, Knihy Jozue, Knihy soudců, Knihy Králů, Žalmy, Přísloví Šalamounova, Kniha Rút, Pláč Jeremiášův, Kniha Job, Šalamounova Píseň písní, Kniha Ester, Kniha Nehemjáš, Kniha Ezdráš a Letopisy. Slova Tóry byla zjevena Mojžíšovi na hoře Sinaj. Text nadiktoval Mojžíšovi sám Bůh a má tedy velmi posvátný charakter.

Talmud. Znamená učení, studium. První část Talmudu se označuje termínem halacha (hebrejsky postup, židovský zákon). Talmud obsahuje učení Mišny (hebrejsky opakování, nauka), která je starší a je v ní zaznamenáno ústně předávané učení. Druhá část navazuje na první a označuje se jako Gemara. Shromažďuje komentáře a poznámky k Mišně.

Židovský kalendář, svátky, šabat

Judaismus má vlastní kalendář, který se velmi liší od nejrozšířenějšího křesťanského kalendáře. Odlišuje se jednak letopočtem, ale také v pojmenování měsíců a jiným pracovním týdnem. Počátek letopočtu začíná stvořením světa, které nastalo

podle tradice v roce 3760 př. n. l. Rok v křesťanském letopočtu je 2008, v židovském kalendáři je ale rok 5769 a rok 2009 bude u Židů rokem 5770. Posledním dnem stvoření světa byla sobota (šabat), kdy Bůh odpočíval. Po sobotě následuje neděle, která je v židovském kalendáři dnem prvním. Nový týden tedy začíná po sobotě. Židovský rok je složen z dvanácti měsíců a je založen na lunárním cyklu.

Židovské svátky

Celý židovský rok provází řada svátků, které jsou zcela odlišné od křesťanských. Rozlišují se na svátky poutní, menší a důležité vysoké svátky. Obdobou svátku je každá sobota v týdnu a pro Židy má velký význam, protože v tento den se světí šabat. Poutní svátky se slavily již v době biblické a v období, kdy ještě stál druhý chrám, a byly příležitostí k pouti do Jeruzaléma. Židé berou putování jako pevnou součást svého náboženského života. První tři poutní svátky jim připomínají odchod z Egypta, putování pouští a příchod na horu Sinaj. Prostřednictvím poutních svátků děkují také za úrodu pšenice, ječmene, ovoce a vína. Svátky mají vždy stejné pořadí Pesach, Šavuot a Sukot. K menším svátkům patří svátek Chanuka, který trvá osm dní a je obdobou křesťanského svátku Vánoce. Dalším je svátek Purim a posledním menším svátkem je Roš Chodeš, který v hebrejštině znamená „hlava měsíce“. Označuje se tak počáteční den měsíce. Vysoké svátky zahrnují Roš Ha-šana a Jom Kipur. Roš Ha-šana znamená Nový rok, je také nazýván Dnem soudu a Dnem troubení, neboť se troubí na šofar (beraní roh). Oznamuje se tím příchod Roš Ha-šana a Jom Kipur. Jom Kipur je nejvýznamnější židovský svátek, který je nazýván šabat šabaton (šabat šabatů) a také Den smíření, platí pro něj velmi přísné pokyny.

Šabat

Posledním dnem v týdnu je den odpočinku. O tomto volném dni Židé nesmějí pracovat. Jak uvádí následující pasáž z Tóry: „Pamatuj na den odpočinku, že ti má být svatý. Šest dní budeš pracovat a dělat všechnu svou práci. Ale sedmý den je den odpočinutí Hospodina, tvého Boha. Nebudeš dělat žádnou práci ani ty, ani tvůj syn a tvá dcera, ani tvůj otrok a tvá otrokyně, ani tvé dobytče, ani tvůj host, který žije v tvých branách.“ (Ex. 20,8–10) (50, s. 145). V souvislosti s výše uvedeným nesmějí Židé vykonávat dalších 39 zakázaných činností dle Maimonidese. Je zakázáno např. kouřit, řídit auto nebo zapínat televizi a jiné elektrické spotřebiče. Šabat se nalézá i v Desateru přikázání a pro Židy má velmi posvátný charakter. Páteční den je ve znamení příprav na šabat. Vstane se brzy ráno a začíná úklid celého domova. Následuje příprava všech tří jídel na sobotní den a pečou se chleby zvané chala. Připravené jídlo se uchovává v peci, která ho udrží celou sobotu teplé. Před šabatem je zvykem provést celkovou koupel a hygienu těla, vyčistit nehty a oholit se. K šabatu patří svátteční oblečení a také stůl zahalený do nejhezčího svátečního ubrusu, který je zpravidla bílý. Používá se také nejnovější nádobí a příbory. Uprostřed stolu stojí svícen se dvěma svíčkami a dva bochníky chleba (chaly) s pohárem vína na kiduš.

Seznam literatury

1. ABEL, E. L. a M. L. KRUGER. Jewish Denominations and Longevity. OMEGA – Journal of Death and Dying [online]. 2012, 65(3), 213–219 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.2190/OM.65.3.d. ISSN 0030-2228. Dostupné z: http://ome.sagepub.com/lookup/doi/10.2190/OM.65.3.d

2. BAEKE, Goedele, et al. Orthodox Jewish perspectives on withholding and withdrawing lifesustaining treatment. Nursing Ethics [online]. 2011, 18(6), 835-846 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1177/0969733011408051. ISSN 0969-7330. Dostupné z: http://nej.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/096973301140805

3. BAEKE, Goedele, et al. There is a Time to be Born and a Time to Die' (Ecclesiastes 3: 2a). Journal of Religion and Health [online]. 2011, 50(4), 778-795 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-011-9465-9. ISSN 0022-4197. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-011-9465-9

4. Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona. 12. vyd. Praha: Česká biblická společnost, 2001. 1580 s. ISBN 80-85810-28-X.

5. DOLEŽELOVÁ, J., PUTÍK, A., ŠEDINOVÁ, J. Židovské tradice a zvyky. V Praze: Státní židovské muzeum, 1992. Str. 59

6. Federace Židovských obcí v ČR [online]. Praha, 2010 [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: https://www.fzo.cz/

7. GABBAY, Ezra, et al. The Care of the Ultra--Orthodox Jewish Patient. Journal of Religion and Health [online]. 2017, 56(2), 545-560 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-017-0356-ISSN 0022-4197. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-017-0356-6

8. GARDNER, P., BATEMAN, G., EGAN, V. Zeměpis světa: encyklopedie. Praha: Columbus, 1999. 512 s. ISBN 80-901727-6-8.

9. GESUNDHEIT, Benjamin, et al. Euthanasia: An Overview and the Jewish Perspective. Cancer Investigation [online]. 2009, 24(6), 621-629 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1080/07357900600894898. ISSN 0735-7907. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07357900600894898

10. GILBERT, M. Izrael: dějiny. 1. vyd. Praha: BB art, 2002. 668 s. ISBN 80-7257-740-9.

11. GOODMAN Norman R., et al. Autopsy: Traditional Jewish laws and customs "Halacha". The American Journal Of Forensic Medicine And Pathology [online]. 2011, 32(3), 300-3 [cit. 201706-15]. DOI: 10.1097/PAF.0b013e3181e79307. ISSN 1533404X.

12. KEEN, M. Světová náboženství. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2003. 192 s. ISBN 80-242-0983-7.

13. KESHET, Yael a Ido LIBERMAN. Coping with Illness and Threat: Why Non-religious Jews Choose to Consult Rabbis on Healthcare Issues. Journal of Religion and Health [online]. 2014, 53(4), 1146–1160 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-013-9711-4. ISSN 0022-4197.Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-013-9711-4

14. LAU, Jisra'el Me'ir. Praktický judaismus: sílící útok na pravdu a paměť. 1. vyd. Editor Marìja Mychajlìvna Peščak. Překlad Jana Ogrocká, Jiří Ogrocký. Praha: P3K, 2012, 363 s., [24] s. obr. příl. Muzeum v knize. ISBN 978-80-87343-09-8.

15. LEVIN, Jeff. Health Impact of Jewish Religious Observance in the USA: Findings from the 2000-01 National Jewish Population Survey. Journal of Religion and Health [online]. 2011, 50(4), 852868 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-011-9492-6. ISSN 0022-4197. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-011-9492-6

16. LEVIN, Jeff a Michele F. PRINCE. Judaism and Health: Reflections on an Emerging Scholarly Field. Journal of Religion and Health [online]. 2011, 50(4), 765-777 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-010-9359-2. ISSN 0022-4197. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-010-9359-2

17. LOIKE, John, et al. The Critical Role of Religion: Caring for the Dying Patient from an Orthodox Jewish Perspective. Journal of Palliative Medicine [online]. 2010, 13(10), 1267-1271 [cit. 201706-15]. DOI: 10.1089/jpm.2010.0088. ISSN 1096-6218. Dostupné z: http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0088

18. MIDLARSKY, Elizabeth, et al. Religion, Ethnicity, and Attitudes Toward Psychotherapy. Journal of Religion and Health [online]. 2012, 51(2), 498-506 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s10943-012-9599-4. ISSN 0022-4197. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s10943-012-9599-4

19. NOSEK, B., DAMOHORSKÁ, P. Židovské tradice a zvyky. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2010. Str. 17–30.

20. PATTISON, N. Care of Patient who have died. Nursing standard [online]. 2008, 22(28), 42-48 [cit. 2017-06-15]. ISSN 0029-6570.

21. PAVLÁT, L, ed. Židé – dějiny a kultura. 3., dopl. vyd. V Praze: Židovské muzeum, 2005. ISBN 80-86889-11-4.

22. PAVLINCOVÁ, Helena. Slovník: judaismus, křesťanství, islám. Praha: Mladá fronta, 1994, ISBN 80-204-0440-6.

23. POPOVSKY, Rabbi Mark A. Special Issues in the Care of Ultra-Orthodox Jewish Psychiatric InPatients. Transcultural Psychiatry [online]. 2010, 47(4), 647-672 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1177/1363461510383747. ISSN 1363-4615. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461510383747

24. REIFOVÁ, Gabriela. Pohřbívání v židovské kultuře jako souhrn sociálně náboženských funkcí a jejich proměna v čase. Kulturní studia [online]. 2015, 5(2), 49 – 70 [cit. 2017-06-15]. ISSN 2533759.

25. SADEK, V., ŠEDINOVÁ, J., FRANKOVÁ, S., PAVLÁT, L., PUTÍK, A., FIEDLER, J. Židé – dějiny a kultura. 3. vyd. Praha: Helvetica & Tempera, 1997. 160 s. ISBN 80-86889-11-4.

26. SAYERS, MB. ANALYSING RISK IN MEDICINE AND SURGERY: A TRADITIONAL JEWISH PERSPECTIVE. Ethics & Medicine [online]. 2011, 27(3), 177-183 [cit. 2017-06-15]. ISSN 0266688X.

27. SCHULTZ, Michael, et al. Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine [online]. 2012, 1-8 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1155/2012/693092. ISSN 1741-427x. Dostupné z: http://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/693092/

28. SINCLAIR, Daniel B. Dealing With Death in the Jewish Legal Tradition. Journal of Bioethical Inquiry [online]. 2009, 6(3), 297-305 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1007/s11673-009-9176-z. ISSN 1176-7529. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s11673-009-9176-z

29. SLÁDEK, P. Malá encyklopedie rabínského judaismu. 1. vyd. Praha: Libri, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7277-379-4.

30. SPIEGEL, P. Kdo jsou Židé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu-Barrister & Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-07-7.

31. STEMBERGER, G. Úvod do judaistiky. Praha: Vyšehrad, 2010. Studium (Vyšehrad). ISBN 978-807-0219-881.

32. SYNEK, J., Ottova obrazová encyklopedie – Česká republika. Praha: Ottovo nakladatelství, 2006. ISBN 80-7360-429-9.

33. ŠEDINOVÁ, J. České zdravotnictví a judaismus. Florence. 2009, roč. V, č. 5, s. 1–6. ISSN 1801-464 X.

34. ŠEVČÍKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, G. Reprezentanti některých náboženství na ošetřovatelské jednotce. Florence. 2008, roč. IV, č. 7–8, s. 290–291. ISSN 1801-464X.

35. WEISS, Rabbi Richard B. Pain Management at the End of Life and the Principle of Double Effect: A Jewish Perspective. Cancer Investigation [online]. 2009, 25(4), 274-277 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1080/07357900701225380. ISSN 0735-7907. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07357900701225380

36. WEITZMAN, Rabbi Gideon. Withdrawal of life sustaining treatment for newborn infants from a Jewish perspective. Early Human Development [online]. 2012, 88(2), 91-93 [cit. 2017-06-15]. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.12.005. ISSN 03783782. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378211003756

2.2.4. Ukrajinská kultura

Charakteristika ukrajinské kultury

V Bulharsku a Polsku jsou historické kořeny ukrajinské migrace podmíněny jiným kontextem, a proto nepřekvapí, že v Bulharsku je ukrajinská diaspora nepočetná, můžeme hovořit pouze o komunitě čítající cca 20 tisíc osob ukrajinského původu (Як живуть українці в Болгарії, online, 2020). V Polsku je situace jiná. Z důvodu pracovní migrace, zvláště v současnosti, tedy v době války Ukrajiny s Ruskem o východní části území, se počet Ukrajinců pracujících v Polsku markantně zvýšil, a sice dle odhadů až na půl druhého milionu. Jak ale tyto, často neevidované, pracující sečíst a odhadnout jejich počet? Přišlo se s originálním řešením. Podle spuštěné aplikace v ukrajinštině v mobilech uživatelů se na území Polska počítá s pobytem 1 270 398 Ukrajinců k lednu 2019, což tvoří 3,5 % obyvatel Polska. Odhaduje se na základě toho, kolik lidí má v mobilu nastavenou ukrajinštinu, což je přesnější než sčítání lidí, tvrdí autoři článku (Nowiński, 2019).

Počátky systematického usazování Ukrajinců v českých zemích spadají do období po první světové válce, kdy bylo území Ukrajiny zasaženo boji ruské občanské války a ozbrojenými konflikty s Polskem. Již v internačních táborech pro ukrajinské vojáky-uprchlíky v ČSR se během první poloviny 20. let začaly formovat spolkové struktury. Část této první generace emigrantů po stabilizaci poměrů ve vlasti využila možnosti návratu. Mnozí z těchto navrátilců později padli za oběť stalinským čistkám v letech 1932–1934 a 1937–1938.

Ti z ukrajinských uprchlíků, kteří nevyužili možnosti reemigrace, se v meziválečném Československu usazovali převážně ve větších a středních městech. Zde vytvořili rozsáhlou síť krajanských spolků různého zaměření, se státní podporou fungovalo také ukrajinské školství. Celkově se reprezentace ukrajinské komunity v první republice těšila dobrým vztahům se státní mocí. Nesmíme také zapomínat na provázanost tehdejší Podkarpatské Rusi s prvorepublikovým Československem, která ještě více podpořila migraci ze západní Ukrajiny sužované bolševickým režimem. Od Československa získali ukrajinští migranti možnost bohatého rozvoje ve všech oblastech společenského života, již v roce 1921 vzniká Ukrajinská svobodná univerzita v Praze (více in Ňachajová, 1998).

Závěr druhé světové války a následující měsíce byly spojeny s intenzivní vlnou ukrajinských a rusínských imigrantů, především z území Podkarpatské Rusi odstoupené SSSR.

V poválečném Československu tak nezávisle na sobě existovaly pozůstatky meziválečné emigrace s vlastní organizační strukturou, rozptýlené komunity podkarpatoruských uprchlíků a východoslovenští Rusíni. Státní aparát tyto skupiny vnímal paušálně jako Ukrajince a snažil se omezovat jejich politické, kulturní a náboženské projevy (Pavlíková, Sládek, 2009, s. 19).

Pád komunismu a počátek 90. let se pak nesly ve znamení obnovy ukrajinského spolkového života. Záhy vzniklo Občanské fórum Ukrajinců a Sdružení Ukrajinců v České republice. Stále aktivní je Ukrajinská iniciativa v ČR, která se od roku 1994 odloučila od Sdružení Ukrajinců, a dále Fórum Ukrajinců (Pavlíková, Sládek, 2009, s. 19).

Konec studené války zároveň umožnil novou vlnu ukrajinské migrace do ČR, tentokrát motivovanou primárně ekonomicky. Současná migrační vlna do České republiky z Ukrajiny začala na počátku devadesátých let hlavně za účelem získání práce. Nabídka pracovní příležitosti byla nejvíc motivujícím faktorem pro migranty. Dalším impulsem pro imigraci se pak stal ozbrojený konflikt na Ukrajině probíhající od roku 2014.

Ukrajinci jsou nejpočetnější skupinou cizinců pobývajících na území České republiky. Podle Velvyslanectví Ukrajiny v České republice ke konci roku 2016 bylo na území České republiky evidováno zhruba 150 000 pracujících lidí z Ukrajiny (Velvyslanectví Ukrajiny v České republice, online, 2019). Počet osob s ukrajinským státním občanstvím vzrostl z čísla 14 230 evidovaného v roce 1994 na 131 302 v roce 2018. Jedná se o skupiny sestavené na základě státního občanství.) Část těchto lidí získala pak povolení k pobytu na delší dobu. Dále velvyslanectví uvádí, že ročně se narodí zhruba 1000 dětí ukrajinského původu s občanstvím na území České republiky.

Přibývá případů trvalého usazování Ukrajinců, kteří získávají české občanství a jejichž děti navštěvují české školy. Počet státních občanství udělených cizincům je však v ČR z pohledu evropského srovnání dosti nízký. Kromě manuálních prací ve stavebnictví, textilním průmyslu a pohostinství se Ukrajinci stále častěji uplatňují v kvalifikovaných profesích, zejména ve zdravotnictví. Statistiky a sociologické výzkumy dokládají vysokou míru integrace Ukrajinců do české společnosti, ovšem při zachování ukrajinských tradic a zvyků (kde není uvedeno jinak, pak vybráno ze zdroje: Gábor, Janák ml., 2019).

Role ženy a muže v ukrajinské kultuře

Ukrajinská společnost se jeví více patriarchální než moderní společnosti západních demokratických států. Rodina je, také na základě křesťanské víry, deklarovanou základní hodnotou společnosti. Přesto není nic neobvyklého, když děti vychovávají prarodiče a další příbuzní, např. starší sourozenci, protože oba rodiče odešli za prací

do zahraničí a vrací se jen čas od času. Ukrajinská odborná veřejnost tak zastává názor, že se současná ukrajinská společnost ocitá v krizi, v rámci které dochází rychlým tempem k její transformaci (Узун, 2010, s. 233). Rozpadají se tak tradiční hodnoty rodiny a tento fakt se odráží i na životě ukrajinských migrantů.

Nepřítomnost rodinného štěstí u migrantů v ČR, kteří zde jsou bez dětí nebo partnera či partnerky, je často zdrojem řady problémů, které jim může pomáhat řešit alkohol a jiné závislosti. Není proto divu, že na Ukrajině stále převládá názor, že „rodina má být hlavní prioritou jak pro muže, tak pro ženy“ (Узун, 2010, s. 242).

Silná vazba na rodinu velmi často dělá z ukrajinských migrantů spíše transmigranty, kteří, přestože již zde například mají trvalý pobyt, jsou stále duší ve své vlasti, a proto se pravidelně na Ukrajinu vrací a jsou „doma“ zde i tam (k problematice transnacionální migrace více in Szaló, 2007).

Muž má v ukrajinské společnosti stále silné postavení. Odvíjí se od toho řada každodenních rituálů, mezi něž patří např. i to, že jen muži si mezi sebou podávají ruce. Když muž potká genderově různorodou skupinu, iniciuje rozhovor s mužem nebo muži v této skupině, nikdy ne se ženou (Узун, 2010, s. 240). Rozhodující slovo mají muži také v církevním životě a z toho pramení také společenské postavení kněží, ačkoliv tito z většiny zakládají rodiny a vychovávají děti.

Žena v tradiční společnosti, která je ovlivněna křesťanstvím, má nižší postavení než muž. Podle sociologického výzkumu z roku 2009 74 % žen souhlasilo s tím, že „žena má být ochotna omezit jiné záliby, a dokonce i placenou práci ve prospěch své rodiny“ (Узун, 2010, s. 240). Přesto v dnešní době již na Ukrajině ženy vykonávají všechna povolání, včetně těch nejprestižnějších, a také mohou být součástí ukrajinské armády. Postavení žen na Ukrajině je dle zákona rovno mužům, v reálných situacích tomu tak ale nebývá.

Děti na Ukrajině bývají často dlouhodobě odpoutány od rodičů. Rodiče je však milují a jsou pro ně neméně důležité než pro rodiče u nás. Mnohdy si právě svůj odchod od rodiny za prací ospravedlňují starostí o děti a staré rodiče, aby je uživili, dětem mohli zaplatit vzdělání a zabezpečit lepší život, než mají sami.

Senioři na Ukrajině mají velmi svízelné ekonomické postavení, ať na venkově, nebo ve městě, mnohdy žijí na pokraji bídy a jsou odkázáni na pomoc svých dětí. Pokud nepracují, jsou jejich příjmy minimální. Avšak prarodiče nahrazují často dětem nepřítomné rodiče, mají tedy v tradiční rodině významné postavení.

Vztah k sexualitě člověka

Mateřství, porod, mateřská dovolená. Ukrajinci dbají na to, aby bylo narození dítěte spojeno s čistými silami, aby bylo dítě brzy pokřtěno, a dodržují při jeho narození i v šestinedělí určité zvyky a rituály. Nezřídka mají kočárky červenou mašličku nebo mají děti červené mašle u kolébky či postýlky – červená má dítě chránit před nečistými silami. „Ukrajinské rodičky bývají velmi vstřícné a nemají žádné zvláštní požadavky na péči. Své emoce příliš neprojevují. Ukrajinci žijící na našem území považují prenatální péči za velmi důležitou a pravidelně docházejí na kontroly. V těhotenství se chovají velmi zodpovědně. Stále častěji se setkáváme s tím, že ukrajinské ženy doprovází k porodu partner. Dříve tomu tak nebylo.“ (Kelnarová, 2009, s. 86, Nováková, 2014, s. 29, Plevová, 2011, s. 145–146, Šlampová, 2016, s. 32). Neboť matky s novorozenci bývají často odstřiženy od rodinných příslušníků, kteří žijí mimo území ČR, nemívají v porodnici časté návštěvy. Jedním z problémů, který se při péči o ně může vyskytnout, je jejich nedostatečná znalost českého jazyka, která může být při komunikaci a edukaci rodiček problémem.

Vzdělávání. Ačkoliv většina Ukrajinců v Evropě vykonává nekvalifikované profese, stále roste počet i vysoce kvalifikovaných Ukrajinců. Můžeme se s nimi setkat v nemocnicích jako s lékaři nebo ošetřujícím personálem, ve vědě a výzkumu, ale stále migranti z Ukrajiny převažují v manuálních profesích.

Sexualita. Z výše popsaného plyne, že není rozdílu mezi vztahem k sexu a v sexuálním chování mezi Ukrajinci a jinými národy Evropy. Výchova k rodičovství a k prevenci sexuálních nemocí je vzhledem k dostatečnému vzdělání i osvětě ve vztahu k mateřství mezi Ukrajinci, zvláště pak těmi, kteří jsou součástí minoritních komunit v našich zemích, dostatečná.

Vztah k tělesné hygieně a charakteristika odívání

Odívání. Od evropského způsobu odívání se neliší, odráží sociálně-ekonomické postavení různých skupin obyvatel. Je obecně známým faktem, že si Ukrajinky na svém vzhledu zakládají a za pěkné šaty a boty vynaloží nemalé finanční prostředky. „Oblékají se víceméně podle mužských a ženských rolí, což má souvislost s tradiční společností.“ (Zhupnyk, 2012, s.1–2, Blažová, 2013, s. 32).

Hygiena. Na Ukrajině, vzhledem k různorodému sociálně-ekonomickému postavení jejích obyvatel, bývá často problém s hygienou. Venkov se velmi liší od měst. Na venkově se žije tradičním zemědělským způsobem života. Často chybí rozvody vody, kanalizace apod. Tomu se samozřejmě přizpůsobuje i hygiena a hygienické návyky obyvatel ukrajinského venkova.

Vztah ke zdraví a prevenci

Zdravotní péče na Ukrajině je podle řady autorů ve špatném stavu. Pro příklad: „Pacienti, kteří mají být hospitalizováni, před svým nástupem do nemocnice dostávají seznam věcí, které si musí nakoupit a donést s sebou. Jedná se o pyžama, prostěradla, roušky, dokonce i donesení vlastních injekčních stříkaček nebo obvazů. Kvůli tomu jsou ukrajinští pacienti, kteří přicházejí do nemocničního zařízení, většinou velice ukáznění a nemají téměř žádné specifické požadavky. Ochotně se přizpůsobují a chápou režimové řády oddělení. Problémem, který může nastat, je

to, že část zástupců ukrajinského etnika nemá sjednané platné zdravotní pojištění. Kvůli tomu se k nim mnohdy lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci mohou chovat poněkud nedůvěřivě.“ (Rákoczyová et al., 2010, Trojanová, 2017, s. 27).

Charakteristika stravování

Ukrajinské jídlo a gurmánské speciality Ukrajinců jsou známé. Ukrajinci si také v řadě měst otevírají restaurace, případně obchody s potravinami zaměřené na jejich speciality. Ukrajinská kuchyně je založená na místních plodinách a také často na tom, co si lidé sami vypěstují na zahrádkách. Na tržištích se dá v sezóně vždy sehnat spousta čerstvého ovoce a zeleniny. V lese často místní lidé sbírají houby a lesní plody. Ukrajinci hodně zavařují kompoty a nakládají okurky i jinou zeleninu, které pak konzumují v zimě. Oblíbená je zvěřina a ryby z místních řek a také černý i červený kaviár.

Tradiční ukrajinskou polévkou je boršč – polévka, jejímž základem je masový vývar s červenou řepou, která jí dodává výrazně červenou barvu, dále se přidává zelí, cibule, případně jiná zelenina a brambory. Bohatší verze této polévky se podává se zakysanou smetanou. Slavné a výborné jsou ukrajinské těstoviny, např. varenyky, což jsou plněné těstovinové taštičky podobné italským ravioli. Mívají tvar čtverce nebo půlměsíce a jako náplň se používají brambory, maso, zelí, tvaroh nebo také ovoce. Varenyky se podávají polité máslem s kysanou smetanou, sladké varianty s cukrem. Další možností je přidat na ně škvarky, cibuli a smetanu. Holubci jsou závitky plněné směsí kořeněného masa a rýže (nebo pohanky) dušené v rajčatové omáčce. Nezapomenutelný je ukrajinský šašlik – obdoba tureckého „šiš kebabu“ – marinované kousky masa grilované na jehlici. Šašlik je dobře známý ve většině zemí bývalého Sovětského svazu. Venkovská jídla jsou z různých druhů obilí, často se využívá pohanka, z níž se může péct i chleba. Jinak se ale pro většinu pečiva používá dostupná pšenice. Zkrátka ukrajinská kuchyně je pestrá a zdravá.

V pití mezi nealkoholickými nápoji převažuje kvas – sladkokyselý pěnivý (někdy i slabě alkoholický) nápoj vyráběný z kvasnic, cukru a (nejčastěji žitného) chleba. Z alkoholických nápojů pak nejčastěji pijí pivo, víno a vodku nebo ukrajinskou obdobu koňaku (viz Želiezko, online).

I významná ukrajinská religiozita se promítá do kulinářského umění. Během vánočních a velikonočních oslav Ukrajinci přinášejí na naše území specifika své národní kuchyně: například kuťja je ukrajinský pokrm spojený s Vánocemi. Jedná se o dezert podávaný na začátku a konci vánočního cyklu, obsahuje mák, pšenici, med, ořechy a různé kandované ovoce (Pavlíková, Sládek, 2009, s. 25). O Velikonocích se zase peče jejich vlastní „podoba“ českého mazance, tzv. „kulič paschalnyj“. Pro inspiraci ukrajinských receptů viz www.labuznik.cz/recept/kuchyne/ukrajinska/.

Vztah k nemoci a smrti

Do protikladu se zde dostávají dva přístupy: „Na jedné straně pomyslné přímky stojí názor, že nepojištění migranti nemají právo na přístup ke zdravotním službám.

Tento pohled je často odvozen od názoru, že velká část nepojištěných migrantů je v zemi nelegálně. Na straně druhé je protikladný názor, podle kterého je nárok na ošetření základním lidským právem každého člověka. V praxi pak střet těchto pohledů přináší stav určitého kompromisu. Každému člověku je bez ohledu na jeho pobytový status poskytnuta nezbytná a neodkladná zdravotní péče, jejíž přesný rozsah je značně diskutován a který bývá uplatňován především v přímém ohrožení života. V reálných situacích se ale někteří lékaři ‚slitovávají‘ nad migranty bez pojištění a dle svých výpovědí jim většinou i v případě nedostatku potřebných finančních prostředků (nejčastěji jednorázově) pomohou a poradí.“ (Jelínková, 2007). Zde je potřeba upozornit na jedno riziko – většina nelegálních migrantů se snaží být „neviditelná“, a tudíž mnohdy o lékařskou péči nestojí ani v krajních případech, což může být velkým problémem zejména v současné době celosvětové pandemie.

Umírání, smrt. Rituály jsou spojeny stejně tak s narozením dítěte, jako se smrtí člověka. Smrt je často doprovázena přechodovými rituály. Dobrovolná smrt je nečistá a se zesnulým se i po smrti zachází jinak, než kdyby zemřel obvyklou smrtí. Smrt, která přichází neočekávaně, nahání strach z návratu duše, která na konec na tomto světě nebyla připravena. Obava z návratu duše člověka, který zemřel nepřipraven, rovněž souvisí s působením zlých démonů a nečistých sil. Nepřipravenost na smrt znamená potenciálně snazší podlehnutí duše nebožtíka zlým démonům (tělo není chráněno svátostí). Smrt starého člověka je spojena s jeho přípravou na umírání a konec. Přichází kněz, dochází k obřadu svátosti smíření, k loučení s bližními apod.

Komunikace a způsob předávání informací

Ukrajinci jsou vstřícní a komunikativní. Příbuzný jazyk ze slovanské jazykové skupiny jim usnadňuje komunikaci v ČR. Přesto, jak plyne z náhledu zpracovatelek tohoto tématu v kvalifikačních pracích, platí, že „Ukrajinci v Česku mají velmi slabé znalosti cizích jazyků, proto komunikace s nimi bývá obtížná. Jsou velmi přímočaří a řeknou vše, jak cítí, při otázce „jak se máte“ se rozpovídají dopodrobna o svých pocitech.“ (Šlampová, 2016, s. 31). Další diplomantka dokonce tvrdí, že je to právě jazyková bariéra, která péči o ukrajinské pacienty dle jejího výzkumu nejvíce znesnadňuje. Konkrétně proto, že s jazykovou bariérou při ošetřování ukrajinského pacienta se setkalo 53 % procent jejích respondentů (Viltová, 2015, s. 38). To tvrdí také další autorka, která neschopnost kvalitní a produktivní komunikace mezi sestrou a pacientem v souvislosti s nedokonalou znalostí českého jazyka považuje přímo za překážku při poskytování ošetřovatelské péče (Trojanová, 2017, s. 27). „Na Ukrajině není kladen velký důraz na studium cizích jazyků, proto mají Ukrajinci v České republice pouze slabé znalosti češtiny, ale i ostatních západních jazyků. Přesto, že český jazyk není od ukrajinštiny až tak rozdílný, dochází i při komunikaci mezi Ukrajincem a zdravotnickým pracovníkem mnohdy ke vzniku problémů – neschopnost vyjádřit se, správně pochopit význam sdělení nebo zaměňování podobných slov. Zde je dů-

ležité si uvědomit, že někteří ukrajinští pacienti, kteří neporozumí, projeví známky pochopení jen proto, aby nezpůsobovali zbytečné problémy. Proto je ze stran sester nezbytné poskytnout zpětnou vazbu. Ústředním prvkem neverbální komunikace, který uplatňují Ukrajinci při rozhovoru s druhými osobami, je především pohled z očí do očí. Tímto přímým očním kontaktem vyjadřují důvěru a respekt k druhé osobě. Důležitý je pro ně i pozdrav pomocí podání ruky, který praktikují při setkání i loučení.“ (Trojanová, 2017, s. 27). Ruce si ovšem podávají jen muži. Může se stát, že muž podá ve společnosti ruku všem mužům, které zná nebo s nimiž se seznamuje, ale ženy zcela vynechá, to je běžné.

Kulturní specifika

Náboženství. Ukrajinská společnost je nábožensky diverzifikovaná / různorodá. Ať už je daná oblast co do konfese jednotná nebo pluralitní, obecně má náboženství a církev na každodenní život Ukrajinců velký vliv. Církví s největším polem působnosti je pravoslaví moskevského patriarchátu. Jak už samotný název napovídá, velmi důležitým znakem této církve je její rusofilství, přestože ke kanonizaci této církve došlo už za Kyjevské Rusi (srov. Маґочій, 2012, s. 685). Druhou největší církví je pravoslaví kyjevského patriarchátu, jež navazuje na tradici a slávu Kyjevské Rusi, a staví se tak proti proruskému směřování, v aktuálním dění velmi silně cítěném. Zastánce této církve nalezneme především v centrální části kolem Kyjeva, ale samozřejmě se toto náboženství objevuje i v částech západních. Třetí církví v pořadí jsou řečtí katolíci. Řeckokatolická církev byla založena v Haliči roku 1596 na základě Brestské unie uzavřené za souhlasu polského krále mezi římskokatolickou církví a rusínskou pravoslavnou církví.

Spojením archaických představ s křesťanstvím získává samotné křesťanství na Ukrajině charakter národního náboženství. Křesťanství zde má své svaté místo i svůj kultovní systém. Odpovídá místním národním tradicím a ideologiím. Ukrajinci uctívají svaté a zároveň se také klaní zosobněným silám přírody, což je uchováno v jistých obřadech a rituálech. Obecně vzato je obřadům a víře v nadpřirozené síly v ukrajinském křesťanství přisuzována významná role. Můžeme tedy říci, že i v současnosti je tradiční život na Ukrajině ovlivňován církví, ale zároveň je ona sama zpětně neustále ovlivňována živými tradicemi, tedy i mytologií. Ukrajinská mytologie je jedním z hlavních charakteristických rysů národního světohledu Ukrajinců. Tyto představy tvoří základ celkové kultury na Ukrajině (vybráno ze zdroje: Preissová Krejčí, Máčalová, Skotáková, 2015).

Víra má však pro ukrajinské emigranty ještě další rozměr. Ukrajinští pracovní migranti bývají často začleněni do neosobních klientských systémů zprostředkovávajících práci, povolení k pobytu či ubytování. Za tuto službu odevzdávají až polovinu platu, a to po celou dobu práce. Z této poměrně těžké situace tak vznikají existenciální a sociální problémy, kterou mohou být snáze řešitelné v křesťanském společenství, jež nabídne pomocnou ruku a pomůže překonat počáteční odcizení (Pavlíková, Sládek, 2009, s. 29).

Zvyky, tradice. Na pozadí státu se silným křesťanským odkazem vidíme vliv kultur mnohem starších. Předkřesťanské zvyky plné mytologických představ se dodnes uchovávají v živém povědomí, které velmi často nebere v potaz moderní výdobytky 21. století.

Typické křesťanské svátky jako Vánoce a Velikonoce se slaví podobně jako u nás, ale k řadě jiných svátků spojovaných s křesťanstvím se dodnes pojí živé mytologické představy. Ukrajinská mytologie je jedním z hlavních charakteristických rysů národního světohledu Ukrajinců. Tyto představy tvoří základ celkové kultury na Ukrajině.

Seznam literatury

1. BLAŽOVÁ, Z. Komunikace v transkulturní péči se zaměřením na specifika ukrajinské minority. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné na www: <theses.cz/id/vjp134/7638588?fbclid=IwAR0K2ScHrEYksZi7fNdgN0RnKGFzJvv98IPdDN3yNMtxCzVSKzYwmjg1VhI>.
2. Český statistický úřad. Cizinci podle státního občanství k 31. 12. – územní srovnání [online]. 31. 12. 2017 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&pvo=CIZ01&evo=v57516_!_VUZEMI97-100-nezj_1&c=v23~2__RP2017MP12DP31>.
3. GÁBOR, O. – JANÁK, D. ml. Ukrajinci v České společnosti po roce 1989. In KOLÁŘ, O. – JANÁK, D. a kol. Lidé z východu, Ukrajinci v českých zemích od roku 1918. Katalog k výstavě fotografií Jindřicha Štreita. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2019, s. 34–45.
4. JELÍNKOVÁ, M. Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči [online]. Migraceonline.cz, 25. 2. 2007 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotni-peci>.
5. KOLÁŘ, O. – JANÁK, D. a kol. Lidé z východu, Ukrajinci v českých zemích od roku 1918. Katalog k výstavě fotografií Jindřicha Štreita. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2019.
6. MALJARČUK, T. Doba dětí. Příběh ze sbírky Máma přes Skype. Porohy, 2013, roč. XXI, č. 17–18 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <www.ukrajinci.cz/casopis-porohy/casopis-porohy+c21/porohy-17-18-2013+a3510.htm>.
7. ŇACHAJOVÁ, M. (ed.). Ukrajinská svobodná univerzita 1921–1996. In Vědecký sborník z konference, věnované 75. výročí založení univerzity. Praha: Národní knihovna ČR – Slovanská knihovna, 1998.
8. NOWIŃSKI, A. To ucina spekulacje. W końcu udało się policzyć, ilu dokładnie jest Ukraińców w Polsce [online]. Na: Temat, 7. 3. 2019 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: < natemat.pl/266145,ilu-ukraincow-mieszka-w-polsce-nowa-metoda-liczenia-podala-doklad-na-liczbe>.
9. PAVLÍKOVÁ, E. – SLÁDEK, K. Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009.
10. PREISSOVÁ KREJČÍ, A. – MÁČALOVÁ, J. – SKOTÁKOVÁ J. (eds.) Mýty a pověry v každodennosti obyvatel ukrajinského Polesí a Zakarpatí. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015.
11. SZALÓ, C. Transnacionální migrace: proměny identit, hranic a vědění o nich. Brno: CDK, 2007.

12. ŠLAMPOVÁ, V. Specifika péče porodní asistentky o ženy jiného etnika. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné na www: <dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/65897/SlampovaV_SpacifikaPece_ZC_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR1WnFOwbs29MDEgbLHF70OrBnPe1fO5kcGcxjOZerJiHskfW1LWM_slxaU>. S. 31.

13. TROJANOVÁ, V. Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin. České Budějovice, 2017. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/g8x5pt/Diplomov_prce_Trojanov_Veronika.pdf?fbclid=IwAR2SSpCC77GtlJHEhzuOQ9cFEwqr8WhUQoZ0iVK1reR3cli525RgmYWaboM>. S. 26.

14. Velvyslanectví Ukrajiny v České republice. Ukrajinci v českých zemích [online]. 10. 2. 2019 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <czechia.mfa.gov.ua/cs/partnership/361-ukrajinci-v-chehiji?fbclid=IwAR3Y2X58BC_haeJnoM0KY9N-_dEAr6adrhnc6_E_uNL6nyn3FKPu4KLrXW8>.

15. VILTOVÁ, E. Přístup zdravotnické záchranné služby k ošetřování pacientů jiných kultur. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Dostupné na www: <otik.zcu.cz/bitstream/11025/20576/1/Pristup-ZZS-k-osetrovani-pacientu-jinych-kultur.pdf?fbclid=IwAR1aErjY36S3uL0JZ-iHigA-Sr3eZTsi0h1uyyE-h-8XOoDEotJjfmaDXKg>. S. 21, 36.

16. ŽELIEZKO, P. Ukrajinská kuchyně [online]. CK MUNDO, nedatováno [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <https://www.mundo.cz/ukrajina/kuchyne>.

17. Як живуть українці в Болгарії [online]. Migrant.biz.ua, 2020 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <migrant.biz.ua/bolhariia/zhittya-bg/iak-zhyvut-ukraintsi-v-bolharii.html>.

18. УЗУН, С. В. Сімейна структура населення України та гендерні відносини у родині [online]. Visnyk Lviv. univ. Ser. Sociol., 2010. č. 4, s. 233–245 [cit. 2020-04-22]. Dostupné na www: <nbuv.gov.ua/j-pdf/Vlnu_sociology_2010_4_28.pdf>.

2.2.5. Romská kultura

Charakteristika romské kultury

Níže, ať již v tabulce o „etnické skupině“ Romů, nebo v části „Charakteristika romského pacienta“, shrnuji nikoli to, co pro Roma jakožto pacienta či klienta obecně platí či je závazné, ale to, jak většinová společnost (na základě řady výzkumů, na které odkazuji: články, kvalifikační práce od bakalářských po disertační, odborné publikace) stereotypně členy této komunity vnímá. K tomu ještě možno dodat, že níže popsané zobecněné informace o romské komunitě se zakládají na výzkumech mezi Romy (nikoli početných skupin) žijícími na okraji společnosti v sociálně a ekonomicky exkludovaných (vyloučených) oblastech. Sociální exkluze se však týká maximálně 80 tis. Romů žijících v České republice. Dle kvalifikovaných odhadů v ČR žije Romů více než dvojnásobné množství, tito do společnosti integrovaní Romové však nejsou viditelní, a tedy nepřitahují pozornost majority. Vždy, pokud mluvíme o Romech jako o nositelích určitých atributů, je vhodné si tuto skutečnost uvědomit a zároveň si uvědomit, že identita, kterou jim připisujeme, je jen jednou z možných. Jinými slovy, otázkou je, jak romské obyvatelstvo segregujeme, tedy na základě jakých atributů a charakteristik jejich kultury či etnicity o nich vypovídáme.

Při sčítání lidu v roce 2011 se k romské národnosti přihlásilo celkem 5 135 osob (Český statistický úřad, 2011). Podle odhadů však celkový počet Romů v ČR dosahuje přibližně 160 000–250 000. V Evropě se jejich počet odhaduje na 3–6 milionů, ve světě pak na 10–12 milionů (Prokešová, 2010). Pro Polsko se odhaduje počet Romů mezi 50 000 až 60 000; pro Bulharsko jsou odhady mnohonásobně větší – 700 000 až 800 000 (In. http://romove.radio.cz/cz/clanek/18884). Ve státech jižní a jihovýchodní Evropy tvoří Romové až 10 % populace.

Historické kořeny, vývoj kultury

Prameny hovoří o přítomnosti Romů v Evropě od 14. století, do Čech a na Moravu se Romové dostali v 15. století. Dále směřovali do Německa, Francie a Španělska.

Již ve středověku budili Romové nedůvěru svým odlišným zjevem, povahou a neznámými zvyklostmi. K tomu se přidružovaly příležitostné krádeže a pytláctví, které jim zajišťovaly obživu, neboť Romové nevlastnili půdu a putovali z místa na místo. Počáteční nepochopení brzy přerostlo v otevřenou averzi. Následná staletí byla pro Romy obdobím represí a pronásledování (Horváthová, 1999, s. 17–20).

Od 18. století se postupně začalo prosazovat trvalé usazování Romů, avšak ještě ve druhé polovině 19. století nebyli v Čechách Romové převážně usazeni. Jiná situace byla na Moravě, kde již v té době existovaly tzv. romské tábory/vesnice. Jednalo se o víceméně izolované jednotky na okrajích jiných obcí, jejichž obyvatelé usazení Romů připustili (Horváthová, 1999, s. 20–23).

Zákonná opatření na počátku 20. století směřovala k postupné integraci Romů do společnosti.

V meziválečném období žilo na území tehdejší Československé republiky několik základních skupin Romů – nejpočetnější zastoupení měli tzv. slovenští Romové žijící trvale na Slovensku, početnou skupinou byli také maďarští Romové žijící v maďarsky mluvící části Slovenska. V Čechách a na Moravě náleželi Romové převážně do skupiny českých Romů. Vedle toho se zde vyskytovali Romové němečtí (Sintové) a kočovní Olašští Romové.

Po romském holocaustu za druhé světové války lze však na území Čech a Moravy napočítat již jen několik desítek rodin českých Romů. Do vysídlených oblastí i za prací do průmyslových měst k nám začali přicházet Romové z osad na východním Slovensku, v důsledku čehož je dnes v České republice značná převaha Romů slovenského původu. Oproti vývoji na Slovensku v Čechách a na Moravě žije většina Romů ve městech (Davidová, 1999, s. 33).

V šedesátých letech 20. století pak došlo k další vlně přesunu romského obyvatelstva ze Slovenska do obcí v Čechách a na Moravě, oproti poválečné migraci se nyní jednalo o plánovaný rozptyl rodin, který v tomto případě nerespektoval

příbuzenské svazky. Na základě těchto přesunů přišly na území České republiky přibližně dva tisíce Romů (Davidová, 1999, s. 34–35).

Romskou kulturu, která životní styl ovlivňuje, nelze charakterizovat jako homogenní. Naopak podléhá lokálním vlivům a je v různých oblastech velmi rozmanitá (Tošner, 2003).

Role ženy a muže v romské kultuře

Obecně lze říci, že v romské rodině panuje velká soudržnost. Rodina, která je pro Romy vším, tvoří největší a nejdůležitější hodnotu v jejich životě (Davidová a kol., 2010). Podle provedených výzkumů Davidová a kolektiv (2010) prezentuje, že v ČR je nejpočetnější čtrnáctičlenná rodina. Romové se k sobě velmi často stěhují a navštěvují se. Nezaměstnanost je u nich běžným jevem, a proto mají dostatek času trávit rodinné chvíle společně. V těchto rodinách se navzájem všichni podporují a pomáhají si (Koptíková, 2012). O děti se stará hlavně matka (Unucková, 2007), ale všichni členové rodiny se rovněž zapojují do péče o děti, seniory a nemocné (Koptíková, 2012). Starým lidem prokazují úctu a dodnes je u tohoto etnika časté, že umírají v rodinném kruhu (Šuleř a kol., 1999). Ojediněle se setkáme s romskými obyvateli v domovech důchodců, ale pro většinu Romů je tato varianta nemyslitelná (Poláková, 2014).

Tradiční romská rodina v daném pojetí se v současnosti vyskytuje stále méně. To je způsobeno proměnou životního stylu a kulturních modelů, které lze zachytit ve všech společenstvích světa (Horváthová, 2002). Stále větším problémem se stává zvyšující se podíl romských dětí v dětských domovech. K hlavním příčinám tohoto jevu patří nedostatečný příjem rodiny pro zajištění základních potřeb dětí a neuspokojivá bytová situace. Podobně se mění i rodinná solidarita, a proto se tito jedinci objevují i v domovech důchodců, v ústavech sociální péče apod. (Nečas, 2002; Prokešová, 2010). K hodnotám, které tradiční rodiny vyznávají, však stále patří především svobodný, bezstarostný způsob života, uznávání rodové hierarchie a ctění rodových tradic, láska k dětem a chápání peněz jako prostředku bezpodmínečně nutného k přežití. Z životních hodnot je pak na prvním místě nejčastěji uváděna rodina, zdraví, humanitní ideály, rovnoprávnost, materiální hodnoty, sociální jistoty a práce (Jakoubek, 2003; Gulová, 2008). Rozhodování v rodinách probíhá kolektivně, všichni se rozhodují společně. To znamená, že k výsledku docházejí ztotožněním nikoli podřizováním (Navrátil, 2003). Uvedené koresponduje se základními rysy sociálního systému Romů, a to se společným rozhodováním, neschopností být sám, s vnímáním vyhoštění coby největšího trestu, ale i s neustálou změnou, její potřebou a velkou mírou flexibility (Gulová, 2008).

Rodina byla vždy místem, kde se děti vzdělávaly, a proto školnímu „gádžovskému“ způsobu vzdělávání Romové nepřipisovali a dodnes nepřipisují příliš velkou hodnotu (Nečas, 2002; Unucková, 2007).

V sociálně vyloučených lokalitách je detekována vyšší míra kriminality vycházející přímo z nedostatku zdrojů (zejména finančních) a s tím souvisejícím nedostatkem

pracovních příležitostí. Vzhledem k tomu, že v sociálně vyloučených lokalitách žijí ve velké míře právě Romové, vzniká zde fenomén, jenž můžeme označit jako „etnizaci kriminality“ v české společnosti.

20–30 % ekonomicky aktivních Romů získává prostředky k obživě nelegálně, jejich podíl ve věznicích se odhaduje na více než 60 % a jejich podíl na recidivě se udává až v 50 %. Nejčastěji se Romové podíleli na krádeži vloupáním (22 %) a krádeži prosté (19 %). Nezanedbatelný je také jejich podíl na trestném činu pohlavního zneužívání (20 %). Vzhledem k počtu romské populace je celková kriminalita Romů přibližně pětkrát vyšší než u ostatní populace. Současným způsobem obživy většiny Romů jsou nekvalifikované dělnické profese ve stavebnictví, při těžbě dřeva, na železnici nebo při různých výkopových pracích a při očistě měst (Nečas, 2002; Unucková, 2007).

Rác a Šusterová (2014) uvádí, že muž je hlavou rodiny, všichni ho musí poslouchat a od rodiny se mu dostává značné úcty (Kajanová a kol., 2015). Dříve, pokud šli manželé společně ven, musela jít žena pár kroků za ním, muž tím dával najevo své vyšší postavení v rodině (Štěpařová, 2005). Muž má od nepaměti větší práva než žena a nese odpovědnost za celou svoji rodinu (Pulkrábková, 2009). Většina Romů preferuje jako své první dítě syna, kterého žena vychovává do jeho šesti let a následně se výchovy ujímá otec (Kajanová a kol., 2015). Nejstarší syn pomáhá s výchovou mladších sourozenců, především opatruje své sestry, aby byly počestné (Štěpařová, 2005). Když se syn ožení, téměř vždy zůstává se svojí manželkou a bydlí u svých rodičů. Muž dává najevo své ženě lásku například tím, že ji občas v hádce uhodí, neboť u nich platí pravidlo, že kdo žárlí, ten miluje (Kajanová a kol., 2015). Povinností každého muže je finančně zabezpečit rodinu (Poláková, 2014), ale mnohdy je výdělek muže pouze nárazový. Když je muž nezaměstnaný, nejčastěji udržuje dobré rodinné vztahy a žena musí obstarávat finance sama (Unucková, 2007), ale tím se její postavení v rodině nezvýší (Poláková, 2014).

Rác a Šusterová (2014) uvádí, že se to může jevit jako diskriminace žen, ale v rodině to znamenalo určité dodržování zvyků a pravidel. Žena byla uznávána podle toho, kolik přivedla na svět dětí. Pokud byla neplodná, muž se s ní mohl s čistým svědomím rozejít (Štěpařová, 2005). Romské ženy zastávají převážně roli matky a hospodyně domácnosti. Jejich postavení prošlo za celá dlouhá léta změnami. V současnosti je sice žena podřízena svému muži, ale může hledat také svoji seberealizaci v okolním světě (Kajanová a kol., 2015).

Šlechtová a Bürgerová (2009) udávají, že výchova dětí je mnohem volnější než u majority. Děti mají dostatek volného času a kromě péče o své vlastní sourozence nemají žádné jiné povinnosti, jelikož nemají žádný pravidelný denní režim, kterým by život dětí byl usměrňován. Proto není nic neobvyklého, že se děti účastní rodinného dění až do pozdních nočních hodin. Dle Kajanové a Dvořáčkové (2013) rodiče před dětmi nic neskrývají, dokonce ani svůj intimní život. Prokešová (2010) uvádí, že romské děti jsou ochuzené o dětský bezstarostný život a velmi rychle dospívají. Jejich den

nemá žádnou cílenou motivaci a zpravidla děti pobíhají samy venku na ulicích, kde si hrají, a to bez dozoru svých rodičů (Štěpařová, 2005). Bohužel v současné době je u romských dětí časté, že neuznávají žádnou autoritu, neprojevují zájem o hodnoty a některé se už v brzkém věku setkávají s drogami a prostitucí (Prokešová, 2010).

Romové si velmi zakládají na své rodině a často žijí pohromadě v různých věkových hranicích. Pokud bydlí pohromadě, staří členové rodiny vychovávají svá vnoučata a jejich názor a slovo má velkou váhu a respekt (Unucková, 2007). Staré osoby nikdy nebyly považovány za nepotřebné členy domácnosti, jejich postavení je stejné jako u ostatních. Mladí Romové si cení jejich moudrosti a zkušeností získaných v životě a také proto, že staré osoby mají vždy pravdu (Koptíková, 2012).

Vzdělání, rodinná výchova a sexualita

Vzdělání. S Romy se často pojí nejen nedostatečná kvalifikace a nízké vzdělání, ale také negramotnost.

Vzdělání je v současné moderní společnosti předpokladem úspěchu v pracovním životě. Znalosti, schopnosti a dovednosti získané ve škole jsou však pro romské děti nekonkrétní, tedy nepotřebné a mohou se bez nich obejít. Romové děti vychovávají příkladem, prožitkem, do osobní roviny tohoto charakteru je školní vědění nepřenositelné.

Proč romské děti selhávají ve vzdělávacím procesu? Etnizace školství povede k prohlubování a upevňování sociální exkluze. Děti ze sociálně vyloučených lokalit, respektive romských ghett, se se členy majoritní populace dokonce po dlouhou životní etapu nemusejí vůbec setkat, neboť neabsolvují povinnou školní docházku na běžné základní škole, ale na škole praktické nebo tzv. romské škole, která se kurikulem přizpůsobí většině žáků z minority.

Sami Romové často upřednostňují vzdělání v praktických nebo tzv. romských školách s upraveným vzdělávacím programem. To jim ale znemožní dosažení středního nebo vyššího vzdělání. Již několik škol v ČR je etnicky homogenních – romských. Romové nevidí často důvod investovat do vyššího vzdělání svých dětí. Škola, kde mají převahu žáci z majority, je Romy vnímána jako cizí prostředí. Romské děti jsou ve škole stigmatizovány (Romové jsou často viditelně odlišní.). Školní výsledky romských dětí v normální škole jsou závislé na tom, jak se vyrovnají se svým stigmatem.

Romové se tak již od dětství ocitají v pasti sociálního vyloučení. Socializace romských dětí a jejich integrace do majoritní společnosti se pohybuje v začarovaném kruhu. Přijmout zahanbující postavení žáka na běžné základní škole lze pouze s tím vědomím, že školní vzdělání bude pro toho, kdo ho získá, společensky ceněno a v budoucnu přinese jedinci nemalé zisky. Nicméně odložení tohoto zisku do daleké budoucnosti není pro většinu romské mládeže dostatečnou motivací.

Mateřství. Nejdůležitější hodnotou ženy je její plodnost, protože podle toho, kolik dětí přivede na svět, roste její postavení v rodině (Kajanová a kol., 2015). Těhotenství je vždy vítané, čím více dětí manželé mají, tím se zvyšuje prestiž jejich rodin (Koptíková, 2012). V minulosti se v tomto období spojeném s těhotenstvím a porodem dodržovaly různé zvyky, ale v dnešní době zcela vymizely (Reidingerová, 2009).

Nicméně také dnes je narození nového člena rodiny velkou společenskou událostí pro celou rodinu. V těhotenství by žena měla zlepšit svoji životosprávu a péči o své zdraví, ovšem opak je pravdou, romské ženy kouří a pijí alkohol, neuvědomují si, že by svému dítěti mohly způsobit zdravotní problémy (Reidingerová, 2009). Fyzickou práci v těhotenství omezují nebo ji úplně přestanou vykonávat (Kaleja a Knejp, 2009). Kajanová a kolektiv (2015) uvádí, že naopak dříve ženy pracovaly do poslední chvíle, než porodily. Romské ženy se většinou stávají matkami kolem dvacátého roku svého života (Kaleja a Knejp, 2009). Pár dní před porodem všichni v rodině netrpělivě čekají na narození dítěte a toto období emotivně prožívají.

Dnes ženy rodí obvykle v porodnicích. Když je žena na porodním sále, několik členů z rodiny netrpělivě čeká na chodbě v porodnici (Koptíková, 2012). Miminko po narození chtějí všichni vidět a přivítat se s ním, proto se setkáváme s hojnými počty rodinného příbuzenstva. Romové tím dávají najevo, že dítě přijímají do svého rodinného kruhu (Kaleja a Knejp, 2009).

Těhotenství a narození dítěte je pro romskou rodinu velkou událostí. Romské matky milují své děti až nekriticky. K tomu přistupuje psychická nezralost matek (6 % rodiček je mezi 14–16 roky, což je třikrát více než u neromských matek, asi 19 % žen rodí poprvé v šestnácti letech). Až 60 % dětí v dětských domovech je romského původu, z nich téměř polovina jsou děti svobodných matek.

Problematika přístupu „romských matek“ k péči o novorozence. Z publikovaných studií (Sikorová, Závěšická, 2012) bylo zjištěno, že existuje rozdíl v péči o novorozence v souvislosti s etnickou skupinou rodičky. „Je patrný rozdíl v péči o novorozence mezi ženami z romské a neromské komunity. Byla prokázána vyšší frekvence opouštění novorozenců v porodnici romskými matkami oproti matkám neromským. Tyto výsledky však lze vztáhnout pouze podle autorek na zkoumanou část romských a neromských žen. Nejčastěji romské ženy předčasně odcházely na negativní reverz první den po porodu, mnohdy hned po uplynutí dvou hodin po porodu nebo ještě týž den. Přestože pro Romy je rodina nejvyšší hodnotou, celá polovina žen z romského souboru již v minulosti své novorozené dítě v porodnici opustila a čtrnáct romských žen, tedy více než třicet procent, se chystalo v době vyplňování dotazníku tento krok učinit znovu, k tomu devět Romek ještě nebylo zcela rozhodnuto, zda po porodu dítě opustí. Konečný počet romských rodiček, které své novorozence opustily, mohl tak být nakonec vyšší. Na druhou stranu jako nejčastější důvod opuštění novorozeného dítěte necelá polovina Romek uvádí nezajištěnou péči o děti, které mají doma, což jejich založení pro rodinu podporuje. Zůstává otázkou, proč nemohou zajistit dočasně na pár dní tuto péči ostatní členové rodiny, když Romové stále žijí pospolu ve velkých počtech v jedné domácnosti. Největší počet Romek (téměř polovina) uvedl,

že ve společné domácnosti žijí v počtu 4–5 osob, skoro třetina v počtu 6 a více osob. Lze se domnívat, že Romky potřebují k tomu, aby si vytvořily stejně kladný vztah k novorozenci, jaký mají ke své rodině, více času. Romský muž není zvyklý provozovat domácí práce ani se starat o děti, je to dle nich ženská úloha. To může být jedním z důvodů, proč romská žena spěchá po porodu domů, aby zajistila správný chod domácnosti, postarala se o své děti a manžela."

Odlišné závěry přináší autorky (Sopuchová, Bužgová 2013). Sociální nerovnost mezi rodičkami má vliv nejen na přístup porodních asistentek k rodící ženě a ženě po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí, ale ovlivňuje také již samotnou přípravu rodičky na porod, možnost využít přítomnost doprovodu u porodu či možnost využít zpoplatněných forem analgetizace v průběhu porodu. Z analýzy jejich výzkumu vyplynulo, že věk a výše vzdělání rodičky mají vliv na edukaci a spolupráci rodičky s porodní asistentkou, u některých porodních asistentek ovlivňují také samotný přístup porodní asistentky k rodičce. Co však také ovlivňuje přístup některých porodních asistentek, a to spíše v negativním slova smyslu, je příslušnost rodičky k minoritní skupině. Jádrem potíží může být to, že se v určitých situacích zdravotní péče setkávají příslušníci odlišných kultur, např. lékaři a sestry z majoritní populace a pacienti a jejich rodinní příslušníci z různých minoritních etnik. Vznikají problémy nejen jazykové a komunikační, ale především týkající se hodnot, zvyklostí a rituálů. Také na oddělení šestinedělí uvedly některé porodní asistentky problém v chování romských klientek, zejména v souvislosti s kouřením, s předčasným ukončením hospitalizace či v početných návštěvách, které za nimi do porodnice přicházejí. V romské kultuře není nemoc jen záležitostí jedince. Pokud je Rom hospitalizovaný, chodí jej navštěvovat celá širší rodina, často i mimo návštěvní dobu, což může vést ke konfliktům se zdravotnickým personálem (Koupilová et al., 2001, s. 1194).

Dle zkušeností jedí romské rodičky častěji paštiky, uzeniny a salámy, játra, z tuků preferují máslo a sádlo, častěji konzumují hranolky, chipsy, slazené limonády a lahůdkářské výrobky, upřednostňují bílé pečivo, méně celozrnné výrobky. Zřejmě se zde projevuje rozdílná hierarchie hodnot, mentalita i celkové životní postoje. Poněkud odlišný přístup k péči o zdraví je jistě ovlivňován také tradicemi a historickými a kulturními kořeny. Určitě nelze opomenout ani faktory ekonomické. Těhotné ženy a ženy kojící mají jíst, na co mají chuť, pověry udávají, že pokud jsou o něco ochuzeny, narodí se jim nemocné dítě nebo se dítě narodí předčasně. Proto také nevynechávají ze svého jídelníčku alkohol, především pivo, které má posílit schopnost kojení. Ovšem na druhou stranu výzkumy v posledních letech neprokázaly vyšší spotřebu alkoholu u Romů než u majoritní populace.

Další modelový příklad pohledu zdravotníků na pacientky (Treppeschová, 2009): „Ošetřování pacientů romské národnosti je velice náročné, protože jsou nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu, komunikace s nimi bývá obtížná, často se při nesplnění požadavků projevuje jejich agresivita, nejsou zvyklí prosit ani děkovat. Romské

ženy v roli pacientky bývají citlivé na bolest, bývají emotivní a často nahlas sténají, třeba jen proto, aby na sebe upozornily. Léčbu dodržují jen tak dlouho, dokud neustoupí příznaky nemoci. Autorka si také všímá toho, že romské matky na novorozence příliš nemluví, jelikož to považují za zbytečné, zato se jich hodně dotýkají. Obecně je kontakt mezi členy rodiny více haptický (dotykový), poněvadž jsou rádi blízko sebe a rádi se vzájemně dotýkají."

Intimní zóna je u Romů menší/užší než u většinové populace.

Vztah k tělesné hygieně a charakteristika odívání

Odhaduje se, že až 90 % všech práceschopných Romů ze sociálně vyloučených lokalit nemá zaměstnání. A tito jsou nezaměstnáni dlouhodobě. V přibližně 300 existujících romských osadách narůstá chudoba, vznikají tu nová obydlí – chatrče často bez základního vybavení, tekoucí vody a elektřiny. S tím souvisí zhoršování zdravotního stavu, nárůst dalších negativních jevů (alkoholismus, kriminalita) na jedné straně a nárůst netolerance a xenofobie majority na straně druhé.

Sociálně vyloučené lokality jsou od majoritní společnosti odděleny většinou také prostorově, nacházejíce se v okrajových částech obcí. V takových enklávách „dochází ke koncentraci sociálně patologických jevů, jež zpětně utvrzují obyvatele v jejich vyloučení" (Toušek, 2006, s. 312). Vzhledem k absenci fungující sociální kontroly jsou sociálně patologické, deviantní jevy (jako kriminalita, prostituce, drogová či alkoholová závislost) v podstatě tolerovány. Je zřejmé, že život v sociálně vyloučené lokalitě chování jedince ovlivňuje, ne-li přímo determinuje (Toušek, 2006, s. 312).

V souvislosti s existencí sociálně vyloučených lokalit začali někteří badatelé užívat pojmu ghetto a ghettoizace Romů. Přičemž část z nich vinu na vyloučení Romů z veřejně sdíleného prostoru přisuzují majoritní společnosti, která tuto situaci nejen připustila, ale přímo ji postupnými kroky vytvořila.

Oblékání. Romové věnovali velkou pozornost a dříve nosili pestré a nápadné oděvy, aby se tím odlišovali od běžné populace. Nyní už Romové přejali styl oblékání od majoritní společnosti a jejich tradiční specifičnost v oblékání zcela vymizela (Wawrzyczková, 2008).

Vztah ke zdraví a prevenci

Při poskytování zdravotní péče dle Šlechtové a Bürgerové (2009), včetně ošetřovatelské péče, je důležité zohlednit pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory, jež se vztahují k jeho zdraví, životnímu stylu, nemoci a smrti.

„Obecně se soudí, že zdravotní potřeby Romů souvisejí především s podmínkami jejich života a životním způsobem. V obou se odráží nízké vzdělání a horší životní úroveň, nízký standard bydlení, často zdravotně rizikové chování, tendence podléhat častěji závislostem na alkoholu a drogách, problematické začlenění do majoritní společnosti a další psychosociální determinanty. Důležitou roli hraje i nižší vědomí

osobní odpovědnosti za zdraví, také se můžeme setkat i s méně výraznou motivací ke zdraví a péčí o ně.“ (Treppeschová, 2009).

Zdraví je v romském hodnotovém žebříčku na třetí příčce (po lásce a rodině). Pokud jsou Romové hospitalizováni v nemocnici, je pro zdravotníky poměrně náročné se o ně starat, jelikož jim Romové nedůvěřují. Značným problémem také může být komunikace s rodinou hospitalizovaného. Proto je důležité zjistit, komu z rodiny poskytovat informace a kdo se zdravotníky za rodinu bude jednat. Někdy se tento kontakt s rodinou nepodaří navázat, a to pak může zanechat následky na zdraví nemocné osoby. Romové mívají poměrně velký strach z bolesti a ze smrti, bývají velmi emotivní a často nahlas sténají. Ženy bývají úzkostné a některé z nich mohou špatně snášet hospitalizaci.

V období nemoci mají Romové slabou vůli a nedokážou být vytrvalí ani trpěliví pacienti (Nováková, 2012). Mají silné rodinné vazby, bez rodiny jsou nesamostatní a pociťují strach a úzkost. Může se u nich objevit až agresivní chování a neochota spolupracovat se zdravotnickým personálem v nemocnici (Trnovská, 2013). Celkově jsou nedůvěřiví vůči personálu a rady zdravotníků berou na lehkou váhu. Zdravotníci při edukaci pacienta dbají na to, aby všemu porozuměl a pochopil, co se od něho bude žádat, a proto volí správný způsob komunikace pomocí jednoduchých slovních výrazů (Nováková, 2012).

Jejich přístup ke svému zdraví je dle Kajanové (2009) velmi problematický. Typické jsou pro ně výmluvy jako například velké vzdálenosti do zdravotnického zařízení, nedostatek financí na cestu, léčbu, pojištění a léky (Trnovská, 2013). Nejvíce navštěvují svého praktického lékaře (Nesvadbová, 2009), ovšem prevenci u specializovaných lékařů, jako jsou gynekologové, stomatologové, oftalmologové podceňují a rovněž ji zanedbávají (Nováková, 2012). Ani matky nedbají na pravidelné očkování a preventivní prohlídky svých dětí, protože je pro ně zásadní, že své děti vidí veselé a spokojené (Maryšková, 2010). Své zdraví začínají řešit, až když se dostavují zdravotní obtíže a komplikace (Nováková, 2012).

Charakteristika stravování

Oblast stravování romské minority velmi dobře vystihuje následující citace (Oláhová, 2000, s. 7): „Rom může být chudý jako kostelní myš, ale jídla musí mít dost i za cenu, že zítra nezbude nic.“ Uvedené naznačuje obvyklé stravovací návyky. Jídlo nebývalo pravidelným rituálem, přesto však bylo úzce spojené s postavením rodiny (Šišková a kol., 2001; Prokešová, 2010). Jedlo se pouze tehdy, pokud bylo co, tedy zpravidla jedenkrát denně. Složení stravy zcela záviselo na podmínkách a možnostech prostředí, v němž se Romové vyskytovali (Prokešová, 2010; Davidová a kol., 2010). Vzhledem k faktu, že Romové v minulosti nepatřili k výrobcům živočišné ani rostlinné potravy, byli závislí na produkci ostatního obyvatelstva. Byli tedy pasivními konzumenty, jídlo neskladovali a žili prakticky ze dne na den.

V současnosti se v romských rodinách hojně vaří, především po výplatě mzdy nebo sociálních či jiných dávek. Rodiče se mnohdy snaží dětem vynahradit vše, oč oni sami byli ochuzeni.

Nebývá zvykem odlišovat jídlo dětské od stravy dospělých, převažuje konzumace masa, uzenin a sladkostí. Ovoce a zelenina příliš konzumované nebývají (Davidová, 2000b).

K typickým romským jídlům patří goja, což je pokrm připravovaný z vepřových tlustých střev, mouky nebo brambor a koření. Moučné placky neboli lokše jsou v tradičním způsobu vyráběné z polohrubé mouky, vlažné vody, mléka nebo podmáslí a soli. Je to pokrm, který se využívá jako příloha k pečeným masům a mnoha dalším pokrmům (Oláhová, 2000). K dalším tradičním jídlům patří holubki (plněné zelné listy) nebo halušky. Ty mohou být podávány se sýrem, vejci, cibulí, hovězím masem, ale i kysaným zelím nebo kuřetem apod. Nedílnou součástí romského jídelníčku jsou také nudle, které je možno připravovat různými způsoby. Bývají využívány jako zavářka do polévek či jako hlavní chod oběda. Zvláštní místo v jídelníčku mají polévky, které jsou považovány za základ stravy, bez nich ani oběd není plnohodnotný. Mnohdy v této minoritě slouží jako hlavní chod, proto jsou polévky často husté, podávané s těstovinami nebo pečivem. Z dalších jídel je to krupoto, což je pokrm zhotovený z vepřového, kuřecího nebo telecího masa, do kterého se přidávají kroupy a koření, dále pak zelné závitky, bramborový guláš, taštičky s povidly, smažené vdolečky nebo págle (Oláhová, 2000; Davidová, 2000b).

Problém zdravého životního stylu a nadváhy u Romů. V současnosti je romská strava velmi podobná stravě majority (Nováková, 2012). Jejich jídelníček se skládá nejvíce z tučných a masitých pokrmů a také sladkostí. Důraz přikládají na konzumaci masa, ale mléčné výrobky, ovoce a zeleninu zařazují do jídelníčku velmi málo (Olišarová et al., 2015). Pitný režim velmi zanedbávají a nejraději pijí sladké nápoje (Prokešová et al., 2016). Mezi tradiční romská jídla patří: holubki (plněné zelné listy), pišot, mačanka z masa (tradiční romská polévka), štrůdl (závin) po maďarsku, bramborový guláš, pečené brambory aj. (Šedivá, 2003). Obecně platí, dnes stejně jako dříve, že se jí, když je co. Tedy mnoho romských rodin prožívá v průběhu měsíce tzv. hubené a bohaté dny. Základem potravy byly dříve plodiny a suroviny, které Romové vyptali nebo dostali či jinak získali, mají oblibu v masu a mastných pokrmech, ale nejčastěji jejich jídlo tvořily brambory a placky z mouky, tedy nejlevnější dostupné potraviny.

Jídelní zvyklosti Romů jsou spojeny s životním stylem, který do nich zasahuje nejen prostřednictvím organizace všedního dne. Jídelní zvyklosti a zejména volba potravin, pravidelnost příjmu potravy může mít dopad na způsob trávení volného času a využívání vlastního potenciálu. V tomto ohledu se jeví jako jistá limitace hmotnost jedince, která přináší svá úskalí a dopady na zdravotní stav. Mezi jmenovanými byly zejména zadýchávání se či bolesti dolních končetin a zad. Někteří z respondentů trpěli diabetem, hypertenzí. Tyto zdravotní dopady pro ně mohou být motivační

zejména ve chvíli, kdy, jak uváděli, lékař doporučí redukci hmotnosti. Zajímavé bylo sledovat kategorii motivace, která zasahuje do životního stylu i jídelních zvyklostí. V životním stylu se její vliv objevoval zejména ve snaze o dodržování režimových opatření, což se Romům daří spíše jen krátkodobě.

Nadváha a obezita jsou u Romů spojené s životním stylem, v němž jsou identifikovány ovlivnitelné rizikové faktory, které jsou do jisté míry spojené s životem v komunitách a ovlivněné kulturou. Jak uvádí Davidová et al. (2010), Romové všeobecně prevenci a zdravý způsob života podceňují. To je také důvodem, proč se zdraví věnují až ve chvíli, kdy se projeví nějaké potíže či nedostatky. Na základě výše uvedeného lze tedy říci, že mezi ovlivnitelné rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity patří u Romů zejména inaktivita, životní styl, nevhodné složení stravy (výživové zvyklosti) a do jisté míry také socioekonomické faktory (ve smyslu bytového zajištění, života v sociálně vyloučených lokalitách).

Vztah k nemoci a smrti

Nemocnice Romové obecně nemají rádi, protože je tam podle nich velký výskyt nemocí, bakterií a smrti, ale pokud není zbytí, nechají se hospitalizovat (Sutherland, 2014). Dle Novákové (2012) si Romové přejí, aby informace o jejich zdravotním stavu byly sděleny jim a jejich rodině, aby jim byla ve zdravotnickém zařízení poskytnuta komplexní péče, a proto musí být zdravotnický personál seznámen se specifiky romského etnika. Je obecně známo, že příslušníci romského etnika mají nižší práh bolesti (Václavíčková, 2015), pokud pociťují bolest, ihned žádají personál o analgetika nebo jiné léky na tlumení bolesti (Nováková, 2012). I když jejich zdravotní stav není vážný, bolest dávají hlasitě najevo (Václavíčková, 2015) a rodina většinou bolest pacienta sdílí s ním (Koptíková, 2012).

Davidová a kolektiv (2010) a Marmot Review (2010) se shodují v tom, že Romové umírají oproti majoritnímu obyvatelstvu ve výrazně nižším věku a rozdíly v těchto statistikách jsou velké. Maryšková (2010) uvádí následující charakteristiku romského pacienta: „Velká část romské populace si zdraví představuje jako naprostou absenci choroby a nemoc vnímají jako určitou neschopnost a nemohoucnost vedoucí ke smrti. Zdraví je na jejich žebříčku až na desátém místě, což se výrazně liší ve srovnání s majoritou, která ho má téměř vždy na prvním místě. Lékaře vyhledávají jen tehdy, když se jedná o akutní nebo chronické onemocnění (Hajduchová a Urban, 2014). Zaujímají zvláštní postoj vůči lékařům a zdravotnickému personálu, kdy na jednu stranu lékaře uznávají, protože je vzdělaný a může vyléčit jejich chorobu nebo oddálit smrt, ale na druhé straně je nositelem špatných zpráv (Trnovská, 2013). Proto obecně vnímají zdravotníky jako někoho, kdo může za problém, neboť na něj upozornil. Když zjistí, že jim některý lékař pomohl a jeho léčba zabírá, obrací se na něj se svými zdravotními problémy celá rodina (Sutherland, 2014). Romové běžně dodržují léčebný režim jen do doby, než vymizí bolestivé příznaky, a pokud potíže ustanou, přestávají užívat léky a na rady zdravotníků nedbají. Tato nedbalost se negativně odráží na efektivitě jejich léčby a také na hospitalizaci, která se následně opakuje pro chronické onemocnění (Trnovská, 2013). Je důležité pacientovi i jeho rodině neustále opakovat, jaké dopady nedodržování léčebného režimu může mít na jeho zdraví (Maryšková, 2010).

Vnímání bolesti u romských pacientů. Romové pociťují velký strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Pro Čechy snad maličkost, ale pro Romy žádná bolest není banalitou. Je to dáno jejich temperamentem a původem. Jsou velmi emotivní, často a nahlas sténají. Strach z bolesti se projevuje i u dětí. „Strach z tělesného trestu je u nich dvakrát vyšší než u neromského dítěte. V případě, že musí být Rom hospitalizován, je to pro něj vytržení z rodiny. V rodině není zvyklý na soukromí, a tak není neobvyklé ani zahanbující, když muž v nemocnici pláče. Je sám, v cizím prostředí, nechráněn rodinou, musí se podrobit jinému, pro něj tak cizímu řádu. Ženy jsou úzkostné, hospitalizaci snášejí velice špatně. Ve chvíli, kdy přijde do zdravotnického zařízení rodina, nemocný Rom před nimi může dát najevo svou bolest. Ostatní prožívají bolest s nemocným, trpí s ním, ale také ho podporují. Nemocný diskutuje s rodinou o lékařských rozhodnutích. Rozhoduje se celá rodina, protože ta ví, co je pro něj nejlepší. Rom se cítí lépe, pokud je u něj celá rodina. Sám je slabý a ohrožený. To, jak budou Romové tolerovat bolest, ovlivňuje mnoho faktorů. Ovlivňují ji podmínky a příčiny vzniku bolesti, délka trvání bolesti, lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které bolest vyvolávají nebo tiší, provázející symptomy, vliv na každodenní aktivity, předcházející zkušenosti nemocného s bolestí, jeho názor na bolest, používané obranné způsoby a afektivní odpovědi na bolest. Život má pro Romy nejvyšší hodnotu. Vše, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně. Pokud bolest omezuje nemocného, vnímá ji Rom jen jako nutné zlo, které se musí odstranit.

Bolest, která souvisí s těhotenstvím a početím, je u Romů akceptovatelná, protože z ní vzejde něco důležitého, pro jedince i rodinu. Porod a komplikace při porodu snáší žena s ostatními členkami rodiny, které ji psychicky podporují. Dnes se romské matky podvolily majoritní společnosti a rodí v porodnicích. V této významné chvíli jim velmi chybí podpora a pozornost vlastní rodiny. Je proto celkem typické, že většina rodiny tráví čas v okolí porodnice.

„Romové bolest projevují jak verbálně, tak mimicky. Hlasitě naříkají, vzdychají, stěžují si, pláčou apod. Projevují ji nahlas před celou rodinou, která prožívá bolest s nemocným. Romové se nesnaží bolest skrývat před okolím. Reakce organismu na bolest se projevuje tachykardií, bradykardií, zvýšeným nebo sníženým systolickým tlakem krve, tachypnoí, pocením, zvýšeným svalovým tonusem, bledostí, rozšířením zornic, zrychlenou řečí, zvýšeným hlasem nebo nepřiměřenou čilostí, nauzeou, zvracením, suchou a teplou kůží, synkopou až kolapsem, zúžením zornic, pomalou monotónní řečí a uzavřeností. Další možnou odpovědí jsou změny chování nemocného projevující se mobilitou, unaveností, neklidem, svíjením se, nepřirozenou

polohou, sténáním a pláčem. Nemocný cítí strach, úzkost, zlost, beznaděj, bezmocnost, potrestání, únavu, vyčerpání a depresi.“ (Čutová, 2008). Pohřeb je pro Romy významným obřadem a ti si po celá léta, až do současnosti, zachovali tradiční zvyky spojené s úmrtím člena rodiny (Prokešová, 2010). Na rozdíl od většinové populace se často umírá doma, v rodinném kruhu. Věří, že se po smrti duše zemřelého promění v ducha a tento duch společně s duchy ostatních zemřelých předků zůstává u těla až do pohřbu, kde potom oba odejdou na onen svět (Prokešová, 2010). Když zemře žena, sundají jí šperky a rozpustí vlasy, aby duch mohl snadněji odejít z těla (Koptíková, 2013). Pokud zemře muž, jeho manželka si musí dle tradice a zvyků nechat ostříhat vlasy (Prokešová, 2010). Tělo zemřelého mají doma až do dne, kdy se bude konat pohřeb (Koptíková, 2013). Od smrti až do pohřbu sedávají kolem zesnulého, vartují, hrají karty, vyprávějí si o něm příběhy a rovněž popíjí alkohol (Prokešová, 2010). Než začnou pít první skleničku, ulijí z ní trochu na zem, čímž vyjadřují památku zesnulému (Reidingerová, 2009). Zemřelého oblékají do nového svátečního oblečení, oči mu zatlačují mincemi, aby si s sebou nebožtík nikoho nevzal, a ústa podvazují šátkem (Koptíková, 2012).

Pohřby Romů bývají velké, okázalé a velmi drahé, jelikož příbuzní na nich nešetří (Unucková, 2007). Po celou dobu smutku chodí ženy v černém a muži nosí alespoň černou pásku (Bakalář, 2004). Smutek se drží rok, kdy v tomto období blízcí zemřelého nechodí na žádné oslavy, nesmějí tančit a zpívat. Po roce se příbuzní scházejí u hrobu zemřelého a na jeho počest si připijí (Reidingerová, 2009).

Komunikace a způsob předávání informací

V komunikaci se odráží jejich temperament (hlasitá intonace – křik, gestikulace), a proto tyto komunikační prostředky používají, aby zdůraznili svůj verbální projev (Nováková, 2012). V rámci komunikace vně i uvnitř komunity nemusí převažovat společný jazyk, ale je přítomen místní dialekt, často vztahující se k dominantnímu jazyku, důležitá je neverbální komunikace i odlišnosti ve vnímání času na ose minulost – přítomnost – budoucnost (Sagar, 2011).

Přestože společným jazykem je romština, jednotlivá romská etnika se liší dle dialektu, který využívají. Kaleja (2012) a Prokešová (2010) se shodují v tom, že je v Evropě popsáno až šedesát romských dialektů a konkrétně v České republice se kromě spisovné romštiny používá dalších osm dialektových podskupin. Slovní zásobu všech dialektů tvoří slova původní, přejatá a nově vytvořená (neologismy). Nejvíce se u nás objevuje romština slovenská, maďarská, olašská, česká, německá, přičemž slovenským dialektem hovoří 80 % a maďarským a olašským 10 % minoritní společnosti.

Romové mateřský jazyk postupně opouštěli a je tomu tak dodnes (Kaleja, 2012). Šotolová (2008) nás informuje, že ještě generace starých Romů před rokem 1945 mluvila ryze romsky. Většina romské populace v České republice používá svůj rodný jazyk pasivně (Kaleja, 2012).

Společnou však mají Romové organizaci společnosti, v níž základ tvoří rodina (Navrátil, 2003). Určitou zvláštností je u nich prožívání času a prostoru, preferování prožitku, zvnitřnění snu, odlišný způsob sociální komunikace, specifické pojetí výchovy v rodině a negace individualismu (Gulová, 2008; Prokešová, 2010). V tomto ohledu je důležité si uvědomit, že romský čas nikdy neléčí, protože minulost je vnímána bez kritického odstupu. Je neustále přítomná a vzbuzuje emoce nezávisle na tom, kdy se udála. Preference prožitku je pak směřována k příjemným událostem, které přinášejí uspokojení a radost. Nemusí to být vždy jen mezilidské vztahy, ale mohou to být i peníze. Proto je také velmi rychle utratí bez jakékoli rozvahy do budoucna. Schopnosti jejich sociální komunikace jsou odlišné od majoritní společnosti. Umí velice dobře číst ve výrazu obličeje, v gestech, očích. Poznají přetvářku už ve chvíli, kdy člověka potkají (Prokešová, 2010).

Kulturní specifika

Náboženství. V současnosti je většina Romů, pokud jsou věřící, křesťany. Udává se, že hinduistické náboženství zůstalo Romům stále zafixované. Nicméně migrace do jiných států a časový odstup s sebou nesly přijetí náboženství státu, ve kterém žili/žijí. V České republice přijali Romové křesťanství (Nováková, 2012). Věřící Romové prožívají náboženství intenzivněji než majorita. Tradičně se u nich křesťanství pojí i řadou pověr, například věří v magický význam snů, v uhranutí, v sílu kletby, v šťastné atributy jako např. svaté obrázky, červenou barvu a zlaté šperky. Mladí Romové jsou v České republice z velké části ateisté, což je důsledkem celospolečensky ateisticky orientované majoritní společnosti (Kaleja, 2012).

Zvyky, tradice. Doma pořádají časté oslavy s velkým počtem rodinných příslušníků, kde tancují a zpívají. Hádky mezi nimi jsou časté a pro okolí jsou velmi hluční (Kaleja a Knejp, 2009). Mezi tradičně největší oslavy patří ty spojené s křtinami či pohřbem. Křest dítě ochrání před zlými silami a také před tím, aby ho někdo neodnesl, nevyměnil, aby dítě dobře spalo a nebylo nemocné (Prokešová, 2010). Kmotr či kmotra jsou povinni zajistit dítěti výbavu, zaplatit část hostiny a od daného okamžiku se stávají součástí nejbližší rodiny – Fajty.

Setkáváme se i s „vybydlováním“ bytů, uvádí se, že toto jejich počínání, tedy vandalství, je projevem vzdoru, zoufalství, hořkosti, ale i averze vůči majoritě a jejímu způsobu života. Romové bydlí spíše v podnájmech a pro svoji neschopnost hospodařit s penězi není výjimkou, že ztratí i střechu nad hlavou. Tento problém řeší nastěhováním se ke svým příbuzným. Sestěhování příbuzenstva s sebou nese problematiku přeplněných bytů a především špatné hygienické a sociální podmínky (Prokešová, 2010). Romové proto tráví hodně času venku a v bytech se zdržují málo. V dřívější době byli převážně venku, kde i jedli a ženy vařily, praly a staraly se o rodinu atd. (Unucková, 2007). Tuto praxi najdeme i dnes ve vyloučených lokalitách vesnického typu osídlení, např. na východním Slovensku.

Seznam literatury

1. BAKALÁŘ, P. Psychologie Romů. Praha: Votobia, 2004. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>. A dle:

2. BABKOVÁ, L. Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/m7be25/downloadPraceContent_adipIdno_7349>.

3. BITTNEROVÁ, D. – DOUBEK, D. – LEVÍNSKÁ, M. Funkce kulturních modelů ve vzdělávání. Praha: UK, 2011.

4. COHN, W. Cikáni. Praha: SLON, 2009.

5. Comission Comunication: Reducing Health Inequalities in the EU, 2011. [online] PUBLIC HEALTH [cit. 2017-05-19]. Dostupné na www: <ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_commun ication_en>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

6. Český statistický úřad. Obyvatelstvo podle národnosti a podle mateřského jazyka a pohlaví [online]. SLDB 2011 [cit. 2020-04-01]. Dostupné na www: <https://www.czso.cz/documents/10180/25385875/19922315+240001306.pdf/068742fa-c60f-4c32-b289-517ac9ddf0c2?version=1.0>

7. ČUTOVÁ, J. Vnímání a tolerance bolesti v kulturách. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/2kj3l2/downloadPraceContent_adipIdno_10894>.

8. DAVIDOVÁ, E. a kol. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton, 2010.

9. DAVIDOVÁ, E. Cesty Romů. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995.

10. DAVIDOVÁ, E. Osudy a cesty Romů v letech 1945–1989. In Kolektiv autorů. Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum, 1999.

11. DAVIDOVÁ, E. Způsob života a kultura: Změny ve hmotné kultuře Romů – bydlení, strava. In: ČERNÁ, M. et al. Černobílý život. Praha: Gallery, 2000. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

12. ERIKSEN T. H. Antropologie multikulturních společností. Praha: Triton, 2007.

13. ERIKSEN T. H. Sociální a kulturní antropologie. Praha: Portál, 2008.

14. GABAL, I. – VÍŠEK, P. Východiska strategie boje se sociálním vyloučením [online]. Praha, květen 2010 [cit. 2013-02-17]. Dostupné na www: <http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Strategie_soc_vylouceni.pdf>.

15. GAC. Sociologická analýza přechodu romských dětí ze sociálně vyloučeného prostředí ze základních na střední školy [online]. 2010 [cit. 2013-02-17]. Dostupné ne www: <http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Prechody_RD_ze_ZS_na_SS.pdf>.

16. GAC. Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žákyň a žáků základních škol v okolí vyloučených romských lokalit [online]. 2009 [cit. 2013-02-17]. Dostupné na www: <http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Vzdelanostni_drahy_a_sance_romskych_deti.pdf>.

17. GULOVÁ, L. Sociální pedagogika a multikulturní výchova v otázkách. Brno: Masarykova univerzita, 2008.

18. HAJDUCHOVÁ, H. – URBAN, D. Sociální determinanty zdraví u romské populace. Kontakt, 2014, roč. XVI, č. 1, s. 44–49, 2014. Dostupné na www: <kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/01/07.pdf>.

19. HIRT, T. – JAKOUBEK, M. (eds.). „Romové" v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006.

20. HIRT, T. Svět podle multikulturalismu. In HIRT, T. – JAKOUBEK, M. a kol. Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005.

21. HORVÁTHOVÁ, J. Historické osudy Romů od jejich odchodu z Indie do 19. století. In Kolektiv autorů. Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum, 1999.

22. HORVÁTHOVÁ, J. Kapitoly z dějin Romů. Praha: NLN, 2002.

23. JAKOUBEK, M. – BUDILOVÁ, L. Mendel poznámek k současnému stavu výzkumu Cikánů/Romů v ČR. Biograf, 2008, č. 45, s. 89–98.

24. JAKOUBEK, M. – BUDILOVÁ, L. Romové a cikáni – neznámí i známí. Voznice: Leda, 2008.

25. JAKOUBEK, M. – HIRT, T. (eds.). Romové: kulturologické etudy. Plzeň: Aleš Čeněk, 2004.

26. JAKOUBEK, M. – PODUŠKA, O. Romské osady v kulturologické perspektivě. Brno: Doplněk, 2003.

27. JAKOUBEK, M. Romové – konec (ne)jednoho mýtu: tractatus culturo(mo)logicus. Praha: BMSS-Start, 2004.

28. JAKOUBEK, M. Multikulturalizmus vs. kultura. In HIRT, T. – JAKOUBEK, M. a kol. Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005.

29. KAJANOVÁ, A. – DVOŘÁČKOVÁ, O. Jak ovlivňuje udržování tradic život současných romských komunit v České republice a na Slovensku? Kontakt, 2013, roč. 15, č. 2, s. 281–276. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

30. KAJANOVÁ, A. a kol. (Ne)rovnosti v romských rodinách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2015. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

31. KAJANOVÁ, A. Sociální práce s etnickými a menšinovými skupinami: etnické, marginální a rizikové skupiny. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

32. KALEJA, M. Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012.

33. KALEJA, M., KNEJP, J. (ed.). Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009.

34. KAŠPAROVÁ, I. – RIPKA, Š. – JANKŮ, K. (eds.). Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice – Moravské lokality. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

35. KELNAROVÁ, J. – MATĚJKOVÁ, E. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014.

36. Kolektiv autorů. Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum, 1999.

37. KOPTÍKOVÁ, J. Specifika ošetřovatelské péče u romských klientů. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

38. KOPTÍKOVÁ, J. Umírání a smrt v romské kultuře [online]. UMÍRANÍ, 2013 [cit. 2017–05–25]. Dostupné na www: <www.umirani.cz/clanky/umirani-a-smrt-v-romske-kulture>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

39. LÉVI-STRAUSS, C. Antropologie a problémy moderního světa. Praha: Karolinum, 2012.

40. LÉVI-STRAUSS, C. Rasa a dějiny. Brno: Atlantis, 1999.

41. Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010 [online]. London, Marmot Review, 2010 [cit. 2017-05-15]. Dostupné na www: <www.instituteofhealthequity.org/resourcesreports/fair-society-healthy--lives-the-marmot-review>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

42. MARYŠKOVÁ, A. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. Sestra, 2010, roč. 20, č. 2, s. 26–27. Dostupné na www: <www.zdn.cz/clanek/sestra/specifika-poskytovani-zdravotni-pece-romskemu-pacientu-449664>.

43. MIKO, V. Česko-romské vztahy. Brno: Tribun EU, 2010. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

44. MOLNAR, S. Human Variation, Races, Types, and Ethnic Groups. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.

45. MOREE, D. a kol. Než začneme s multikulturní výchovou: od skupinových konceptů k osobnostnímu přístupu. Praha: Člověk v tísni, 2008.

46. NAVRÁTIL, P. Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky. Praha: Portál, 2003.

47. NEČAS, C. Romové v České republice včera a dnes. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

48. NOVÁKOVÁ, D. Romská menšina. In TÓTHOVÁ, V. a kol. Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin. Praha: Triton, 2012, s. 21–51.

49. OLÁHOVÁ, L. Nejen romská kuchařka. Praha: Fortuna, 2000. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

50. OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

51. OLIŠAROVÁ, V., ŠEDOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, D. Jídelní zvyklosti romské minority. In TÓTHOVÁ, V. a kol. Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2015. s. 53–71. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

52. POLÁKOVÁ, J. Romská rodina – základní normy chování, principy výchovy, specifika komunikace [online]. UISKFFUK, 2014 [cit. 2017–05–22]. Dostupné na www: <www.slideshare.net/UISKFFUK/jana-polkov-specifikakomunikace-s-romy-a-knihovny>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

53. PREISSOVÁ KREJČÍ, A. – CICHÁ, M. – GULOVÁ, L. Jinakost, předsudky, multikulturalismus. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012.

54. PREISSOVÁ KREJČÍ, A. Multikulturalismus – ztracené paradigma? Olomouc: Univerzita Palackého, 2014.

55. PREISSOVÁ KREJČÍ, A. Za hranice multikulturalismu. Olomouc: Univerzita Palackého, 2016.

56. PROKEŠOVÁ, M. Romové. Otázky a hledání odpovědí. Ostrava: Repronis, 2010.

57. PROKEŠOVÁ, R. – TÓTHOVÁ, V. – OLIŠAROVÁ, V., a kol. Východiska a návrh strategie preventivního působení na romskou minoritu v oblasti snižování obezity a nadváhy v Jihočeském kraji. Kontakt, 2016, roč. XVIII, č. 3, s. 187–195. Dostupné na www: <kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/03/07.pdf>.

58. PULKRÁBKOVÁ, K. Rámování reprezentace romských žen v české společnosti. 1. Socioweb 11, 2009 [online]. SOCIOWEB [cit. 2017–01–10]. Dostupné na www: <www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=324&lst=115>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

59. RÁC, I., ŠUSTEROVÁ, I., 2014. Postavenia rómskych žien v rodinách a spoločnosti – (nie)-žiaduci sociálnopatologický jav. Sociálna prevencia, roč. 14, č. 2. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

60. REIDINGEROVÁ, A. Poskytování kulturně senzitivní ošetřovatelské péče těžce přizpůsobivým Romům. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

61. ŘÍČAN, P. S Romy žít budeme – jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti. Praha: Portál, 2000.

62. SAGAR, P. L. Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration. Springer Publishing Company, 2011. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

63. SIKOROVÁ, L. – ZÁVĚŠICKÁ, J. Přístup romských a neromských matek k péči o novorozence. Pediatrie pro praxi, 2012, roč. 13, č. 5, s. 342–344.

64. SOPUCHOVÁ, V. – BUŽGOVÁ, R. Problematika sociální nerovnosti v porodní asistenci. Ošetřovatelství a porodní asistence, 2013, roč. 4, č. 1, s. 528–536.

65. SUTHERLAND, A. Romové – neviditelní Američané. Praha: Romano džaniben, 2014. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

66. ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

67. ŠIŠKOVÁ, T. (ed.). Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi. Praha: Portál, 2008.

68. ŠIŠKOVÁ, T. a kol. Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století. Praha: Portál. 2001. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

69. ŠLECHTOVÁ, D. – BÜRGEROVÁ, O. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetřovatelské péče. Kontakt, 2009, roč. 11, č. 1, s. 187–192.

70. ŠOTOLOVÁ, E. Vzdělávání Romů. Praha: Karolinum, 2008. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

71. ŠTĚPAŘOVÁ, E. Specifika romské rodiny. [online]. ZKOLA, 2005 [cit. 2017–05–22]. Dostupné na www: <www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/rasismus/Stranky/%C5%A0t%C4%9Bpa%C5%99ov%C3%A1,-Ema-Specifika-romsk%C3%A9-rodiny.aspx>. Citováno dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

72. ŠULEŘ, P. – LÁZNIČKOVÁ, I. – HÜBSCHMANNOVÁ, M. a kol. Romové – O Roma. Tradice a současnost. Brno: Svan, 1999. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>. A dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

73. TOŠNER, M. Kultura romských osad a analýza sociální situace. In JAKOUBEK, M. – PODUŠKA, O. Romské osady v kulturologické perspektivě. Brno: Doplněk, 2003. s. 41–56. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>.

74. TREPPESCHOVÁ, A. Romské ženy a reprodukční zdraví. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/462kq9/downloadPraceContent_adipIdno_13066>.

75. UNUCKOVÁ, M. Žijí mezi námi, historie a současnost Romů. Karviná: Občanské sdružení Romů severní Moravy, 2007. Citováno dle: OLIŠAROVÁ, V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. České Budějovice, 2015. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf>. A dle: ŠEDIVCOVÁ, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na www: <theses.cz/id/3u07nk/BP_Daniela_edivcov_ZSF_JU.pdf>.

76. VÁCLAVÍČKOVÁ, L. Jak je možno předcházet konfliktům s romským pacientem. Zdravotnictví a medicína. Sestra. 2015, č. 6, s. 24.

77. WAWRZYCZKOVÁ, J. Pacient romského etnika z pohledu sester. Pardubice: FZS UPCE, 2008.

2.3 Závěr

„Interkulturní vzdělávání může vést k podpoře reflexe a kritického myšlení, stejně tak však může posilovat již existující stereotypy. Kam se nakonec přikloní, závisí na mnoha okolnostech. Jednu z nich však můžeme ovlivnit zásadně – jde o to, jak se k tématu postaví samotný učitel nebo lektor“ (Moree, 2015, s. 184). To platí samozřejmě také pro multikulturní ošetřovatelství. „Sestra, která poskytuje péči klientům z různých kultur, by měla být vybavena patřičnými znalostmi z oblasti multikulturního/transkulturního ošetřovatelství, vnímavostí a pochopením, měla by mít vysokou komunikační kulturu, protože komunikace s nemocnými může pomoci a také ublížit. Sestra by měla mít také širší kulturní znalosti, které uplatní ve své profesi, včetně znalostí např. o kultuře umírání a s tím souvisejícími kulturními zvyky a rituály. Vzhledem k tomu, že v České republice počet cizinců rok od roku stoupá, je plně žádoucí, aby zdravotníci byli připraveni pro praxi“ (Kutnohorská, 2013, s. 3). Jednota v různosti. „Obsahovou náplní motta je tolerance, respekt k odlišnostem, a to za podmínky, že navzájem uznáváme stejné základní hodnoty. Multilkulturalita je fenomén, který je součástí naší kultury, je také součástí globalizace. Ideálem multikulturality je harmonická souhra kultur včetně zvyků, chování, tradic, rituálů, aby příslušníci různých národů, národností žili ve vzájemné toleranci. Všeobecně platí, že nejrychlejší vývoj zaznamenaly civilizace, které byly v kontaktu s odlišnými kulturami, soutěžily s nimi a byly nuceny vůči nim se vymezovat. Kultura, která je v izolaci, stagnuje. Během mezikulturní konfrontace docházelo a dochází k výměně znalostí, poznávání jiných tradic, zvyků, hierarchie hodnot. Každá kultura může „něco“ nabídnout a každá kultura má prostor „něco“ přijmout“ (Kutnohorská, 2013, s. 13–15).

Seznam literatury

1. KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetřovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013.

2. MOREE, D. Základy interkulturního soužití. Praha: Portál, 2015.

3. Postup u vybraných onemocnění v nestandardních situacích v ošetřovatelství a porodnictví

Značný pokrok v evropském systému vysokoškolského vzdělávání je patrný také ve výuce medicíny a podobných oborů. V dnešní době se ve vzdělávání klade důraz na potřebu získávat a zlepšovat sociální kompetence, které jsou velmi důležité pro práci s pacienty. Patří mezi ně především organizační schopnosti chápané jako spolupráce v mezioborovém týmu a s pacienty v každé fázi diagnózy a léčby (včetně pacientů s chronickými onemocněními). Kromě toho zahrnuje spektrum organizačních kroků i dovedností v oblasti vedení záznamů o pacientovi (anamnézy), stejně jako sdělování nepříjemných zpráv.

V každé fázi poskytování lékařské péče se často objevují etické problémy. Ty se většinou týkají uspokojování individuálních, nikoliv skupinových potřeb každého pacienta. Individuální potřeby jsou chápány jako respektování lidské důstojnosti, podpora autonomie, trvalá bezpečnost, zohlednění potřeb z hlediska organizačních a formálních záležitostí.

V souvislosti se zdravotní péčí se objevuje mnoho dilemat, která je třeba řešit s ohledem na autonomii pacienta, jeho právo na sebeurčení a profesní povinnosti lékaře. Perfektním příkladem je stárnutí společnosti, kde je ústavní péče o seniory stále běžnější.

Každý lékař je při své práci neustále vystaven obtížným situacím. Mezi nejčastější příčiny takových situací patří nepoměr mezi množstvím povinností a kapacitami personálu, možné infekce, úzkost pociťovaná kvůli možnosti, že se při práci dopustí nevratné chyby, nedostatečná plynulá spolupráce v mezioborovém týmu. Nejdůležitější je, aby si všichni lékaři, bez ohledu na své vzdělání, zaměstnání nebo délku praxe, uvědomovali, že při své práci jsou zodpovědní za ty nejvyšší hodnoty – lidské zdraví a lidský život.

Seznam literatury

1. Manthorpe J, Iliffe S, Samsi K, et al. Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas. Int J Older People Nurs 2010; 5(3): 235–244.
2. Murphy K, Welford C. Agenda for the future: enhancing autonomy for older people in residential care. Int J Older People Nurs 2012; 7(1): 75–80.
3. Niewiadomska I. Zdrowotne skutki reakcji stresowej w zawodach medycznych. In: Marcinkowski JT, ed. Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Warszawa: PZWL; 2003.
4. Welford C, Murphy K, Rodgers V, et al. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. Int J Older People Nurs 2012; 7(1): 65–69.

3.1. Pacient v nestandardní situaci

3.1.1. Pacient se smyslovým postižením – nevidomý, neslyšící

3.1.1.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Odhaduje se, že určitým stupněm ztráty sluchu trpí každý šestý člověk v populaci. Existuje mnoho důvodů, proč někteří lidé neslyší, nedoslýchají nebo ztrácejí sluch. Nejčastější je hluchota související s věkem, kdy více než 50 % lidí starších 60 let trpí určitou ztrátou sluchu. Jiní lidé mohou ztratit sluch kvůli vystavení hluku v práci nebo kvůli dlouhodobému a opakovanému působení hlasité hudby.

Zrakové postižení a/nebo slepota:

- zrakové postižení: zhoršení nebo závažné zhoršení zraku, které nelze korigovat standardními brýlemi nebo kontaktními čočkami a které snižuje schopnost jedince vykonávat určité nebo všechny úkoly,
- slepota: hluboká neschopnost rozlišit světlo od tmy nebo úplná neschopnost vidět,
- přibližně 80 % celosvětové slepoty lze předejít.

Ztráta sluchu a/nebo hluchota:

- ztráta sluchu: snížení citlivosti sluchu o určitou úroveň se označuje jako ztráta sluchu,
- hluchota: hluboká nebo úplná ztráta sluchu v obou uších,
- více než 50 % příčin ztráty sluchu lze předcházet.

Příznaky

Mezi příznaky se řadí:

- potřeba zesílit hlasitost televize nebo rádia,
- potíže se sledováním konverzace,
- neslyšení zvuků, jako je klepání na dveře,
- žádání ostatních, aby mluvili hlasitěji, pomaleji a zřetelněji,
- potřeba držet knihy nebo noviny velmi blízko,
- sezení blízko televize,
- potíže s pohybem po neznámých místech.

3.1.1.2. Specifika ošetřovatelství u těchto onemocnění

Individuální schopnosti a potřeby hluchoslepé osoby by měly být posouzeny brzy po stanovení diagnózy. Díky tomu pak můžeme sestavit plán péče na míru.

Cílem plánu péče je:

- Zachovat a maximalizovat všechny zbývající smyslové funkce, které osoba má, naučit ji alternativním komunikačním metodám, jako je například manuální abeceda pro hluchoslepé.
- Pomoci osobě zachovat si co největší míru samostatnosti – například tím, že jí doporučíte, aby absolvovala výcvik v používání dlouhé hole nebo průvodce, nebo tím, že jí poskytnete průvodce pro komunikaci.
- U malých dětí zajistěte, aby byly splněny jejich vzdělávací potřeby.

Doporučení pro správnou ošetřovatelskou praxi:

- Chovat se k neslyšícím, nedoslýchavým a hluchoslepým lidem důstojně a s respektem.
- Uvědomovat si komunikační potřeby svých pacientů a kontrolovat, zda pacienti podaným informacím porozuměli.
- Dokumentovat smyslové postižení pacienta a jasně je uvést v poznámkách k případu.
- Aktivně informovat pacienty o jejich nároku na komunikační podporu a o její dostupnosti.
- Informovat o tom, jak si objednat speciálního tlumočníka nebo průvodce pro komunikaci.
- Pacientům, kteří potřebují komunikační podporu, nabídnout prodlouženou dobu schůzky.
- Vědět, že příslušné informace jsou v přístupných formátech, například velkým písmem, snadno čitelné pro osoby s poruchami učení nebo v jednoduché češtině pro pacienty, pro které čeština není mateřským jazykem.
- Znát způsob obsluhy různých zařízení pro smyslově postižené na oddělení, například textových telefonů, smyčkových systémů, a vědět, kdo je zodpovědný za údržbu těchto zařízení.

- Umět pacienty uklidnit při případných obavách týkajících se používaného vybavení, jako jsou smyčkové systémy, a otázek důvěrnosti.
- Vědět, jak používat textové přenosy, a vědět, kde najít příslušná čísla.
- Kontrolovat sluchadla pacientům, pokud se zdá, že komunikace se zhoršila nebo je obtížná. Často je nutná pouhá výměna baterie.
- Znát stávající postupy pro případ požáru. Pacienti, kteří jsou neslyšící, nedoslýchaví nebo hluchoslepí, mohou potřebovat upozornění v případě evakuace při požáru.
- Pravidelně spolupracovat s uživateli služeb a získávat zpětnou vazbu od neslyšících, nedoslýchavých nebo hluchoslepých osob. Zapojovat je do tvorby služeb, aby se zajistilo, že budou uspokojeny konkrétní potřeby těchto lidí.
- Zajistit, aby vybavení pro smyslově postižené bylo běžně k dispozici na schůzkách, školeních a všech konzultačních akcích zaměstnanců.
- Zvážit školení pro neslyšící/hluchoslepé jako součást jejich plánu trvalého osobního rozvoje (PDP).
- Umět pacienty nasměrovat na specializované organizace, které mohou nabídnout další pomoc a podporu.

Účastníci uvedli několik příkladů dobré praxe:

- Ordinace praktických lékařů, kde jsou informace uvedeny na plakátech.
- Praktičtí lékaři a nemocnice by si měli tlumočníky předem objednat.
- Neslyšící pacienti by měli mít možnost rezervovat si schůzky a dostávat informace pomocí textových zpráv a e-mailu.
- Neslyšící by chtěli, aby jejich postižení bylo jasně uvedeno v poznámkách k případu a ve formulářích doporučení.
- Informace by měly být propojeny napříč systémy, ambulančními službami, ordinacemi praktických lékařů a nemocnicemi.
- Zdravotnická záchranná služba nebo záchranáři by měli předem zavolat a ujistit se, že je k dispozici tlumočník.
- Informace by měly být k dispozici na internetových stránkách.
- V dopisech o schůzkách by mělo být uvedeno, že byl zajištěn tlumočník.
- Informace by měly být k dispozici v různých formátech.
- Personál by měl vědět, jaké jsou individuální potřeby pacienta, a poskytnout mu informace ve vhodných formátech.
- Zasílané dopisy by měly být psány velkým písmem.
- Následné schůzky by měly být rezervovány v době konzultace a nemají být rozesílány poštou.
- V dopisech o schůzkách by pacienti mohli zaškrtnout své požadavky, například tlumočníka do znakového jazyka nebo smyčkový systém.
- Školení pro neslyšící by mělo být dostupné pro všechny zaměstnance a mělo by zahrnovat řešení postojů zaměstnanců.
- Školení by mělo být součástí běžného školení při registraci a po získání kvalifikace. Mělo by zahrnovat povědomí o tom, jak se chovat k neslyšící osobě.

- Personál by měl vědět, jak komunikovat s neslyšícími, a měl by umět používat základní znakový jazyk.
- Personál by měl vědět, jak pracovat s tlumočníky, například lékaři by se měli vyvarovat používání lékařského žargonu.
- Bylo by přínosné zaměstnat stálé tlumočníky a komunikační pracovníky pro hluchoslepé, kteří by působili v nemocničním prostředí.
- Prodloužené návštěvní hodiny pro neslyšící a hluchoslepé by pomohly předejít jejich pocitu izolace.
- Titulky pro televizi by byly výhodou.
- Je třeba, aby lidé mohli předávat a přijímat sdělení různými způsoby.
- Komunikační potřeby by měly být pravidelně vyhodnocovány.
- Důležité informace týkající se pacientova postižení a jeho zvláštních potřeb by měly být sdíleny mezi personálem.
- Je třeba prodloužit dobu schůzky, aby lidé měli dostatek času na poskytnutí a také na získání informací.
- Na místě by měly být umístěny plakáty, které budou zaměstnancům připomínat, že lidé mohou mít postižení.
- Bylo by užitečné používat pagery nebo jiná elektronická zařízení, která by vás upozornila, že jste vyzváni na schůzku.
- Hluchoslepí pacienti by měli být zapojeni do plánování služeb.
- Bzučákem ovládané vstupní systémy by měly být doplněny také blikajícím světlem.
- Na každém oddělení by měl být k dispozici textový telefon.

Za přiměřenou úpravu se považuje vybavení, které zlepšuje komunikaci neslyšících a nedoslýchavých osob a pomáhá jim v přístupu ke službám, například:

- písemné informace v přístupném formátu (například leták nebo průvodce),
- služba doslovného přepisu řeči do textu,
- indukční smyčkové systémy, povědomí o problémech s důvěrností,
- přenosný smyčkový systém,
- informace zobrazené na obrazovce počítače / přihlašování na obrazovce (Sign On Screen, SOS) prostřednictvím online platformy s propojením v reálném čase přístupné z internetu a napojené na registrovaného tlumočníka znakového jazyka (BSL), který otevírá komunikační kanály mezi neslyšící osobou a zdravotnickým pracovníkem,
- přístupné internetové stránky,
- telefony, telefonní zesilovače a indukční vazební členy,
- displeje s teletextem,
- audiovizuální telefony,
- audiovizuální požární signalizace,
- pagery,

- přenos textových zpráv,
- CD/Video nebo DVD s tlumočením do znakového jazyka nebo titulky,
- tlumočníci znakového jazyka nebo odezírající ze rtů.

Hluchoslepé osoby mohou potřebovat další vybavení a podporu, jako je:

- srozumitelná čeština,
- velké písmo,
- měsíc (jedná se o velmi jednoduchou hmatovou komunikační metodu, kterou používají někteří hluchoslepí lidé),
- Braillovo písmo,
- lupy,
- kombinace zařízení z důvodu duálního postižení.

Existuje široká škála technických řešení. Nejlepší řešení se určí na základě přímé diskuze s pacientem.

3.1.1.3. Asistenční psi

Asistenční psi mají přístup na většinu nemocničních oddělení. Za určitých okolností může být přístup odepřen, například do rizikových oblastí, jako jsou oddělení pro pacienty s vysokým stupněm závislosti a onkologická oddělení. To se však stává jen výjimečně a pro odepření přístupu asistenčního psa musí existovat ospravedlnitelné důvody. Signální psy poznáte podle vínově červeného pracovního oblečku s nápisem „Signální pes“. Upozorňují své majitele, kteří jsou neslyšící nebo nedoslýchaví, na zvuky, jako je požární poplach, zvonek u dveří nebo v lékařském kontextu na výzvu ke konzultaci, když sedí v čekárně. Psi s červenobílým pruhovaným postrojem označují, že jejich majitel je hluchoslepý. Personál by si měl při setkání s takovým psem uvědomit, že jeho majitel je neslyšící, nedoslýchavý nebo má duální postižení, a vhodně s ním komunikovat.

3.1.1.4. Užitečné tipy

Doporučené tipy a aktivity pro efektivní komunikaci s osobami se sluchovým a zrakovým postižením:

- Ujistěte se, že vám dotyčná osoba věnuje pozornost.
- Pokuste se zjistit, jaký způsob komunikace daná osoba preferuje.
- Vždy se postavte čelem k člověku. Neodvracejte se.
- Používejte srozumitelnou řeč.
- Udržujte oční kontakt.
- Držte ruce, pera apod. dál od úst.
- Používejte běžné vzory polohy rtů.
- Mluvte na úrovni uší.

- Zapisujte si.
- Použijte hláskování prsty.
- Použijte příručku pro hluchoslepé.
- Pokud vám není rozumět, použijte velká písmena.
- Opakujte.
- Vyjádřete znovu jinými slovy.
- Zkuste jiný způsob komunikace.
- Nabídněte alternativní formát, jako je velký tisk, písmo velikosti 18+, bílé na černém pozadí, audiokazeta, e-mail.

3.1.1.5. Prognóza pro pacienta

1. Alternativní formy komunikace

Vzhledem k tomu, že hluchoslepota může ztěžovat komunikaci řečí a písmem, mohou být nutné alternativní formy komunikace. Mezi hlavní komunikační systémy používané hluchoslepými lidmi patří:

- Jasná řeč – jasná řeč je jedním z nejefektivnějších a nejběžnějších způsobů komunikace s hluchoslepými lidmi, kteří mají ještě zbytky zraku a sluchu.
- Manuální abeceda pro hluchoslepé – hmatová forma komunikace, při níž se slova hláskují na ruku hluchoslepé osoby pomocí stanovených poloh a pohybů.
- Bloková abeceda – jednoduchá hmatová forma komunikace, při níž se slovo píše velkými písmeny, která se nakreslí na dlani hluchoslepé osoby.
- Znakování přiložením ruky – upravená verze britského znakového jazyka (BSL), kdy hluchoslepá osoba cítí, co se znakuje, tím, že položí svou ruku na ruku znakujícího.
- Znakování ve viditelném rámci – upravená verze BSL, při níž jsou znaky upraveny tak, aby se ukazovaly na menším prostoru, který odpovídá poloze a velikosti zbývajícího zraku hluchoslepé osoby.
- Braillovo písmo – systém, který používá sérii vystouplých bodů pro znázornění písmen nebo skupiny písmen.
- Měsíc – podobný Braillovu písmu, ale používá vyvýšená, upravená velká písmena, která lze snadněji cítit.

2. Pomůcky pro zrak

U některých hluchoslepých osob je možné zlepšit vidění pomocí pomůcek pro slabozraké, jako jsou brýle, lupy a úkolové osvětlení. Speciálně navržené předměty, jako jsou telefony a klávesnice, mohou pomoci i osobám se zrakovým postižením. V mnoha knihovnách je k dispozici výběr knih s velkým písmem a „mluvící knihy“, kdy se text čte nahlas a nahrává se na CD. Nabízejí také službu předplatného mluvících knih, kde si můžete knihy objednat a nechat si je doručit přímo domů nebo si je zdarma stáhnout.

3. Sluchadla a implantáty

Některým hluchoslepým lidem může být nošení sluchadel prospěšné. K dispozici jsou různé druhy sluchadel, které vyhovují různým typům ztráty sluchu a osobním preferencím. Sluchadla jsou vybavena mikrofony, které sbírají zvuk z okolí, zesilují ho a přenášejí do zvukovodu uživatele, aby mohl být zpracován sluchovým systémem.

4. Individuální podpora

Každý hluchoslepý člověk má nárok na pomoc speciálně vyškoleného individuálního pracovníka, pokud ji potřebuje.

V závislosti na situaci dané osoby se může jednat o:

- Průvodce pro komunikaci – někdo, kdo pracuje s lidmi, kteří se stali hluchoslepými v pozdějším věku, a nabízí jim podporu, kterou potřebují k samostatnému životu.
- Tlumočník – někdo, kdo funguje jako komunikační spojka mezi hluchoslepou osobou a ostatními lidmi, přičemž používá preferovaný způsob komunikace hluchoslepé osoby.
- Intervent – osoba, která pracuje s dětmi a dospělými, kteří se narodili jako hluchoslepí, aby jim pomohla co nejvíce vnímat svět kolem sebe a zapojit se do něj.

5. Léčba základních onemocnění

Některé stavy, které ovlivňují sluch a zrak, lze léčit pomocí léků nebo chirurgickým zákrokem. Například:

- Šedý zákal lze často léčit chirurgickou implantací umělé čočky do oka.
- Glaukom lze často léčit pomocí očních kapek nebo laserové operace.
- Diabetickou retinopatii lze léčit v raných stadiích pomocí laserové operace.
- Některé příčiny dočasné ztráty sluchu jsou také léčitelné, například nahromadění ušního mazu nebo infekce středního ucha.

6. Podpůrné skupiny

Pokud jste hluchoslepý nebo jste přítel či rodinný příslušník hluchoslepého, může být užitečné obrátit se na podpůrnou skupinu, která vám poskytne informace a rady.

Seznam literatury

1. Bodsworth SM, Clare ICH, Simblett SK. Deafblindness and mental health, psychological distress and unmet need among adults with dual sensory impairment. British Journal of Visual Impairment 2011; 29: 6–26.
2. Boeije H. Analysis in qualitative research. London, UK: Sage; 2010.
3. Boers E, Janssen MJ, Minnaert G. The application of dynamic assessment in people communicating at a prelinguistic level: A descriptive review of the literature. Int J Disabil Dev Educ 2013; 60: 119–145.
4. Dammeyer J. Identification of congenital deafblindness. Br J Vis Impair 2012; 30: 101–107.
5. Dammeyer J. Prevalence and aetiology of congenitally deafblind people in Denmark. Int J Audiol 2010; 49: 76–82

3.1.2. Pacient s duševním onemocněním – schizofrenií

3.1.2.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Schizofrenie je chronická mozková porucha, která postihuje různé procento obyvatelstva dané země. Při aktivní schizofrenii příznaky mohou být deliria, halucinace, problémy s myšlením a soustředěním a nedostatek motivace. Při léčbě se však většina příznaků schizofrenie výrazně zlepší.

Přesná příčina schizofrenie není známa. Stejně jako rakovina a cukrovka je však i schizofrenie skutečnou nemocí s biologickým základem. Vědci odhalili několik faktorů, které zřejmě zvyšují pravděpodobnost onemocnění schizofrenií, kterými jsou:

- Genetika (dědičnost): Schizofrenie se může vyskytovat v rodinách, což znamená vyšší pravděpodobnost přenosu schizofrenie z rodičů na děti.
- Chemie a obvody mozku: Lidé se schizofrenií nemusí být schopni regulovat chemické látky v mozku, takzvané neurotransmitery, které řídí určité cesty nebo „okruhy“ nervových buněk, jež ovlivňují myšlení a chování.
- Mozková abnormalita: Výzkum zjistil abnormální strukturu mozku u lidí se schizofrenií. To však neplatí pro všechny lidi se schizofrenií. Může postihnout i lidi bez onemocnění.
- Životní prostředí: U lidí, kteří mají v genech vyšší pravděpodobnost onemocnění schizofrenií, mohou schizofrenii vyvolat například virové infekce, vystavení toxinům, například marihuaně, nebo vysoce stresové situace. Schizofrenie se častěji objevuje v době hormonálních a tělesných změn v těle, například v období dospívání a rané dospělosti.

Příznaky

První příznaky se obvykle objevují u mužů kolem dvaceti let nebo v pozdním věku. Ženy nejčastěji postihuje ve věku kolem dvaceti a třiceti let. Období před plnou psychózou, kdy se poprvé objevují příznaky, se nazývá prodromální období. Může trvat několik dní, týdnů nebo dokonce let. Může být těžké ji rozpoznat, protože obvykle neexistuje žádný konkrétní spouštěč. Lze si všimnout pouze jemných změn chování, zejména u dospívajících. Jsou to:

- změna prospěchu ve škole,
- sociální stažení,
- problémy se soustředěním,
- výbuchy vzteku,
- potíže se spánkem.

Příznaky se dělí do několika kategorií:

1. Pozitivní psychotické příznaky: halucinace, jako je slyšení hlasů, paranoidní bludy a přehnané nebo zkreslené vnímání, přesvědčení a chování.

2. Negativní příznaky: ztráta nebo snížení schopnosti iniciovat plány, mluvit, vyjadřovat emoce nebo nacházet potěšení.
3. Příznaky dezorganizace: zmatené a neuspořádané myšlení a řeč, problémy s logickým myšlením a někdy bizarní chování nebo abnormální pohyby.
4. Zhoršené poznávací schopnosti: problémy s pozorností, soustředěním, pamětí a zhoršující se výsledky ve vzdělávání.

Pozitivní příznaky schizofrenie:

V tomto případě slovo pozitivní neznamená dobrý. Jedná se o přidané myšlenky nebo činy, které nejsou založeny na realitě. Někdy se jim říká psychotické příznaky a mohou zahrnovat:

- Bludy: Jedná se o falešná, smíšená a někdy i podivná přesvědčení, která se nezakládají na realitě a kterých se dotyčný odmítá vzdát, i když mu ukážeme fakta. Člověk s bludy může například věřit, že lidé slyší jeho myšlenky, že je bůh nebo ďábel nebo že mu lidé vkládají myšlenky do hlavy či proti němu intrikují.
- Halucinace: Jde o pocity, které nejsou skutečné. Slyšení hlasů je nejčastější halucinací u lidí se schizofrenií. Hlasy mohou komentovat chování osoby, urážet ji nebo jí dávat příkazy. Méně časté typy zahrnují vidění věcí, které tam nejsou, cítění podivných pachů, zvláštní chuť v ústech a pocity na kůži, i když se vašeho těla nic nedotýká.
- Katatonie: V tomto stavu může člověk přestat mluvit a jeho tělo může být velmi dlouho nehybné v jedné poloze.

Negativní příznaky schizofrenie:

Označují absenci nebo nedostatek normálních duševních funkcí zahrnujících myšlení, chování a vnímání. Lze pozorovat:

- Nedostatek potěšení: Může se zdát, že dotyčného už nic nebaví. Lékaři tento stav nazývají anhedonie.
- Problémy s řečí: Osoba nemusí moc mluvit ani projevovat žádné city. Lékaři tento problém nazývají alogie.
- Zploštění: U člověka trpícího schizofrenií se může zdát, že má těžký případ deprese. Když mluví, jeho hlas může znít ploše, jako by neměl žádné emoce. Nemusí se normálně usmívat nebo projevovat obvyklé obličejové emoce v reakci na rozhovory nebo dění kolem sebe. Lékař by to mohl nazvat afektivním zploštěním.
- Stažení: Může se jednat o to, že si člověk přestane plánovat schůzky s přáteli nebo se z něj stane poustevník. Mluvit s dotyčnou osobou může být jako trhání zubů – pokud chcete odpověď, musíte se opravdu snažit, abyste ji z ní dostali. Lékaři tomu říkají apatie.
- Problémy se základními věcmi každodenního života: Člověk se může přestat koupat nebo se o sebe starat.

- Absence dokončování akce: Lidé se schizofrenií mají problémy s dodržením plánu nebo s dokončením toho, co začali. Někdy se jim vůbec nedaří začít. V mluvě lékaře se pro tento fenomén setkáme s výrazem avolice.

Příznaky schizofrenie v podobě dezorganizace:

Jedná se o pozitivní příznaky, které ukazují, že osoba nedokáže jasně myslet nebo reagovat podle očekávání. Příklady mohou být:

- mluvení ve větách, které nedávají smysl, nebo používání nesmyslných slov, což ztěžuje komunikaci nebo vedení rozhovoru,
- rychlé přecházení z jedné myšlenky na druhou bez zjevných nebo logických souvislostí mezi nimi,
- pomalé pohyby,
- neschopnost rozhodovat se,
- nadměrné, ale nesmyslné psaní,
- zapomínání nebo ztrácení věcí,
- opakující se pohyby nebo gesta, jako je přecházení sem a tam nebo chození v kruhu,
- problémy s vnímáním každodenních pohledů, zvuků a pocitů.

Kognitivní příznaky schizofrenie:

Člověk bude mít potíže s:

- porozuměním informacím a jejich použitím, aby se pro něco rozhodl (lékař by to mohl nazvat špatná exekutivní funkce),
- soustředěním nebo pozorností,
- použitím informací ihned po jejich osvojení (nazývá se též pracovní paměť),
- rozpoznáním, že mají některý z těchto problémů.

Negativní příznaky schizofrenie:

Slovo „negativní“ zde neznamená „špatný“. Upozorňuje na absenci normálního chování u lidí se schizofrenií. Mezi negativní příznaky schizofrenie patří:

- nedostatek emocí nebo omezený rozsah emocí,
- stažení se z rodiny, od přátel a společenských aktivit,
- méně energie,
- málomluvnost,
- nedostatek motivace,
- ztráta radosti nebo zájmu o život,
- špatné hygienické a pečovatelské návyky.

Rizikové faktory

Vědci se domnívají, že na vzniku a průběhu poruchy se podílí několik genetických faktorů a faktorů životního prostředí a že určitou roli mohou hrát i životní stresory.

Vzhledem k tomu, že na vzniku onemocnění se může podílet více faktorů, vědci zatím nemohou přesně určit příčinu v jednotlivých případech.

Vzhledem k tomu, že pojem schizofrenie zahrnuje několik různých poruch, lze očekávat, že se příčiny jednotlivých případů budou lišit.

3.1.2.2. Specifika ošetřovatelství u tohoto onemocnění

Péče o pacienta se schizofrenií představuje zajištění správného podávání předepsaných léků dle pokynů. Kromě řešení zdravotního problému, kvůli kterému se pacient dostal na jednotku intenzivní péče, musíte též sledovat nežádoucí účinky léků.

- Minimalizujte stres a omezte bezpečnostní rizika na minimum. Pokud je u pacienta indikováno, dodržujte preventivní opatření proti sebevraždě, jakož i zásady vašeho zařízení pro zacházení s potenciálně agresivním pacientem.
- Co nejdříve obnovte pacientovu běžnou antipsychotickou léčbu, abyste redukovali zhoršování příznaků a problémové chování.
- Pracujte na budování a udržování terapeutického vztahu na základě důvěry.
- Zůstaňte klidní, působte vyrovnaně a dávejte najevo, že ho nijak neodsuzujete.
- Posaďte se k pacientovi a promluvte si s ním pomocí aktivního naslouchání. Jasné sdělení k očekávání, včetně vysvětlení všech postupů a vyžádání si souhlasu před jejich provedením, může pomoci vytvořit důvěru.
- Důležité je udržovat v pacientově prostředí strukturu a podle potřeby orientaci v realitě. Pokud pacient uvádí halucinace, nevyčítejte mu je.
- Pokud se pacient rozruší, neotáčejte se k němu zády. Zachovejte klid, mluvte tiše a ptejte se, co potřebuje.
- U všech pacientů s psychiatrickým onemocněním si vždy dávejte pozor na východy a předměty v okolí.
- Pokud se cítíte ohroženi, vyjděte ze situace, pokud je to možné, a zavolejte ochranku podle pravidel nemocnice.
- Co nejdříve se poraďte s psychiatrem. Psychiatr může pacienta posoudit a přehodnotit jeho medikaci. Psychiatr může také zajistit, aby pacientovi byly poskytovány odpovídající psychiatrické služby i po propuštění z nemocnice.
- Jakmile se stav pacienta zlepší a plánuje se jeho propuštění, promluvte si se sociálním pracovníkem nemocnice a zjistěte, zda pacient při propuštění potřebuje nějakou pomoc. Pokud jsou jeho příznaky stabilní a nepotřebuje kyslík ani fyzikální terapii, měl by se do internátního domova vrátit.
- Poskytovatel zdravotní péče by měl při propouštění pacienta dokončit komplexní sladění léků.
- Doporučte pacienta do denního strukturovaného programu pro trvalou podporu po propuštění a poskytněte mu informace o tom, kdy má navštívit svého primárního lékaře a psychiatra.

Léčba může mnoha lidem se schizofrenií pomoci vést vysoce produktivní a prospěšný život. Stejně jako u jiných chronických onemocnění se některým pacientům daří velmi dobře, zatímco u jiných přetrvávají symptomy a potřebují podporu a pomoc.

- Koordinovaná specializovaná péče (CSC): Jedná se o týmový přístup k léčbě schizofrenie, když se objeví první příznaky. Kombinuje medicínu a terapii se sociálními službami, zaměstnáním a vzdělávacími intervencemi. Rodina je zapojena v co největší míře. Včasná léčba je klíčem k tomu, aby pacienti mohli vést normální život.
- Psychosociální terapie: Zatímco léky mohou pomoci zmírnit příznaky schizofrenie, různé psychosociální léčby mohou pomoci s behaviorálními, psychologickými, sociálními a profesními problémy, které jsou s touto nemocí spojeny. Díky terapii se pacienti také mohou naučit zvládat své příznaky, rozpoznat včasné varovné příznaky relapsu a vypracovat plán prevence relapsu.

Psychosociální terapií může být:

- Rehabilitace, která se zaměřuje na sociální dovednosti a nácvik pracovních činností, aby pomohla lidem se schizofrenií fungovat v komunitě a žít co nejsamostatněji.
- Kognitivní náprava, která zahrnuje učební postupy pro nápravu problémů se zpracováním informací. Často využívá cvičení, trénink a počítačová cvičení k posílení mentálních dovedností, které zahrnují pozornost, paměť, plánování a organizaci.
- Individuální psychoterapie, která může pomoci člověku lépe porozumět jeho nemoci a naučit se dovednostem zvládání a řešení problémů.
- Rodinná terapie, která může rodinám pomoci vyrovnat se s blízkým člověkem, který trpí schizofrenií, a umožnit jim tak lépe pomoci svému blízkému.
- Skupinová terapie/podpůrné skupiny, které mohou poskytovat trvalou vzájemnou podporu.
- Hospitalizace: Mnoho lidí se schizofrenií může být léčeno jako ambulantní pacienti. Hospitalizace však může být tou nejlepší volbou pro osoby:
  - se závažnými příznaky,
  - osoby, které by mohly ublížit sobě nebo ostatním,
  - osoby, které se o sebe doma nedokážou postarat.
- Elektrokonvulzivní terapie (ECT): Při tomto postupu se na pokožku hlavy připojí elektrody. Zatímco člověk spí v celkové anestezii, lékaři vyšlou do mozku malý elektrický šok. Léčba ECT obvykle představuje 2–3 procedury týdně po dobu několika týdnů. Každá léčba šokem způsobí řízený záchvat. Série léčebných postupů vede v průběhu času ke zlepšení nálady a myšlení.
- Výzkum: Vědci zkoumají postup zvaný hluboká mozková stimulace (DBS), který by mohl pomoci při léčbě schizofrenie. Lékaři chirurgicky implantují elektrody, které stimulují určité oblasti mozku, o nichž se předpokládá, že ovlá-

dají myšlení a vnímání. DBS je zavedená léčba u těžké Parkinsonovy choroby a esenciálního třesu, ale pro léčbu psychiatrických poruch je stále ještě považována za experimentální.

Ošetřovatelské hodnocení

- Rozpoznání schizofrenie: Všimněte si charakteristických znaků a příznaků schizofrenie (např. poruchy řeči, zkreslené myšlení, špatné sociální interakce).
- Navázání důvěry a vztahu: Neposmívejte se pacientům, ani s nimi nežertujte. Očekávejte, že vás pacient podrobí náročnému testovacímu období. Představte se a vysvětlete, jaké kroky máte v úmyslu podniknout.
- Maximalizace úrovně fungování: Vyhodnoťte schopnost pacienta vykonávat činnosti každodenního života (ADL).
- Vyhodnocení pozitivních příznaků: Posuďte, zda se nejedná o příkazové halucinace. Prozkoumejte odpovědi. Vyhodnoťte, zda má klient roztříštěný, špatně uspořádaný, dobře organizovaný, systematizovaný nebo rozsáhlý systém přesvědčení, který není podložen realitou. Zjistěte, zda je všudypřítomná podezíravost vůči všem a jejich jednání (např. ostražitost, obviňování druhých z důsledků vlastního chování, hádavost nebo vyhrožování).
- Vyhodnocení negativních příznaků: Vyhodnoťte negativní příznaky schizofrenie (jak je uvedeno výše).
- Vyhodnocení anamnézy: Vyhodnoťte, zda klient užívá léky, jaké a zda dodržuje léčbu.
- Posouzení podpůrného systému: Zjistěte, zda je rodina dobře informována o onemocnění a zda chápe potřebu dodržování léčby.

Ošetřovatelské diagnózy

- zhoršená fyzická mobilita související s depresivní náladou a neochotou zahájit pohyb,
- zhoršená sociální interakce související s problémy v myšlení a řeči,
- snížený srdeční výdej související s ortostatickými hypotenzními účinky léků,
- riziko sebevraždy související s impulzivitou a výraznými změnami chování,
- riziko zranění související s halucinacemi a bludy,
- riziko nevyvážené výživy – méně, než je tělesná potřeba, v souvislosti se zanedbáváním a odmítáním sebepéče.

Plánování ošetřovatelské péče

- snížení závažnosti psychotických příznaků,
- prevence opakování akutních příhod,
- uspokojení fyzických a psychosociálních potřeb pacienta,
- pomoc pacientovi dosáhnout optimální úrovně fungování,
- zlepšení dodržování léčebného a ošetřovatelského plánu ze strany klienta.

Intervence ošetřovatele

- Navázání důvěry a vztahu: Nedotýkejte se klienta, aniž byste mu nejprve řekli, co se chystáte udělat. Používejte vstřícný a důsledný přístup. Nejlepší jsou krátké, opakované kontakty, dokud není navázána důvěra. Řeč by měla být jasná a jednoznačná. Zachovejte naději na možné zlepšení a sdělte ji pacientovi.
- Maximalizace úrovně fungování: Vyhněte se podpoře závislosti tím, že budete dělat jen to, co pacient sám nezvládne. Odměňujte pozitivní chování a spolupracujte s ním na zvýšení jeho osobního pocitu odpovědnosti za zlepšení fungování.
- Podpora sociálních dovedností: Poskytněte mu podporu při osvojování sociálních dovedností.
- Zajištění bezpečnosti: Udržujte bezpečné prostředí s minimem podnětů.
- Zajištění odpovídající výživy: Sledujte stav výživy pacienta, a pokud si pacient myslí, že je jídlo otrávené, nechte ho, aby si jídlo připravil sám, pokud je to možné, nebo mu poskytněte potraviny v uzavřených nádobách, které může otevřít. Zaveďte preventivní opatření proti sebevraždě a/nebo vraždě podle potřeby.
- Zachování reality: Zapojte pacienta do aktivit orientovaných na realitu, které zahrnují kontakt s lidmi (např. workshopy, nácvik sociálních dovedností na lůžku). Objasněte soukromý jazyk, autistické výmysly nebo neologismy.
- Řešení halucinací představením reality: Prozkoumejte obsah halucinací. Vyhněte se hádkám o halucinacích. Řekněte člověku, že to nevidíte, neslyšíte, necítíte ani nepociťujete, ale vysvětlete mu, že víte, že tyto halucinace jsou pro něj skutečné.
- Podpora dodržování léčebných postupů a monitorování farmakoterapie: Podávejte předepsané léky a povzbuzujte pacienta, aby je užíval. Ujistěte se, zda pacient lék skutečně užívá. Sledujte, zda se neobjeví projevy, které by mohly být zaručeně reakcí z přecitlivělosti a toxicity.
- Podpora zapojení rodiny: Zapojte rodinu do léčby pacienta a naučte její členy rozpoznat hrozící relaps (např. nervozitu, nespavost, sníženou schopnost soustředění). Navrhněte způsoby, jakými mohou rodiny zkusit symptomy doma zvládnout.

Hodnocení

- Vyhodnoťte účinnost farmakoterapie (absence akutních epizod a psychotických příznaků).
- Vyhodnoťte dodržování zdravotních pokynů (včasné užívání léků, projevování samostatnosti při činnostech, zapojení rodiny).
- Vyhodnoťte úroveň fungování pacienta (schopnost zapojit se do sociálních interakcí).
- Vyhodnoťte duševní stav pacienta (orientace v realitě).

3.1.2.3. Prognóza pro pacienta

Po zvládnutí příznaků schizofrenie mohou různé druhy terapie nadále pomáhat lidem zvládat nemoc a zlepšovat jejich život. Terapie a podpora mohou lidem pomoci osvojit si sociální dovednosti, zvládat stres, rozpoznat včasné varovné příznaky relapsu a prodloužit období remise. Vzhledem k tomu, že schizofrenie obvykle propuká v rané dospělosti, jedinci s touto poruchou často využívají rehabilitaci, která jim pomáhá rozvíjet dovednosti pro zvládání života, absolvovat odbornou nebo vzdělávací přípravu a udržet si zaměstnání. Při správné léčbě může většina lidí se schizofrenií vést produktivní a plnohodnotný život.

Seznam literatury

1. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. The British Journal of Psychiatry 2004; 184: 346–351. Patient in a non-standard situation 173
2. Andrew A, Knapp M, McCrone PR, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2012.
3. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin T, Carr V, Taylor R, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. American Journal of Psychiatry 2006; 163: 1934–1942.
4. Barnable A, Gaudine A, Bennett L, Meadus R. Having a sibling with schizophrenia: a phenomenological study. Research and Theory for Nursing Practice 2006; 20: 247–264.
5. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. The British Journal of Psychiatry 1992; 160: 806–814

3.1.3. Pacient s duševním onemocněním – depresí

3.1.3.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Deprese (těžká depresivní porucha) je časté a závažné onemocnění, které negativně ovlivňuje pocity, myšlení a chování. Naštěstí je také léčitelná. Deprese způsobuje pocity smutku a/nebo ztrátu zájmu o činnosti, které člověka dříve bavily. Může vést k různým emocionálním a fyzickým problémům a může snížit schopnost jedince fungovat v práci i doma.

Příznaky deprese se mohou vyskytovat od mírných až po závažné a mohou jimi být:

- pocit smutku nebo depresivní nálada,
- ztráta zájmu o činnosti, které člověka dříve bavily, ztráta radosti z nich,
- změny chuti k jídlu – úbytek nebo přírůstek hmotnosti nesouvisející se stravou,
- problémy se spánkem nebo příliš dlouhý spánek,
- ztráta energie nebo zvýšená únava,
- zvýšená bezúčelná fyzická aktivita (např. kroucení rukama nebo přecházení sem a tam) nebo zpomalené pohyby a řeč (činnosti pozorovatelné ostatními),
- pocit bezcennosti nebo viny,
- obtíže s myšlením, soustředěním nebo rozhodováním,
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu.

Pro diagnózu deprese musí příznaky trvat alespoň dva týdny. Mezi stavy, které se mohou v důsledku deprese zhoršit, patří:

- artritida,
- astma,
- kardiovaskulární onemocnění,
- rakovina,
- cukrovka,
- obezita.

Příznaky

Deprese nemusí být jen neustálý smutek nebo pocit smutku. Těžká deprese může mít celou řadu příznaků. Některé ovlivňují náladu, jiné tělo. Příznaky mohou také přetrvávat nebo svévolně přicházet a zase odeznívat. Příznaky deprese se mohou projevovat jinak u mužů, jinak u žen a jinak u dětí.

U mužů se mohou vyskytnout příznaky související s jejich:

- náladou, jako je hněv, agresivita, podrážděnost, úzkost nebo neklid,
- emocionální pohodou, jako je pocit prázdnoty, smutku nebo beznaděje,
- chováním, jako je ztráta zájmu, ztráta potěšení z oblíbených činností, pocit snadné únavy, myšlenky na sebevraždu, nadměrné pití, užívání drog nebo rizikové činnosti,

- sexuálním zájmem, jako je snížená sexuální touha nebo nedostatečná sexuální výkonnost,
- kognitivní schopností, jako je neschopnost soustředit se, potíže s dokončením úkolů nebo opožděné reakce během konverzace,
- spánkovými vzorci, jako je nespavost, neklidný spánek, nadměrná ospalost nebo nespavost po celou noc,
- fyzickou pohodou, jako je únava, bolesti, bolesti hlavy nebo zažívací problémy.

U žen se mohou vyskytnout příznaky související s jejich:

- náladou, jako je podrážděnost,
- emocionální pohodou, jako je pocit smutku nebo prázdnoty, úzkosti nebo beznaděje,
- chováním, jako je ztráta zájmu o aktivity, odchod ze společenských aktivit nebo myšlenky na sebevraždu,
- kognitivní schopností, jako je pomalejší myšlení nebo mluvení,
- spánkovými vzorci, jako jsou potíže s nočním spánkem, brzké probouzení nebo příliš dlouhý spánek,
- fyzickou pohodou, jako je snížení energie, větší únava, změny chuti k jídlu, změny hmotnosti, bolesti, bolesti hlavy nebo zvýšené křeče.

U dětí se mohou vyskytnout příznaky související s jejich:

- náladou, jako je podrážděnost, hněv, výkyvy nálad nebo pláč,
- emocionální pohodou, jako jsou pocity neschopnosti (např. „nic nedokážu udělat správně“) nebo zoufalství, pláč nebo intenzivní smutek,
- chováním, jako jsou problémy ve škole nebo odmítání chodit do školy, vyhýbání se přátelům nebo sourozencům nebo myšlenky na smrt či sebevraždu,
- kognitivní schopností, jako jsou potíže se soustředěním, zhoršení školních výkonů nebo změny v prospěchu,
- spánkovými vzorci, jako jsou potíže se spánkem nebo příliš dlouhý spánek,
- fyzickou pohodou, jako je ztráta energie, zažívací problémy, změny chuti k jídlu nebo úbytek či přírůstek hmotnosti.

Deprese se liší od smutku nebo zármutku z neštěstí: Proces truchlení je přirozený a jedinečný pro každého jedince a má s depresí některé společné rysy. Jak zármutek, tak deprese mohou představovat intenzivní smutek a odklon od běžných činností. Liší se v těchto důležitých ohledech:

- Při zármutku se bolestné pocity objevují ve vlnách, často se střídají s pozitivními vzpomínkami na zesnulého. U těžké deprese je nálada a/nebo zájem (potěšení) snížena po většinu doby v průběhu dvou týdnů.
- V zármutku se obvykle udržuje sebeúcta. U těžké deprese jsou běžné pocity bezcennosti a sebenenávisti.

- Smrt blízkého člověka může u některých lidí vyvolat těžkou depresi. Ztráta zaměstnání, fyzické napadení nebo velká katastrofa mohou u některých lidí vést k depresi. Při souběhu zármutku a deprese je zármutek těžší a trvá déle než zármutek bez deprese. Přestože se zármutek a deprese do jisté míry překrývají, jsou odlišné. Jejich rozlišení může lidem pomoci získat pomoc, podporu nebo léčbu, kterou potřebují.

Rizikové faktory deprese

Deprese může postihnout kohokoliv, i člověka, u něhož se zdá, že žije ve zcela ideálních podmínkách.

- Biochemie: K rozvoji deprese mohou přispívat rozdíly v některých chemických látkách v mozku.
- Genetika: Deprese se může vyskytovat v rodinách. Například pokud jedno jednovaječné dvojče trpí depresí, má druhé 70% šanci, že se u něj někdy v životě tato nemoc vyskytne.
- Osobnost: Zdá se, že lidé s nízkým sebevědomím, kteří jsou snadno přetíženi stresem nebo jsou obecně pesimističtí, mají větší pravděpodobnost, že se u nich objeví deprese.
- Faktory prostředí: Někteří lidé mohou být vystaveni násilí, zanedbávání, zneužívání nebo chudobě, což může zvýšit jejich náchylnost k depresi.

Léky

Chemie mozku může přispívat k depresi jedince a může se podílet na jeho léčbě. Z tohoto důvodu mohou být předepsána antidepresiva, která pomáhají upravit chemii mozku. Antidepresiva mohou přinést určité zlepšení během prvního týdne nebo dvou týdnů užívání. Plné účinky se mohou projevit za dva až tři měsíce. Pokud pacient po několika týdnech pociťuje malé nebo žádné zlepšení, může jeho psychiatr změnit dávku léku, přidat jiné antidepresivum nebo je nahradit. Psychoterapie neboli „terapie rozhovorem“ se někdy používá samostatně k léčbě mírné deprese. U středně těžké až těžké deprese se psychoterapie často používá spolu s antidepresivy. Jako účinná se při léčbě deprese ukázala kognitivně-behaviorální terapie (CBT). CBT je forma terapie zaměřená na přítomnost a řešení problémů.

Svépomoc a zvládání deprese

Existuje několik věcí, které mohou lidé udělat pro zmírnění příznaků deprese. Pravidelné cvičení pomáhá mnoha lidem navodit pozitivní pocit a zlepšit náladu. Pravidelný kvalitní spánek, zdravá strava a vyhýbání se alkoholu (depresivním látkám) mohou také pomoci zmírnit příznaky deprese. Při správné diagnóze a léčbě většina lidí depresi překoná. Pokud má člověk příznaky deprese, prvním krokem je návštěva praktického lékaře nebo psychiatra. Měl by si s ním promluvit o svých obavách a požádat o důkladné vyhodnocení. To je začátek řešení potřeb v oblasti duševního zdraví.

3.1.3.2. Specifika ošetřovatelství u tohoto onemocnění

Podložená případně:

- předchozími pokusy o násilí,
- sebevražedným plánem (konkrétní způsob usmrcení a dostupné prostředky),
- sebevražedným chováním (pokusy, myšlenky, plány a dostupné prostředky),
- když deprese začne ustupovat, klienti mohou nabýt zpět energii a uskutečnit nějaký svůj dřívější sebevražedný plán.

Požadované výsledky:

- Pacient vyhledá pomoc, když zažívá sebedestruktivní impulsy.
- Pacient bude mít behaviorální projevy nepřítomnosti deprese.
- Pacient bude spokojen se sociální situací a dosaženými životními cíli.
- Pacient určí alespoň dvě tři osoby, které může vyhledat pro podporu a emocionální vedení, když se před propuštěním cítí sebedestruktivně.

Intervence ošetřovatele	Odůvodnění
Ošetřovatelské vyhodnocení potřeb	
Určete úroveň potřebných opatření proti sebevraždě. Je v případě vysokého rizika nutná hospitalizace? Nebo pokud je riziko nízké, může klient bezpečně odejít domů pod dohledem rodinného příslušníka nebo přítele? Například, zda pacient: · přizná předchozí pokusy o sebevraždu, · zneužívá některé látky, · nemá žádné vrstevníky/přátele, · má plán na sebevraždu.	Pacient s vysokým rizikem bude vyžadovat neustálý dohled a bezpečné prostředí.
Zjistěte, zda je k dispozici potřebná zásoba léků.	Obvykle by zásoby léků pro pacienta s úmyslem sebevraždy měly být omezeny na 3–5 dní.
Terapeutické intervence	
Povzbuzujte pacienta, aby vyjádřil své pocity (hněv, smutek, vinu), a vymyslete alternativní způsoby, jak zvládnout pocity hněvu a rozčilení.	Pacient se může naučit alternativním způsobům, jak se vyrovnávat s přetěžujícími emocemi jak a získat pocit kontroly nad svým životem.
Kontaktujte rodinu a zajistěte krizové poradenství. Aktivujte odkazy na svépomocné skupiny.	Pacient potřebuje síť kontaktů, které mu pomohou snížit osobní pocity bezmoci, bezcennosti a izolace.
V případě hospitalizace postupujte podle protokolů oddělení.	Existují různá opatření pro pacienty se sebevražednými sklony v nemocnici, na klinice a v komunitě.
Podepište s pacientem písemnou smlouvu o zákazu sebevraždy.	Zesílí to opatření, která může pacient přijmout, když má sebevražedné sklony.

- Pacient neubližuje sobě ani ostatním.
- Pacient do jednoho měsíce nahlásí, kde čerpá podporu a s kterými podpůrnými skupinami je v kontaktu.
- Pacient prohlásí, že chce žít.
- Pacient začne pracovat na konstruktivních plánech do budoucna.
- Pacient během následujících dvou týdnů prokáže dodržování všech léků nebo léčebného plánu.
- Pacient předvede alternativní způsoby zvládání negativních pocitů a emočního stresu.

V souvislosti s tím by se intervence ošetřovatele při depresi měly plánovat odpovídajícím způsobem, což musí jít ruku v ruce s psychoterapií a lékařskou léčbou. Protože u deprese může člověk reagovat na vnímanou ztrátu intenzivními pocity snížené sebeúcty nebo sebedůvěry a sám sebe může vnímat negativně, je třeba brát v úvahu různé okolnosti.

Hodnocení stavu a potřeb pacienta může zahrnovat několik aspektů, například:

- Pacient může mít rozcuchané vlasy a oblečení ve vybledlých barvách. Držení těla může být shrbené a výraz obličeje nevýrazný, s červenýma očima od pláče, svraštělým čelem nebo ustaraným zamračeným výrazem. Pacient může být také rozrušený. Všímejte si neverbálního chování, vyhýbání se očnímu kontaktu a konzistentního úsměvu.
- Všimněte si, jak pacient reaguje slovně. Tempo interakce mezi ošetřujícím a pacientem může být pomalé, protože pacient nemusí mít zájem o dané téma nebo má nízkou motivaci k rozhovoru s jinými lidmi.
- Pozorujte a zkontrolujte, zda nemá nějaké tělesné potíže. Často se u pacienta s depresí objeví některé fyzické problémy, jako je zácpa, nechutenství, bolest hlavy a poruchy spánku, které jsou často spojeny s emocionálními účinky nemoci.
- Vyhodnoťte jeho chování. Nejčastějším příznakem chování je neklid. Pacient může být také uzavřený nebo se izolovat kvůli nízkému sebevědomí, impulzivně se přejídá, pije nebo má jiné neřesti a někdy se dostane do rvačky.
- Vyhodnoťte jeho pocity. Častá je výrazná apatie, nedostatek humoru a podrážděnost.

Konceptualizujte s pacientem cíle. Pomozte mu určit jeho silné stránky a cíle pro zotavení z deprese. Patří sem:

- přijetí a uvědomění si sebepropagace pozitivního pojetí sebe sama,
- osobní hygiena,
- vyjádření svého hněvu a viny nějakým vhodným způsobem,
- realistické řešení problémů,
- obnovení pracovní činnosti jako nástroje odreagování se od nepříjemné nálady,
- slovní vyjádření pocitů.

Poskytování ošetřovatelských intervencí u deprese:

- S pacientem komunikujte pomalu a tiše. Udržujte si pevný hlas.
- Povzbuďte ho, aby verbalizoval své pocity, myšlenky, obavy atd. pomocí zeširoka vedených naváděcích výroků nebo otevřených otázek.
- Udržujte terapeutický odstup a zaujměte otevřený postoj.
- Při interakci na pacienta nespěchejte, místo toho buďte trpěliví a projevte smysl pro empatii.
- Když je pacient schopen znovu nabrat energii k plnění úkolů, povzbuďte ho, aby se podílel na osobní hygieně, a povzbuďte ho, že dobrý pocit často začíná, když se staráte také sám o sebe.
- Buďte klidní a podpořte pacienta, když projevuje podrážděnost nebo se zlobí. Ujasněte si, jak rozumíte jeho výrokům o vině, a pomozte mu pochopit, že jeho podrážděnost někdy způsobuje, že se mu ostatní lidé vyhýbají. Zároveň můžete také nabádat k potřebě znovunavázat vztahy s blízkými.
- Naslouchejte stěžování si na fyzické potíže a znovu zavádějte některé techniky pro změnu chování.
- Vyhodnoťte pacientovy silné stránky a projevte uznání pro jeho dosažené aktivity, čímž mu pomůžete zlepšit jeho pocit ze sebe sama.
- Pečujte také o jeho duchovní potřeby. V případě potřeby požádejte o pomoc duchovního nebo kněze.
- Zjistěte nebo se zeptejte pacienta, jaké aktivity by ho mohly zajímat. Měly by být produktivní a využívat jeho neklidnou energii, jako je kreslení apod. Měly by být nestimulující a také nějakým způsobem omezující, aby pacienta emočně neovlivňovaly.
- Předcházejte sebevraždám tím, že mu pomůžete získat pocit, že má cenu žít. Buďte mu k dispozici, aby se mohl svěřit, a naslouchejte signálům o sebevražedných sklonech. Vysvětlete mu, že člověk se sebevražednými myšlenkami není špatný člověk – naopak, že daný pocit je jen součástí jeho nemoci. Vyjádření jeho myšlenek je velmi užitečné a vyplatí se pro něj něco udělat.

3.1.3.3. Prognóza pro pacienta

Těžká depresivní porucha má významný morbiditní a mortalitní potenciál, protože přispívá k sebevraždám, výskytu a nepříznivým následkům zdravotních onemocnění, narušení mezilidských vztahů, zneužívání psychoaktivních látek a absenci v práci. Při vhodné léčbě může 70–80 % jedinců s těžkou depresivní poruchou dosáhnout výrazného zmírnění příznaků, i když až 50 % pacientů nemusí na počáteční léčebný pokus reagovat.

Seznam literatury

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5 ed. 2013.
2. National Institute of Mental Health. Data from 2013 National Survey on Drug Use and Health. URL: www.nimh.nih.gov/health/statistics/ prevalence/major-depression-among-adults. shtml.
3. Kessler, RC, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593602.
4. Huelskoetter M, Murray R. Psychiatric Mental Health Nursing: Giving emotional care. C&E Publishing Co.; 1991.
5. Shives LR. Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
6. Wright J, Basco M. Getting Your Life Back: The complete guide to recovery from depression. Free Press; 2002

3.1.4. Pacient s duševním onemocněním – agrese

3.1.4.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Agresivita je definována jako chování nebo slovní výměna, jejímž cílem je někoho rozrušit nebo mu ublížit. Někteří teoretici se domnívají, že agrese mohla mít evoluční význam pro ty, kteří soupeřili o omezené zdroje nutné k přežití. V průmyslově vyspělých společnostech však mohou akty agrese (zejména fyzické) nejen snížit přístup jednotlivce k finančním zdrojům (např. odsouzení k trestu odnětí svobody, pokuta nebo žaloba), ale mohou představovat řadu vážných problémů pro společnost jako celek.

Agresivita se obvykle dělí do dvou kategorií:

- fyzická nebo nepřátelská agrese,
- emocionální nebo vztahová agrese.

K nepřátelské agresi dochází, když se pokusíte zranit člověka udeřením, štípnutím, kousnutím, strčením do něj nebo způsobením jiného druhu fyzické újmy. Za nepřátelskou agresi se považuje také ničení majetku. V rámci vztahové agrese může jít o šíření pomluv, škádlení nebo záměrné vyloučení dané osoby, aby se cítila špatně.

Mnoho lidí se agresivnímu chování naučí již v raném věku. Někteří lidé se chovají agresivně pod vlivem drog nebo v důsledku neléčené duševní poruchy.

- Genetické: Některé dědičné poruchy duševního zdraví mohou vyvolat agresivní chování. Pokud se tedy v rodině vyskytla taková onemocnění, je pravděpodobnější, že se budete potýkat s agresivitou.

- Prostředí: Vaše okolí může ovlivnit, zda budete jednat agresivně, nebo ne. Pokud jste například vystaveni násilí, trestné činnosti, traumatu nebo agresivnímu jednání někoho jiného, může se u vás projevit i agresivní chování. Pokud navíc nejste schopni zvládat stres nebo nepřízeň osudu, můžete mít větší sklon potýkat se také s agresivitou.
- Poruchy duševního zdraví: Některé duševní poruchy jsou buď příznakem agrese, nebo mohou vést k agresivnímu jednání, pokud se správně neléčí. Níže jsou uvedeny příklady duševních poruch, které mohou zahrnovat nebo způsobovat agresi:
  - Alzheimerova choroba,
  - porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD),
  - porucha autistického spektra,
  - bipolární porucha,
  - porucha chování,
  - demence,
  - intermitentní výbušná porucha (IED),
  - porucha opozičního vzdoru (ODD),
  - poruchy osobnosti,
  - schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy,
  - poruchy způsobené užíváním návykových látek.

Rizikové faktory

- stane-li se daná osoba obětí trestného činu,
- je-li daná osoba vystavena násilí, zločinu, situaci nějakého velkého chaosu nebo stresu v raném věku,
- zneužívání návykových látek v minulosti,
- nízké sebevědomí,
- nedostatek dovedností pro zdravé zvládání stresu,
- nepřítomnost pozitivních vzorů v dětství nebo dospívání,
- trpí-li daná osoba duševní poruchou,
- prožila-li daná osoba nějaké trauma na hraně přežití.

Příznaky

Existuje mnoho příznaků agrese. Následující příznaky naznačují, že se někdo chová agresivně:

Behaviorální příznaky

- kousnutí jiné osoby nebo kousání do nějakého předmětu,
- šikana,
- ničení majetku,
- vyčleňování druhých ze svého světa,
- pomlouvání,

- potíže s uklidněním se po agresivním chování,
- udeření jiné osoby nebo úder do nějakého předmětu,
- záměrné ignorování druhých,
- kopání do jiné osoby nebo předmětu,
- nadávky,
- štípání,
- tahání za vlasy,
- strkání do jiné osoby nebo do nějakého předmětu,
- plivnutí na jinou osobu nebo předmět,
- šíření pomluv o druhých,
- škádlení osoby nebo skupiny osob,
- křik.

Fyzické příznaky

- zrychlené dýchání,
- zaťaté pěsti,
- zrudnutí kůže,
- zvýšená tělesná teplota,
- zvýšená srdeční frekvence,
- pocení,
- skřípání zubů,
- napjaté svaly,
- bolesti hlavy způsobené napětím.

Kognitivní příznaky

- pocit, jako byste při rozčilení „ztratili vědomí“,
- neschopnost jasně myslet,
- nerozhodnost,
- problémy se zaměřením se na něco,
- problémy se soustředěním.

Psychosociální příznaky

- náhlé proměny nálady,
- nazlobenost,
- rozrušenost,
- pocit podráždění,
- nízký práh tolerance.

3.1.4.2. Specifické znaky ošetřovatelství

Plán ošetřovatelské péče – riziko násilného chování

Násilí lze definovat jako použití fyzické síly s úmyslem ublížit jiné osobě nebo zničit majetek, zatímco agrese je obecně definována jako hněvivé nebo násilné pocity nebo chování. Osoba, která je agresivní, nemusí nutně jednat násilně.

Riziko násilného chování

- Obecné cíle:
  - Pacient dokáže kontrolovat násilné chování.
- Specifické cíle:
  - Pacient si může vybudovat důvěrný vztah.
- Očekávané výsledky:
  - Pacient projevuje známky důvěry v sestru.
  - Rozzářená tvář, úsměv.
  - Chce se seznámit.
  - Žádný oční kontakt.
  - Ochota sdílet pocity.
- Intervence ošetřovatele:
  - Vytvořte si vztah založený na důvěře.
  - Přivítejte každou interakci.
  - Představte jména, přezdívky sester a účely interakce sester.
  - Zeptejte se a zavolejte jméno pacientova oblíbence.
  - Projevte empatii, upřímnost a dodržujte sliby, kdykoli s vámi komunikují.
  - Ptejte se na pocity pacienta a problémy, se kterými se potýká.
  - Vytvořte jasnou smlouvu o interakci.
  - Pozorně naslouchejte pacientovým pocitům.

Pacient dokáže identifikovat příčiny násilného chování

- Očekávané výsledky:
  - Pacient vypovídá o příčinách násilného chování. Vypovídá o příčinách obtěžování/rozčilování buď sebe, nebo svého okolí.
- Intervence ošetřovatele:
  - Pomozte pacientovi vyjádřit pocity hněvu.
  - Motivujte pacienta, aby sdělil příčinu nelibosti nebo rozčilení.
  - Naslouchejte, aniž byste pacienta přerušovali nebo hodnotili jeho projevy.

Pacient dokáže rozpoznat známky násilného chování

- Očekávané výsledky:
  - pacient vypovídá o příznacích násilného chování, když má:
- Fyzické příznaky:
  - zarudlé oči,
  - sevřené ruce,
  - napjatý výraz a jiné projevy.
- Známky emocionální:
  - pocity hněvu, zášti nebo hrubého vyjadřování.
- Sociální znaky:
  - nevraživost prožitá během násilného chování.

- Intervence ošetřovatele:
  - Pomozte pacientovi odhalit známky násilného chování, ke kterému došlo.
  - Motivujte pacienta, aby sdělil svůj fyzický stav (fyzické příznaky) v době, kdy došlo k násilnému chování.
  - Motivujte pacienta, aby se během násilného chování svěřil se svým emočním stavem (příznaky emocí).
  - Motivujte pacienta, aby sdělil stav vztahu s ostatními (sociální signály) během násilného chování.

Pacient dokáže identifikovat typ násilného chování, kterého se dopustil

- Očekávané výsledky:
  - Pacient je schopen hovořit o svém chování v minulosti.
  - Typy projevů hněvu, ke kterým došlo.
  - Pocit při násilí.
- Intervence ošetřovatele:
  - Diskutujte s pacientem o násilném chování, ke kterému obvykle dochází.
  - Motivujte pacienta, aby promluvil o druzích násilí, které na něm spáchali druzí.
  - Motivujte pacienta, aby sdělil své pocity poté, co došlo k incidentu násilí.
  - Diskutujte o tom, zda násilné činy mohou překonat vzniklé problémy.

Pacienta lze identifikovat v důsledku násilného chování

- Očekávané výsledky:
  - Pacient vysvětlil, že kvůli násilí, ke kterému dochází:
    - U něj samotného: má zranění, vyhýbá se přátelům atd.
    - Lidé v okolí/rodina: cítí podrážděnost, strach atd.
    - Okolní prostředí pacienta: majetek, rozbité předměty atd.
  - Účinnost metod používaných při řešení problémů.
- Intervence ošetřovatele:
  - Diskutujte s pacientem o negativních aspektech (ztrátách), jak se co dělá:
    - ve vztahu k sobě samému,
    - k ostatním lidem v okolí/rodině,
    - k prostředí, ve kterém pacient žije.

Pacient dokáže určit konstruktivní způsoby vyjádření hněvu

- Očekávané výsledky:
  - Vysvětlení zdravých způsobů vyjadřování hněvu.
- Intervence ošetřovatele:
  - Pacient se chce naučit nový způsob zdravého vyjadřování hněvu.
  - Vysvětlete různé alternativní možnosti vyjádření hněvu kromě známého násilného chování pacienta.

- Vysvětlete zdravé způsoby vyjadřování hněvu.
  - Fyzický způsob: hluboký nádech, udeření do polštáře nebo matrace, sport.
  - Verbální: prozradit ostatním, že je rozrušený.
  - Sociální: trénink asertivity s ostatními.
  - Duchovní: modlitba, meditace atd. podle náboženského přesvědčení pacienta.

Pacient může předvést, jak umí ovládat násilné chování

- Očekávané výsledky:
  - Pacient předvede, jak zvládat násilné chování:
    - Fyzické: zhluboka se nadechne, udeří pěstí do polštáře nebo matrace.
    - Slovní: vyjádření pocitu podráždění/naštvanosti na druhé, aniž by to bolelo.
    - Spirituální: modlitba nebo meditace v souladu s jejich náboženstvím.
- Intervence ošetřovatele:
  - Diskutujte o možných způsobech a povzbuďte pacienta k výběru možných způsobů vyjádření hněvu.
  - Trénujte předváděním správného chování na vybraných pacientech: předveďte, jak provádět zvolenou metodu, vysvětlete výhody této metody, abyste povzbudili klienty k opakování předvedené metody, posilujte pacienta a opravujte pacienta, když udělá chybu.
  - Povzbuzujte pacienty, aby používali již nacvičené nástroje, když jsou rozzlobení/rozčilení.

Pacient má podporu rodiny, která mu pomáhá kontrolovat násilné chování

- Očekávané výsledky:
  - Vysvětlete, jak pečovat o pacienta s násilným chováním.
  - Vyjádřete radost z péče o pacienta.
- Intervence ošetřovatele:
  - Diskutujte o významu role rodiny při podpoře pacienta v řešení násilného chování.
  - Diskutujte o možných rodinách, které by pacientovi pomohly vyřešit násilné chování.
  - Vysvětlete význam, příčiny, důsledky a způsoby péče o pacienty s násilným chováním, které může dělat rodina.
  - Ukažte, jak o pacienty pečovat (zvládat násilné chování).
  - Dejte rodině příležitost, aby naučené techniky předvedla.
  - Po skončení ukázky rodinu pochvalte.

Pacient používá vhodný terapeutický program, který byl nastaven

- Očekávané výsledky:
  - Pacient vysvětlil nebo popsal:
    - výhody užívání léků,
    - nevýhody neužívání léků,
    - název léku,
    - tvar a barvu léku,
    - dávkování,
    - dobu užívání léku,
    - jak co užívá,
    - pociťované účinky.
- Intervence ošetřovatele:
  - Vysvětlete výhody pravidelného užívání léků a vzniklé škody, pokud pacient léky neužívá.
  - Vysvětlete pacientovi: typ (název, barvu a formu léku), správnou dávku pro pacienta, dobu užívání, způsob užívání a účinek, který klient pocítí.
  - Poraďte pacientovi: Požádejte o léky a užívejte je včas, oznamte sestře/lékaři, pokud pacient pociťuje neobvyklé účinky, pochvalte pacienta, abyste ho povzbudili v užívání léku, a zeptejte se rodiny, jak se cítí po vyzkoušení nácvikových metod.

Najděte si bezpečné prostředí

Pokud je to možné, pokuste se násilnou osobu přemístit mimo dosah ostatních lidí do prostředí, kde se bude cítit bezpečně a které je bezpečné i pro vás.

Zaujetí správného postoje

Postavte se na bezpečné místo – obvykle mezi osobu a dveře, ale ne přímo před ně, aby daná osoba měla také únikovou cestu. První reakcí nás, zdravotních sester, je přijít k pacientovi a nabídnout mu uklidňující dotek.

Buďte klidní a ohleduplní

Zachovejte klid a respekt. Agresivní člověk, který ztratil kontrolu nad racionálním myšlením, je více naladěn na příjem neverbálních signálů než na mluvené slovo. I když uvnitř můžete pociťovat zděšení nebo pocit, že jste připraveni vystartovat, musíte zachovat klid. Vaše vystupování, gesta, mimika, pohyby i tónu hlasu musí vyzařovat klid.

Používejte zásady terapeutické komunikace

Správná praxe
• Zachovat klid a své emoce držet na uzdě. • Zaujmout pasivní a mírumilovný postoj těla (např. ruce podél těla s dlaněmi vzhůru, aby bylo vidět, že v nich nic neskrýváte, držet si vůči agresorovi úhel 45 stupňů). • Nechat klienta vyjádřit své pocity a projevit pro ně uznání. • Pokládat otevřené otázky a rozvíjet dialog, aby neustal. • Uchovat si v rámci možností flexibilitu. • Využít prostor k sebeobraně (postavit se blízko dveří, netlačit se na pacienta). • Uspořádat pracovní prostředí tak, aby byla zajištěna bezpečnost (např. zavést bezpečnostní mechanismy, jako jsou alarmy, nemít v dosahu předměty, které by mohly být použity jako potenciální zbraně). • Zajistit, aby ostatní pacienti byli mimo ohrožení.
Nesprávná praxe
• Vyzývat pacienta zvýšeným hlasem, pohledy nebo gesty nebo mu jakýmkoli způsobem vyhrožovat. • Říkat věci, které agresi vystupňují nebo křičet v reakci na křik pacienta. • Otočit se k pacientovi zády. • Začít se chovat uspěchaně. • Hádat se s pacientem. • Pokud se pacient neuklidní, zůstat poblíž. • Ignorovat slovní výhrůžky nebo varování, že dojde k násilí. • Tolerovat násilí nebo agresi. • Pokusit se odzbrojit osobu, která má zbraň, nebo se sám pustit do boje.

3.1.4.3. Prognóza pro pacienta

Koncept agresivního chování v průběhu života člověka je velmi složité uchopit. Zastřešujícím tématem jsou jak rizikové faktory, které urychlují a zvyšují predispozice k agresi, tak situace, které agresi skutečně vyvolávají. Účinné preventivní strategie mohou vyžadovat snížení rizikových faktorů i zmírnění schopnosti těchto situací vyvolat agresi. Agresivní chování je jedinečné v tom, že jeho příčiny a projevy se mohou v různých věkových skupinách lišit. Proto je nezbytné, aby zdravotnický personál tyto věkové rozdíly chápal a mohl úspěšně přizpůsobit a vypracovat účinné preventivní a intervenční plány.

Seznam literatury

1. Ames DL, Fiske ST. Intentional harms are worse, even when they're not. Psychological Science 2013; 24(9): 1755–1762.
2. Archer J, Coyne SM. An integrated review of indirect, relational, and social aggression. Personality and Social Psychology Review 2005; 9(3): 212–230.
3. Berko A, Erez E. Gender, Palestinian women, and terrorism: Women's liberation or oppression? Studies in Conflict & Terrorism 2007; 30(6): 493–519.
4. Blumenfeld WJ, Cooper RM. LGBT and allied youth responses to cyberbullying: Policy implications. International Journal of Critical Pedagogy 2010; 3(1): 114–133.
5. Bushman BJ, Anderson CA. Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? Psychological Review, 108(1), 273–279.

3.1.5. Pacient / závislý pacient: omamné látky či legální drogy

3.1.5.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Slovo „závislost" vyvolává mnoho různých představ a silných emocí. Příliš často se zaměřujeme na nesprávné aspekty závislosti, takže naše snaha o řešení tohoto obtížného problému může být velmi zavádějící.

Definice závislosti

Tři desetiletí vědeckého výzkumu a ještě delší klinická zkušenost nás naučily, že zaměřovat se na toto fyzické a psychické rozlišení je zcela nesprávné a odvádí to pozornost od skutečného problému.

Fyzická závislost není tak důležitá, protože zaprvé, i složité abstinenční příznaky závislosti na heroinu a alkoholu lze při použití vhodných léků zvládnout. Proto by fyzické abstinenční příznaky neměly být v centru pozornosti našich obav z těchto látek.

Za druhé, a to je důležitější, mnohé z nejnávykovějších a nejnebezpečnějších drog nevyvolávají při odvykání příliš znatelné fyzické příznaky. Jednoznačným příkladem jsou crack a metamfetamin. Obě řadíme mezi vysoce návykové látky, ale ukončení jejich užívání vyvolává jen velmi málo fyzických abstinenčních příznaků. Rozhodně nejsou podobné fyzickým abstinenčním příznakům projevujícím se při odvykání od alkoholu nebo heroinu.

Podstata závislosti

Podstatou závislosti je touha po drogách a další patologické chování. Nutkání si drogu vzít je nesmírně obtížné ovládat, mnohem obtížnější než jakoukoli fyzickou závislost. Proto se většina programů protidrogové léčby zabývá hlavně těmito cílovými příznaky. Pro závislého neexistuje silnější motivace než touha po droze. Celý život závislého se soustředí na získání a užívání drogy. Zdá se, že prakticky nic nepřeváží touhu po droze jako motivační faktor. Lidé páchají nejrůznější zločiny, a dokonce opouštějí i své děti, jen aby drogy získali.

Příznaky

Mezi příznaky drogové závislosti nebo chování patří mimo jiné:

- pocit, že drogu musíte užívat pravidelně – denně nebo dokonce několikrát denně,
- intenzivní touha po droze, která blokuje všechny vaše ostatní myšlenky,
- postupem času potřebuje závislý větší dávku drogy, aby dosáhl stejného účinku,
- užívání většího množství drogy po delší dobu, než byl záměr,
- ujišťování se, že máte dostatečnou zásobu drogy,
- utrácení peněz za drogu, i když si to nemůžete dovolit,
- neplnění povinností a pracovních úkolů nebo omezování společenských či volnočasových aktivit kvůli užívání drogy,
- pokračování v užívání drogy, i když víte, že vám způsobuje problémy v životě nebo fyzickou či psychickou újmu,
- dopouštění se jednání, které byste za normálních okolností brali za nepřijatelné, například krádeže,
- řízení vozidla nebo provádění jiných rizikových činností pod vlivem drogy,
- trávení velkého množství času získáváním drogy, jejím užíváním nebo zotavováním se z jejích účinků,
- selhání ve snaze přestat užívat drogu,
- abstinenční příznaky, když se pokoušíte přestat drogu užívat.

Rozpoznání nezdravého užívání drog u členů rodiny

Někdy je těžké odlišit normální náladovost nebo úzkost dospívajících od příznaků drogové závislosti. Mezi možné příznaky toho, že váš dospívající nebo jiný člen rodiny užívá drogy, se řadí:

- problémy ve škole nebo v práci – časté absence ve škole nebo v práci, náhlý nezájem o školní aktivity nebo práci, zhoršení známek nebo pracovních výsledků,
- tělesné zdravotní problémy – nedostatek energie a motivace, úbytek nebo přibývání na váze, zarudlé oči,
- zanedbaný vzhled – nezájem o svůj vzhled, oblečení, účes apod.,
- změny v chování – přehnaná snaha zakázat členům rodiny vstup do jeho pokoje, tajnůstkářství ohledně toho, kam s kým chodí, drastické změny v chování a ve vztazích s rodinou a přáteli,
- problémy s penězi – náhlé prošení o peníze bez rozumného vysvětlení, zjištění, že vám chybí peníze, že byly ukradeny nebo že z vašeho domova zmizely nějaké cenné věci, což naznačuje, že možná dochází k jejich prodeji za účelem užívání drog.

Rozpoznání příznaků užívání drog nebo intoxikace

Příznaky a symptomy užívání drog nebo intoxikace se mohou lišit v závislosti na typu drogy.

Marihuana, hašiš a další látky obsahující konopí

Možné příznaky a symptomy nedávného užití:

- pocit euforie nebo uvolnění,
- zvýšený smysl pro zrakové, sluchové a chuťové vnímání,
- zvýšený krevní tlak a srdeční frekvence,
- zarudlé oči,
- sucho v ústech,
- zhoršená koordinace pohybů,
- potíže se soustředěním nebo pamětí,
- zpomalená doba interakce,
- úzkost nebo paranoidní myšlení,
- zápach konopí z oblečení nebo nažloutlé konečky prstů,
- přehnané chutě na určité potraviny v neobvyklou dobu.

Dlouhodobé (chronické) užívání se často pojí se:

- sníženou duševní bystrostí,
- špatnými výsledky ve škole nebo v práci,
- snížením počtu přátel a zájmů.

K2, SPICE (syntetické kanabinoidy) a bath salts (syntetické katinony)

Dvě skupiny syntetických drog, syntetické kanabinoidy a substituované nebo syntetické katinony, jsou ve většině států ilegální. Účinky těchto drog mohou být nebezpečné a nepředvídatelné, protože neexistuje žádná kontrola kvality a některé složky nemusí být známy. Syntetické kanabinoidy, nazývané také K2 nebo Spice, se nastříkají na sušené byliny a poté se kouří, ale mohou se připravit i jako bylinný čaj.

Mezi příznaky projevující se krátce po požití mohou patřit:

- pocit euforie nebo uvolnění,
- povznesená nálada,
- pozměněný smysl pro zrakové, sluchové a chuťové vnímání,
- extrémní úzkost nebo rozrušení,
- paranoia,
- halucinace,
- zvýšená srdeční frekvence a krevní tlak nebo srdeční infarkt,
- zvracení,
- zmatek.

Syntetické katinony

nazývané také „koupelové soli“, jsou látky s vlivem na vědomí (psychoaktivní) podobně jako amfetaminy, například extáze (MDMA) a kokain. Obal je často označen jako nějaký jiný produkt, aby se zabránilo jejich odhalení.

Navzdory názvu se nejedná o koupelové produkty, jako jsou např. přírodní epsomské soli. Syntetické katinony lze jíst, šňupat, inhalovat nebo aplikovat injekčně

a jsou vysoce návykové. Tyto drogy mohou způsobit těžkou intoxikaci, která má za následek nebezpečné zdravotní účinky nebo dokonce smrt.

Mezi příznaky nedávného užití mohou patřit:

- euforie,
- zvýšená sociabilita,
- zvýšená energie a vzrušení,
- zvýšená sexuální touha,
- zvýšená srdeční frekvence a krevní tlak,
- problémy s jasným myšlením,
- ztráta svalové kontroly,
- paranoia,
- záchvaty paniky,
- halucinace,
- delirium,
- psychotické a násilné chování.

Barbituráty, benzodiazepiny a hypnotika

Barbituráty, benzodiazepiny a hypnotika jsou léky tlumící centrální nervový systém, jsou na předpis. Často se užívají a zneužívají při hledání pocitu uvolnění, touhy „vypnout“ či zapomenout na myšlenky nebo pocity související se stresem.

Barbituráty. Např. fenobarbital a sekobarbital (Seconal).

Benzodiazepiny. Příkladem jsou sedativa, jako je diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), lorazepam (Ativan), klonazepam (Klonopin) a chlordiazepoxid (Librium).

Hypnotika. Příkladem jsou léky na spaní na předpis, jako je zolpidem (Ambien, Intermezzo) a zaleplon (Sonata).

Mezi příznaky nedávného užití může patřit:

- ospalost,
- nesrozumitelná řeč,
- nedostatečná koordinace,
- podrážděnost nebo změny nálady,
- problémy se soustředěním nebo jasným myšlením,
- problémy s pamětí,
- nedobrovolné pohyby očí,
- nedostatečné zábrany,
- zpomalené dýchání a snížený krevní tlak,
- pády nebo nehody,
- závratě.

Metamfetamin, kokain a další stimulanty

Mezi stimulancia řadíme amfetaminy, pervitin (metamfetamin), kokain, methylfenidát (Ritalin, Concerta a další) a amfetamin-dextroamfetamin (Adderall, Adderall XR a další). Často se užívají a zneužívají při hledání „opojení“ nebo pro zvýšení energie, zlepšení výkonnosti v práci nebo ve škole, pro snížení hmotnosti nebo pro kontrolu chuti k jídlu.

Příznaky nedávného užití mohou být:

- pocit vzrušení a nadměrné sebedůvěry,
- rozjitřenost,
- zvýšená energie a neklid,
- změny chování nebo agrese,
- rychlá nebo nesouvislá řeč,
- rozšířené zornice,
- zmatenost, bludy a halucinace,
- podrážděnost, úzkost nebo paranoia,
- změny srdeční frekvence, krevního tlaku a tělesné teploty,
- nevolnost nebo zvracení s úbytkem hmotnosti,
- zhoršený úsudek,
- ucpání nosu a poškození nosní sliznice (při šňupání drog),
- vředy v ústech, onemocnění dásní a zubní kaz způsobený kouřením drog („pervitinová ústa“),
- nespavost,
- deprese, když účinky drogy odezní.

Klubové drogy

Klubové drogy se běžně užívají v klubech, na koncertech a večírcích. Mezi ně patří například extáze neboli molly (MDMA), kyselina gama-hydroxymáselná (GHB), flunitrazepam (Rohypnol – značka používaná mimo USA – známý také pod názvem roofie) a ketamin. Všechny tyto jmenované drogy se neřadí do stejné kategorie, ale mají některé podobné účinky a hrozí u nich podobné nebezpečí, včetně dlouhodobých škodlivých účinků.

Příznaky užívání klubových drog mohou být:

- halucinace,
- paranoia,
- rozšířené zornice,
- zimnice a pocení,
- nedobrovolné chvění (třes),
- změny chování,
- křeče ve svalech a zatínání zubů,
- svalové uvolnění, špatná koordinace nebo problémy s pohybem,
- ztráta zábran,
- zvýšený nebo změněný smysl pro zrak, zvuk a chuť,
- špatný úsudek,
- problémy s pamětí nebo její ztráta,

- snížená úroveň vědomí,
- zvýšená nebo snížená srdeční frekvence a krevní tlak.

Halucinogeny

Užívání halucinogenů může v závislosti na dané droze vyvolat různé známky a symptomy. Mezi nejběžnější halucinogeny patří diethylamid kyseliny lysergové (LSD) a fencyklidin (PCP).

Užívání LSD může způsobit:

- halucinace,
- výrazně omezené vnímání reality, např. interpretace vstupů z jednoho z vašich vjemů jako jiného, např. slyšení barev,
- impulzivní chování,
- rychlé změny emocí,
- trvalé psychické změny ve vnímání,
- rychlá srdeční frekvence a vysoký krevní tlak,
- chvění,
- flashbacky, opětovné prožívání halucinací – i po letech,

Užívání PCP může způsobit:

- pocit odloučení od těla a okolí,
- halucinace,
- problémy s koordinací a pohybem,
- agresivní, případně násilné chování,
- nedobrovolné pohyby očí,
- nedostatek pocitu bolesti,
- zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence,
- problémy s myšlením a pamětí,
- problémy při mluvení,
- zhoršený úsudek,
- nesnášenlivost hlasitého hluku,
- někdy i záchvaty nebo kóma.

Inhalační látky

Známky a symptomy užívání inhalačních látek se liší v závislosti na dané látce. Mezi běžně vdechované látky patří lepidla, ředidla, korekční tekutiny, fixy, benzín, čisticí kapaliny a aerosolové výrobky pro domácnost. Vzhledem k toxické povaze těchto látek může u uživatelů dojít k poškození mozku nebo náhlé smrti.

Známky a symptomy užívání mohou být:

- uchovávání inhalační látky bez rozumného vysvětlení,
- krátká euforie nebo opojení,
- snížená inhibice,
- bojovnost či bojechtivost,

- závratě,
- nevolnost nebo zvracení,
- nedobrovolné pohyby očí,
- konzument působí, jako by byl opilý, nemluví zřetelně, má pomalé pohyby a špatnou koordinaci,
- nepravidelný srdeční tep,
- chvění,
- přetrvávající zápach inhalačního materiálu,
- vyrážka kolem nosu a úst.

Opioidní léky proti bolesti

Opioidy jsou narkotické léky proti bolesti vyráběné z opia nebo synteticky. Do této skupiny drog patří mimo jiné heroin, morfin, kodein, metadon a oxykodon.

Příznaky užívání narkotik a závislosti na nich mohou být:

- snížený pocit bolesti,
- agitovanost, ospalost nebo sedace,
- nezřetelná řeč,
- problémy s pozorností a pamětí,
- zúžené zornice,
- nepozornost nebo nevšímavost k okolním lidem a věcem,
- problémy s koordinací,
- deprese,
- zmatek,
- zácpa,
- smrkání nebo vředy v nose (při šňupání drog),
- stopy po jehlách (při injekčním užívání drog).

Objednejte se k lékaři, pokud:

- se vám nedaří přestat drogu užívat,
- pokračujete v užívání drogy navzdory škodám, které vám přivozuje,
- vaše užívání drog vedlo k nebezpečnému chování, například ke sdílení injekčních jehel nebo nechráněnému sexu,
- se domníváte, že po ukončení užívání drog máte abstinenční příznaky.

Zinscenování zásahu

Lidé bojující se závislostí obvykle popírají, že jejich užívání drog je problematické, a zdráhají se vyhledat léčbu. Intervence představuje pro někoho blízkého strukturovanou příležitost provést změny dříve, než se situace ještě zhorší, a může zainteresovaného motivovat k vyhledání nebo přijetí pomoci. Intervence by se měla pečlivě naplánovat a může ji provést rodina a přátelé po konzultaci s lékařem nebo odborníkem, například odborným poradcem pro protialkoholní a protidrogovou léčbu, nebo

ji může řídit odborník na intervence pro tuto problematiku. Zapojuje se do ní rodina a přátelé a někdy i spolupracovníci, duchovní nebo další osoby, kterým záleží na osobě, jež se se závislostí potýká.

Příčiny

Stejně jako u mnoha jiných duševních poruch může k rozvoji drogové závislosti přispívat několik faktorů. Mezi hlavní faktory se řadí:

- Prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Zdá se, že při počátečním užívání drog hrají velkou roli faktory prostředí, včetně přesvědčení a postojů rodiny, jakož i ocitnutí se ve skupině vrstevníků, která užívání drog podporuje.
- Genetika. Jakmile jedinec začne drogu užívat, mohou mít na rozvoj závislosti vliv dědičné (genetické) vlastnosti, které mohou oddálit nebo urychlit vývoj onemocnění.

Změny v mozku

Fyzická závislost vzniká, když opakované užívání drogy změní způsob, jakým mozek pociťuje radost. Návyková droga způsobuje fyzické změny některých nervových buněk (neuronů) v mozku. Neurony používají ke komunikaci chemické látky zvané neurotransmitery. Tyto změny mohou přetrvávat dlouho poté, co člověk drogu přestane užívat.

Rizikové faktory

Závislost na drogách mohou získat lidé jakéhokoli věku, pohlaví nebo ekonomického postavení. Pravděpodobnost a rychlost vzniku závislosti mohou ovlivnit určité faktory:

- Závislost v rodinné anamnéze. Drogová závislost je v některých rodinách častější a pravděpodobně v ní hrají roli genetické predispozice. Pokud má jedinec pokrevního příbuzného, například rodiče nebo sourozence, závislého na alkoholu nebo drogách, hrozí mu větší riziko vzniku drogové závislosti.
- Porucha duševního zdraví. Pokud člověk trpí duševní poruchou, například depresí, poruchou pozornosti a hyperaktivity (ADHD) nebo posttraumatickou stresovou poruchou, je pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách vyšší. K užívání drog může dojít v rámci snahy vyrovnat se s pocity bolesti, jako jsou úzkost, deprese a osamělost, ovšem drogy mohou tyto problémy ještě zhoršit.
- Tlak vrstevníků. Tlak vrstevníků je silným faktorem při zahájení užívání a zneužívání drog, zejména u mladých lidí.
- Nedostatečné zapojení rodiny. Obtížná rodinná situace nebo chybějící pouto s rodiči či sourozenci může zvýšit riziko závislosti, stejně jako nedostatečný dohled rodičů.
- Brzké užívání. Užívání drog v raném věku může způsobit změny ve vyvíjejícím se mozku a zvýšit pravděpodobnost přechodu k drogové závislosti.

- Užívání vysoce návykové drogy. Některé drogy, jako jsou stimulancia, kokain nebo opioidní léky proti bolesti, mohou vést k rychlejšímu rozvoji závislosti než jiné drogy. Kouření nebo injekční užívání drog může zvýšit potenciál vzniku závislosti. Užívání drog považovaných za méně návykové, tzv. „lehkých drog“, může nastartovat cestu užívání drog a vznik závislosti.

Komplikace

- Metamfetamin, opiáty a kokain jsou vysoce návykové a způsobují četné krátkodobé i dlouhodobé zdravotní následky, včetně psychotického chování, záchvatů nebo smrti v důsledku předávkování.
- GHB a flunitrazepam mohou způsobit sedaci, zmatenost a ztrátu paměti. Je známo, že tyto takzvané „predátorské drogy“ nebo „drogy usnadňující sexuální násilí“ zhoršují schopnost bránit se nežádoucímu kontaktu a následně si na proběhlé události rozpomenout. Ve vysokých dávkách mohou způsobit křeče, kóma až úmrtí. Nebezpečí se zvyšuje, pokud se tyto drogy užívají s alkoholem.
- Extáze neboli molly (MDMA) může způsobit dehydrataci, nerovnováhu elektrolytů a komplikace, které mohou vést i k záchvatům. Dlouhodobým užíváním MDMA může dojít k poškození mozku.
- Jedním z nebezpečí klubových drog je, že jejich tekuté, tabletové nebo práškové formy dostupné na ulici často obsahují neznámé látky, které mohou být škodlivé, včetně jiných nelegálně vyráběných nebo farmaceutických drog.

Vzhledem k toxické povaze inhalačních látek může u uživatelů dojít k různě závažnému poškození mozku.

Další komplikace, které závislým na drogách změní život

Závislost na drogách může způsobit řadu nebezpečných a škodlivých komplikací včetně:

- Nakažení se infekční chorobou. Lidé závislí na drogách mají větší pravděpodobnost, že se nakazí infekční chorobou, například virem HIV, a to buď při nechráněném sexu, nebo při sdílení jehel mezi sebou.
- Další zdravotní problémy. Drogová závislost může vést k řadě krátkodobých i dlouhodobých psychických a fyzických zdravotních problémů. Ty se odvíjí od toho, jakou drogu pacient užívá.
- Nehody. Lidé, kteří jsou závislí na drogách, častěji řídí nebo vykonávají jiné nebezpečné činnosti pod jejich vlivem.
- Sebevražda. Lidé závislí na drogách si vezmou život častěji než lidé, kteří závislí nejsou.
- Problémy v rodině. Změny chování mohou vyvolávat manželské nebo rodinné konflikty a vyústit v problémy spojené s péčí o dítě.
- Problémy v práci. Užívání drog může způsobit pokles výkonnosti v práci, absence a případnou ztrátu zaměstnání.

- Problémy ve škole. Užívání drog může negativně ovlivnit studijní výsledky a motivaci k dobrým výsledkům ve škole.
- Problémy se zákonem. Protiprávní jednání a problémy se zákonem jsou pro uživatele drog běžné a můžou pramenit z nákupu nebo držení nelegálních drog, z krádeží za účelem pořízení si drog, řízení pod vlivem drog nebo alkoholu nebo ze sporů o péči o děti.
- Finanční problémy. Peníze vynaložené na užívání drog pak chybí jinde, může dojít k zadlužení a následně k nezákonnému nebo neetickému jednání.

Prevence

Nejlepším způsobem, jak zabránit vzniku závislosti na droze, je drogu vůbec neužívat. Pokud vám lékař předepíše lék, u kterého existuje riziko vzniku závislosti, buďte při jeho užívání opatrní a dodržujte důsledně pokyny lékaře.

Prevence zneužívání drog u dětí a dospívajících

- Komunikujte. Mluvte s dětmi o rizicích spojených s užíváním a zneužíváním drog.
- Poslouchejte. Snažte se pozorně naslouchat, když vaše děti mluví o tlaku ze strany jejich vrstevníků, a podpořte jejich snahu odolat jim.
- Jděte příkladem. Nezneužívejte alkohol ani návykové látky. Dětem rodičů, kteří zneužívají drogy, hrozí větší riziko drogové závislosti.
- Upevněte svá rodičovská pouta. Pracujte na svém vztahu s dětmi. Silné a stabilní pouto mezi vámi a vaším dítětem sníží riziko, že vaše dítě bude drogy užívat.

Prevence recidivy

- Dodržujte plán léčby. Pozorujte se, své slabosti. Může se zdát, že jste vyléčení a nemusíte už podnikat žádné kroky, abyste vydrželi bez drog. Vaše šance zůstat bez drog však budou mnohem vyšší, pokud budete pokračovat v návštěvách terapeuta nebo poradny, docházet na sezení terapeutických skupin a užívat předepsané léky.
- Vyhýbejte se rizikovým situacím. Nevracejte se do míst, kde jste si dříve obstarávali drogy. Držte se dál od své staré drogové party.
- Pokud drogu užijete znovu, okamžitě vyhledejte pomoc. Pokud začnete drogu znovu užívat, obraťte se ihned na svého lékaře, odborníka na duševní zdraví nebo někoho jiného, kdo vám může pomoci.

3.1.5.2. Specifika ošetřovatelství

Závislost je léčitelná porucha. Výzkum vědy o závislosti a léčbě poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek vedl k vývoji výzkumem podložených metod, které lidem pomáhají přestat užívat drogy a vrátit se do produktivního života,

známých také jako RECOVERY. Stejně jako u jiných chronických onemocnění, jako jsou srdeční choroby nebo astma, léčba drogové závislosti obvykle neznamená vyléčení. Závislost však LZE úspěšně zvládnout. Léčba umožňuje lidem čelit rušivým účinkům, které má závislost na jejich mozek a chování, a znovu získat kontrolu nad svým životem.

Kromě toho se používají léky, které pomáhají lidem s detoxikací, ačkoli detoxikace není totéž co léčba a nestačí k tomu, aby se člověk zotavil. Samotná detoxikace bez následné léčby obvykle vede k obnovení užívání drog. V různých fázích léčby mohou být užitečné různé typy léků, které pacientovi pomohou přestat drogy zneužívat, dále se léčit a předejít relapsu.

- Léčba abstinenčních příznaků. Když pacienti poprvé přestanou užívat drogy, mohou se u nich objevit různé fyzické a emocionální příznaky, včetně neklidu nebo nespavosti, ale i deprese, úzkosti a dalších duševních stavů. Některé léky a léčebná zařízení tyto příznaky zmírňují, což usnadňuje snahu užívání drog ukončit.
- Setrvání v léčbě. Existuje léčba a mobilní aplikace, které se používají k tomu, aby pomohly mozku postupně se adaptovat na absenci drogy. Tyto léčebné postupy působí pomalu a pomáhají předcházet touze po droze, navíc mají zklidňující účinek na tělesnou soustavu. Mohou pacientům pomoci soustředit se na poradenství a další psychoterapii související s jejich protidrogovou léčbou.
- Prevence relapsu. Věda nás naučila, že stresové podněty spojené s užíváním drog (například lidé, místa, věci a nálady) a kontakt s drogami jsou nejčastějšími spouštěči relapsu. Vědci vyvíjejí terapie, které do těchto spouštěčů zasahují, a pomáhají tak pacientům udržet se v rekonvalescenci.

Běžné léky používané k léčbě drogové závislosti a při odvykání:

- Opioidy
  - Metadon,
  - Buprenorfin,
  - Naltrexon s prodlouženým uvolňováním,
  - Lofexidin.
- Nikotin
  - náhradní nikotinová terapie (dostupná ve formě náplasti, inhalátoru nebo žvýkaček),
  - Bupropion,
  - Vareniklin.
- Alkohol
  - Naltrexon,
  - Disulfiram,
  - Akamprosát.

- Behaviorální terapie pomáhají lidem v léčbě drogové závislosti změnit jejich postoje a chování související s užíváním drog. Behaviorální terapie může také zvýšit účinnost léků a pomoci lidem setrvat v léčbě delší dobu.
  - Kognitivně-behaviorální terapie se snaží pomoci pacientům rozpoznat situace, ve kterých nejčastěji užívají drogy, takovým situacím se vyhnout a zvládnout je.
  - Kontingenční přístup využívá pozitivní motivace, například poskytování odměn nebo privilegií za to, že uživatelé nebudou užívat drogy, budou navštěvovat poradenská sezení a aktivně se v nich účastnit nebo budou užívat předepsané léky.
  - Terapie zaměřená na posílení motivace je založena na strategiích, které mají maximálně využít ochotu pacientů změnit své chování a nastoupit léčbu.
  - Rodinná terapie pomáhá lidem (zejména mladým) s problémy s užíváním drog a jejich rodinám řešit to, co má vliv na vzorce užívání drog, a zlepšit celkové fungování rodiny.
  - Facilitace dvanácti kroků (TSF) je individuální terapie, která se obvykle provádí ve 12týdenních sezeních a jejímž cílem je připravit účastníky na zapojení do programů vzájemné podpory ve 12 krocích. Programy dvanácti kroků, stejně jako programy Anonymních alkoholiků, nejsou léčbou, ale poskytují sociální a doplňkovou podporu k těmto léčbám. TSF se řídí tématy 12 kroků, kterými jsou přijetí své závislosti, své porážky a aktivní zapojení do léčby.

Léčba se musí týkat jedince jako celku.

3.1.5.3. Prognóza pro pacienta

Přestat užívat drogy je jen jednou částí dlouhého a složitého procesu vedoucího k zotavení. V době, kdy se lidé začnou léčit, již závislost často způsobila vážné následky v jejich životě, případně narušila jejich zdraví a fungování v rodinném životě, v práci a ve společnosti. Protože závislost může ovlivnit mnoho aspektů života člověka, úspěšnost léčby závisí na tom, jak dokáže řešit všechny potřeby, které člověk má.

Seznam literatury

1. Blanco C, Alderson D, Ogburn E, et al. Changes in the prevalence of non-medical prescription drug use and drug use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. Drug Alcohol Depend 2007; 90(2–3): 252–260.
2. Treatment Episode Data Set (TEDS) 2003–2013: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [online] 12.2015. URL: http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2013_Treatment_Episode_Data_Set_National/2013_Treatment_Episode_Data_Set_National.pdf.
3. Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [online] 05.2013. URL: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED.pdf.
4. Jones CM, McAninch JK. Emergency Department Visits and Overdose Deaths From Combined Use of Opioids and Benzodiazepines. Am J Prev Med 2015; 49(4): 493–501.
5. Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths—United States, 2000–2014. Centers for Disease Control and Prevention. [online] 1.01.2016 [cit. 7.11.2017]. URL: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6450a3.htm

3.1.6. Pacient s genetickým onemocněním, např. Downův syndrom

3.1.6.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Downův syndrom je onemocnění, při kterém se dítě narodí s 21. chromozomem navíc – odtud pochází jeho jiný název, trizomie 21. To způsobuje tělesné a mentální opoždění vývoje a postižení.

Co je příčinou Downova syndromu?

U dětí s Downovým syndromem se jeden z chromozomů správně neodděluje. Dítě má tři kopie nebo částečnou kopii chromozomu 21 navíc namísto dvou. Tento chromozom navíc způsobuje problémy při vývoji mozku a tělesných znaků.

Trizomie 21

Trizomie 21 znamená, že v každé buňce je jedna kopie chromozomu 21 navíc. Jedná se o nejčastější formu Downova syndromu.

Translokace

U tohoto typu Downova syndromu mají děti pouze část chromozomu 21 navíc. Chromozomů je celkem 46. K jednomu z nich je však připojen další kousek chromozomu 21. U některých rodičů existuje větší pravděpodobnost, že se jim narodí dítě s Downovým syndromem. Podle Centra pro nemoci a prevenci je riziko, že se matce

narodí dítě s Downovým syndromem, vyšší, pokud je ve věku nad 35 let. Pravděpodobnost se zvyšuje tím více, čím je matka starší.

Mezi další rodiče, kteří mají větší pravděpodobnost, že se jim narodí dítě s Downovým syndromem, patří:

- lidé s rodinnou anamnézou Downova syndromu,
- lidé, kteří jsou nositeli genetické translokace.

Je důležité si uvědomit, že žádný z těchto faktorů neznamená, že se vám určitě narodí dítě s Downovým syndromem. Statisticky a v rámci velké populace však mohou tyto faktory zvyšovat riziko, že se tak stane.

Příznaky

Děti s Downovým syndromem mají po narození obvykle určité charakteristické znaky, mezi které se řadí:

- ploché rysy obličeje,
- malá hlava a uši,
- krátký krk,
- vyplazený jazyk,
- oči zešikmené směrem nahoru,
- atypicky tvarované uši,
- ochablé svalstvo.

Lidé s Downovým syndromem obvykle trpí určitým stupněm vývojového postižení, často však mírným až středně těžkým. Opoždění mentálního a sociálního vývoje může znamenat, že dítě může mít:

- impulzivní chování,
- špatný úsudek,
- sníženou schopnost udržení pozornosti,
- zpomalenou schopnost učení.

Downův syndrom často provázejí zdravotní komplikace. K nim se řadí:

- vrozené srdeční vady,
- ztráta sluchu,
- špatný zrak,
- šedý zákal (zakalené oči),
- problémy s kyčlemi, například vykloubení,
- leukémie,
- chronická zácpa,
- spánková apnoe (přerušované dýchání během spánku),
- demence (poruchy myšlení a paměti),
- hypotyreóza (nízká funkce štítné žlázy),
- obezita,
- opožděný růst zubů, který způsobuje problémy se žvýkáním,
- Alzheimerova choroba v pozdějším věku.

Screening Downova syndromu během těhotenství

Preventivní medicína je nejdůležitější součástí dnešní prenatální péče. Screeningové testy na Downův syndrom se pacientkám nabízejí ve všech zemích s kvalitním systémem zdravotní péče. Mezi těhotnými ženami v Bulharsku však chybí povědomí o možnostech a omezeních dostupných prenatálních testů na Downův syndrom. Pokud jste žena starší 35 let, pokud je otci vašeho dítěte více než 40 let nebo pokud se v rodině vyskytuje Downův syndrom, dané vyšetření by bylo vhodné.

První trimestr

Vyšetření ultrazvukem a krevní testy mohou u vašeho plodu odhalit Downův syndrom. Tyto testy mají vyšší míru falešné pozitivity než testy prováděné v pozdějších fázích těhotenství. Pokud výsledky nebudou v normě, může lékař po 15. týdnu těhotenství provést další vyšetření, a to amniocentézu.

Druhý trimestr

Ultrazvukové vyšetření a test na přítomnost čtyř markerů (QMS) mohou pomoci odhalit Downův syndrom a další vady mozku a míchy. Tento test se provádí mezi 15. a 20. týdnem těhotenství. Pokud některý z těchto testů není v pořádku, budete považována za těhotnou s vysokým rizikem výskytu vrozených vad u plodu.

Další prenatální testy

Lékař vám může nařídit další testy k odhalení Downova syndromu u vašeho dítěte:

- Amniocentéza. Lékař odebere vzorek plodové vody, aby zjistil počet chromozomů vašeho dítěte. Test se obvykle provádí po 15. týdnu.
- Odběr vzorků choriových klků (CVS). Lékař odebere buňky z placenty k analýze chromozomů plodu. Tento test se provádí mezi 9.–14. týdnem těhotenství. Může zvýšit riziko potratu, ale podle kliniky Mayo Clinic pouze o méně než 1 procento.
- Perkutánní odběr pupečníkové krve (PUBS neboli kordocentéza). Lékař odebere krev z pupečníku a vyšetří ji na přítomnost chromozomálních vad. Provádí se po 18. týdnu těhotenství. Existuje u něj vyšší riziko potratu, proto se provádí pouze v případě, že všechna ostatní vyšetření jsou nejistá.

Testy při narození dítěte

Při porodu lékař:

- provede fyzikální vyšetření vašeho dítěte,
- provede krevní test zvaný karyotyp, který Downův syndrom potvrdí.

3.1.6.2. Léčba Downova syndromu

Existuje celá řada podpůrných a vzdělávacích programů, které mohou pomoci jak lidem s tímto onemocněním, tak jejich rodinám. Dostupné programy začínají inter-

vencemi v dětském věku. Některé federální zákony vyžadují, aby státy nabízely terapeutické programy pro rodiny, které splňují dané podmínky. V těchto programech pomáhají vašemu dítěti s učením speciální pedagogové a terapeuti a zaměřují se na:

- smyslové dovednosti,
- sociální dovednosti,
- svépomocné dovednosti,
- motorické dovednosti,
- jazykové a kognitivní schopnosti.

Škola je důležitou součástí života dítěte s Downovým syndromem bez ohledu na jeho intelektové schopnosti. Státní i soukromé školy podporují osoby s Downovým syndromem a jejich rodiny prostřednictvím integrovaných tříd a možností speciálního vzdělávání. Školní vzdělávání umožňuje velmi cennou socializaci a pomáhá studentům s Downovým syndromem budovat nezbytné dovednosti důležité pro život.

Specifika ošetřovatelství u tohoto onemocnění

- Při péči o pacienta s Downovým syndromem je důležité mít na paměti, že pacient může mít problémy s řečí, učením, mobilitou a potřebami samoobsluhy. Těchto potřeb může být, zejména v domácnosti, celá řada. Pacient má stále právo rozhodovat se, pokud je toho schopen, a má právo na důstojné zacházení a respekt.
- Vždy poskytujte kvalitní péči s pozitivním přístupem. Při práci s dítětem mějte na paměti, že rodiče mohou být zarmouceni a bojovat s tím, jak zvládnout všechny komplikace spojené s nemocí. Je důležité rodičům zdůraznit, že v tom nejsou sami, že mají k dispozici spoustu zdrojů, jako jsou odborníci na dětskou zdravotní péči a skupinové poradenství, a také literaturu, která rodině pomůže naučit se vypořádat s problémy dítěte.
- Nezapomeňte podporovat samostatnost a svépomocné dovednosti, jako je například samostatné nakrmení se. Některé oblasti, které by se měly sledovat, jsou socializační dovednosti, verbální dovednosti, činnosti denního života, preventivní zdraví, výživa a chování.
- Vše, co se dítě potřebuje naučit, by mělo být rozděleno do nejmenších částí nebo malých kroků, aby se mu informace lépe vstřebávaly.
- Pro pacienta s Downovým syndromem může být obtížné navazovat společenské kontakty. Zvláště užitečné může být hraní rolí a pozitivně laděné povzbuzování. Učte a povzbuzujte i rodiče, aby dítěti ukazovali společensky přijatelné chování, jako je mávání na rozloučenou, zdravení, reagování na své jméno a přivítání návštěvníků.
- Vzdělávání rodiny je velmi důležité. V případě kognitivních poruch nemusí být dítě nebo dospělý schopen rozpoznat signály od ostatních. To může být pro pacienta i rodinu frustrující. Jednou ze strategií je nácvik přehnaných signálů, které pacientovi pomohou rozpoznat chování druhých a vhodně reagovat.

Problémem může být také krátkodobá paměť. Pomoci může vysvětlování pokynů v jednoduchých, krátkých větách, krok za krokem.

- Nezapomeňte, že verbální dovednosti mohou být opožděny více než jiné fyzické dovednosti. Aby mohl pacient mluvit, měl by být zkontrolován sluch a interpretace zvuků, aby bylo zajištěno, že pacient správně slyší. Může být zapotřebí asistenčních pomůcek, které tento proces usnadní. Někdy může být použita obrázková tabule, která dítěti pomůže vyjádřit jeho pocity a myšlenky, nebo se děti a dospělí mohou také učit znakovou řeč.
- Při práci s osobou s Downovým syndromem je třeba si všímat, zda je pacient podrážděný, nereaguje na kontakt, má abnormální oční kontakt při krmení, problémy s hrubou motorikou, sníženou pozornost na hlasové signály nebo potíže s činnostmi denního života. Pokud se v některé z těchto oblastí objeví změna, měla by se na to sestra upozornit.
- Nezapomeňte rodině pomoci s prevencí dalších problémů. Diskutujte o potřebě úprav v rámci každodenní rutiny, abyste napomohli péči o pacienta. Například klouby kojence nebo batolete mohou být ochablé a dítě se může prohýbat v náručí rodičů. Povzbuďte rodiče, aby novorozence pevně zavinovali, batole drželi v blízkosti a podpírali mu hlavu a páteř.
- Sledujte, zda nedochází k dýchacím potížím v důsledku ochablého svalstva. Nedostatečně vyvinutá nosní kůstka může vést k nedostatečnému odvodnění, ucpání nosu a suchu v ústech. Dítě může být také ohroženo infekcemi horních cest dýchacích. Ujistěte se, že rodiče vědí, jak v případě potřeby správně odsávat nosní dírky. Navrhněte rodičům, aby dítěti po jídle vypláchli ústa, a ujistěte se, že dítě při krmení sedí ve vzpřímené poloze.
- Dávejte pozor, zda se dítě nedusí nebo nedáví. Jídlo by mělo jíst pomalu a po malých soustech. Tekutiny by mělo přijímat také pozvolna. Častým problémem je dysfagie způsobená krátkým krkem pacienta. To může zvyšovat riziko aspirační pneumonie. Nezapomeňte rodiče nebo pacienta poučit o tom, že je důležité věnovat jídlu dostatek času. Pacienti s Downovým syndromem mají navíc často problémy s motilitou žaludku, jako je žaludeční reflux nebo gastrointestinální potíže. Sledujte neverbální signály bolesti a používejte hodnoticí stupnici pro míru bolesti. Nezapomeňte zaznamenat veškerý příjem potravy.
- Kvůli ochablému svalstvu může být zpomalena motilita žaludku, což způsobuje zácpu. Dbejte na to, aby vláknina byla pravidelnou součástí stravy. Stravovací návyky by se měly pečlivě sledovat a zdokumentovat, stejně jako měření výšky a hmotnosti, aby se kontrolovala obezita a vysoký BMI.
- Dítě může růst pomaleji a nedosahovat včas vývojových milníků. Veďte si růstový graf a pravidelně měřte výšku a hmotnost.
- Důležitá je také péče o pokožku. Nezapomeňte zkontrolovat, zda na kůži nejsou praskliny nebo zarudlá místa. V případě potřeby nezapomeňte použít krém a při pobytu venku opalovací krém. Kontrolujte kostní výčnělky, jako

jsou paty a lokty, zda na nich nejsou zarudlá místa nebo vředy. Dále kontrolujte kožní záhyby, zda se na nich nevyskytují vyrážky. Zajistěte omytí a osušení. Pokud je to uvedeno v léčebném plánu, použijte ochranné krémy. Pokud se některá místa jeví jako potenciálně problematická, nahlaste to zdravotní sestře, která naplánuje další léčbu. Nepoužívejte žádné parfémované přípravky nebo přípravky na bázi alkoholu, protože ty mohou způsobit podráždění.

- Důležité jsou také volnočasové aktivity. Tyto aktivity nejenže pomáhají zlepšit svalový tonus, rovnováhu a koordinaci, ale také pomáhají regulovat hmotnost. Kromě toho mohou aktivity v komunitě pomoci při rozvoji socializačních dovedností. Dbejte na to, aby aktivity odpovídaly možnostem dítěte, příp. dospělého, a nezpůsobovaly nadměrnou zátěž kloubů a oslabených svalů.
- Důležité je také dodržování výživového plánu. Pacient by měl jíst tři jídla denně, která zahrnují jednotlivé skupiny potravin. Mezi techniky sebeřízení může patřit i vedení potravinového deníku, který slouží ke sledování příjmu kalorií a sodíku v případě srdečních potíží.
- Při práci s dětmi a dospělými kontrolujte správnou ústní hygienu. Pacient nemusí být schopen si účinně čistit zuby kvůli zhoršeným motorickým schopnostem nebo kognitivním poruchám a potřebuje instrukce, jak si účinně čistit zuby a používat zubní nit. K dispozici je také několik produktů, které mohou pacientům s ústní hygienou pomoci. Nezapomeňte se podívat do léčebného plánu na pomůcky nebo si promluvit se zdravotní sestrou, pokud si nějakých problémů všimnete.
- Důležitá je také bezpečnost. Pacient může špatně ovládat krk nebo být celkově slabý. Zásadní je ochrana krku a správné přemísťování pacientů upoutaných na lůžko. Lze použít techniky převalování na kládě i zvedání ve dvou lidech nebo může být nutné použít zařízení určené ke zvedání pacientů. K prevenci pádů lze použít i další zdravotnické vybavení. Příkladem jsou invalidní vozíky, sprchovací židle nebo chodítka.
- U starších dospělých může být problémem artritida. Pro podepření krku mohou být zapotřebí speciální polštáře nebo srolované ručníky. Kromě toho může být lepší alternativou než polštář složený ručník, aby krk nebyl příliš prohnutý. Ke zmírnění bolesti zad a kyčlí může pomoci také podložení klínem. Každou bolest zdokumentujte a v případě nové bolesti nebo jejího zhoršení informujte zdravotní sestru.
- Důležitá je také prevence onemocnění. Nezapomeňte pacienta naučit, aby si důkladně myl ruce a nepřibližoval se k nemocným lidem. Při výuce pacienta může být nutné rozdělit úkol na jednotlivé kroky. Používejte jednoduché, krátké věty, a pokud je to možné, požádejte pacienta, aby vám každý krok zopakoval.

Hodnocení porodní asistentky/ošetřovatelky

- Fyzické posouzení. Porodní asistentka nebo zdravotní sestra by měla provést důkladné systematické vyšetření novorozence od hlavy až k patě.

- Anamnéza. Sestry by měly získat anamnézu těhotenství matky, anamnézu porodu a genetického testování.

Ošetřovatelské diagnózy

Na základě údajů z hodnocení jsou hlavní ošetřovatelské diagnózy následující:

- Opožděný růst a vývoj související se zhoršenou schopností plnit vývojové úkoly.
- Nedostatek samoobslužnosti: koupání a hygiena, oblékání, krmení a toaleta v souvislosti s kognitivní poruchou.
- Zhoršená verbální komunikace související s narušenou receptivní nebo expresivní schopností.
- Riziko infekce související se sníženým svalovým tonem a špatným odvodem hlenu.

Plánování ošetřovatelské péče a cíle

Hlavními cíli dítěte s Downovým syndromem jsou:

- Dítě bude schopno v rámci svých současných schopností vykonávat motorické, sociální a/nebo vyjadřovací dovednosti typické pro danou věkovou skupinu.
- Dítě bude vykonávat sebeobslužné a sebekontrolní činnosti přiměřené jeho věku.
- Dítě bude schopno vytvořit způsob komunikace, kterým bude moci vyjádřit své potřeby.
- Dítě bude schopno dosáhnout včasného zhojení rány bez hnisavé drenáže nebo erytému a bude afebrilní.

Intervence ošetřovatele

- Zajistěte odpovídající výživu. Zhodnoťte schopnost dítěte polykat, poskytněte informace o správném způsobu podávání potravy a poskytněte dobré výživové poradenství.
- Časté konzultace jsou nutností. Vyzvěte rodiče, aby pravidelně kontrolovali sluch a zrak dítěte.
- Zhodnoťte porozumění problematice Downova syndromu. Poučte rodiče o Downově syndromu a péči o dítě s tímto onemocněním.
- Poskytování emocionální podpory a motivace. Pečovatelé z řad rodinných příslušníků potřebují v těchto těžkých chvílích podporu. Potřebují silnou podporu a vedení již od narození dítěte.

Hodnocení

- Dítě bylo schopno vykonávat motorické, sociální a/nebo vyjadřovací dovednosti typické pro danou věkovou skupinu v rámci svých současných schopností.
- Dítě provádělo činnosti v oblasti samoobslužnosti a sebeovládání přiměřené jeho věku.

- Dítě dokázalo vytvořit způsob komunikace, kterým lze vyjádřit své potřeby.
- Dítěti se podařilo dosáhnout včasného zhojení rány, bez hnisavé drenáže nebo erytému a bylo afebrilní.

Emocionální dopad

V některých případech se o tom, že vaše dítě trpí Downovým syndromem, dozvíte až po narození. Porod může být napínavým, až děsivým a únavným zážitkem a zjištění, že vaše dítě trpí tímto onemocněním, pak nečekaným šokem.

Pokud je to teprve krátce, co jste zjistili, že vaše dítě má Downův syndrom, můžete prožívat celou řadu pocitů, jako je strach, smutek nebo zmatek. Někteří lidé se cítí v této situaci otupělí, zatímco u jiných se téměř okamžitě objeví pocit, že musí své dítě ochránit.

Podpůrné skupiny

Pokud má vaše dítě Downův syndrom, je důležité si uvědomit, že ve své situaci nejste sami. Na světě žijí tisíce lidí s Downovým syndromem. Existuje také mnoho lidí, jako jsou rodinní příslušníci, pečovatelé a přátelé, kteří mají zkušenosti s podporou a péčí o osoby s tímto onemocněním. Možná vám pomůže, když si o svých zkušenostech promluvíte s dalšími rodinami. Mohou vám poradit a probrat s vámi případné obavy nebo strach. Pokud si nejste jisti, jak najít vhodné podpůrné skupiny, váš praktický lékař by vám měl být schopen zprostředkovat na podpůrnou skupinu kontakt.

Včasná intervence

Programy včasné intervence jsou určeny speciálně pro děti se zdravotním postižením a poruchami učení. Zaměřují se na poskytování podpory kojencům a dětem s Downovým syndromem – od jejich narození do pěti let věku. Programy včasné intervence poskytují zdravotní péči, vzdělávací programy a léčbu, například logopedii a fyzioterapii. Poskytují také poradenství a podporu rodině, která o dítě pečuje. Včasná intervence je důležitá, protože čím dříve se dítěti s Downovým syndromem dostane potřebné pomoci a podpory, tím samostatnější a zdravější pravděpodobně bude v pozdějším věku.

Podpůrný tým

Při sledování a léčbě osob s Downovým syndromem pomáhá řada různých zdravotnických pracovníků.

- Fyzioterapeut: Fyzioterapeut může pomoci osobám s Downovým syndromem zlepšit rozsah pohybu. Dítě s Downovým syndromem často absolvuje fyzioterapii již od útlého věku. Například děti s Downovým syndromem mohou mít špatný svalový tonus, takže fyzioterapeut jim může pomoci naučit se přetáčet, sedět nebo chodit.
- Logoped: Děti s Downovým syndromem mohou mít problémy s učením se mluvit, proto jim logoped může pomoci naučit se efektivněji komunikovat.

- Ergoterapeut: Ergoterapeut může lidem poskytnout praktickou podporu, která jim pomůže žít samostatněji. Může také pomoci osobám s Downovým syndromem osvojit si důležité sociální dovednosti.
- Dietolog: U lidí s Downovým syndromem může být kontrola hmotnosti obtížnější než u jiných lidí. Dietolog pomůže lidem s Downovým syndromem sestavit dietní plán, který bude přizpůsoben jejich potřebám, aby byla zajištěna zdravá, výživná a vyvážená strava.
- Praktický lékař: Váš praktický lékař vám pomůže řešit jakékoli obecnější zdravotní problémy a některé každodenní záležitosti spojené s Downovým syndromem.
- Sociální pracovník: Lidé s Downovým syndromem mohou potřebovat pomoc při překonávání některých sociálních problémů, například při hledání bydlení nebo při žádosti o finanční dávky. Sociální pracovník jim s tím pomůže a umožní jim žít nezávisleji.
- Audiolog: Lidé s Downovým syndromem mohou mít někdy problémy se sluchem. Audiolog je schopen sledovat sluch, aby mohl případné problémy co nejdříve odhalit.
- Oftalmolog a ortoptista: Oftalmolog je lékař, který se specializuje na léčbu očních onemocnění. U osob s Downovým syndromem je zvýšené riziko výskytu očních problémů, jako jsou oční infekce nebo šedý zákal. Ortoptista často spolupracuje s oftalmologem při léčbě očních onemocnění, která představují problémy s pohybem nebo zaostřováním očí, jako je šilhání (strabismus) nebo „líné oko“ (amblyopie).
- Pediatr: Pediatr je lékař, který se specializuje na léčbu dětí. Často pomáhá s koordinací různých druhů léčby, které vaše dítě musí absolvovat.
- Kardiolog: U lidí s Downovým syndromem je také zvýšené riziko vzniku srdečních problémů. Proto by se měl zdravotní stav jejich srdce pravidelně kontrolovat. Kardiolog je člověk, který se specializuje na srdeční onemocnění.

Monitorování

Děti i dospělí s Downovým syndromem musí chodit na pravidelné prohlídky, aby bylo možné jejich zdravotní stav sledovat. U lidí s Downovým syndromem je vyšší pravděpodobnost výskytu zdravotních problémů, jako je šedý zákal nebo problémy se sluchem. Je proto důležité sledovat jejich stav, aby bylo možné případné zdravotní problémy co nejdříve odhalit a léčit.

Samostatný život

S pomocí a podporou druhých může řada lidí s Downovým syndromem žít nezávislý a aktivní život. Mnoho dětí s Downovým syndromem může chodit do běžných škol. Pokud je však vaše dítě těžce postiženo Downovým syndromem nebo máte pocit, že by mu více prospělo specializované školní vzdělávání, existují mnohé školy

a další instituce, které nabízejí školní vzdělávání vyloženě pro osoby se speciálními potřebami.

3.1.6.3. Prognóza pro pacienta

Délka života lidí s Downovým syndromem se v posledních desetiletích výrazně prodloužila. V 60. letech 20. století se děti narozené s Downovým syndromem často nedožily ani desátých narozenin. Dnes dosahuje průměrná délka života lidí s Downovým syndromem 50 až 60 let.

Důležité informace o Downově syndromu

- Každý rok se narodí přibližně 6000 dětí s Downovým syndromem.
- Downův syndrom představuje přibližně jednu třetinu všech středně těžkých a těžkých mentálních postižení u dětí školního věku.
- Prevalence Downova syndromu celosvětově vzrostla v důsledku prodloužení délky života v posledních několika desetiletích.
- Charakteristické morfologické znaky jsou patrné u dětí starších než 1 rok.
- V ojedinělých případech se onemocnění může vyskytnout u několika členů rodiny. Riziko opakovaného výskytu Downova syndromu u sourozenců pacienta závisí také na věku matky.
- Poměr mužů a žen je u novorozenců s Downovým syndromem mírně vyšší (přibližně 1,15:1), ale tento efekt je omezen na novorozence s volnou trizomií 21.
- Na 50 % pacientek s trizomií 21 je plodných a tyto ženy mají až 50% šanci, že se jim narodí živé dítě, které bude mít rovněž trizomii 21.

Seznam literatury

1. Antonarakis SE, Lyle R, Dermitzakis ET, Reymond A, Deutsch S. Chromosome 21 and down syndrome: from genomics to pathophysiology. Nat Rev Genet 2004; 5(10): 725–738.
2. Capone G, Goyal P, Ares W, Lannigan E. Neurobehavioral disorders in children, adolescents, and young adults with Down syndrome. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2006; 142C(3): 158–172.
3. Carter JC, Capone GT, Gray RM, Cox CS, Kaufmann WE. Autistic-spectrum disorders in Down syndrome: further delineation and distinction from other behavioral abnormalities. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2007; 144B(1): 87–94.
4. Chapman RS, Hesketh LJ. Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2000; 6(2): 84–95.
5. Cohen WI. Current dilemmas in Down syndrome clinical care: celiac disease, thyroid disorders, and atlanto-axial instability. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2006; 142C(3): 141–148

3.1.7. Pacient s onemocněním nervosvalového systému, např. roztroušená skleróza

Pro tuto kapitolu byla jako onemocnění nervosvalového systému vybrána roztroušená skleróza.

3.1.7.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Roztroušená skleróza (RS) je chronické onemocnění postihující centrální nervový systém (CNS). Imunitní systém napadá myelin, což je ochranná vrstva kolem nervových vláken. To způsobuje zánět a jizvy nebo léze, což může ztížit vysílání signálů mozkem do zbytku těla.

Příznaky RS

U lidí s RS se vyskytuje celá řada příznaků. Vzhledem k povaze onemocnění se mohou příznaky u jednotlivých osob značně lišit. Jejich závažnost se může měnit rok od roku, měsíc od měsíce, a dokonce i den ode dne. Dva z nejčastějších příznaků jsou únava a potíže s chůzí.

Únava

Přibližně 80 % lidí s RS uvádí, že trpí únavou. Únava, která se objevuje u RS, může být vysilující a může ovlivnit vaši schopnost pracovat a vykonávat každodenní úkoly.

Obtíže při chůzi

Potíže s chůzí se u RS mohou vyskytnout z mnoha důvodů:

- necitlivost nohou nebo chodidel,
- obtížné udržení rovnováhy,
- svalová slabost,
- svalová spasticita,
- potíže se zrakem,
- přemáhající únava,
- obtížná chůze může vést i k úrazům způsobeným pádem.

Další příznaky

- akutní nebo chronická bolest,
- třes,
- kognitivní problémy týkající se soustředění, paměti a schopnosti řešit problémy. Tento stav může také vést k poruchám řeči.

Roztroušená skleróza se může rozvinout najednou nebo mohou být příznaky tak mírné, že jim ani nevěnujete pozornost. Tři nejčastější časné příznaky RS jsou:

- Necitlivost a strnulost, které postihují ruce, nohy nebo jednu stranu obličeje.

Tyto pocity se podobají pocitu brnění, který máte, když si přesedíte nohy. Objevují se však bez zjevné příčiny.

- Nerovnováha a slabost v nohou. Může se stát, že při chůzi nebo jiné fyzické aktivitě snadno klopýtnete.
- Dvojité vidění, rozmazané vidění nebo částečná ztráta zraku. Ty mohou být časným indikátorem RS. Můžete mít také bolesti očí.

Co je příčinou RS?

Pokud máte RS, dochází k poškození ochranné vrstvy myelinu kolem nervových vláken. Předpokládá se, že toto poškození je důsledkem útoku imunitního systému. Vědci se domnívají, že by se mohlo jednat o spouštěcí faktor z okolního prostředí, jako je virus nebo toxin, který spustí útok imunitního systému. Když imunitní systém napadne myelin, způsobí zánět. Ten vede ke vzniku zjizvené tkáně nebo lézí. Zánět a zjizvená tkáň narušují signály mezi mozkem a ostatními částmi těla.

Jak se RS diagnostikuje?

Pro diagnostické vyšetření lze využít:

- Vyšetření magnetickou rezonancí. Použití kontrastního barviva při MRI umožňuje lékařům odhalit aktivní a neaktivní léze v celém mozku a míše.
- Test zrakových evokovaných potenciálů. Tento test vyžaduje stimulaci nervových drah k analýze elektrické aktivity v mozku. V minulosti se k diagnostice RS používaly také sluchové testy mozkového kmene a testy senzorických evokovaných potenciálů.
- Spinální punkce (lumbální punkce). Lékař může použít spinální punkci, aby zjistil abnormality v míšním moku. Může pomoci vyloučit infekční onemocnění.
- Krevní testy. Lékaři používají krevní testy k vyloučení jiných onemocnění s podobnými příznaky.

Léky

Roztroušená skleróza pro člověka znamená, že musí navštívit odborníka, který má zkušenosti s léčbou tohoto onemocnění. Lékař s danou specializací mu pak může předepsat další léky určené k léčbě konkrétních příznaků.

Strava a cvičení

K udržení si celkového zdravotního stavu přispívá vyvážená strava s nízkým obsahem prázdných kalorií a vysokým obsahem živin a vlákniny. Pravidelné cvičení je důležité pro fyzické i duševní zdraví, a to i v případě, že máte nějaké zdravotní postižení. Pokud vám fyzický pohyb dělá potíže, může vám pomoci plavání nebo cvičení v bazénu. Některé kurzy jógy jsou určeny právě pro osoby s RS.

Další doplňkové terapie

Neexistuje moc studií o účinnosti doplňkových terapií, ale to neznamená, že tyto terapie nemohou nějakým způsobem pacientům pomoci.

Následující formy terapie vám mohou pomoci necítit se tak vystresovaně a přinést vám uvolnění:

- meditace,
- masáž,
- tai-chi,
- akupunktura,
- hypnoterapie,
- muzikoterapie.

Jaká jsou výživová doporučení pro osoby s RS?

Nebylo zatím nijak prokázáno, že by skladba stravy měla nějaký vliv na povahu onemocnění, ale může vám s některými problémy pomoci. Pokud jste například unavení, měli byste se vyvarovat stravě s vysokým obsahem tuků a jednoduchých sacharidů.

Váš jídelníček by měl obsahovat především:

- různé druhy ovoce a zeleniny,
- živočišné zdroje bílkovin, jako jsou ryby a drůbež bez kůže,
- celozrnné potraviny a další zdroje vlákniny,
- ořechy,
- luštěniny,
- mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku,
- dostatečné množství vody a dalších tekutin.

Čím lepší bude vaše strava, tím lepší bude i vaše celkové zdraví. Nejenže se budete cítit lépe v krátkodobém horizontu, ale položíte základ pro zdravější budoucnost.

Měli byste se vyhnout těmto potravinám nebo je alespoň omezit:

- nasycené tuky,
- transmastné kyseliny,
- červené maso,
- potraviny a nápoje s vysokým obsahem cukru,
- potraviny s vysokým obsahem sodíku,
- průmyslově zpracované potraviny.

Specializované diety, jako je keto, paleo nebo středomořská dieta, mohou pomoci s některými problémy, s nimiž se lidé s RS potýkají. Čtěte etikety na potravinách. Potraviny s vysokým obsahem kalorií, ale nízkým obsahem živin, vám nepomohou cítit se lépe ani si udržet zdravou váhu.

Ošetřovatelský management u pacienta s roztroušenou sklerózou

Intervence ošetřovatele	Odůvodnění
Zjistěte aktuální úroveň aktivity a fyzickou kondici pacienta. Posuďte stupeň funkčního postižení pomocí stupnice 0–4.	Poskytuje informace k vypracování plánu péče pro rehabilitaci. Poznámka: Motorické příznaky se zlepšují s menší pravděpodobností než smyslové.
Povzbuzujte pacienta, aby se o sebe staral v maximální možné míře, jak si ji sám určí. Na pacienta nespěchejte.	Podporuje nezávislost a pocit kontroly, může snížit pocit bezmoci.
Asistence podle stupně postižení. Umožnit co největší autonomii.	Účast na vlastní péči může zmírnit frustraci ze ztráty nezávislosti.
Podporovat účast pacientů na plánování.	Kvalita života pacienta se zvyšuje, když se při každodenních činnostech zohledňují jeho přání a záliby.
Všimněte si přítomnosti známek únavy.	Únava, kterou pacienti s RS pociťují, může být velmi vysilující a může mít velký vliv na schopnost zapojit se do ADL. Subjektivní povaha hlášení o únavě může být poskytovateli zdravotní péče a rodinou nesprávně interpretována, což vede ke konfliktům a přesvědčení, že pacient je „manipulativní“, i když tomu tak ve skutečnosti nemusí být.
Doporučujeme plánovat aktivity na začátku dne nebo v době, kdy je hladina energie nejlepší.	Pacienti s roztroušenou sklerózou vynakládají velké množství energie na zvládnutí ADL, což zvyšuje riziko únavy, která často postupuje během dne.
Vyhraďte si na plnění úkolů dostatek času a projevte trpělivost, když jsou pohyby pomalé.	Snížená motorika a spasticita mohou narušit schopnost zvládat i jednoduché činnosti.
Předvídat hygienické potřeby a v případě potřeby klidně pomoci s péčí o nehty, pokožku a vlasy, péčí o ústa, holení apod.	Příklad pečovatele může udat jakýsi věcný tón pro přijetí vyřizování všedních potřeb, které mohou být pro pacienta trapné a pro partnera pacienta odpudivé.
Poskytněte asistenční zařízení a pomůcky podle pokynů: židli do sprchy nebo zvýšené záchodové prkénko s opěrkami na ruce.	Snižuje únavu a zvyšuje účast na péči o sebe sama.
Pokud je pacient nepohyblivý (upoutaný na lůžko nebo židli), často ho přemisťujte. Zajistěte péči o tlakové body na kříži, kotnících a loktech. Správně polohujte a povzbuzujte ke spánku v předklonu, pokud to bude pacient tolerovat.	Snižuje tlak na náchylná místa a zabraňuje poškození kůže. Minimalizuje křeče ohýbačů kolen a kyčlí.
Pravidelně provádějte masáže a aktivní nebo pasivní cvičení ROM. Podporujte používání dlah nebo nánožníků podle indikace.	Předchází problémům spojeným se svalovou dysfunkcí a nepoužíváním svalů. Pomáhá udržovat svalový tonus a sílu a pohyblivost kloubů a snižuje riziko ztráty vápníku z kostí.
Podporujte protahování, tonizační cvičení, používání léků, studených zábalů a dlah a udržování správného zarovnání těla, pokud je to indikováno.	Pomáhá snižovat spasticitu a její účinky.
Řešení problémů, jak uspokojit potřeby výživy a tekutin.	Zajišťuje dostatečný příjem a zvyšuje pocit nezávislosti nebo sebeúcty pacienta.
Poraďte se s fyzioterapeutem a/nebo ergoterapeutem.	Užitečné při identifikaci zařízení a/nebo vybavení pro uvolnění spastických svalů, zlepšení motorických funkcí, prevenci a snížení svalové atrofie a kontraktur, podporu nezávislosti a zvýšení pocitu vlastní hodnoty.

Podávání léků podle pokynů	
Tizanidin (Zanaflex), baklofen (Lioresal), karbamazepin (Tegretol).	Novější léky používané ke snížení spasticity, podpoře svalové relaxace a potlačení reflexů na úrovni míšních nervových kořenů. Zvyšují pohyblivost a udržení aktivity. Tizanidin (Zanaflex) může mít aditivní účinek s baklofenem (Lioresal), ale používejte jej s opatrností, protože oba léky mají podobné nežádoucí účinky. Krátké trvání účinku vyžaduje pečlivou individualizaci dávkování k dosažení maximálního terapeutického účinku.
Diazepam (Valium), klonazepam (Klonopin), cyklobenzaprin (Flexeril), gabapentin (Neurontin), dantrolen (Dantrium).	Ke snížení spasticity se používá řada léků. Mechanismy nejsou dobře známy a reakce se u každého člověka liší. Proto může trvat určitou dobu zkoušení léků, než se zjistí, co nejúčinněji zmírňuje svalovou spasticitu a související bolest. Poznámka: Nežádoucími účinky mohou být zvýšená svalová slabost, ztráta svalového tonu a jaterní toxicita.
Meklizin (Antivert), skopolaminové náplasti (Transderm-Scop).	Zmírňuje závratě a umožňuje pacientovi větší pohyblivost.

„Ošetřovatelský management pacienta s roztroušenou sklerózou“ AANN, ARN, a IOMSN Clinical Practice Guideline Series https://rehabnurse. org/uploads/about/cpgms. pdf

Naučit se nově definovat, kdy mám ještě věci pod kontrolou a nejsem závislý na druhých

Někdy mohou příznaky RS progredovat do té míry, že významně zasahují do každodenních aktivit. Takové změny mohou ohrozit vaše sebevědomí a pocit vlastní hodnoty. Když k tomu dojde, měli bychom si uvědomit, že udržet vše pod kontrolou a udržet si nezávislost v každodenním životě nemusí nutně znamenat dělat vše stejně jako dříve.

Tím, že si dovolíte dělat věci jinak:

- Získáte přístup do světa asistenčních technologií (AT) – řady nástrojů a zařízení, která šetří energii a práci a umožňují vám zůstat aktivní a produktivní.
- Rehabilitační odborníci vám mohou pomoci orientovat se ve světě AT a navrhnout způsoby, jak upravit prostředí doma a v práci, abyste měli vše co nejvíce pod kontrolou a zajistili si svou nezávislost.
- Komplexní rehabilitační technologie (CRT) jsou z lékařského hlediska nezbytné výrobky, např. individuálně konfigurované ruční a elektrické invalidní vozíky a sedací a polohovací systémy, které umožňují lidem s významným zdravotním postižením, včetně pokročilé RS, řešit jejich zdravotní potřeby a zůstat nezávislými na pomoci druhých. Mezi základní součásti komplexní rehabilitační techniky patří „sada příslušenství“, jako jsou přizpůsobené sedací polštáře, prvky pro náklon v prostoru a systémy pro podporu hlavy a trupu.

Deprese a další změny nálady jsou u RS běžné a smutek je normální reakcí na změny a ztráty, které mohou pokročilou RS provázet. Pro udržení kvality života je důležité, abyste si vybudovali odolnost a získali podporu, kterou potřebujete pro zvládnutí těchto emocionálních problémů.

Předcházení komplikacím

Lidé s pokročilejší RS jsou více ohroženi určitými typy komplikací. Uvádíme zde např.:

- osteoporóza – úbytek hustoty kostí v souvislosti se sníženou pohyblivostí, zátěžovým cvičením a léčbou kortikosteroidy,
- proleženiny – poškození kůže způsobené nedostatkem pohybu nebo dlouhým pobytem na lůžku či invalidním vozíku,
- aspirační pneumonie – problém způsobený problémy s polykáním, při kterém se do plic dostanou částečky potravy,
- závažné infekce močového měchýře nebo ledvin – v důsledku chronické dysfunkce močových cest.

Abyste snížili riziko komplikací, naplánujte si pravidelné kontroly u svého lékaře pro RS a poskytovatele primární péče a oznamte jakékoli neobvyklé horečky nebo změny příznaků.

Řešení problémů s pečovatelskou službou

S postupující roztroušenou sklerózou již někdy domácí péče nestačí a nedokáže poskytovat potřebnou fyzickou pomoc. Rodinné vztahy se často zlepší, když rodinní

příslušníci již nejsou hlavními pečovateli. Bez stresu, kdy musí být pečovatel neustále k dispozici a vykonávat velmi těžkou fyzickou práci, a bez toho, aby osoba s RS musela být na rodinném příslušníkovi závislá, se mohou vrátit k normálnějším rodinným vztahům. Lidé s RS s rapidně se horšícím zdravotním stavem se často stěhují do pečovatelských domovů, neboť jejich zdravotní problémy si vyžadují odbornou péči.

3.1.7.2. Prognóza pro pacienta

Je téměř nemožné předpovědět, jak se bude RS u daného jednotlivce vyvíjet. Přibližně 10 až 15 % lidí s RS má deset let po stanovení diagnózy jen vzácné záchvaty a minimální postižení. Tento případ se někdy nazývá benigní RS. Asi polovina lidí s RS používá 15 let po stanovení diagnózy RS berlu nebo jinou formu pomoci. Po 20 letech se přibližně 60 % z nich stále pohybuje a méně než 15 % potřebuje péči o své základní potřeby.

Seznam literatury

1. Sheldon JJ, Siddharthan R, Tobias J et al. MR imaging of multiple sclerosis: comparison with clinical and CT examinations in 74 patients. AJR Am J Roentgenol 1985; 145 (5): 957–64.
2. Richards TL. Proton MR spectroscopy in multiple sclerosis: value in establishing diagnosis, monitoring progression, and evaluating therapy. AJR Am J Roentgenol 1991; 157(5): 1073–1078
3. Lövblad KO, Anzalone N, Dörfler A, et al. MR imaging in multiple sclerosis: review and recommendations for current practice. AJNR Am J Neuroradiol 2010; 31(6): 983–989.
4. Caracciolo JT, Murtagh RD, Rojiani AM, et al. Pathognomonic MR imaging findings in Balo concentric sclerosis. AJNR Am J Neuroradiol 2001; 22(2): 292–293.
5. Ge Y, Grossman RI, Udupa JK, et al. Brain atrophy in relapsing-remitting multiple sclerosis: fractional volumetric analysis of gray matter and white matter. Radiology 2001; 220(3): 606–610.

3.1.8. Starší pacient s Alzheimerovou chorobou

3.1.8.1. Charakteristika onemocnění – podstata, příznaky

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence u starších osob. Demence je ztráta kognitivních funkcí – myšlení, pamatování si a uvažování – jakož i chování, a to do té míry, že tato ztráta narušuje každodenní život a činnosti člověka. Demence má různé stupně závažnosti, od nejlehčího stadia, kdy teprve začíná ovlivňovat fungování dané osoby, až po nejtěžší stadium, kdy je již tento člověk v základních denních činnostech zcela závislý na druhých.

Alzheimerova choroba byla pojmenována po doktoru Aloisi Alzheimerovi. V roce 1906 si doktor Alzheimer všiml změn v mozkové tkáni ženy, která zemřela na neobvyklou duševní chorobu. Mezi její příznaky patřila ztráta paměti, problémy s jazykem a nepředvídatelné chování. Po její smrti provedl vyšetření jejího mozku a nalezl v něm mnoho abnormálních shluků (dnes nazývaných amyloidní plaky) a spletených svazků vláken (dnes nazývaných neurofibrilární nebo tauové spleti).

Změny v mozku

Zpočátku se zdá, že k poškození dochází v hipokampu a entorhinální kůře, což jsou části mozku důležité pro vytváření vzpomínek. Tím, jak odumírá více neuronů, jsou postiženy další části mozku a začínají se zmenšovat. V konečné fázi Alzheimerovy choroby je poškození rozsáhlé a mozková tkáň se výrazně zmenšuje.

Příznaky

První příznaky Alzheimerovy choroby se u jednotlivých osob liší. U mnoha lidí může zhoršení nepaměťových aspektů poznávání, jako je hledání slov, problémy s viděním/prostorem a zhoršené uvažování nebo úsudek, signalizovat velmi raná stadia Alzheimerovy choroby. Vědci zkoumají biomarkery (biologické známky onemocnění, které se nacházejí v obrazech mozku, mozkomíšním moku a krvi), aby zjistili časné změny v mozku lidí s mírnou kognitivní poruchou (MCI) a u lidí s normálními kognitivními funkcemi, kteří mohou být více ohroženi Alzheimerovou chorobou. Studie naznačují, že takováto včasná detekce je možná, ale je zapotřebí dalšího výzkumu, než bude možné tyto techniky rutinně používat k diagnostice Alzheimerovy choroby v každodenní lékařské praxi.

Co je příčinou Alzheimerovy choroby?

U lidí s časným nástupem Alzheimerovy choroby může být příčinou genetická mutace. Alzheimerova choroba s pozdním nástupem vzniká v důsledku složité série změn v mozku, které probíhají po desetiletí. Příčiny pravděpodobně zahrnují kombinaci genetických faktorů, faktorů životního prostředí a životního stylu. Význam některého z těchto faktorů pro zvýšení nebo snížení rizika vzniku Alzheimerovy choroby se může u jednotlivých osob lišit.

Genetika

U většiny lidí s Alzheimerovou chorobou se jedná o pozdní formu onemocnění, u které se příznaky projevují po 60. roce života. Vědci zatím nenašli konkrétní gen, který by přímo způsoboval pozdní nástup Alzheimerovy choroby. Jedna z forem genu pro apolipoprotein E (APOE) však zvyšuje riziko onemocnění. Tento gen má několik forem. Jedna z nich, APOE ε4, zvyšuje riziko vzniku onemocnění a je také spojena s dřívějším věkem nástupu nemoci. Nosičství formy genu APOE ε4 však neznamená, že se u člověka Alzheimerova choroba vyvine, a onemocnět mohou i někteří lidé, u nichž se forma genu APOE ε4 nevyskytuje.

Zdravotní faktory, faktory životního prostředí a životního stylu

Výzkum naznačuje, že na vzniku a průběhu Alzheimerovy choroby se kromě genetiky může podílet celá řada dalších faktorů. Velký zájem vzbuzuje například vztah mezi zhoršováním kognitivních funkcí a cévními onemocněními, jako jsou srdeční choroby, mrtvice a vysoký krevní tlak, a také metabolickými stavy, jako je cukrovka a obezita. Probíhající výzkum nám pomůže pochopit, zda a jak může snížení rizikových faktorů těchto onemocnění snížit také riziko Alzheimerovy choroby.

Výživná strava, fyzická aktivita, společenské aktivity a duševně podnětné činnosti jsou spojovány s tím, že pomáhají lidem zůstat ve stáří zdraví. Tyto faktory mohou také pomoci snížit riziko zhoršení kognitivních funkcí a Alzheimerovy choroby. Některé z těchto možností se testují v rámci klinických studií.

Diagnostika Alzheimerovy choroby

K diagnostice Alzheimerovy choroby mohou lékaři:

- Položit osobě a jejímu rodinnému příslušníkovi nebo příteli otázky týkající se celkového zdravotního stavu, užívání léků na předpis a volně prodejných léků, stravy, zdravotních problémů v minulosti, schopnosti vykonávat každodenní činnosti a změn v chování a osobnosti.
- Provést testy paměti, řešení problémů, pozornosti, počítání a jazyka.
- Provést standardní lékařské testy, například vyšetření krve a moči, aby byly zjištěny další možné příčiny problému.
- Provést vyšetření mozku, například počítačovou tomografii (CT), magnetickou rezonanci (MRI) nebo pozitronovou emisní tomografii (PET), aby byly vyloučeny jiné možné příčiny příznaků.

Tyto testy lze opakovat, aby lékaři získali informace o tom, jak se paměť a další kognitivní funkce člověka v průběhu času mění.

Lidé, kteří mají problémy s pamětí a myšlením, by se měli poradit se svým lékařem, aby zjistili, zda jsou jejich příznaky způsobeny Alzheimerovou chorobou nebo jinou příčinou, například mrtvicí, nádorem, Parkinsonovou chorobou, poruchami spánku, vedlejšími účinky léků, infekcí nebo demencí, která není způsobena Alzheimerovou chorobou. Některé z těchto stavů mohou být léčitelné a případně mohou i vést k návratu do normálu.

Pokud je diagnostikována Alzheimerova choroba, může zahájení léčby v rané fázi onemocnění pomoci na určitou dobu zachovat každodenní fungování, i když základní proces průběhu onemocnění nelze zastavit ani zvrátit. Včasná diagnóza také pomáhá rodinám lépe plánovat do budoucna. Mohou se postarat o finanční a právní záležitosti, řešit případné bezpečnostní problémy, dozvědět se o možnostech bydlení a vytvořit pomocnou záchrannou síť.

Včasná diagnóza navíc dává lidem větší možnosti účastnit se klinických studií, které testují možné nové způsoby léčby Alzheimerovy choroby, nebo jiných výzkumných studií.

3.1.8.2. Specifický charakter ošetřovatelství u tohoto onemocnění

- Sestry musí dbát na lepší verbální a neverbální komunikaci s osobou s Alzheimerovou chorobou.
- Zdravotní sestry musí zvládat změny osobnosti a chování, jako je například váhavost nebo smutek, které jsou u lidí s Alzheimerovou chorobou běžné.
- Zdravotní sestry musí používat různé tipy pro péči o osoby s Alzheimerovou chorobou nebo příbuznou demencí, aby zvládly problémy se spánkem.
- Zvládat neklid nebo agitovanost pozdě odpoledne, večer, při západu slunce u osoby s Alzheimerovou chorobou.
- Naučit se, jak reagovat a zachovat klid, když se u osoby s Alzheimerovou chorobou objeví halucinace, bludy nebo paranoia.
- Zjistit, jaká opatření je třeba doma učinit, aby pacient s Alzheimerovou chorobou nebloudil, orientoval se v prostoru.
- Přijmout opatření na ochranu věcí, když má pacient s Alzheimerovou chorobou možnost prohledávat zásuvky a další úložné prostory.
- Pochopit možné příčiny agitovanosti a agresivity související s Alzheimerovou chorobou a naučit se, jak reagovat na problematické chování.
- Zjistit, jak se vyrovnat se změnami ve vztahu v souvislosti s Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí.
- Zjistit, k jakým změnám dochází v intimitě, sexualitě a sexu.
- Po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby použijte tyto tipy, které pomohou informovat rodinu a přátele o této nemoci a o tom, jak komunikovat s osobou trpící Alzheimerovou chorobou.
- Pomozte dětem, dospívajícím příbuzným a vnoučatům porozumět Alzheimerově chorobě a předejte jim nápady, jak lze s pacientem společně trávit čas.
- Problémy s financemi bývají jedním z raných příznaků Alzheimerovy choroby. Přečtěte si, jaké tyto varovné příznaky jsou a co může člen rodiny udělat, aby zabránil zbytečné ztrátě financí.
- Zjistěte, kdy a jak je vhodné začít připravovat právní a finanční záležitosti pro

osobu s Alzheimerovou chorobou. Zajistěte, aby byly předem nadefinovány jasné pokyny, jak postupovat ve věci závěti a dalších podmínek.
- Získejte tipy pro zabezpečení chodu domácnosti osoby s Alzheimerovou chorobou nebo příbuznou demencí. Přečtěte si informace o bezpečnostním vybavení pro domácnost, možných nebezpečích, prevenci zranění a pádů a další informace.
- Získejte tipy pro zabezpečení domácnosti podle jednotlivých místností, abyste zajistili bezpečnost osoby s Alzheimerovou chorobou v celé domácnosti včetně koupelny, obývacího pokoje, ložnice a kuchyně.
- Buďte připraveni pomoci osobě s Alzheimerovou chorobou při přírodních katastrofách. Zjistěte, jaké zásoby je třeba mít po ruce a co dělat, pokud musíte opustit domov.
- Zjistěte, jaké jsou nebezpečné známky toho, že by měl člověk s Alzheimerovou chorobou omezit jízdu autem nebo úplně přestat řídit, a jak o této otázce citlivě hovořit.
- Lidem s Alzheimerovou demencí mohou pomoci zdravé potraviny, jako jsou ovoce a zelenina.
- Pomozte lidem s Alzheimerovou chorobou bezpečně užívat léky. Krabička na léky a různé nastavení upomínek mohou snížit jejich zmatek.
- Získejte rady, jak pomoci člověku s Alzheimerovou chorobou s bezpečností při koupání nebo sprchování, s péčí o zuby a nehty, s oblékáním a dalšími činnostmi.
- Zapojte osoby s Alzheimerovou chorobou a příbuznými demencemi do každodenních aktivit a výletů, včetně zahradničení, návštěvy restaurací a cestování.
- Zjistěte si, jak lze sladit náročné prázdninové aktivity s každodenní péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou.
- Zjistěte si, jaká jsou různá zařízení denní péče, na co se ptát při shánění místa a jak si péči přes den usnadnit.
- Při péči o osobu s Alzheimerovou chorobou si dejte pozor na běžné zdravotní problémy, včetně horečky, zápalu plic, dehydratace, inkontinence a pádů.
- Návštěva nemocnice může být pro člověka s Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí velmi stresující. Zjistěte, co můžete očekávat a jak se připravit na návštěvu pohotovosti nebo nemocnice.
- Přečtěte si, jak zajistit pohodlí, pečovat o kůži a nohy, pomáhat při jídle a předcházet proleženinám.
- Zjistěte, jak získat pomoc od rodiny, přátel a dalších osob. Pečujte o své tělesné, duševní i duchovní zdraví.
- Zlepšete své komunikační dovednosti a zvládněte podvečerní problematické stavy a další projevy chování pomocí těchto zdrojů informací pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou.
- Sežeňte si zdroje informací, jak zvládat příznaky úzkosti, stresu a dalších emocí, které pramení z péče o osobu s Alzheimerovou chorobou.

- Pomozte dětem a dospívajícím příbuzným vyrovnat se s jejich pocity, když někdo z rodiny trpí Alzheimerovou chorobou. Vyhledejte knihy, články a webové stránky pro děti všech věkových kategorií.

3.1.8.3. Prognóza pro pacienta

Alzheimerova choroba se časem zhoršuje a v konečné fázi se stává smrtelnou. Osoby s Alzheimerovou chorobou žijí v průměru čtyři až osm let od stanovení diagnózy. Někteří pacienti mohou žít i 20 let po stanovení diagnózy. Průběh nemoci se u jednotlivých osob liší. Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, a proto se její příznaky zhoršují a postupně vedou k větší míře závislosti na pomoci druhých.

Nemoc prochází různými stádii:

- Mírná kognitivní porucha. V této fázi má pacient problémy s pamětí, ale dokáže si zachovat samostatnost a nepotřebuje pomoc druhých.
- Demence. V této fázi je již pro pacienta obtížné zvládnout některé činnosti sám. Může se jednat o lehkou demenci, pokud má problémy pouze se složitými úkony, nebo o těžkou demenci, pokud již není schopen vykonávat vůbec žádné úkony a ztratil schopnost mluvit a chodit.

Akutní komplikace

- Změněné chování. U pacientů s Alzheimerovou chorobou, zejména ve středně těžkém nebo těžkém stadiu, se mohou projevovat výrazné změny chování v podobě podrážděnosti, agresivity nebo zmatenosti, které mohou být doprovázeny bludy a/nebo halucinacemi. Ačkoli tyto příznaky mají tendenci se vyvíjet postupně, někdy se mohou objevit náhle během několika hodin nebo dnů. Tyto epizody jsou často způsobeny změnami v rutinním životě pacienta nebo kvůli zdravotním problémům, i když mohou být jen mírné a někdy těžko identifikovatelné.
- Respirační nebo močové infekce. Respirační infekce a močová inkontinence se často vyskytují v pokročilých stadiích onemocnění. Pacienti mohou mít také potíže se správným polykáním potravy.

Chronické komplikace

Alzheimerova choroba je chronické a progresivní onemocnění. Možné chronické komplikace spojené s touto nemocí se liší podle stadia vývoje pacienta. V počátečních stadiích se u pacientů často objevují poruchy nálady, které mohou být součástí samotného onemocnění, nebo proto, že se obávají kognitivních problémů, které u sebe zaznamenali, nebo samotné diagnózy, zejména pokud je tato stanovena včas.

V současné době, v souvislosti s celosvětovou pandemií Sars-Cov-2, je třeba si uvědomit široké spektrum vlivu tohoto viru na lidské zdraví a život. Z běžně dostupných výzkumů vyplývá, že tento virus způsobuje poruchy paměti a další potíže s duševním zdravím pacienta.

Seznam literatury

1. Nicodemus NE, Becerra S, Kuhn TP, Packham HR, Duncan J, et al. Focused transcranial ultrasound for treatment of neurodegenerative dementia. Alzheimers Dement (NY) 2019; 5: 374–381. Sci Rep 2018; 8(1): 12882.
2. Karakatsani ME, Kugelman T, Ji R, Murillo M, Wang S, et al. Unilateral Focused UltrasoundInduced Blood-Brain Barrier Opening Reduces Phosphorylated Tau from The rTg4510 Mouse Model. Theranostics 2019; 9(18): 5396–5411.
3. Meng Y, MacIntosh BJ, Shirzadi Z, Kiss A, Bethune A, et al. Resting state functional connectivity changes after MR-guided focused ultrasound mediated blood-brain barrier opening in patients with Alzheimer's disease. Neuroimage 2019; 200: 275–280.
4. Poon CT, Shah K, Lin C, Tse R, Kim KK, et al. Time course of focused ultrasound effects on β-amyloid plaque pathology in the TgCRND8 mouse model of Alzheimer's disease. Sci Rep 2018; 8(1): 14061.
5. Hsu PH, Lin YT, Chung YH, Lin KJ, Yang LY, et al. Focused Ultrasound-Induced Blood-Brain Barrier Opening Enhances GSK-3 Inhibitor Delivery for Amyloid-Beta Plaque Reduction. Sci Rep 2018; 8(1): 12882.

3.2 Porod v terénu

Porod v terénu může proběhnout v několika situacích.

Může jít o:

- předčasný porod,
- překotný porod v termínu,
- plánovaný porod v domácích podmínkách.

Doby a fáze porodu:

- I. doba porodní – otevírací, doba dilatace, u nullipar trvá 8–10 hodin, u multipar 6–7 hodin. Tato doba se dělí:
  - na latentní – kontrakce pozvolné, kolem jedné za 5 minut,
  - aktivní – hrdlo se dilatuje na 4 až 7 cm, čípek je spotřebovaný, kontrakce zesilují kolem 3 minut, doba trvání je 45 vteřin,
  - přechodnou – hrdlo dilatuje na 8–10 cm, kontrakce jsou silné po dvou až třech minutách v trvání 90 vteřin.

- II. doba porodní (vypuzovací) – průměrné trvání u nullipar je 50 minut, multipara 20 minut, hrdlo je zcela dilatované na 10 cm,
- III. doba porodní (k lůžku) – trvá 5–10 minut, maximálně 60 minut, pokud rodička nekrvácí, děloha se silně stahuje,
- IV. doba porodní – dvě hodiny po porodu, děloha by měla zůstat stažena mezi pupkem a sponou stydkou, nutné sledování krvácení.

3.2.1. Předčasný porod

Předčasný porod lze rozdělit na:

- iatrogenní – předčasný porod, ukončení těhotenství z důvodu fetální či fetomaternální komplikace,
- spontánní předčasný porod, který se rozděluje na spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan a předčasný odtok plodové vody.

Hrozící spontánní předčasný porod je charakterizován pravidelnou či nepravidelnou děložní aktivitou před 37. týdnem. Předčasný porod může probíhat symptomaticky s děložní činností nebo s odtokem plodové vody či asymptomaticky zkrácením děložního hrdla.

Potíže těhotné ženy u předčasného porodu:

- bolesti v podbřišku a v bederní oblasti,
- zvýšený výtok z pochvy,
- pravidelné děložní kontrakce,
- tlak v pánvi – pocit, že se dítě tlačí dolů,
- křeče v břiše, průjem,
- krvácení,
- masivní odtok plodové vody.

3.2.2. Porod v termínu v terénu neboli překotný porod

Překotný porod má mezi porodníky jasnou definici. Je to spontánně probíhající porod, který trvá méně než dvě hodiny. Od prasknutí plodové vody do narození miminka ale často zbývají jen desítky minut, během nichž není možné stihnout dojet do porodnice. Proto je lépe, než rodit na cestě, zůstat na místě a okamžitě zavolat záchrannou službu.

Péče o rodičku:

- zajistit ručníky, tkaninu a nůžky, pokud je to možné, umýt si ruce a nasadit si rukavice, nutné zajistit intimitu rodičky,

- rodičku uvést do polohy v polosedě nebo leže s pokrčenými dolními končetinami s koleny od sebe, případně do alternativní polohy,
- slovní poučení rodičky: „… při každé kontrakci se zhluboka nadechněte, zadržte dech, zavřete oči a silně zatlačte…“ Během první doby porodní by rodička rozhodně neměla tlačit. Je to nebezpečné a může dojít k poranění. Během kontrakcí v první době porodní pomáhá jemné, rychlé prodýchávání bolesti, jako by chtěla odfouknout peříčko. Mimo kontrakce se má dýchat klidně a normálně,
- pokud je porod bez komplikací, většinou proběhne sám za minimální asistence. Dítě se nesmí tahat násilím, po porodu hlavičky je nutné vyčkat zevní rotace, během následujícího stahu se postupně rodí raménka a tělíčko. V případě, že má děťátko omotanou pupeční šňůru okolo krku, zasuneme prst pod pupeční šňůru a jemným tahem ji přetáhneme přes hlavičku. Novorozenci je nutné zajistit „měkký dopad“. Můžeme ho podržet na předloktí s obličejem níže než tělo, aby z dýchacích cest odtekly zbytky plodové vody a hlenů.

Pozor!

Dítě je mokré a klouže, mohlo by vám upadnout!

- Novorozence ihned otřeme, otírání by mělo být hrubší, hlavně na zádech a ploskách chodidel. Tím jej zároveň stimulujeme, aby se nadechlo a adaptovalo na pro něj nové podmínky pro život. Pokud dítě nezačne po chvilce od porodu dýchat, je nutné zahájit okamžitě resuscitaci. Před zahájením resuscitace je nutné podvázat a přerušit pupečník. Novorozence je nutné ihned důkladně zabalit, včetně hlavičky, aby neprochladl. Zabalené miminko je vhodné co nejdříve položit mamince na tělo.
- Novorozenec je spojen s maminkou pupeční šňůrou, která několik minut po porodu ještě tepe. S přestřižením pupečníku není třeba spěchat. Jakmile pupečník zcela dotepe, pak jej ve vzdálenosti asi 20 cm od bříška dítěte podvážeme na dvou místech vzdálených od sebe asi deset centimetrů. Tato místa musí být utažená co nejvíce, neboť může dojít k vykrvácení. Přestřižení mezi podvazy je lépe nechat na záchranářích.
- Provedeme poporodní ošetření novorozence: osušení novorozence, hodnotí se akce srdeční, dýchání v 1., 5., 10. minutě po porodu (skóre podle Apgarové), barva kůže, tonus, reakce na podráždění.
- Monitorujeme životní funkce – dech, puls, vědomí rodičky.

Životní funkce monitorujeme, abychom mohli včas reagovat na případnou dekompenzaci stavu pacientky. Kompresí děložního fundu stimulujeme zavinování děložní a kontrakci cév, a přispíváme tak ke stavění poporodního krvácení. Dítě a matku předáme do péče zdravotnického zařízení.

Pamatujte:

- Nikdy!!! se nesnažte násilím porodit placentu, např. taháním za pupečník apod.
- Nikdy netahejte hlavičku plodu ven silou!
- Pamatujte, že u novorozence dochází k velmi rychlému poklesu tělesné teploty – ihned po narození musíme chránit jeho tělíčko a zátylek čímkoli, třeba i fóliovým sáčkem, a nechat obličej dítěte odkrytý! Fólie dokonale udržuje teplotu. Navíc můžete miminko zabalit ještě do deky nebo do ručníku.
- Na pupeční šňůře by se měl udělat pevně utažený uzel, aby se zabránilo nadměrné ztrátě krve. Nemusíte mít strach – použití síly, abyste šňůru zavázali, neublíží ani novorozenci, ani jeho matce.
- Neplánovaný porod mimo nemocnici představuje pro rodičku obrovský stres – zachovejte klid, podpořte ji svou přítomností, projevte ochotu jí pomáhat.
- Zůstaňte s rodičkou a novorozencem až do příjezdu sanitky – sdělte lékařskému týmu, co se do jejich příjezdu stalo. Sdělte jim všechny podrobnosti – i když pro vás bylo něco obzvlášť nepříjemné.

Seznam literatury

1. LEIFER, G. 2004 Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-0668-7.
2. PROCHÁZKA, M., PILKA, R. 2016 Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. Olomouc: AED-Olomouc, s. r. o.
3. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. 2014 Porodnictví. Praha: Grada. s. 576. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. JENCZURA, A., KOTLARZ, B., NAWORSKA, B. Samodzielność zawodowa położnej. Alternatywne miejsca porodu (poród domowy, poród tzw. uliczny). In: Naworska B, Kotlarz B, ed. Poród: Przebieg, zasady prowadzenia i kompetencje położnicze. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; 2015: 130–150.

3.3 Eklampsie

Eklampsie je definována jako křečový stav v těhotenství, za porodu a 10 dnů po porodu splňující alespoň dvě z následujících kritérií diagnostikovaných do 24 hodin od záchvatu:

- hypertenze ≥ 140/90,
- proteinurie > 300 mg/24 hodin nebo poměr albumin/kreatinin > 30 mg/mmol,
- trombocytopenie < 100x109/l,
- vzestup sérové hladiny AST > 1,5 µkat/l.

Eklampsie vzniká jako komplikace neléčené nebo neadekvátně léčené závažné hypertenze nebo těžké preeklampsie. Za posledních několik desetiletí došlo ve vyspělých zemích k výraznému snížení incidence eklampsie, přestože se nemění incidence preeklampsie. Tento úspěch spočívá v kvalitní a široce dostupné prenatální péči a je důkazem toho, že se jedná o preventabilní onemocnění. Proto patří výskyt eklampsie mezi základní indikátory kvality perinatální péče. Většina záchvatů vzniká po 28. týdnu gravidity. Téměř v polovině případů se s nimi setkáme před porodem, v 10–20 % v průběhu porodu a více jak třetina se objeví po porodu, nejčastěji do 48 hodin.

Klasicky probíhá záchvat ve čtyřech fázích:

1. prodromy,
2. fáze tonických křečí,
3. fáze klonických křečí,
4. bezvědomí.

Prodromální fázi charakterizují příznaky shodné se symptomatologií těžké preeklampsie, tzn. bolesti hlavy ve frontální nebo okcipitální krajině, poruchy vizu, světloplachost, epigastrická bolest, hyperreflexie. Někdy pozorujeme drobné záškuby mimického svalstva, stáčení očních bulbů. Toto stadium trvá obvykle velmi krátkou dobu a přechází do fáze tonických křečí. Ty začínají obvykle jako záškuby žvýkacích svalů, následované spazmy svalů hrudníku a bránice (což vede k apnoi), šíjových a zádových svalů, které fixují páteř v opistotonu, a také svalů dolních a horních končetin (boxerské postavení horních končetin, zaťaté pěsti). Po několika sekundách se objevují klonické křeče trvající řádově minuty. Projevují se nekoordinovanými záškuby těla, zejména končetin. Typické pohyby paží a rukou bývají přirovnávány k „bubnování tambora“. Také se objevuje chrčivé dýchání a cyanóza. V tomto stadiu hrozí plicní aspirace, srdeční selhání a abrupce placenty. V poslední fázi upadá pacientka do hlubokého kómatu (mydriáza zornic a hluboké, pravidelné dýchání). Následuje amnézie. Porucha vědomí může trvat i několik hodin.

V případě, že není eklampsie adekvátně léčena, může dojít k nakupení záchvatů (opakované křeče) a vyústit v život ohrožující status eklampticus. Termínem eklampsia sine eklampsia označujeme formu onemocnění, kdy stadium křečí chybí

a žena upadá přímo do kómatu. Komplikace onemocnění se neliší od komplikací při preeklampsii.

Terapeutický management spočívá v zajištění vitálních funkcí a potlačení křečové aktivity, kdy po stabilizaci rodičky indikujeme urgentní ukončení gravidity porodem císařským řezem; výjimečně v průběhu porodu, respektive ve 2. době porodní vaginální extrakční operací. Základem farmakologické intervence je antikonvulzivní terapie s cílem zabránění opakování křečového stavu. Nejvyšší antikonvulzivní účinek má intravenózní aplikace magnesium sulfátu ($MgSO_4$), kdy iniciální dávka představuje bolus 4–6 g pomalu intravenózně (5–10 minut) a následuje kontinuální infuze 1 g $MgSO_4$ za hodinu pod dobu 24–48 hodin. Tato léčba se často kombinuje se sedativy (diazepam 5–10 mg intravenózně bolus opakovaně). Po proběhlém eklamptickém záchvatu a ukončení gravidity je plně indikovaná další péče na JIP/ARO dle podmínek pracoviště, kde se zaměřujeme na intenzivní monitoring vitálních funkcí, antikonvulzivní a antihypertenzní terapii. Terapeutické postupy (včetně laboratorních vyšetření) se neliší od léčby těžké preeklampsie nebo HELLP syndromu.

Každý křečový stav nebo porucha vědomí je indikací k neurologickému vyšetření. Pokud porucha přetrvává i přes adekvátní terapii, musíme myslet na jinou etiologii onemocnění (intrakraniální krvácení, tumor mozku, edém mozku, metabolické příčiny atd.) a doplňujeme další laboratorní vyšetření nebo zobrazovací metody (CT, MRI, EEG).

Klíčovou roli v rozvoji preeklampsie hraje placentární tkáň, respektive abnormální vývoj placentárních cév. Hovoříme o abnormální remodelaci spirálních arterií. Při fyziologickém těhotenství pronikají buňky cytotrofoblastu deciduou a indukují přeměnu vysokoodporových spirálních arterií na nízkoodporové, široce otevřené, zajišťující dostatečné zásobení plodu a placenty mateřskou krví. Tento proces probíhá od konce prvního trimestru do 18. až 20. týdne těhotenství. Při preeklampsii remodelace spirálních arterií neproběhne, proto zůstávají úzké a vysokoodporové, což vede ke snížení krevní perfuze placentou a k její hypoxii a ischemii. Hypoxická placenta produkuje řadu biologicky aktivních látek, které po vstupu do mateřské cirkulace způsobí generalizovanou poruchu funkce mateřského endotelu (výstelky mateřských cév) – tzv. endoteliální dysfunkci. Poškození endotelu se projeví multiorgánovým postižením (CNS, jater, plic, ledvin, krve), únikem tekutiny z cév do intersticiálního a třetího prostoru s charakteristickou tvorbou edémů (obličej a ruce), ascitu, v závažných případech také plicního edému, edému mozku. Hypertenze pravděpodobně vzniká v důsledku cévních spazmů a bývá většinou prvním zjevným příznakem. Dysfunkční placenta má také negativní vliv na vývoj plodu se zpomalením až zástavou jeho růstu, tzv. intrauterinní růstovou retardací. Rozvoj a průběh onemocnění ovlivňuje množství imunologických, genetických a zánětlivých faktorů. Riziko abnormální placentace také zvyšují závažné zdravotní komplikace spojené s cévní insuficiencí jako např. preexistující hypertenze, diabetes, systémový lupus erythematodes, ledvinná onemocnění apod.

Výše uvedené patofyziologické změny charakterizují především časnou formu preeklampsie nastupující před 34. týdnem těhotenství. Závažná porucha fetoplacentární jednotky způsobí intrauterinní růstovou retardaci plodu (nízkou porodní váhu) a ve většině případů těžký průběh choroby s nutností rychlého ukončení gravidity, často velmi brzo před termínem porodu. Proto je časná preeklampsie spojena se závažnou mateřskou a neonatální morbiditou a mortalitou.

Pozdní forma preeklampsie s nástupem po 34. týdnu těhotenství vzniká spíše na podkladě chronického onemocnění matky. Porucha fetoplacentární jednotky nebývá tak závažná a má dobrou prognózu pro matku i plod, který zachovává fyziologický růst a má normální porodní váhu.

Ohrožené skupiny žen:

- nullipary,
- věk < 18 let a > 35 let,
- rodinná anamnéza preeklampsie,
- osobní anamnéza preeklampsie nebo gestační hypertenze,
- vícečetná gravidita,
- vysoký BMI nad 35,
- preexistující/chronická hypertenze,
- preexistující diabetes mellitus,
- renální onemocnění,
- vaskulární onemocnění,
- systémový lupus erythematodes,
- antifosfolipidový syndrom,
- trombofilní mutace.

Včasnou diagnostiku tohoto onemocnění umožňuje především správně poskytovaná prenatální péče. Při každé kontrole v prenatální poradně cíleně pátráme po možných rizikových faktorech a na základě anamnestických údajů vyhodnocujeme míru rizika rozvoje choroby. Pravidelně se měří krevní tlak, vyšetřuje moč na přítomnost bílkoviny, kontroluje přírůstek tělesné hmotnosti včetně vzniku edémů. Sleduje se vývoj a růst plodu.

Preeklampsii klasifikujeme podle závažnosti:

- mírná: hodnoty TK 140/90 až 159/109 mmHg, bez známek těžké preeklampsie,
- těžká: hodnoty TK ≥ 160/110, oligurie < 400 ml/24 hodin, známky HELLP syndromu (epigastrická bolest, bolest v pravém hypochondriu, trombocytopenie < 100x109/l a/nebo elevace jaterních enzymů: AST, ALT), plicní edém, známky progredujícího renálního selhávání, nově vzniklé bolesti hlavy, poruchy vizu, nauzea a zvracení.

Pro preeklampsii je typická retence tekutin v organismu s náhlým hmotnostním přírůstkem a rozvojem generalizovaných edémů zejména v obličeji, na krku a rukou, ve velmi závažných případech se rozvíjí anasarka, ascites, fluidothorax, fluidoperikard, event. plicní edém nebo edém mozku. Přítomnost izolovaných edémů dolních končetin u normotenzních žen patří k fyziologickým známkám třetího trimestru

gravidity. Hmotnostní přírůstek o více než 20 % tělesné hmotnosti nebo více než 1 kg za týden se považuje za rizikový.

Pozor na tyto projevy:

- bolest hlavy lokalizovaná ve frontální krajině a za očima vzniká při vazospamu cév v mozku a hrozí nebezpečí eklamptického záchvatu a krvácení do mozku,
- poruchy vizu se projevují vznikem skotomů (výpadek v zorném poli), rozostřeným viděním, diplopií (dvojité vidění), fotofobií (světloplachost), v důsledku hypertenze může dojít ke krvácení do sítnice s jejím odchlípením, krvácení do sklivce a velmi vzácně ke kortikální slepotě,
- epigastrická bolest nebo bolest v pravém hypochondriu způsobuje napínání pouzdra jater v důsledku subkapsulárního krvácení. Laboratorně vedle proteinurie vyšetřujeme krevní obraz a biochemické parametry.

Komplikace preeklampsie můžeme rozdělit:

- Mateřské, související s multiorgánovým postižením:
  - eklampsie (viz kapitola křečové stavy),
  - intrakraniální krvácení,
  - edém sítnice,
  - plicní edém,
  - selhání ledvin,
  - srdeční selhání,
  - HELLP syndrom,
  - DIC.
- Fetální, související s poruchou fetoplacentární jednotky:
  - abrupce placenty,
  - intrauterinní růstová restrikce,
  - předčasný porod (iatrogenní),
  - nitroděložní úmrtí plodu.

Základní léčbou preeklampsie je ukončení těhotenství. V případě nutnosti ukončení gravidity před 34. + 6 týdnem gravidity musí dojít k léčbě plodu. Farmakologickou intervencí se snažíme o prevenci mateřských komplikací a o prodloužení gravidity. Rozdílně se přistupuje k léčbě mírné a těžké preeklampsie.

Při mírné preeklampsii – krevním tlaku 140/90 mmHg, se nasazuje antihypertenzní terapie. Krevní tlak je nutné udržovat na 140/90 mmHg. U mírné preeklampsie je možno těhotnou sledovat i ambulantně, samozřejmě vždy záleží na klinickém stavu a laboratorních výsledcích. V případě těžké preeklampsie se těhotná žena hospitalizuje na JIP.

Ošetřovatelská péče před chirurgickým ukončením porodu

- zajištění minimálně jedné kvalitní žilní linky,
- měření vitálních funkcí TK, P, EKG, SpO2,
- kontrola krvácení z rodidel a kontrakce děložní,
- natáčení kardiotokografu,
- odběry krve na krevní obraz, koagulační faktory a křížový pokus,
- sledování vědomí, nauzey, poruchy vizu, bolesti hlavy, bolesti v epigastriu,
- sledovat bilanci tekutin,
- příprava a edukace rodičky k chirurgickému řešení ukončení těhotenství,
- prevence tromboembolické nemoci.

Pooperační péče po chirurgickém porodu:

- monitoring vitálních funkcí,
- kontrola kontraktility dělohy a stav krvácení, měření krevní ztráty,
- kontrola vitální funkce: TK, P, EKG, SpO2,
- kontrola vědomí, nauzey, bolesti hlavy a bolesti v epigastriu,
- sledování diurézy, bilance tekutin a odpadů z drénů,
- odběry biologického materiálu,
- terapeutické ordinace,
- aseptické převazy, hodnocení invazivních a neinvazivních vstupů,
- edukace o pitném režimu a časné rehabilitaci na lůžku,
- mezioborová spolupráce,
- vedení zdravotnické dokumentace.

Seznam literatury:

1. ŠIMETKA, O. et al. 2013 HELLP syndrom. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-361-9.
2. VLK, R. 2015 Preeklampsie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-460-9.

3.4. Epilepsie v těhotenství

3.4.1. Charakteristika epilepsie

Epilepsie patří mezi nejčastější onemocnění centrálního nervového systému. Jde o záchvatovité stavy, které jsou typické pro toto onemocnění. Jde o onemocnění, které je staré jako lidstvo samo, popsal ho už Hippokrates. Název pochází z řeckého slova „epilambein“ neboli zachvátit, padnout.

Epilepsie není choroba s jedinou příčinou. Existuje skupina tzv. idiopatických, tedy primárních epilepsií, kde se nenalézají žádné změny na mozku ani jiných orgánech a u nichž často významnou roli hraje dědičnost.

Symptomatické epilepsie (druhotné) se mohou vyvinout po poškození mozku, například během nitroděložního vývoje, při porodu, po prodělaném úrazu, zánětu nebo krvácení. Příčinou poškození mozku může být i metabolické a degenerativní onemocnění.

Epileptické záchvaty jsou přechodné a krátkodobé stavy, obvykle vteřinového či minutového trvání.

Jejich příznaky jsou velmi pestré a mohou zahrnovat:

- změnu vědomí,
- pohybové projevy – záškuby nebo propínání končetin, stočení hlavy, trupu nebo očí,
- pád nebo i složitější stereotypy neúčelného jednání,
- neobvyklé smyslové vjemy – zrakové, čichové, sluchové, brnění končetin apod.,
- změny v oblasti vegetativního systému jako třeba zrudnutí nebo pocení.

Důležitou roli hraje příčina záchvatů, jejich charakter, četnost a trvání, věk nemocného, celková délka onemocnění a řada dalších faktorů. Dlouhý generalizovaný záchvat s křečemi nebo nakupení takových záchvatů, tzv. status epilepticus, je závažný, život ohrožující stav.

3.4.2. Současné dělení epileptických záchvatů dle Mezinárodní ligy proti epilepsii

Parciální záchvaty (částečné, ložiskové)

Částečné záchvaty (ložiskové) začínají v určité ohraničené oblasti mozku a jejich projevy jsou dány umístěním v této oblasti (tzv. epileptogenní zóny). Tento typ záchvatů je v dospělosti nejčastější a nejběžnějším místem vzniku jsou spánkové laloky. Část nemocných pociťuje před vlastním záchvatem předzvěst neboli auru. To je již vlastně záchvat omezený na malou část mozku, který se nemusí dále šířit, a větší

záchvat se pak nerozvine. Aura se často objevuje jako nepříjemný pocit v břiše, nadbřišku, stoupající vzhůru, dále jako pocity již prožitého, viděného, pocity odcizení, čichové halucinace atd. Pokud se záchvat šíří dále, rozvíjí se již do obrazu takzvaného částečného komplexního, kdy je již porušeno vědomí (částečně či úplně), pacient vykonává automatické a neúčelné pohyby (olizuje se, polyká, přežvykuje, manipuluje s okolními předměty, upravuje si oděv), může bezcílně přecházet nebo i pokračovat ve složitější činnosti, kterou započal před záchvatem. Může i mluvit, většinou nesrozumitelně, nesmyslně. Někdy je naopak pohybová aktivita minimální a nemocný ustrne. Po záchvatu není výjimkou zmatenost, neklid a agresivita. Pacient si na záchvat většinou nepamatuje. I tento záchvat se může dále šířit a přecházet do záchvatu „velkého“, druhotně generalizovaného. Částečné záchvaty z jiných laloků mívají vědomí zachováno a projevují se například záškuby či křečemi jen na jedné straně těla nebo dokonce jen v určité svalové skupině, odkud mohou „cestovat“ dál.

Generalizované záchvaty

Při tomto typu záchvatů je epileptickou aktivitou postižena celá mozková kůra obou polokoulí. Pacient proto ihned ztrácí vědomí. V dospělosti je nejčastější velký záchvat s křečemi. Na jeho začátku nemocný často vykřikne, pokouše si jazyk, upadne. Je ztuhlý, nedýchá, zmodrá. Postupně se objevuje chrčivé dýchání, slinění a rytmické symetrické záškuby všemi končetinami. Na konci záchvatu se často pomočí a zůstává určitou dobu ochablý a v bezvědomí (resp. v hlubokém spánku). Generalizované záchvaty mohou být bez křečí (typické pro dětský věk), charakterizované třeba jen krátkým zahleděním a „výpadkem“.

Mezi generalizované záchvaty s přítomností křečí patří:

- myoklonické záchvaty, které jsou typické jako krátké a opakující se záškuby jednotlivých svalových skupin, projevují se mimovolným prudkým záškubem hlavy, končetin či celého těla,
- tonicko-klonické záchvaty – jsou nejčastějšími typy epileptického záchvatu, vždy jsou provázeny poruchou vědomí, záchvat přichází náhle, začíná prudkou tonickou křečí (propnutí těla do luku), pádem. Celé tělo se může zmítat v trhavých křečích, dýchání je nepravidelné, často dojde k pomočení. Návrat k vědomí bývá pozvolný včetně ustávání křečí. Po záchvatu se objevuje amnézie a dezorientace.

Většina epileptických záchvatů je krátká a odezní samovolně. První pomoc při epileptickém záchvatu:

- zachovat klid,
- nebránit křečím, nesnažit se je zastavit,
- odstranit nebezpečné předměty z blízkosti nemocného,
- pod hlavu vložit měkkou podložku,
- uvolnit oděv,
- po odeznění křečí uložit nemocného do stabilizované polohy,

- sledovat délku a typ záchvatu,
- sledovat návrat vědomí a zajistit další ošetření.

3.4.3. Epilepsie u těhotných žen

Epilepsie se vyskytuje u 1 % ženské populace v reprodukčním věku. Adekvátní léčba pomocí antikonvulzivní terapie umožňuje ženám vést plnohodnotný život, včetně sexuálního, což umožňuje ženám otěhotnět. Těhotenství by mělo být plánované včetně nastavené terapie tak, aby žena byla stabilizovaná bez záchvatů. Fertilita žen s epilepsií je však ve srovnání se zdravými ženami snížená. Negativní vliv na vývoj plodu můžou mít antiepileptika a konvulzivní záchvaty. U žen s epilepsií jsou také častější komplikace během porodu a v perinatálním období. Riziko úmrtí je 10x vyšší oproti běžné populaci, dále je také častější výskyt vaginálního krvácení a partus praematurus. U 50 % žen s epilepsií nedochází v průběhu gravidity ke změně frekvencí záchvatů. Přesto však u 30 % těhotných žen s epilepsií dochází k nárůstu počtu záchvatů. Příčiny tohoto nárůstu nejsou dosud přesně objasněny.

Mohou se na něm podílet těhotenské metabolické změny:

- nárůst tělesné hmotnosti,
- retence tekutin, sodíku,
- hypomagnezémie.

Tyto změny mohu mít vliv na snížení hladiny antiepileptik, které žena užívá. Ženy, u kterých se vyskytuje nárůst frekvencí epileptických záchvatů, mají v krvi sníženou hladinu antiepileptik. Přesto se však nedoporučuje zvyšování dávek antiepileptik, které zvyšují teratogenní účinky na plod. Z těchto důvodů je často nutné ženy převést na antiepileptika s minimální teratogenním účinkem. Zároveň se u žen doporučuje pravidelné vyšetření hladiny antiepileptik v krevním séru a elektroencefalogram (EEG).

Teratogenní působení antiepileptik se pohybuje v riziku až 28 % na vznik vrozených vývojových vad. V dostupné odborné literatuře byly v minulých letech popsány defekty neurální trubice plodů matek, které užívaly kyselinu valopronovou, podobně byly popsány teratogenní účinky u karbamazepinu.

Celkově je zřejmé, že antiepileptické preparáty mohou mít teratogenní účinky na plod, a to na:

- vznik rozštěpových vad neurální trubice,
- anémii v těhotenství.

Doporučení těhotným ženám s epilepsií:

- plánovat těhotenství co nejdříve,
- plánovat těhotenství na období zdravotní stability,
- před plánovaným těhotenstvím vše prodiskutovat s neurologem, dokumentovat typy epileptických záchvatů a jejich příčiny,

- kompenzace vhodnou terapií s nejnižší možnou účinnou dávkou antiepileptik (musí eliminovat závažné záchvaty),
- před plánovaným těhotenstvím vše prodiskutovat s gynekologem,
- podávání kyseliny listové po celou dobu těhotenství,
- podávání vitamínu D a vitamínu B po celou dobu těhotenství,
- pravidelné kontroly u neurologa, sledování hladin antiepileptik v krevním séru,
- monitorování všech záchvatů,
- přizpůsobený životní styl – dostatek spánku a odpočinku, eliminace alkoholu, nikotinu, stresových situací

Těhotná žena musí být poučena o možných nežádoucích účincích antiepileptik a záchvatů na zdraví dítěte.

Dále je před těhotenstvím a v jeho průběhu nutné sledování rizikových faktorů jako např.:

- kachexie,
- obezita,
- deficit vitamínu B12,
- kouření ženy,
- konzumace alkoholu.

V rámci prenatální péče je možné gravidní ženu s epilepsií nahlásit do mezinárodního registru The International Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy (EURAP), který sdružuje země Evropy, Latinské Ameriky, Asie a Afriky. Registr sdružuje v současné době 45 zemí. Cílem tohoto registru je vyhodnocení rizik a malformací spojených s užíváním AE.

Rizika pro těhotnou ženu s epilepsií:

- vyšší riziko preeklampsie, abrupce placenty,
- vyšší riziko infekce, sectio caesarea a indukovaných porodů,
- riziko porodu mrtvého plodu,
- v případě partus praematurus se vyskytuje riziko neonatální infekce a komplikací v souvislosti s asfyxií.

3.4.4. Porod u žen s epilepsií

Žena před porodem musí být vyšetřena neurologem, který zhodnotí celkový neurologický stav, včetně druhu epilepsie, záchvatů a medikace. Zpráva je k dispozici jak porodníkovi, tak neonatologovi. Neurolog se vyjadřuje i k průběhu porodu, k případné indukci (když je za potřebí prostaglandinů), k podání anestezie a analgezie při porodu (zdali je možné rodit per vias naturales) a v neposlední řadě musí zohlednit medikaci, jestli nevadí při laktaci. Indikace k sectio caesarea je pouze tehdy, pokud u ženy hrozí riziko vzniku generalizovaných záchvatů či status epilepticus. U žen s epilepsií není žádoucí protrahovaná ventilace, která může vyprovokovat epileptický

záchvat. Antiepileptika se musí podávat nepřetržitě. Z hlediska prevence záchvatů by měla žena dostatečně odpočívat. Riziko záchvatu při porodu je relativně velmi nízké, udává se kolem 1 %. Případný záchvat se dá ukončit podáním diazepamu do žíly. Při porodu by měl být přítomen neurolog. U pacientek s vyšším rizikem velkých záchvatů je prováděn císařský řez, protože kdyby žena dostala epileptický záchvat během porodu, přestala by spolupracovat a dítě by se mohlo udusit v porodních cestách. Většina žen s epilepsií ale může rodit přirozeně.

3.4.5. Kojení u žen s epilepsií

Kojení není s epilepsií úplně kontraindikováno, záleží ale zejména na dvou faktorech – na druhu antiepileptika a jeho dávce. Antiepileptika se do mateřského mléka dostávají v různém množství. Za bezpečné léky při kojení se považuje carbamazepin, levetiracetam, fenytoin, valproát, lamotrigin, naopak jako rizikové se udávají etosuximid a fenobarbital.

Druhy antiepileptik:

- I. generace,
- II. generace,
- III. generace.

Za nejvhodnější během těhotenství a kojení se považují levitiracetam a lamotrigin patřící do III. generace.

U vysokých dávek léku hrozí riziko útlumu dítěte. Děti během kojení usínají, nenasytí se a brzy se budí hlady. Během kojení jsou nutné pravidelné kontroly dítěte, sleduje se hladina antiepileptik v krvi dítěte a v mléce matky.

3.4.6. Rizika záchvatů v období šestinedělí

- nedostatek spánku,
- nedostatek odpočinku,
- cílené snižování dávky antiepileptika z důvodu kojení.

3.4.7 Edukace ženy

- pozor na bezpečnost dítěte, koupání, přebalování, zalehnutí dítěte,
- myslet vždy na doprovod při procházkách, při návštěvě lékaře,
- pravidelné užívání antiepileptik.

Pamatujte!

- Riziko výskytu záchvatů v poporodním období.
- Edukace matky.
- Pacientky je potřeba se dotázat na anamnézu předchozích epileptických záchvatů (podrobná anamnéza).
- Ptejte se, zda nepociťují auru – varování před hrozícím záchvatem.
- Pokud pečujete o pacientku s anamnézou epilepsie, ujistěte se, že na porodním sále máte k dispozici léky proti záchvatům a že nejsou prošlé.
- Zkontrolované léky můžete uložit do nejbližší lékárničky – v případě záchvatu tak nebudete ztrácet cenný čas!
- Během záchvatu a po něm pacientku nenechávejte samotnou. Poskytněte jí fyzickou a psychickou podporu.

Seznam literatury

1. KOLLÁR, B., TOMO, I., ŠIARNIK, P., KRÍŽOVÁ, L., ČARNICKÁ, Z., ŠUTOVSKÝ, S., KLUBOČNÍKOVÁ, K. 2012. Antiepileptická liečba v gravidite z pohľadu teratogenity. Neurológia pre prax [online]. 7(2): 57–60. ISSN 1336-8621.
2. MARUŠIČ, P., BRÁZDIL, M., HADAČ, J., et al. 2013. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií [online]. ISBN 978-80-903979-6-5.
3. PATOČKOVÁ, M., MACHOVÁ, A. 2017. Těhotenství, porod a šestinedělí v souvislosti s epilepsií z pohledu porodní asistentky: Pregnancy, childbirth and the postpartum period in connection with epilepsy from the perspective of midwives. Neurologie pro praxi [online]. Česká republika: SOLEN, 18(1): 44–48. ISSN 1803-5280.
4. RUTH, D. J., BARNETT, J. 2013. Epilepsy in Pregnancy. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing [online]. 27(3): 217–224. ISSN 0893-2190.
5. VACHEK, J., TESAŘ, V., ZAKIYANOV, V., MAXOVÁ, K. 2016. Farmakoterapie v těhotenství a při kojení. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-497-5.
6. ZÁRUBOVÁ, J. 2014. Co je nového na téma „žena a epilepsie?“: What's new on the issue of "women and epilepsy?“ Neurologie pro praxi [online]. Česká republika: SOLEN, 15(6): 300–304. ISSN 1803-5280.
7. ZÁRUBOVÁ, J. 2016. Epilepsie a těhotenství: Epilepsy in pregnancy. Moderní gynekologie a porodnictví [online]. 24(2): 172–178. ISSN 1211-1058.

3.5. HELLP syndrom

Syndrom HELLP (hemolýza, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie) patří mezi nejzávažnější komplikace v těhotenství. Patří k nejzávažnějším kritickým stavům v graviditě a postihuje přibližně 0,5–0,9 % všech těhotných žen. Vyvíjí se většinou mezi 27. a 37. týdnem buď samostatně, nebo častěji nasedá na těžkou preeklampsii (80–90 % případů). Celkově jde o generalizované onemocnění s multiorgánovým postižením. Mateřská mortalita se pohybuje kolem 4 %. Vyskytuje se buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie, kam patří hypertenze a proteinurie, otoky, retence tekutin, nebo bez těchto příznaků, kdy se vyskytuje zejména bolest hlavy, porucha vizu, bolest v epigastriu, nauzea a otoky. Mezi typické laboratorní příznaky patří tzv. trias – hemolýza, elevace jaterních testů a trombocytopenie.

Syndrom charakterizuje typický laboratorní nález, podle něhož je také pojmenován:

- Hemolysis (hemolýza),
- Elevetad Liver enzymes (elevace jaterních testů),
- Low Platelets (trombocytopenie).

Hemolýza je způsobena částečnou destrukcí, tzv. fragmentací červených krvinek. Jde o mechanické poškození červených krvinek, k němuž dochází zejména kvůli překážkám v mikrocirkulaci. Významnou roli hraje i lokální vazospamus. Dochází k poškození erytrocytů a vznikají nepravidelné buňky – schistocyty. Destrukce erytrocytů vede k elevaci laktátdehydrogenázy (LD) a snížení hladiny hemoglobinu. Následně dochází ke snížení hladiny haptoglobinu a zvýšení hladiny nekonjugovaného bilirubinu.

Elevace jaterních enzymů se projevuje poškozením jaterních buněk nebo poruchou jejich funkcí. Základní laboratorní vyšetření se opírá o zvýšení hladin transaminás, zejména AST a ALT, které jsou přítomny v hepatocytech a uvolňují se při poškození jaterních buněk.

Klíčovou roli, stejně jako u preeklampsie, hraje porucha placentární funkce s následným rozvojem mateřské endoteliální dysfunkce. Hemolýzu způsobuje destrukce erytrocytů při jejich průchodu poškozenou cévní výstelkou. V periferní krvi jsou přítomny schistocyty (poškozené erytrocyty) a další ukazatele hemolýzy – elevace LDH a snížená hladina haptoglobinu. Porucha funkce jater vede k elevaci ALT, AST, je zde přítomná trombocytopenie < 150x109/l.

Trombocytopenie je stav, kdy dochází ke snížení krevních destiček pod 150x109/l.

Podle laboratorních výsledků se rozděluje HELLP syndrom do tří tříd dle nejčastěji používané Mississippi klasifikace. Tato klasifikace byla navržena vědci z univerzity v Mississippi v USA, kteří vycházeli z retrospektivní analýzy více než 500 případů HELLP syndromu včetně mateřských a perinatálních výsledků. Klasifikační schéma bylo navrženo na základě sérových hladin LD (laktátdehydrogenóza) a hladiny trombocytů. Tyto hodnoty by měly odrážet závažnost a progresi HELLP syndromu.

Diagnostická kritéria dle třídy klasifikace Mississippi:

- I. třída – nejvyšší riziko ohrožení pro matku a plod – výrazný pokles trombocytů pod 50x109/l,
- II. třída – hladina trombocytů pod 50–100x109/l,
- III. třída – hladina trombocytů pod 100–150x109/l.

Klinický průběh onemocnění bývá vesměs velmi rychlý a obtížně předvídatelný. V popředí symptomatologie dominuje bolest hlavy, epigastrická bolest nebo bolest v pravém hypochondriu a poruchy vizu. Hypertenze, proteinurie a otoky (příznaky preeklampsie) jsou častými průvodními jevy. Někdy se ale může vyvíjet velmi pozvolna s charaktery počínajícího virového onemocnění (flu like) – únava, slabost, spavost, bolesti kloubů.

Komplikace:

- DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie): krvácení komplikující operační výkon a pooperační průběh, tvorba hematomů v subfasciálním prostoru a nitrobřišní krvácení,
- neurologické komplikace: edém mozku, dočasná slepota, intracerebrální krvácení,
- subkapsulární hematom jater a ruptura jater,
- plicní edém se vyvíjí zejména v postpartálním období z důvodu neadekvátní úpravy bilance tekutin,
- akutní renální selhání,
- abrupce placenty,
- významně horší perinatologické výsledky – vysoká incidence růstové retardace plodu, prematurity z důvodu iatrogenního předčasného porodu, vyšší incidence perinatálního úmrtí.

Těhotnou ženu s podezřením na HELLP syndrom vždy hospitalizujeme. Intenzivně monitorujeme krevní tlak a klinický stav matky i plodu.

Laboratorně se vyšetřuje:

- krevní obraz včetně schistocytů,
- iontogram,
- ALT (alaninominotransferáza), AST (aspartataminitransferáza), GMT (gama-glutamyltransferáza), ALP (alkalická fosfatáza), bilirubin, LDH (laktátdehydrogenóza), kyselina močová, haptoglobin, proteinurie,
- albumin a celková bílkovina,
- koagulační vyšetření.

Laboratorní vyšetření by se mělo opakovat v intervalu 8 hodin.

Kauzální terapií je stejně jako u preeklampsie ukončení gravidity, a to v co nejkratším časovém intervalu od stanovení diagnózy. U těhotenství pod 35. týdnem a při dobrém klinickém stavu ženy se může zvážit podání kortikoidů k indukci plicní zralosti plodu.

Způsob vedení porodu závisí na klinickém stavu rodičky a plodu:

- vaginální je šetrnější, ale vyžaduje čas,
- císařský řez – rychlejší varianta.

Terapii je nutné konzultovat s hematologem. Při poklesu trombocytů pod 50x109/l se doporučuje podávat destičkový koncentrát. Pooperační a poporodní péče o pacientku s HELLP syndromem musí vždy probíhat na JIP/ARO.

Intenzivně se monitorují:

- vitální funkce – TK, P, SpO2, dech, EKG, diuréza,
- krvácení z dělohy, z laparotomie,
- odpady z drénů,
- střevní peristaltika,
- známky rizika nitrobřišního krvácení.

Pro rozvoj závažné koagulopatie může svědčit krvácení ze sliznic nebo kožní petechie. K prevenci krevních ztrát z dělohy se podávají infuzně uterotonika.

Hlavní pilíře podpůrné a substituční terapie:

- mezioborová spolupráce (porodník, anesteziolog/intenzivista),
- antikonvulzivní terapie,
- antihypertenzní terapie,
- důsledná úprava bilance tekutin,
- úprava hemokoagulace,
- kortikoidní terapie.

3.5.1. Péče o ženu s HELLP syndromem

Na porodní asistentky pracující na porodním sále a jednotce intenzivní péče jsou kladeny velké nároky týkající se znalosti problematiky preeklampsie, hypertenze a HELLP syndromu, erudice, rychlosti v rozhodování, znalosti přístrojové techniky, znalosti léčebných přípravků a schopnosti spolupráce v týmu.

Ošetřovatelská péče se rozděluje na péči v předoperačním období a pooperačním období.

Předoperační období probíhá velmi rychle, musí však být přesně odebraná anamnéza. Porodní asistentka plní bez prodlevy ordinace lékaře.

Porodní asistentka neprodleně:

- zajistí minimálně dvě kvalitní žilní linky,
- kontroluje krvácení z rodidel a děložní kontrakce,
- natočí kardiotokograf,
- provede odběry krve na krevní obraz, koagulační faktory a křížový pokus,
- měří fyziologické funkce včetně vědomí a vyprazdňování,
- příprava a edukace rodičky k chirurgickému řešení ukončení těhotenství,
- prevence tromboembolické nemoci,
- před ukončením těhotenství odebrat krevní vzorek na vyšetření (u HELLP syndromu).

Pooperační péče na JIP spočívá v hemodynamické stabilizaci pacientky.

Porodní asistentka neprodleně po přivezení na JIP:

- napojí ženu na monitor vitálních funkcí,
- kontroluje kontraktilitu dělohy a stav krvácení, měří krevní ztrátu, zapisuje a informuje lékaře,
- kontroluje vitální funkce: TK, P, EKG, SpO2,
- kontroluje vědomí a psychický stav, nálady,
- sleduje diurézu a odpady, vede bilanci tekutin,
- sleduje otoky, bolest hlavy a epigastria, poruchy vizu, nauzeu a zvracení,
- je-li rodička ve spinální anestezii, kontroluje odeznívání subarachnoideálního bloku,
- provádí kontrolní odběry biologického materiálu podle ordinací lékaře,
- podává terapeutické ordinace (infuzní roztoky, uterotonika, miniheparinizaci, event. specificky léčba základního onemocnění),
- dle klinického stavu, krevní ztráty a hodnot vyšetření KO a koagulačních parametrů asistuje lékaři a podává krevní deriváty (erytrocytární koncentrát, čerstvě zmražená plazma, fibrinogen),
- asepticky provádí převazy, hodnotí invazivní a neinvazivní vstupy,
- edukuje o pitném režimu a časné rehabilitaci na lůžku,
- spolupracuje s porodníky, lékaři specialisty ostatních zdravotnických oborů i s rodinnými příslušníky,
- připravuje a doprovází rodičku k dalším nutným vyšetřením,
- vede přesně ošetřovatelskou dokumentaci.

Součástí symptomatologie bývají velmi často poruchy vědomí a někdy se dokonce primární onemocnění projeví pouze bezvědomím. Diferenciální diagnostika bezvědomí zahrnuje širokou škálu patologií:

- selhání dýchání: obstrukce dýchacích cest, anafylaxe, respirační selhání, trauma,
- selhání oběhu: hemoragický šok, syndrom aorto-kavální komprese, arytmie, srdeční zástava (vrozené vývojové vady srdce nebo získaná onemocnění jako chlopenní vady nebo kardiomyopatie), septický šok, embolie plodovou vodou, trauma,
- selhání CNS při jeho primární patologii,
- metabolické příčiny: hypo/hyperglykemie, hypo/hyperkalcemie, hypermangezémie, hyponatremie (nejčastěji iatrogenního původu), poruchy funkce štítné žlázy, selhání jater.

Pamatujte!

Přístup k těhotné ženě s HELLP syndromem musí být komplexní a vyžaduje mezioborovou spolupráci – porodník, intenzivista, neurolog, internista. Prioritou v léčebném postupu je zajištění základních životních funkcí matky:

- zajištění průchodnosti dýchacích cest,
- dostatečná oxygenace,
- stabilizace cirkulace,
- prevence aspirace,
- farmakologické potlačení křečové aktivity.

Seznam literatury:

1. DOLEŽAL, A. et al. Porodnické operace. 2007. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. Doporučené postupy [online]. Dostupné z: http://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy/.
3. FERKO, A. et al. Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly. 2002 Praha: Grada2. ISBN 80-247-0230-4.
4. HÁJEK, Z. et al. 2004 Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
5. KLENER, P. et al. Vnitřní lékařství. 2011. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1986-6.
6. Moderní gynekologie a porodnictví. 2008, roč. 17, č. 1, s. 131. ISSN 1211-1058.
7. Moderní gynekologie a porodnictví. 2010, roč. 19, č. 1, s. 98. ISSN 1211-1058.
8. Moderní gynekologie a porodnictví. 2012, roč. 21, č. 3, s. 126. ISSN 1211-1058.
9. Moderní gynekologie a porodnictví. 2013, roč. 22, č. 2, s. 54. ISSN 1211-1058.
10. Moderní gynekologie a porodnictví. 2016, roč. 24, č. 2, s. 98. ISSN 1211-1058.
11. Moderní gynekologie a porodnictví. 2019, roč. 25, č. 4, s. 58. ISSN 1211-1058.
12. PAŘÍZEK, A. et al. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
13. SINGER, M., DEUTSCHMAN, C. S., SEYMOUR, C. W. et al. 2016 The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. vol. 315, no. 8, p. 801–810. ISSN 0098-7484.
14. ŠIMETKA, O. et al. 2013 HELLP syndrom. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-361-9.
15. VLK, R. 2015 Preeklampsie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-460-9.

3.6. Poporodní krvácení

Za poporodní krvácení se považuje krevní ztráta převyšující 500 ml při spontánním porodu a 1000 ml při porodu císařským řezem. Poporodní krvácení se rozděluje podle časového hlediska na:

- primární – krvácení se objeví do 24 hodin po porodu,
- sekundární – začátek krvácení se objeví déle než 24 hodin po porodu, v průběhu šestinedělí.

Příčiny primárního poporodního krvácení se liší od příčin sekundárního poporodního krvácení. Příčiny primárního poporodního krvácení se souhrnně označují jako 4 T:

- tone – poruchy děložního tonu,
- trauma – porodní poranění,
- tissue – placentární patologie,
- trombin – koagulopatie.

Příčiny sekundárního poporodního krvácení jsou tyto:

- děložní infekce,
- zadržené placentární části,
- abnormální involuce v místě placenty.

Peripartální, život ohrožující krvácení se může definovat jako:

- ztráta jednoho celého krevního volumu během 24 hodin,
- 50% ztráta krevního volumu během 3 hodin,
- krevní ztráta narůstající rychlostí 150 ml/min.

3.6.1. Tone

Porucha retrakce (stažení) děložního svalu představuje 80 % všech případů primárního krvácení po porodu. Projevují se děložní hypotonií a atonií.

Mezi rizikové faktory vzniku patří:

- nadměrná distenze dělohy způsobená polyhydramnionem, vícečetnou graviditou,
- překotný nebo protrahovaný porod,
- patologický obsah v děloze – zbytky placenty, plodových obalů, krevní koagul,
- nešetrná manipulace s dělohou – při expresi plodu, intrauterinní manipulaci,
- poruchy myometria – hypoplazie, myomatóza,
- multiparita,
- makrosomie plodu,
- excesivní aplikace uterotonik během porodu – způsobí tachyfylaxi,
- poporodní krvácení již jednou v anamnéze,
- předchozí operace dělohy,
- nitroděložní infekce.

3.6.2. Atonie/hypotonie dělohy

Stav, kdy po porodu nedochází k retrakci dělohy a selhává turniketová funkce myometria, označujeme jako děložní atonii. Představuje 80 % všech případů peripartální hemoragie a je nejčastější indikací k provedení postpartální hysterektomie. Projeví se masivním děložním krvácením po porodu placenty, děloha je měkká, pastózní, vyplněna koaguly, děložní fundus hmatáme vysoko nad pupkem a při jeho kompresi dochází k expulzi další krve nebo koagulí.

V porodnictví je pro krevní ztráty charakteristické:

- krevní ztráta je často prudká, náhlá a velká,
- krevní ztrátu lze jen těžce odhadnout,
- resuscitaci v těhotenství ztěžuje aortokavální kompresivní syndrom (změna perfuze uteroplacentární jednotky) a břišní kompartmentový syndrom,
- zvýšené riziko hemoragického šoku,
- možnost krvácení do retroperitonea, do malé pánve.

3.6.3 Trauma

Porodní poranění

- Episiotomie (nástřih hráze) patří mezi nejčastější poranění měkkých porodních cest. Dále je to ruptura perinea a lacerace zevních rodidel. Bývají výjimečně příčinou závažného krvácení, ale jejich správná diagnostika a chirurgické ošetření může mít zásadní vliv na kvalitu života ženy. Jedná se zejména o poranění hráze, které se dle rozsahu dělí na čtyři stupně. Třetí a čtvrtý stupeň ruptury perinea zahrnuje i poranění análního sfinkteru. Pokud není správně rozpoznáno a ošetřeno, vede k dlouhodobým následkům ve smyslu inkontinence střevních plynů a stolice. Vaginální porod je také rizikový pro rozvoj močové inkontinence a souvisí s poraněním svalů pánevního dna, konkrétně musculus levator ani.
- Méně často se vyskytuje paravaginální hematom, což znamená nahromadění krve mezi poševní stěnou a stěnou pánve v důsledku přerušení cév v tomto prostoru. Krevní ztráta může dosahovat až 1000 ml a klinicky se projeví nejčastěji ve IV. době porodní, mnohokrát i po primárním chirurgickém ošetření. Rodička je bledá, schvácená, stěžuje si na silnou bolest hráze a bolestivé tlaky na konečník, přičemž navenek z rodidel nekrvácí. Palpačním vyšetřením zjistíme tuhé bolestivé vyklenutí stěny pochvy i rekta. Terapie spočívá v incizi stěny pochvy nebo rozpuštění předchozí sutury v celkové anestezii, vyprázdnění hematomu a pečlivé revizi celého paravaginálního prostoru se snahou o nalezení zdroje krvácení a jeho ošetření. Pokud se zdroj nepodaří nalézt, řeší se tento stav drenáží s pečlivou tamponádou pochvy a monitorováním stavu rodičky.

- Poranění uterinní arterie při laceraci děložního hrdla nebo ruptura dělohy vede ke vzniku závažného krvácení do děložních parametrií s tvorbou pánevního hematomu. Jedná se o skryté retroperitoneální krvácení, které se rozvine jako hemoragický šok. Na tuto komplikaci se musí myslet při nepřítomnosti krvácení z rodidel a současného krvácení do dutiny břišní. Rodička často udává silné bolesti v pánvi, v podbřišku, děloha bývá uchýlena na kontralaterální stranu hematomu. Důležitou roli v diagnostice hraje ultrazvuk, CT nebo MRI. Pánevní hematomy mohou dosahovat obrovských rozměrů a šířit se až do subrenálních oblastí. Chirurgická intervence spočívá v laparotomii a otevření pánevního peritonea, identifikaci zdroje krvácení, což samozřejmě vyžaduje dostatečnou erudici operatéra. Dobrého hemostatického efektu lze dosáhnout také ligaturou hypogastrických tepen. Pokud to pracoviště umožňuje, může být metodou volby angiografická selektivní katetrizační embolizace.

3.6.4. Tissue

Poruchy odlučování placenty zaujímají cca 5 % poporodních krvácení.

Mezi příčiny patří:

- residua post partum,
- inzerce placenty v místě nedokonalé decidualizace – například v dolním děložním segmentu, nad myomy, v jizvě po S. C., endometrium po opakovaných kyretážích.

3.6.5. Trombin

Koagulopatie způsobují cca 2–4% všech případů PŽOK, často v kombinaci s jinými příčinami krvácení.

Rozlišujeme koagulopatie:

- Dědičné (hereditární) koagulopatie (méně časté)
  - deficity destiček (von Willebrandova choroba),
  - deficity koagulačních faktorů (Hemofilie A a B, vzácně deficit jiných faktorů, např. fibrinogenu).
- Získané koagulopatie (v průběhu těhotenství nebo porodu) vznikající v rámci peripartálního, život ohrožujícího krvácení
  - DIC (syndrom diseminované intravaskulární koagulace),
  - HELLP syndrom,
  - antikoagulační terapie (heparin, warfarin).

U hereditární koagulopatie jsou ženy sledovány před těhotenstvím a porodem hematologem, který určuje léčbu a také profylaxi krvácení v rizikovém období – operač-

ní výkony, porod, těhotenství apod. Léčba spočívá v dodání chybějících koagulačních faktorů a v dalších opatřeních proti krvácení.

Mezi získané koagulopatie patří syndrom diseminované intravaskulární koagulace (DIC), který představuje nejzávažnější druhotnou poruchu hemostázy v těhotenství s vysokým rizikem mateřského úmrtí.

- V první fázi dochází k aktivaci trombinu (vznikem krevních sraženin), a to zejména v plicích, ledvinách, gastrointestinálním traktu a v kůži. Projeví se jako akutní respirační tíseň (dušnost, cyanóza), oligurie až anurie, alterace vědomí, porucha funkce jater, purpura kůže, petechie.
- V druhé fázi se spotřebovávají koagulační faktory a trombocyty, dochází ke krvácení, kdy se vytékající krev viditelně nesráží, a rozvíjí se hemoragický šok – bledost, tachykardie, hypotenze, porucha vědomí, anurie.

Tuto situaci může vyvolat:

- abrupce placenty,
- embolie plodovou vodou,
- syndrom mrtvého plodu,
- tromboembolická nemoc,
- preeklampsie a eklampsie,
- HELLP syndrom,
- těžká infekce a sepse,
- traumatizace tkání (ruptura děložní nebo peroperační zhmoždění),
- manuální lyze placenty, instrumentální nebo manuální revize dutiny děložní.

Při podezření na rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (DIC) se může přímo na porodním sále provést bed side test s trombinem: 2 ml žilní krve se odeberou do zkumavky s lyofilizovaným trombinem a zahřívají se v dlani. Při dostatku fibrinogenu v krvi se krev ihned srazí, v opačném případě se krev nesráží a je indikováno podání fibrinogenu.

Laboratorní obraz DIC (krevní obraz a koagulační vyšetření):

- trombocytopenie,
- hypofibrinogenemie,
- pokles antitrombinu III,
- vysoká koncentrace D-dimeru,
- zvýšená hladina FDP,
- prodloužení aPTT,
- prodloužení PT (INR > 4).

Vzhledem k tomu, že se hemostáza v průběhu DIC rychle mění, musí se laboratorní vyšetření pravidelně opakovat.

Pamatujte!

Základem terapie diseminované intravaskulární koagulace je identifikace a odstranění příčiny, která ji vyvolala.

3.6.6. Komplexní přístup v léčbě peripartálního krvácení

Řešení peripartálního, život ohrožujícího krvácení vyžaduje koordinovaný multidisciplinární přístup (porodník, anesteziolog, hematolog, transfuzní lékař). Každé gynekologicko-porodnické pracoviště by mělo mít pro řešení peripartálního, život ohrožujícího krvácení vypracován krizový plán.

Základní cíle diagnosticko-léčebného postupu:

- včasná identifikace krvácení a jeho příčiny,
- neodkladné zahájení postupů k odstranění příčiny krvácení,
- včasná identifikace tkáňové hypoperfuze a její včasná korekce,
- včasná identifikace koagulopatie a její léčba.

Intervence k úspěšnému zvládnutí musí být včasná a agresivní. Zdroj krvácení lze rychle identifikovat vyšetřením rodičky v zrcadlech, palpačním bimanuálním vyšetřením a ultrazvukovým vyšetřením.

Ošetřovatelská péče o ženu:

- monitorace fyziologických funkcí – TK, P, TT, SpO2, dech, diuréza,
- zajistí se dva žilní přístupy kanylou o velkém průměru k rychlé aplikaci léčebných prostředků,
- kontrola krvácení z rodidel,
- podávají se krystaloidy, dle potřeby koloidní roztoky,
- odběry krve k laboratornímu vyšetření – krevní obraz, koagulace, fibrinogen, biochemie včetně acidobazické rovnováhy, krevní skupina,
- zajistit mraženou plazmu, erymasu, koncentrát fibrinogenu,
- zavedení močového Foleyova katetru ke sledování diurézy,
- zajištění podávání kyslíku.

Cílem je v rámci kontroly zdroje krvácení cílový systolický krevní tlak 80–90 mmHg. Při poruše vědomí se zajišťují dýchací cesty intubací a zahajuje se umělá plicní ventilace.

Při selhávání správně prováděných standardních postupů je indikováno provedení postpartální hysterektomie. Po operaci se pokračuje v intenzivní péči a monitoraci základních životních funkcí.

Pooperační péče

Pooperační péče sestry na JIP spočívá v hemodynamické stabilizaci pacientky:

- napojí ženu na monitor vitálních funkcí,
- kontroluje tonus dělohy, výšku děložního fundu a stav krvácení, měří krevní ztrátu, zapisuje a informuje lékaře,
- kontroluje vitální funkce: TK, P, EKG, SpO2,
- kontroluje vědomí,
- sleduje diurézu a odpady, vede bilanci tekutin,

- je-li rodička ve spinální anestezii, kontroluje odeznívání subarachnoideálního bloku,
- provádí kontrolní odběry biologického materiálu podle ordinací lékaře,
- podává terapeutické ordinace (infuzní roztoky, uterotonika, miniheparinizaci, event. specifickou léčbu základního onemocnění, jež mohlo tuto komplikaci vyvolat, jako hypertenzní choroby),
- dle klinického stavu, krevní ztráty a hodnot vyšetření KO a koagulačních parametrů asistuje lékaři a podává krevní deriváty (erytrocytární koncentrát, čerstvě zmražená plazma, fibrinogen),
- asepticky provádí převazy, hodnotí invazivní a neinvazivní vstupy,
- edukuje o pitném režimu a časné rehabilitaci na lůžku,
- spolupracuje s porodníky, lékaři specialisty ostatních zdravotnických oborů i rodinnými příslušníky,
- připravuje a doprovází rodičku k dalším nutným vyšetřením,
- vede přesně ošetřovatelskou dokumentaci.

Seznam literatury

1. DOLEŽAL, A. et al. Porodnické operace. 2007. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. Doporučené postupy [online]. Dostupné z: http://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy/.
3. HÁJEK, Z. et al. 2004. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
4. KLENER, P. et al. Vnitřní lékařství. 2011. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1986-6.
5. Moderní gynekologie a porodnictví. 2008, roč. 17, č. 1, s. 131. ISSN 1211-1058.
6. Moderní gynekologie a porodnictví. 2010, roč. 19, č. 1, s. 98. ISSN 1211-1058.
7. Moderní gynekologie a porodnictví. 2012, roč. 21, č. 3, s. 126. ISSN 1211-1058.
8. Moderní gynekologie a porodnictví. 2013, roč. 22, č. 2, s. 54. ISSN 1211-1058.
9. Moderní gynekologie a porodnictví. 2016, roč. 24, č. 2, s. 98. ISSN 1211-1058.
10. Moderní gynekologie a porodnictví. 2019, roč. 25, č. 4, s. 58. ISSN 1211-1058.
11. PAŘÍZEK, A. et al. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
12. SINGER, M., DEUTSCHMAN, C. S., SEYMOUR, C. W. et al. 2016. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. vol. 315, no. 8, p. 801–810. ISSN 0098-7484.

3.7 Přirozený porod u neslyšících pacientek

Problematika zdravotního postižení v porodnictví je mnohostranná, zejména kvůli ztížené komunikaci, která je zvláště důležitá v naléhavé porodní situaci. Vzhledem k tomu, že zdravotní postižení se stalo tak běžným jevem, byl rok 2003 vyhlášen rokem lidí se zdravotním postižením.

Zdravotní postižení je velmi široký pojem. Závěrem lze říci, že zdravotní postižení je takový stav člověka, kdy je jeho každodenní fungování poněkud omezeno. Tato omezení se týkají několika oblastí: fyzické, psychické, duševní nebo několika z nich dohromady. Pojem „postižení“ lze použít také pro vrozené vady, anatomické vady a ztrátu části těla v důsledku úrazu. Rozmanitost těchto dysfunkcí klasifikuje jejich trvání: vrozená vada, získaná, trvalá nebo dočasná vada, stabilizovaná nebo progresivní vada.

Evropský kongres pro osoby se zdravotním postižením schválil návrhy tzv. madridské deklarace o řadě změn v péči o osoby se zdravotním postižením a soužití společnosti s těmito lidmi. Mezi klíčové návrhy patří:

- úplné přijetí osob se zdravotním postižením jako občanů a spotřebitelů s rovnými právy,
- vnímání osob se zdravotním postižením jako plně soběstačných a nezávislých, pokud jde o rozhodování,
- vnímání talentu a osobních schopností osob se zdravotním postižením – poskytování
- podpory a aktivity,
- prosazování státní politiky týkající se osob se zdravotním postižením: vytváření podpůrných programů, zajištění podmínek pro podporu těchto osob a osob o ně pečujících, zapojení osob se zdravotním postižením do každodenního života.

Pojem „smyslové postižení“ se vztahuje na nevidomého nebo neslyšícího pacienta. Tento typ postižení je obzvláště obtížný z hlediska poskytování zdravotní péče. Při péči o pacienta je třeba mít na paměti, že ztráta sluchu může být vrozenou vadou, nebo může být akutní. Existuje několik, možná i několik desítek popsaných příčin ztráty sluchu, od narušeného přenosu zvuku do vnitřního ucha, dlouhodobého vystavení hlasitému hluku, poškození sluchu, otosklerózy až po běžně se vyskytující zánět středního ucha.

Při posuzování sluchového postižení je třeba zohlednit dva typy závislostí (které jsou při péči o pacienta nesmírně důležité):

1. Objektivní závislost – kdy je možné navázat a udržet komunikaci díky využití moderních technologií a dostupnosti profesionálního zařízení na podporu sluchu.
2. Emocionální závislost – kdy není možná verbální komunikace a k provedení případných zdravotnických úkonů je nutná účast třetí osoby (pečovatele, společníka).

V Polsku i jinde ve světě lze pozorovat zvyšující se podíl těhotných žen s poruchou sluchu. Stává se to stále častějším jevem díky četným iniciativám vládních institucí podporujících osoby se zdravotním postižením, které účinně povzbuzují společnost k respektování důstojnosti každého člověka a které vyzývají k toleranci a přijetí, čímž se redukuje jejich vyloučení. Výsledkem programů vyvinutých pro osoby se zdravotním postižením je jejich rostoucí životní aktivita, ochota založit rodinu a přijmout zaměstnání mimo domov. Hlavním cílem všech vládních programů je odbourávání sociálních bariér.

3.7.1. Proces komunikace s pacientkou se zdravotním postižením na porodním sále

Nejúčinnějším a zároveň nejkomplexnějším opatřením zaměřeným na zajištění dialogu s pacientkou je poskytnutí vhodné formy komunikace, kterou pacientka zná, například použití znakové řeči. Obecně platí, že bez znalosti znakového jazyka nebo přístupu k profesionálnímu tlumočníkovi znakového jazyka vzniká problém se vzájemnou komunikací. Existují však i jiná řešení. Jedná se o takzvaná okamžitá poloviční opatření. Je třeba mít na paměti, že při jednání s pacientem se sluchovým postižením jsou žádoucí všechny kroky personálu směřující k navázání vzájemné komunikace nebo alespoň pokusů o ni. Základem komunikačního procesu je trpělivost a ochota porozumět potřebám pacienta.

Nedoslýchaví pacienti očekávají komunikaci pomocí zvuku s odezíráním ze rtů, proto je pro úspěšnou komunikaci nutné stát před pacientem. Odezírání ze rtů je složitá a obtížná činnost, kterou lidé bez sluchového postižení často přeceňují. Existuje více faktorů, které značně ztěžují odezírání ze rtů, a proto je třeba věnovat pozornost osvětlení obličeje lékaře, držení jeho těla (ať už ve stoje nebo v pohybu), vzdálenosti mezi lékařem a pacientem. Mezi klíčové faktory patří také individuální rysy obličeje a například ochlupení (včetně kníru), které znesnadňují porozumění řeči. Obličeje zakryté ochrannou maskou, která je vyžadována od zdravotnického týmu při porodu (stejně jako při pandemiích), se ukazují jako nepřekonatelná překážka. Proto se doporučují hledí, která umožňují odezírání ze rtů, což usnadňuje předávání sdělení s mimikou lékaře.

Pokud je možná verbální komunikace, měla by být všechna slova pronášená zdravotnickým týmem vyslovována pomaleji než obvykle, zřetelněji a hlasitěji. Je třeba se vyvarovat nervózního chování, nadměrné gestikulace včetně křiku a vysokých tónů. Doporučujeme krátké a výstižné věty, aby měl pacient čas pochopit přijaté sdělení. Je důležité, aby slova byla vyslovována velmi zřetelně. Je zde riziko, že příjemce zprávy (pacient) uslyší zkreslené slovo, například: jít – jíst nebo dbát – bát. V takovém případě je mnoho chyb v komunikaci způsobeno tím, že zdravotnický personál nemluví dostatečně jasně.

Pacienti obvykle akceptují, že se jich někdo dotýká, přestože někdy může pacient vnímat dotknutí se jeho paže jako narušení osobního prostoru. Proto pokud je nutné upoutat pacientovu pozornost (například pokud se dívá jinam), je v pořádku se jeho paže dotknout.

Když chtějí pacienti se sluchovým postižením upoutat pozornost zdravotnického týmu, mohou mávat rukama, lehce ťukat do stolu nebo židle, dupat nohou nebo poklepat například perem o hrnek, aby vytvořili zvuk. Zdravotnický tým může tyto strategie také využít, pokud zvolená forma komunikace není agresivní ani teatrální, a to způsobem, který by mohl ohrozit pocit přijetí a bezpečí pacienta.

Další metodou podporující komunikaci je metoda založená na kreslení, zapisování slov. Při volbě této metody je třeba mít na paměti, že někteří lidé se sluchovým postižením mají bohužel problémy se čtením, a proto může být vhodnějším řešením obrázek nebo náčrtek.

Mnohá zdravotnická zařízení v Polsku pracují s tlumočníky do znakového jazyka, pokud vznikne potřeba komunikovat s osobou se sluchovým postižením. Je to dokonalé řešení jak pro pacienta, tak pro zdravotnický tým. Nicméně absence takového řešení nemůže vést k tomu, že pacient (zejména rodička) bude ponechán sám sobě. Pokud není k dispozici tlumočník, klíčovou je asertivita zdravotnického týmu, jeho kreativita a důraz na respektování důstojnosti člověka bez ohledu na jeho přesvědčení, vzhled nebo zdravotní omezení. Dobrým nápadem je třeba sada obrázků souvisejících s porodem, která je předem připravena na porodních sálech pro případ přijetí těhotné ženy se sluchovým postižením. Taková sada by byla zvláště užitečná, například s ohledem na stav, v němž je pacientka přijata, nebo na přítomnost perinatálního rizika. Obrázky by měly být čitelné, jasně srozumitelné, přímé, neměly by obsahovat méně důležité prvky, které by mohly sdělení zkreslovat.

Navrhované obrázky pro pacientku se sluchovým postižením na porodním sále



Nejúčinnější formou komunikace, zejména v pokročilé fázi porodu, může být předložení listu papíru s jasně napsaným slovem „Dýchejte“.



Stejně jako u předchozího obrázku, když ukážete pacientce list papíru s nápisem „Tlačte!“, můžete efektivně ovlivnit komunikační proces ve druhé době porodní. Někdy stačí i barva papíru – po předchozí dohodě o jejím významu (výrazná barva může být interpretována jako nutnost okamžitě jednat).



Obrázek otevřené ruky může symbolizovat uvolnění, klidné dýchání.



Obrázek sevřené pěsti může symbolizovat intenzitu tlačení, které je ve druhé době porodní nesmírně důležitá. Živě podbarvený obrázek může pacientku opět přimět k určité předem domluvené akci.



Stejně jako na předchozím obrázku ruka porodní asistentky (nebo jiné osoby, která asistuje při porodu) sevřená kolem zápěstí rodičky během děložní kontrakce může povzbudit pacientku k tlačení.

Prezentované obrázky vytvořili autoři této učebnice. Jejich přesný vzhled, velikost a výběr symbolů závisí na kreativitě daného zdravotnického týmu. Neexistují žádné celosvětově standardizované obrázky přizpůsobené práci s pacientkou se sluchovým postižením na porodním sále.

Doporučení pro práci zdravotnického týmu na porodním sále s pacientkou se sluchovým postižením

Zapamatujte si!

Smyslové postižení sluchu je o něco jednodušší než postižení zraku, protože pacientovi lze mnohé ukázat a předvést. Využijte čas a prostor pro svou kreativitu a profesionalitu a buďte na podobné situace připraveni.

- Veškerá zdravotní péče na porodním sále by měla být poskytována v souladu s předpisy a dalšími dokumenty vydanými ministerstvem zdravotnictví, procesními algoritmy a doporučeními zdravotnických asociací platnými v dané zemi!
- Přivítání pacientky by mělo být zahájeno fyzickým kontaktem, ve stoje před pacientkou – podáním ruky, dotykem paže. Pacientka se seznámí s chováním zdravotnického týmu, jeho gesty a mimikou.
- Osoba poskytující zdravotní péči by se měla seznámit se všemi dostupnými zdroji (od osob doprovázejících pacientky až k zdravotní dokumentaci), dozvědět se, jaký typ závislosti pacientka má, a na základě toho zvolit nejlepší způsob komunikace pro danou osobu. Pacientka možná umí odezírat ze rtů nebo má sluchadlo, které podporuje komunikaci.
- Osoba poskytující zdravotní péči by měla vždy získat informaci, zda má pacientka sluchadlo, protože na porodním sále se nachází zdravotnické zaří-

zení, které generuje zvuk, například kardiotokograf. V případě, že je sluchadlo aktivní, je třeba vyloučit vysoké tóny a hlasité zvuky, protože mohou ovlivnit pacientčin pocit klidu a bezpečí. Zvuk zařízení se musí ztišit nebo zcela vypnout. Pacientka nebude moci naslouchat tlukotu srdce plodu, ale bude moci sledovat záznam jeho srdeční frekvence. Kromě zdravotnického vybavení je třeba vzít v úvahu všechny ostatní faktory, které způsobují hluk. Je třeba vyvarovat se křiku, hlasitého smíchu, bouchání dvířky skříněk, zásuvkami a podobně. Veškerý hluk má negativní vliv na pacientčino porozumění komunikaci a může přivodit problémy se soustředěním.

- Je třeba najít způsob komunikace s pacientkou. Někdy pacientka může mít již pro komunikaci nějaký svůj osvědčený systém, který sdělí zdravotnickému týmu, například psaní na papír, na obrazovku tabletu. Volba optimální metody je klíčová i při krátkodobou zdravotní péči.
- Průběh každé doby porodní vyžaduje představení každého zdravotnického úkonu, který má nastat, formou ústního sdělení (pokud se jedná o objektivní souvislost) nebo ve formě písemného sdělení. V první době porodní, která je časově vymezena od začátku pravidelných kontrakcí, jež vedou k dilataci děložního hrdla, by měla být pacientka poučena o správné technice dýchání a měly by se jí ukázat možné polohy těla s využitím pomůcek dostupných na porodním sále: sedací vak, matrace, nástěnná tyč, gymnastický míč atd. Pokud to stav pacientky dovolí, měla by se jí nabídnout možnost využít vany s vodou nebo sprchy k uvolnění těla. Je-li to v dané nemocnici možné, měla by se s pacientkou projednat možnost lokální anestezie, pokud to dovoluje její stav.
- Obecně největším problémem při péči o rodící ženu je druhá doba porodní, která začíná, když je děložní hrdlo plně otevřené. U pacientky se objeví tlakové kontrakce, které jsou často doprovázeny velmi intenzivní a dlouhotrvající bolestí, která může narušit komunikační proces. Pokud je to možné, měla by být pacientka na tuto novou a odlišnou zkušenost připravena předem v první době porodní.
- Druhá doba porodní je charakteristická intenzivním prožitkem, a proto je nutné upozornit, že ne každá osoba doprovázející pacientku by měla být v této době přítomna na porodním sále. Doprovázející osoba kvůli svým subjektivním pocitům vůči pacientce může narušit porod nebo dokonce znemožnit spolupráci mezi pacientkou a zdravotnickým týmem. V takovém případě by rozhodnutí o přítomnosti doprovázející osoby na porodním sále měla učinit porodní asistentka jako osoba odpovědná za péči o pacientku, případně jiný odborník na porodnictví.
- Druhá doba porodní představuje také porod dítěte. Je třeba mít na paměti, že pacientka s poruchou sluchu nemusí být schopna uslyšet dětský pláč, který je dodnes mylně považován za první známku nezávislého dýchání dítěte. Porodní asistentka by měla matce umožnit, aby viděla dítěti do tváře, a později jí dítě položit na obnaženou hruď.

- V případě pokročilé fáze přirozeného porodu, kdy je pacientka přijata do nemocnice jako urgentní příjem, je nejdůležitějším a základním aspektem najít rychlý způsob komunikace, aby se mohla řídit příkazy porodní asistentky – tlačit nebo pravidelně dýchat. Může se ukázat, že nejlepší způsob komunikace bude, když osoba asistující při porodu sevře rukou zápěstí pacientky.
- Třetí doba porodní, takzvaná placentární fáze, zahrnuje porod placenty. Vzhledem k relativně dlouhé době trvání vypuzení placenty (stanovené příslušnou normou) by měla porodní asistentka usnadnit komunikační proces předem dohodnutými metodami.
- Čtvrtá doba porodní, takzvaná poporodní fáze, zahrnuje pozorování děložní kontrakce, pozorování poporodního výtoku (objem a zápach) a pozorování perineální tkáně (stehy pouze na sliznici nebo stehy na dalších vrstvách). I zde je nutná přítomnost porodní asistentky a aktivní komunikace.
- Poporodní doba je pro pacientku s poruchou sluchu obvykle náročná kvůli množství různých úkonů, které ji po porodu čekají. Pomáhat svému děťátku při přikládání k prsu, osvojit si správnou techniku kojení, jak pečovat o bradavky, o tělo (včetně perinea) a vše, co je s péčí o novorozence spojené, je často obtížné. Vždy se doporučuje, aby odborný zdravotnický tým pacientku poučil, což jí pomůže naučit se správným technikám a rozpoznat potřeby dítěte. Je vhodné využít digitální grafické metody, instruktážní videa a plakáty. Možná by také stálo za to doporučit matce odbornou literaturu, která by rozšířila její znalosti a porozumění jednotlivým procesům. Jako nejefektivnější výuková metoda se osvědčila fyzická instruktáž ke koupání novorozence, k péči o pupečník, péči o tělo a genitálie dítěte či o tom, jak dítě položit nebo držet při kojení. Vzhledem k tomu, že zrak je nejdůležitějším smyslem pro poznávání světa, je předvedení a vizualizace těchto úkonů pro pacientky se sluchovým postižením obvykle nejúčinnější.
- S ohledem na typ postižení pacientky by měly všechny poznámky provedené ve zdravotní dokumentaci matky a dítěte být pacientce k dispozici po celou dobu jejího pobytu v nemocnici.

Seznam literatury

1. Bączek G. Zasady sprawowania opieki nad ciężarną w dokumentach międzynarodowych. In: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 93–96.
2. Guzikowski W, Żurek P. Zagadnienia związane z ciążą i porodem głuchoniemych. Ginekol Prakt 2008; 16(3): 20–23.
3. Mazurkiewicz B. Funkcjonowanie społeczne i rodzinne osób niepełnosprawnych. In: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 36–44.
4. Mazurkiewicz B. niepełnosprawność. In: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami

niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 14–26

5. Mazurkiewicz B. Opieka okołoporodowa nad kobitą niepełnosprawną. In: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 98–154.

6. Walsh-Gallagher D, Mc Conkey R, Sinclair M, Clarke R. Normalising birth for women with a disability: The challenges facing practitioners. Midwifey 2013; 29(4): 294–299.

7. Podgórska-Jachnik D, Komunikowanie się z pacjentem z niepełnosprawnością słuchową. In: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A. Kontekst "Inności" w komunikacji interpersonalnej. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2019: 230–256.

8. Stawicka K, Jenczura A, Kozyra O, Naworska B. Opieka nad pacjentką z niepełnosprawnością. In: Naworska B, Kotlarz B. Poród: Przebieg, zasady prowadzenia i kompetencje położnicze. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; 2015: 240–242.

3.8. Protruze pupečníku, prolaps pupečníku během porodu

Pupečník spojuje plod s placentou, skládá se ze dvou tepen a jedné žíly, Whartonova rosolu, který chrání cévy, a z epitelu. Žíla pupečníku přivádí krev z placenty do plodu, zatímco tepny přivádějí krev z plodu do placenty. Bylo prokázáno, že pupečník obsahuje kyselinu hyaluronovou a chondroitin sulfát, které umožňují přesun a ukládání látek pocházejících z krve nebo plodové vody plodu. Délka pupečníku a jeho tloušťka se u každého jedince liší. Statisticky má délku 50 cm a průměr 1,5 cm.

Výhřez pupečníku je přítomnost pupečníkové kličky nebo pupečníku vedle nebo před prezentující se částí plodu. V případě výhřezu pupečníku jsou membrány amnionu protržené, to znamená, že dochází k úniku plodové vody. Výhřez pupečníku může být nepostřehnutelný, nicméně lze jej odhalit při interním vyšetření neboli vyšetřením pánve. Někdy lze pupečník vidět v pochvě a někdy může pupečník dokonce zcela vypadnout a objevit se před vulvou.

V odborné literatuře se uvádí, že četnost výhřezu pupečníku je <1 % ze všech porodů (včetně předčasných). Tento poměr se však zvyšuje při abnormálních polohách plodu – 4 % u polohy koncem pánevním, 12 % u polohy příčné.

Mezi rizikové faktory výhřezu pupečníku se řadí:

- předporodní ruptura membrán (PROM),
- předčasný porod,
- cefalopelvická disproporce,
- amniotomie (než se rozená část usadí v porodních cestách),
- abnormální umístění placenty, včetně nízko položené placenty,

- okrajové zavedení pupečníku,
- externí a vnitřní cefalická verze,
- polyhydramnion,
- vícečetný porod,
- dlouhá pupeční šňůra,
- vícečetné těhotenství,
- malformace plodu.

K protruzi pupečníku dochází téměř vždy v případě neporušeného plodového vaku, kdy se pupečník objeví před rozenou částí děťátka nebo vedle ní.

Zapamatujte si!

Tzv. protruze pupečníku předchází výhřezu pupečníku, což je extrémně nebezpečný stav!

Statisticky se protruze pupečníku vyskytuje zřídka, podle odborné literatury se jeho výskyt pohybuje mezi 1:239 a 1:865 porodů. Nicméně vždy se jedná o náhlý vývoj situace. Úmrtnost plodu se u těchto případů pohybuje mezi 9 a 49 %, obvykle je způsobena předčasným porodem, anatomickými anomáliemi plodu nebo jeho hypoxií. Etiologie výhřezu pupečníku není jasná. V literatuře se uvádí, že riziko výhřezu pupečníku nebo protruze pupečníku vzniká v situaci, kdy je v porodních cestách relativně hodně místa pro posun pupečníku.

Mezi rizikové faktory protruze pupečníku patří:

- pomalý porod,
- nízký gestační věk (podle EBM se frekvence výhřezu pupečníku pohybuje mezi 2–11 % u těhotenství, kdy je poloha plodu jiná než hlavou dolů!),
- abnormální polohy plodu, včetně polohy příčné,
- abnormální naléhání plodu, vychýlená hlavička nebo hlavička umístěná vysoko nad vchodem během dilatace,
- výrazný nepoměr mezi přední částí plodu a pánví,
- vícečetné těhotenství,
- polyhydramnion,
- vícečetný porod,
- v porodních cestách není žádná prezentující se část,
- nesprávná kostěná struktura pánve (např. velký vstup do pánve).

Výhřez pupečníku je diagnostikován na základě vyšetření pánve, kdy člen zdravotnického týmu při vnitřním vyšetření přes pochvu lokalizuje pupečník v pochvě nebo vedle prezentující se části. Na tento stav může poukazovat anomálie srdečního rytmu plodu (zobrazená na výstupu z kardiotokografu) v podobě hluboké a proměnlivé decelerace, bradykardie, a to i když je těhotná žena ve správné poloze.

Zapamatujte si!

Cílem všech zdravotnických úkonů prováděných v rámci zdravotní péče je minimalizovat stlačení pupečníku, aby se zachoval krevní oběh plodu (okysličení plodu).

1. V případě protruze pupečníku s neporušeným plodovým vakem by měla být pacientka uložena do polohy na kolenou a loktech s hýžděmi směrem nahoru.
2. Dbejte, aby nikdy nedošlo k protržení plodového obalu!
3. Je nutné průběžně sledovat stav plodu a zaznamenávat jeho srdeční frekvenci.
4. Pokud pupečník vypadne dříve než prezentující se část plodu, měl by se člen zdravotnického týmu pokusit při vyšetření pánve zatlačit prezentující se část směrem nahoru (hlouběji do dělohy), aby uvolnil stlačení pupečníku, pokud to pokročilost porodu dovolí. Označuje se to jako pokus o elevaci pupečníku s připraveným operačním sálem. Poté se provede urgentní císařský řez, kdy se k zesílení kontrakcí podává oxytocin.

Zapamatujte si!

V případě výhřezu pupečníku při pokročilém přirozeném porodu rozhodne o nejrychlejším způsobu porodu porodník.

V případě pokročilého porodu (kdy hlavička je v porodních cestách velmi nízko) se již pupečník elevovat nesmí!

V takovém případě je třeba rozhodnout, zda použít nástroje, jako jsou porodnické kleště nebo vakuový extraktor. Nejčastěji se však volí císařský řez.

- V porodnické literatuře je popsáno také manuální vytažení pupečníku do pochvy s následným pozorováním jeho případného zatažení zpět.
- Pokud je transportována pacientka, u níž byl diagnostikován výhřez pupečníku, běžně se používá Simova poloha, kdy pacientka leží na levém boku (minimalizuje se stlačení dolní duté žíly, aby nedošlo k hypoxii plodu). Levou kyčel podložíme klínem, který by měl nadzvednout pánev.
- V literatuře se uvádí také několik způsobů ošetření: naplnění lopatky pacientky fyziologickým roztokem (k posunutí přítomné části plodu v porodních cestách) nebo amnioinfuze, a to s ohledem na naléhavost situace a nebezpečí pro plod. Ty se však běžně nepoužívají.

Zapamatujte si!

Rychlá diagnóza a přijatá opatření mají zásadní význam pro zdraví plodu.

Doporučení týkající se postupu zdravotnického týmu v případě výhřezu pupečníku

- Veškerá zdravotní péče na porodním sále by měla být poskytována v souladu s předpisy a dalšími dokumenty vydanými ministerstvem, procesními algoritmy a doporučeními zdravotnických asociací platnými v dané zemi!
- Pokud je diagnostikován výhřez pupečníku, je nutné přivolat další pomoc.
- Je nezbytné navázat kontakt s rodící ženou a osobami, které ji doprovázejí – je třeba je podpořit, aby pochopili situaci a přijímané kroky.
- Je třeba provést řadu úkonů k dekompresi pupečníku a usnadnění oběhu pupečníkovými cévami.
- Musí se zaznamenávat srdeční frekvence plodu.
- Polohu pupečníku je třeba posoudit provedením pánevního vyšetření a tuto informaci pak předat ošetřujícímu týmu, aby se mohl rozhodnout, jak bude postupovat dál.
- Pokud se pupeční šňůra zatáhne zpět, může se pacientka uvolnit z polohy, kterou zaujala, ale je nutné sledovat srdeční činnost plodu, a především je třeba vyčkat!
- Pokud nedojde k žádnému pokroku v úkonech, které zdravotnický tým dosud provedl, učiní zdravotnický dohled další rozhodnutí a posoudí jejich riziko.
- Zdravotnický tým se vzájemně podporuje, poskytuje si pomoc a dokumentuje událost.

Seznam literatury

1. Boyle, Jodell J, Katz, Vern L. Umbilical Cord Prolapse in Current Obstetric Practice. Obstetrical & Gynecological Survey 2005; 60(11): 712–713.
2. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. The Journal of Reproductive Medicine 1990; 35(7): 690–692.
3. Lin MG. Umbilical Cord Prolapse. Obstetrical & Gynecological Survey 2006; 61(4): 269–277.
4. Ma K, Segel S. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych w późnej ciaży niedonoszonej i w ciąży donoszonej. In: Berghelli V. Położnictwo według zasad EBM. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2019: 301
5. Ropacka M. Przodowanie oraz wypadnięcie pępowiny. In: Bręborowicz GH. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 144–145.

3.9. Embolie plodovou vodou

Plodová voda vyplňuje plodový vak a vytváří to nejlepší možné prostředí pro vyvíjející se plod. Základem plodové vody je přítomnost amnionu, tekutiny difundující z mateřské plazmy a tekutiny pocházející z oběhu, který probíhá mezi matkou a jejím plodem. V dalších týdnech těhotenství (po 15. týdnu těhotenství) je zdrojem plodové vody filtrace z ledvinových glomerulů plodu, difúze přes kůži. Kolem 30. týdne těhotenství se difúze přes kůži snižuje s nárůstem funkce ledvin plodu a produkce moči plodu.

Amnion je vnitřní vrstva plodového vaku a oblast spojující plodovou vodu s ostatními prvky plodových obalů.

Plodová voda obsahuje vodu (98 %) a organické a anorganické látky (2 %):

- mateřské a fetální proteiny. Mezi mateřské proteiny se řadí imunoglobuliny, albuminy, globuliny a proteiny, které vážou pohlavní hormony. Mezi fetální proteiny řadíme alfa-fetoprotein, jehož nejvyšší koncentrace je pozorována u 15. týdne těhotenství,
- lipidy, které se aktivně podílejí na spuštění děložních kontrakcí. Jejich přítomnost je ukazatelem zralosti plic plodu. Triglyceridy a fosfolipidy jsou produkovány epitelem buněk plicních alveolů; často jsou také nivelizovány do plodové vody obsažené v bronchiálním stromu plodu,
- glukóza produkovaná převážně plodem, jejíž koncentrace se s vývojem těhotenství snižuje,
- elektrolyty: sodík, draslík, hořčík, chlor, vápník a fosfor. Jejich koncentrace se pravidelně mění v důsledku vylučování ledvinami plodu a difúze kůží,
- hormony: estrogeny, progesteron, kortizol, choriový gonadotropin a testosteron,
- enzymy,
- vitamíny,
- faktory humorální imunity,
- morfotické prvky: buňky amnia, vlákna hlenu, globule bilirubinu, rohová vrstva a vlasy plodu.

Plodová voda se reguluje prostřednictvím:

- krevního oběhu matky a plodu (díky přítomnosti pupečníku),
- započaté funkce ledvin, kterou se rozumí močení plodu do plodového vaku,
- vstřebáváním, které probíhá v zažívacím traktu plodu, jeho kůži a plicích.

Plodová voda má tyto hlavní úkoly:

- chrání plod,
- zajišťuje pohyblivost plodu,
- zabraňuje amnionu, aby se nepřilepil k tělíčku plodu,
- udržuje teplotu v plodovém vaku,
- zajišťuje vývoj plic,
- má bakteriostatický a baktericidní účinek,
- představuje specifickou a nespecifickou imunitní odpověď.

Objem plodové vody se mění v závislosti na týdnu těhotenství a činí:

- 10. týden těhotenství – 30 ml,
- 20. týden těhotenství – 300 ml,
- 30. týden těhotenství – 600 ml,
- 36. týden těhotenství – 1000 ml,
- 38.–42. týden těhotenství – 600 ml.

Plodová voda může komplikovat těhotenství i perinatální období. Problematika embolie plodovou vodou je v porodnictví známým jevem. Jedná se vždy o urgentní stav, který je navíc nepředvídatelný, protože chybí varovné příznaky. Následky embolie plodovou vodou jsou závažné a často končí úmrtím matky. Statisticky se embolie plodovou vodou vyskytuje u 2 až 6:100 000 těhotenství. I přes předem vypracovaný léčebný plán jsou výsledky léčby většinou nepříznivé.

Patofyziologie embolie plodovou vodou je složitá. Plodová voda se může dostat do krevního oběhu matky v důsledku prasknutí děložní žíly během přirozeného porodu. Ani operační porody se bohužel této problematice neubrání, riziko výskytu je ve skutečnosti prokazatelně vyšší. Jakékoli prasknutí cévy těhotné ženy může mít za následek vniknutí plodové vody do krevního oběhu. Obecně platí, že amniotomie (naplnění plodového vaku plodovou vodou) může také způsobit drobné poranění, a tím pádem vniknutí plodové vody do krevního oběhu těhotné ženy.

Odborná literatura uvádí, že kromě poškození cév těhotné ženy může být embolie plodovou vodou způsobena také mechanickým, umělým protržením plodových obalů.

K embolii plodovou vodou tak může dojít při přirozeném porodu, císařském řezu, v raném poporodním období i v důsledku mechanického zásahu v perinatálním období.

Individuální predispozice žen k průniku plodové vody do krevního oběhu není dosud známa. Přítomnost plodové vody v krevním oběhu nemusí vyvolat nežádoucí změny ve fungování organismu. Na druhou stranu se může jednat o zánět, který iniciuje kolaps imitující anafylaktický nebo septický šok. V současné době se o této problematice široce diskutuje v publikacích Evidence Based Medicine.

Embolie plodovou vodou se nejčastěji diagnostikuje na základě pitvy, která potvrdí přítomnost plodové vody a/nebo fetálních morfotických prvků v plicích matky. U žen, které takovou embolii přežily, se prokazuje přítomnost elementů plodové vody v plicních žilách matky (centrální žíly). Odborná literatura uvádí, že embolii plodovou vodou lze diagnostikovat i na základě analýzy složení séra matky, a to pomocí specializovaného testu monoklonálních protilátek, které se vážou na glykoprotein mekonia, fluorometrického vyšetření zinku koproporfyrinu-I, β-tryptázy a frakcí komplementu C3-C4 v krevním séru pacientky. Při podezření na embolii je třeba pro potvrzení diagnózy rozšířit diagnostiku o gasometrické vyšetření, aby se odhalil pokles

parciálního tlaku kyslíku a výskyt respirační a metabolické acidózy. Poruchy koagulačního systému pokryjí ukazatele DIC: zvýšená koncentrace rozpadu fibrinogenu, nižší koncentrace fibrinogenu a nízký počet krevních destiček, výrazné prodloužení APTT a PT a snížená aktivita antitrombinu III. Echokardiografie ukáže dilataci pravé komory, snížení poruch pohybu volné stěny. K odbornému sledování stavu pacienta je nezbytné trvalé monitorování centrálního žilního tlaku.

V některých případech úmrtí matek však není možné spolehlivě diagnostikovat embolii plodovou vodou, protože v plicních žilách nejsou nalezeny žádné morfotické elementy plodu, a to i přes předběžnou diagnózu řady zjevných klinických příznaků. Podobná situace nastává, když se v krvi matky najde malé množství fetálních buněk a nedojde k embolii.

Statisticky lze uvést následující faktory predisponující k embolii plodovou vodou:

- nadměrné, intenzivní kontrakce,
- těhotenství nad 35 let,
- vícečetné těhotenství,
- vícenásobné práce,
- invazivní charakter práce,
- indukce porodu (simulace),
- polyhydramnion,
- císařský řez,
- manuální extrakce plodu,
- eklampsie,
- placenta praevia.

Mezi příznaky embolie plodovou vodou, které vypracoval tým amerických odborníků, se řadí:

- náhlý pokles krevního tlaku,
- plicní edém, bronchospasmus,
- poruchy koagulace (DIC) nebo klinické ukazatele purpury,
- zástava oběhu a dýchání,
- poruchy dýchání – tachypnoe, dušnost, cyanóza.

Výše uvedené příznaky se objevují během porodu nebo 30 minut po jeho skončení! Odborná literatura uvádí i další příznaky:

- křeče,
- děložní atonie.

Uvedené znaky se mohou vyskytovat samostatně, společně nebo v kombinaci s jinými znaky.

Zapamatujte si!

Křeče je třeba odlišit od eklampsie.

Při přijímání opatření zaměřených na poskytování lékařské péče v případě diagnostikované embolie plodovou vodou je třeba postupovat následovně:

- snaha o udržení oběhu – zajištění žilního přístupu – provedení venepunkce (periferní žilní katétr), doplnění tekutin v cévním řečišti,
- snaha o udržení dýchání – zavedení ventilace pomocí dostupného vybavení (vaková maska s ventilem / tracheální intubace) nebo resuscitace z úst do úst,
- v případě potřeby proveďte stlačení hrudníku,
- v případě indikátorů DIC – zavést antikoagulační léčbu.

Známky ohrožení života plodu (v případě embolie plodovou vodou během porodu):

- zpomalení,
- bradykardie.

Doporučení týkající se postupu lékařského týmu v případě embolie plodovou vodou

- Veškerá lékařská péče na porodním sále by měla být poskytována v souladu s předpisy a dalšími dokumenty vydanými ministerstvem zdravotnictví, procesními algoritmy a doporučeními lékařských asociací platnými v dané zemi!
- Každé těhotenství je třeba posuzovat individuálně.
- Mělo by se zvážit, zda je skutečně potřeba použít léky, které budou mít vliv na vystupňování děložní kontrakce.
- Velkou pozornost je třeba věnovat ženám, které měly během těhotenství jakékoli obtíže nebo komplikace nebo u nichž byly provedeny mechanické zákroky, jako je amniotomie.
- U starších těhotných žen je třeba pečlivě zvážit.
- V případě multipar je třeba pečlivě zvážit.
- Pokud si pacientka stěžuje na dušnost nebo tlak na hrudi (během porodu i v časném poporodním období), je třeba přijmout opatření.

Seznam literatury

1. Alfirevic Z., Kelly A. J., Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2009 Oct 7; 2009(4): CD003246.
2. Bręborowicz G.H. Wypadnięcie pępowiny. In: Bręborowicz GH, ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 476–478
3. Bueno B., San-Frutos L., et al. Variables that predict the success of labor induction. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 1093–1097.
4. Busardo F. P., Frati P., Zaami S., Fineschi V. Amniotic fluid embolism pathophysiology syggests the new giagnostic armamentarium: β-tryptase and complement fractions C3-C4 are indispensable working tools. Int J Mol Sci 2015; 16: 6557–6570.
5. Czempiński P., Krajewski P. Zgony okołoporodowe związane z zatorowością płynem owodniowym. Arch Med Sąd Krym 2008; 63: 104–109.

6. Gaca M., Bręborowicz H. H. Zator płynem owodniowym. In: Bręborowicz G. H., ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 458–461.

7. Gelber S., Sciscione A. Mechanical methods of cervical ripening and labor induction. Clin Obscet Gynecol 2006; 49: 642–657.

8. Keirse M. J., Thiery M., Parewijck W., et al. Chronic stimulation of uterine prostaglandin synthesis during cervical ripening before the onset labor. Prostaglandins 1983; 25: 671–682.

9. Kempiak J. Drugi i trzeci trymestr ciąży. In: Bręborowicz GH, ed. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 79–91.

10. Knight M., Berg C., Brocklehurst P., et al. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomers: review and recommendations. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 7.

11. Koziołek A. H., Gaca M., Szymanowski K., Ziętek-Bartlewicz E. Consumptive coagulopathy as a leading sign of amniotic fluid embolism – case report. Ginekol Pol 2016; 87(2): 153–156.

12. Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzelak B., Poniedziałek-Czajkowska E. Indukcja porodu. In: Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Lublin: D. Bifolium; 2006.

13. Windyga J. Patofizjologia, rozpoznawanie i leczenie rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego. Hematologia 2011; 2(4): 326–331.

3.10. Náhlá plicní embolie

Plicní embolie je závažný stav, který vede k úmrtí mnoha žen na celém světě. Indexy pro mnoho evropských zemí ukazují, že onemocnění související s poruchami koagulačního systému (plicní embolie) jsou hlavní příčinou úmrtí během těhotenství nebo po porodu. V Polsku je to čtvrtá příčina po krvácení, infekci a hypertenzi.

Plicní embolie vzniká, když se krevní sraženina dostane cévami do plic.

Během těhotenství dochází v těle ženy k mnoha adaptacím, aby bylo těhotenství bezpečné a zdravé. Vzhledem k cévnímu systému, který je zde popsán, se tyto adaptace týkají žilního tlaku, hormonální rovnováhy, sekrece vazodilatancií, příznaků žilní nedostatečnosti a změn koagulačního systému. Těhotenství – přesněji řečeno jeho vývoj – představuje značnou zátěž pro fungování cév dolní pánve a následně i cév dolních končetin. Těhotenství navíc předurčuje ženu ke zvýšené srážlivosti krve, a proto jsou těhotné ženy vystaveny vyššímu riziku vzniku hluboké žilní trombózy. Krevní sraženiny u těhotných žen obvykle pocházejí z hlubokých žil dolních končetin. Důležitá je skutečnost, že žilní tromboembolie se může vyskytnout v kterékoli fázi těhotenství a po porodu a statisticky vzato je u těhotných žen pětkrát častější než u netěhotných. V období po porodu je riziko ještě vyšší.

Klinické příznaky plicní embolie přímo souvisejí s velikostí krevní sraženiny. Krevní sraženina může bránit oxidaci krve nebo ji dokonce zcela znemožnit.

Příznaky plicní embolie:

- dušnost, potíže s dýcháním nebo zrychlené dýchání,
- nepříjemné pocity na hrudi, včetně bolesti,
- kašel,
- periferní edém,
- šelesty slyšené při fyzikálním vyšetření hrudníku,
- hypertenze, tachykardie,
- cyanóza,
- horečka,
- úzkost, podráždění, rozrušení,
- hemoptýza.

Výše uvedené příznaky mohou být falešně diagnostikovány jako plicní infekce.

Diagnostika plicní embolie zahrnuje:

- EKG vyšetření (např. odhalení deformace pravého srdce),
- rentgenový snímek hrudníku (např. odhalující atelektázu, povrchovou infiltraci, jednostrannou sekreci v plicní pohrudnici),
- specifikace úrovně oxidace krve pomocí saturace a testu arteriálních krevních plynů (hypoxii tkání a orgánů lze měřit pulzním oxymetrem; test arteriálních krevních plynů by měl být proveden, když pacient stojí).

Je třeba mít na paměti, že v případě plicní embolie nebudou mít všechny naměřené parametry nebo provedené zobrazovací vyšetření negativní ukazatele. Někdy rentgenový snímek hrudníku provedený v předběžném stadiu plicní embolie ukáže správný obraz plic.

Léčba plicní embolie zahrnuje podávání antikoagulancií, která zabraňují hromadění krevních sraženin a obnovují průchodnost cév. Léčba začíná od okamžiku, kdy je diagnostikována žilní tromboembolie, a to jak v těhotenství, tak po porodu. Mezi nejpoužívanější antikoagulancia patří nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin a warfarin.

Při diskusi o povrchové žilní trombóze je třeba zmínit, že koagulace probíhající v cévě je poměrně silně vázána na přilehlou žilní stěnu, a proto je riziko jejího odloučení zanedbatelné. V takové situaci má význam zavedení léčivých přípravků na bázi heparinu, pokud je rozsah zánětu velmi velký a pokud se trombóza dostává do systému hlubokých žil perforujícími žilami. Použití běžně používaných léčivých přípravků obsahujících heparin, které jsou určeny ke kožnímu použití (masti, gely), nelze prakticky ani teoreticky odůvodnit. EBM rovněž neprokazuje jejich účinnost.

Hodnocení rizika výskytu žilní tromboembolie v populaci žen, které podstoupily operační porod, zahrnuje následující faktory:

- věk pacienta >35 let,
- obezita >80 kg,

- vícenásobné práce,
- preeklampsie,
- obecná onemocnění srdce, plic, střev, ledvin, onemocnění související s rakovinou, poruchy metabolismu glukózy,
- porod náhle skončil operací,
- varixy v nohách,
- žilní tromboembolie v minulosti,
- antifosfolipidový syndrom,
- minulé operace děložního svalstva.

Podle EBM zatím není k dispozici dostatek údajů, které by umožnily vypracovat jednotná doporučení týkající se tromboprofylaxe během těhotenství a v rané fázi po porodu. Dosud byly popsány tři úspěšné intervence, mezi něž patří: pneumatická komprese, kompresivní punčochy a podávání léků na bázi nefrakcionovaného a nízkomolekulárního heparinu.

V Polsku jsou doporučení týkající se popsaného jevu zahrnuta do doporučení pro léčbu a prevenci žilní trombózy. U těhotných žen se většinou doporučuje pečlivé klinické sledování. V období po porodu se vzhledem ke zvýšenému riziku žilního tromboembolismu doporučuje antikoagulační léčba.

K prevenci tohoto jevu patří okamžitá mobilizace po císařském řezu. Vzhledem k procesu průtoku žilami se nedoporučuje tento postup vynechat. Při práci svalů nohou se uvolňují endogenní fibrinolytické látky, jejichž cílem je urychlit fibrinolýzu a rekanalizaci koagulace v žilách.

Doporučení týkající se postupu lékařského týmu v případě podezření na plicní embolii

- Veškerá lékařská péče na porodním sále musí být poskytována v souladu s předpisy a dalšími dokumenty vydanými ministerstvem zdravotnictví, procedurálními algoritmy a doporučeními lékařských asociací platnými v dané zemi!
- Je třeba přijmout okamžitá a intenzivní lékařská opatření.
- Musí být zajištěna lékařská pomoc (např. resuscitační tým, anesteziolog, službu konající lékař).
- V případě zástavy krevního oběhu je třeba jednat, tj. provést kompresi hrudníku.
- Přívod kyslíku musí být zajištěn (kyslíková maska nebo nosní trubice).
- Přístup k žíle musí být zajištěn venepunkcí (periferním žilním katétrem).
- Léky musí být podávány v souladu s pokyny lékaře (včetně heparinu).
- Stav plodu musí být neustále sledován (pokud k embolii došlo během těhotenství).
- Stav pacienta je třeba sledovat pomocí EKG vyšetření.
- Pokud je to možné, měl by být použit pulzní oxymetr.
- Měla by se též měřit rovnováha tekutin v těle.
- Pokud je to možné, pacient by měl být vsedě!

Seznam literatury

1. Bothamley J. Choroba zakrzepowo-zatorowa w ciąży. In: Boyle M, Iwanowicz-Palus G, ed. Stany nagłe w okresie okołoporodowym. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 48–74.
2. Chiesa R, Marone E.M, Limoni L, Singh V. Venous disorders: correlation between visible signs, symptoms and presence of functional disease. J Vasc Surg 2007; 46: 322–330. Silent oscillation in advanced pregnancy 269
3. Staniszewski R, Bręborowicz GH. Choroba zakrzepowo-zatorowa żył kończyn dolnych w wywiadzie. In: Bręborowicz GH, ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 43–45, 127–129.
4. Polskie wytyczne dotyczące profilaktyki i leczenia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej – aktualizacja 2012. Medycyna Praktyczna-Chirurgia 2012; 106: 59–73.
5. Navarro T.P, Delis K.T, Ribeiro A.P. Clinical and hemodynamic significante of the greater saphenous vein diameter in chronic vein insufficiency. Arch Surg 2002; 13: 1233–1237.

3.11. Tichá tepová frekvence plodu v pokročilém stádiu těhotenství

Metody záznamu srdeční frekvence plodu (FHR) procházejí již řadu let značnými změnami. Základním cílem této modernizace je získat signály bez vnitřních a vnějších interferencí. Ke sledování srdeční frekvence plodu se běžně používá kardiotokograf, který zaznamenává také děložní kontrakce a někdy i srdeční tep matky.

Kardiotokografie (KTG) je diagnostická metoda, která zaznamenává a zobrazuje srdeční tep plodu, jeho pohyblivost a děložní kontrakce. Výsledkem je tištěný graf nebo jeho elektronická podoba. KTG se provádí u každé ženy během těhotenství a porodu. U KTG vyšetření se snažíme získat zvukový signál, který je slyšitelný jak pro obsluhu KTG, tak pro těhotnou ženu, s výjimkou pacientek se sluchovým postižením, kde by měl být zvuk ztlumen a měla by se ponechat pouze vizuální forma výstupu.

Údaje získané z KTG jsou v porodnictví nesmírně důležité pro předvídání stavu plodu. KTG je typ neinvazivního, snadného a rychlého (s ohledem na to, co je běžně k dispozici) vyšetření. Kromě toho je důležité zmínit, že KTG je možné využít i k průběžnému dohlížení na rodící ženu. Moderní kardiotokografy jsou uzpůsobeny pro porod pod vodou, a to díky zavedené funkci telemetrie, kdy přístroj vysílá signál do počítače, kde se výstup analyzuje.

Kardiotokografy používané v porodnictví se skládají ze dvou sond:

- ultrazvukové, která zaznamenává srdeční tep plodu a jeho pohyblivost,
- topografické, která zaznamenává děložní kontrakce.

Kardiotokografy jsou často vybaveny také možností zaznamenávání pohybu plodu, kdy pacientka spolupracuje a zaznamenává pohyby plodu, které cítí.

Indikace pro KTG:

- posouzení stavu plodu v průběhu těhotenství (i po přijetí pacientky do nemocnice, KTG lze provést nejdříve mezi 24. a 25. týdnem těhotenství – v naléhavé situaci, která vyžaduje dohled),
- hodnocení stavu plodu během porodu (cílem je prevence acidózy plodu a snížení četnosti příhod nitroděložní hypoxie – správné rozhodování o porodu),
- dokončený 42. týden těhotenství (zavedení každodenního KTG za účelem sledování nitroděložního stavu plodu),
- přítomnost klinických příznaků těhotenství po termínu,
- zdravotní stav matky (např. cukrovka, infekce, srdeční onemocnění, onemocnění ledvin, onemocnění endokrinního systému),
- krvácení během těhotenství,
- podezření na IUGR (intrauterinní růstovou restrikci),
- abnormální poloha plodu,
- abnormální umístění placenty,
- pacientka uvádí, že necítí pohyby plodu,
- podezření na PROM (prelabour rupture of membranes / předporodní protržení blan),
- předčasný porod,
- diagnostikované anomálie ve struktuře srdce plodu,
- špatná porodnická anamnéza,
- únik plodové vody s abnormální barvou (např. mekonia),
- předchozí abnormální výsledky KTG,
- zavedení exogenního oxytocinu za účelem stimulace děložní svaloviny,
- zavedení lokální anestezie během porodu,
- vícečetné těhotenství a porod,
- stav po porodnickém zákroku (např. zavedení Foleyho katétru do děložní dutiny),
- stav po mechanickém poranění (včetně dopravních nehod),
- život ohrožující stav matky (např. pacientka je v bezvědomí nebo má rakovinu),
- vysoce závislý pacient (psychiatrické léky, narkotika, alkohol).

Je třeba mít na paměti, že výše uvedené indikace mohou být rozšířeny z důvodu náhlých, nepředvídaných okolností nebo vzácného onemocnění, které je zároveň nestandardní porodnickou situací.

Pokud jde o použití kardiotokografie v porodnictví, odborníci Polské gynekologické společnosti stanovili specifické indikace pro KTG během těhotenství po 24. týdnu. Rozdělili je na indikace mateřské a fetální.

Indikace u matky:

- antifosfolipidový syndrom,
- nedostatek vyvážené hypertyreózy,

- hemoglobinopatie,
- cyanotické srdeční vady,
- lupus,
- chronická onemocnění ledvin,
- diabetes 1. typu,
- hypertenze.

Indikace u plodu:

- preeklampsie,
- snížená pohyblivost plodu,
- abnormální množství plodové vody: oligohydramnion, polyhydramnion,
- vícečetné těhotenství,
- IUGR,
- přenášené těhotenství,
- sérologický konflikt,
- špatná porodnická anamnéza: porod mrtvého plodu v anamnéze pacientky.

Pro zajištění objektivních výsledků KTG je třeba zajistit klid pacientky, nejlépe v poloze na levém boku, dodržet délku záznamu (nejméně 20 minut), jasně stanovit čas začátku a konce monitorování (i s uvedením data). V případě pochybností o výstupu (např. špatný signál, nečitelnost) se doporučuje vyšetření opakovat.

K základním pojmům souvisejícím s kardiotokografií se řadí:

- stanovení základní srdeční frekvence plodu označované jako oscilace, což je průměrná amplituda srdeční frekvence plodu. Dle naměřených hodnot lze rozlišit následující stavy:
  - normální srdeční frekvence (110–160 tepů za minutu),
  - tachykardie (>160 tepů za minutu),
  - bradykardie (<110 tepů za minutu),
- stanovení variability srdeční frekvence plodu, která je výsledkem reakce na podněty pocházející z autonomního systému ve vztahu k humorálním nebo farmakologickým faktorům,
- stanovení akcelerace – definované jako periodické, přechodné zvýšení srdeční frekvence plodu,
- stanovení decelerace – definované jako pokles srdeční frekvence plodu. Podle povahy se rozlišují tyto typy decelerace: raná, variabilní a pozdní.

Při interpretaci výstupů z těhotenské kardiotokografie se používá typ klasifikačních metod označovaných jako non-stress testy (NST). Kritéria používaná k rozlišení nezátěžových testů:

- reaktivní výsledek – ukazuje normální srdeční frekvenci; existují dvě nebo více zrychlení zvyšující srdeční frekvenci: 15 tepů za minutu nad základní frekvenci a trvající nejméně 15 sekund, související s pohyby plodu,

- nereaktivní výsledek – není zjištěno žádné zrychlení; vyžaduje prodloužení doby trvání vyšetření až na 60 minut (v případě, že nedojde ke zlepšení, je třeba provést zátěžový test k objasnění klinické situace),
- nejistý výsledek – odhalení nesprávného počtu zrychlení (méně než dvě) nebo zrychlení s abnormálním trváním a amplitudou; vyžaduje opakování po 24 hodinách.

V porodnictví lze rozlišit tyto čtyři stavy FHR (fetal heart rate / monitorování srdeční frekvence plodu):

1. příznakové – při nárůstu vyšším než 25 tepů za minutu,
2. kolísavé – kdy se nárůst pohybuje mezi 5 a 25 tepy za minutu, normální fyziologie autonomního nervového systému,
3. téměř tiché – nárůst nepřesahuje 10 tepů za minutu,
4. tiché – když nárůst nepřekročí 5 tepů za minutu – graf vypadá jako přímka.

Charakteristika tiché oscilace:

- Zaznamenaná srdeční frekvence plodu: pozorované ozvy FHR >160 tepů za minutu, trvající nejméně 10 minut.
- Interpretace a podklady: nízký gestační věk, infekce, léky (užívání beta2adrenergních agonistů), onemocnění matky, tachyarytmie plodu, komplikace těhotenství, dehydratace, hypertermie, centralizace oběhu plodu, souvislost s intrauterinní hypoxií. V horším případě se mohla vyskytnout pravděpodobná acidóza, pokud souvisí s nízkou variabilitou nebo jejím nedostatkem, nedostatkem akcelerace.
- Jak přistupovat k dané situaci: po diagnostikování souvisejícího onemocnění by měla být zahájena jeho léčba; stimulace zrychlení srdeční frekvence přes stimulaci pokožky hlavičky plodu znamená, že nedochází k acidóze; v případě, že nedojde ke zlepšení výstupu, mělo by se přikročit k porození plodu.

Doporučení týkající se postupu lékařského týmu v případě tiché oscilace pozorované při KTG

- Veškerá lékařská péče by měla být poskytována v souladu s předpisy a dalšími vyhláškami vydanými ministerstvem zdravotnictví, procedurálními algoritmy a doporučeními lékařských asociací platnými v dané zemi!
- Je třeba vyvinout maximální úsilí, aby byl výstup KTG co nejobjektivnější (poloha těla pacientky: pacientka by měla ležet na levém boku nebo by měl být použit klín k dekompresi pravé kyčle, aby se minimalizoval syndrom dolní duté žíly; měla by se zkontrolovat technická kvalita kardiotokografu; měly by být správně zadány údaje o pacientce, datum a čas).
- Je třeba mít na paměti, že tichá oscilace je nejhorším typem oscilace!
  - Svědčí o velmi špatném zdravotním stavu plodu, který ohrožuje jeho život!
  - Je nutný okamžitý zásah porodní asistentky a musí se s náležitou urgencí hlásit lékařskému dozoru!

- Musí se sestavit podrobná anamnéza, která obsahuje informace o zdravotním stavu pacientky (i v minulosti), o všech užívaných lécích a stimulantech, o současném životním stylu, průběhu těhotenství, stravě (včetně hydratace).
- V každém případě je třeba analyzovat všechny možné příčiny tiché oscilace (včetně faktorů jak mateřských, tak fetálních), spolupráce mezioborového týmu je v takovém případě k nezaplacení!.
- Pacientka by měla být dobře hydratovaná (perorálně nebo intravenózně).
- Další nezbytné lékařské úkony musí být provedeny bezodkladně (spolupráce mezioborového týmu).

Seznam literatury

1. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiotokografii w położnictwie. Ginekol Pol 2014; 85(9): 713–716.
2. Katsuragi S, Ikeda T, Noda S. Immediate newborn outcome and mode of delivery: use of standardized fetal heart rate pattern management. J Matem Fetal Neonatal Med 2013; 26: 71–74.
3. Grivell RM, Alfrevic Z, Gyte GM. Antenatal cardiotocography for fetal assessment Cochrane Database Syst Rev 2012; 2(12): CD007863

4. Simulační scénáře vybraných onemocnění, nestandardních situací v ošetřovatelství, porodnictví a fyzioterapii s ohledem na aspekty multikulturalismu a interdisciplinarity

Zavedení medicínské simulace do standardů zdravotnického vzdělávání bylo zcela revoluční. V dnešní době je zážitkové učení nejen možné, ale i nezbytné, protože je nyní již podporováno rozhodnutím ministerstva školství.

Výuka klinické medicínské simulace je založena na používání technologicky vyspělých simulátorů a hybridních simulací. Výuku zajišťují kvalifikovaní pedagogové a její obsah je založen na předem vypracovaných realistických simulačních scénářích. Tato moderní forma výuky vytváří bezpečný prostor pro učení, získávání dovedností a sociálních kompetencí. Díky možnosti opakovat dané ošetření (postupy) a následnému debriefingu se mohou studenti spolehlivě a prakticky naučit, jak postupovat i v těch nejobtížnějších, nejvzácnějších a nestandardních lékařských případech.

4.1. Databáze vzorových simulačních scénářů (pro studenty ošetřovatelství, zdravotnictví a medicíny)

SCÉNÁŘ 1

NÁZEV: **Efektivně pracující mezioborový tým**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje ve zdravotnických a zdravovědných oborech

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Efektivně pracující mezioborový tým**	
Hlavní klinický problém	Spolupráce a komunikace v mezioborovém týmu	
Situace	73letý muž, který byl včera přijat na oddělení všeobecné chirurgie k plánované operaci k odstranění křečových žil pravé dolní končetiny. Dnes podstoupil operaci. Operace, provedená v sub-arachnoidální anestezii, proběhla bez komplikací a pacient byl z operačního sálu (pooperačního pokoje) přeložen na oddělení. O pět minut později si zdravotní sestra, která vstoupila na pokoj, aby odpojila infuzi a zhodnotila pacientův stav, všimla, že pacient je velmi bledý a upadá do bezvědomí.	
Vzdělávací cíle	• Efektivní spolupráce v interdisciplinárním týmu • Efektivní komunikace v interdisciplinárním týmu	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti ošetřovatelství – 2 osoby • Student medicíny – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Oddělení všeobecné chirurgie. Pečujete o pacienta, který dnes podstoupil operaci k odstranění křečových žil pravé dolní končetiny. Právě byl převezen z operačního sálu. Ve 13.00 hod. vstoupíte do pacientova pokoje, abyste odpojili infuzi a zhodnotili pacientův stav. Zjistíte, že pacient leží na lůžku. Je bledý, slovní kontakt s ním je obtížný, oči má zavřené.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	• Posouzení zdravotního stavu pacienta • Efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu – používání strategií ISBAR, „call out“ a „check back“ • Efektivní spolupráce v interdisciplinárním týmu	

Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Pokoj pacienta na oddělení všeobecné chirurgie **Oblečení a další rekvizity:** • Pomocník v pánském oblečení nebo standardizovaný pacient • Pravá dolní končetina obvázána elastickým obvazem od chodidla k třísle **Rekvizity:** • Dvě lůžka • Telefon v místnosti • Zdroj kyslíku **Zdravotnické vybavení:** • Monitor srdeční činnosti – není připojen • Pulzní oxymetr • Tlakoměr • Stetoskop • Resuscitační vozík – vybavený resuscitačním zařízením a soupravou pro uvolnění dýchacích cest • Infuzní tekutiny – NaCl 0,9 %, Ringerův laktátový roztok 500 ml • Infuzní přístroj
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Andrzej Krasicki • Muž • Věk – 73 let • Výška – 179 cm • Hmotnost – 93 kg • Stav vědomí – snížená úroveň vědomí • Dýchání – zpomalené • Kůže – bledá • Tlak – 85/50 mmHg • Puls – 68 BPM • Chronická onemocnění – hypertenze, stav po infarktu myokardu (před 5 lety)
Průběh scénáře	**Místo:** • Pokoj pacienta na oddělení všeobecné chirurgie **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Životní funkce – použití monitoru k hodnocení životních funkcí • Volání lékaře (strategie ISBAR) • Používání technik „call out“ a „check back“ v komunikaci • Efektivní spolupráce mezioborového týmu Pravděpodobný výsledek: • Životní funkce • Přivolání lékaře (výše uvedené techniky nebyly při komunikaci použity) • Spolupráce v interdisciplinárním týmu na poměrně dobré úrovni Neúspěšný výsledek: • Nesprávné posouzení zdravotního stavu pacienta • Loudavost při volání lékaře (neefektivní komunikace po telefonu) • Špatná, neefektivní spolupráce v interdisciplinárním týmu
Co by mohlo pomoci	Vstup lékaře ve službě

Co by mohlo situaci přitížit	Službu konající lékař je během telefonického rozhovoru hrubý. Může říct: „Jako vždycky... otravujete mě s nějakou maličkostí.“
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam spolupráce a efektivní komunikace v interdisciplinárním týmu ve zdravotnictví
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

SCÉNÁŘ 2

NÁZEV: **Kulturní povědomí ve zdravotnictví**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje ve zdravotnických a zdravovědných oborech

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Kulturní povědomí ve zdravotnictví**
Hlavní klinický problém	24letá muslimka se zraněním zad
Situace	Karimu, 24letou muslimku, přivezla na pohotovost v 19 hodin sanitka v doprovodu jejího manžela. Při uklouznutí spadla ze schodů na záda. Došlo k celkovému pohmoždění těla s následnými silnými bolestmi zad v lumbosakrální oblasti. Krátce po pádu začala mít potíže s dýcháním a s pohyblivostí, nebyla také schopna použít toaletu (došlo ke krátkodobé ztrátě kontroly nad močovým měchýřem a střevy).
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů kultura a kulturní kompetence a jejich chápání v kontextu lékařské péče • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím

Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti ošetřovatelství – 2 osoby • Student medicíny – 1 osoba • Student zdravotnické záchranné služby – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Jste lékař v daném zdravotnickém zařízení. Právě vám začala směna, když se na oddělení pohotovosti dostavila pacientka (muslimka) a čeká na vás. Doktor Zieliński je jediným lékařem pracujícím na pohotovosti a jeho telefonní číslo je uvedeno na tabuli. Pokud budete potřebovat jeho pomoc, můžete mu zavolat. Ve službě s vámi jsou muž a žena pracující na pozici zdravotní sestry a záchranáře. V této chvíli jsou všichni zaneprázdněni.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientkou a jejím manželem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví • Efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu	
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Observační pokoj a ošetřovna na pohotovostním oddělení nemocnice **Pomocník:** • Standardizovaný pacient – mladá žena (muslimka) **Oblečení a další rekvizity:** • Dvě lůžka • Model paže – pravá horní končetina s možností provedení zákroku zavedení periferní kanyly • Židle • Telefon v místnosti • Piktogramy **Zdravotnické vybavení:** • Monitor EKG • Defibrilátor • Resuscitační vozík – kompletní • Zdroj kyslíku • Tlakoměr • Stetoskop • Teploměr • Glukometr • Terapeutický vozík (zkumavky pro odběr laboratorních vzorků, jehly, periferní kanyly různých velikostí, dezinfekční prostředky na kůži, obvazy pro upevnění kanyl – např. Venaplast, infuzní přístroje) • Lék proti bolesti – Paracetamol 10 mg/ml, infuzní roztok, 100 ml, 1 lahvička • Vybavení pro mytí a dezinfekci rukou	

Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Karima Maalouf • Žena • Věk – 24 let • Výška – 164 cm • Hmotnost – 54 kg • Žádná chronická onemocnění • Žádné alergie
Úvodní diagnostické a zobrazovací vyšetření	Dosud nebyly provedeny žádné laboratorní testy.
Lékařská anamnéza	**Informace od lékařského záchranného týmu (EMS):** • Pacient utrpěl poranění páteře v důsledku pádu ze schodů. Tým záchranné služby již informoval manžela pacientky.
Počáteční parametry Informace pro technika	• Mladá žena, přinesená na speciální fixační podložce v páteřním límci. • Sténá bolestí.
Průběh scénáře	**Místo:** • Observační a ošetřovna na pohotovostním oddělení nemocnice **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Zajištění ženského zdravotnického personálu – lékař, zdravotní sestra/paramedička. • Pokud nelze zajistit personál stejného pohlaví, promluvte si s pacientkou, projevte pochopení a úctu k tělesnému problému. • Vyhýbání se fyzickému kontaktu s pacientem nebo jeho omezení na nezbytné minimum, a pokud je takový kontakt nutný, vysvětlení jeho účelu. • Poskytování informací o veškeré péči a léčbě pacientce a jejímu manželovi. • Efektivní mezikulturní komunikace: • položit pacientce a jejímu manželovi otevřené otázky, díky kterým se snažíme získat co nejvíce informací o jejich potřebách a očekáváních, • poskytovat informace a klást otázky – pomalu a jasně, co nejjednodušším a nejpřehlednějším způsobem, • používání neverbálního způsobu komunikace a „řeči těla“ – znázornění výrazu gesty nebo dostupnými pomůckami (použití piktogramů), • ujistit se, že pacientka a její manžel rozumějí doporučením a akceptují navržený plán péče. • Respektování práva pacientky na oděv, který zakrývá celé tělo. • Zavedení periferní kanyly na pravou horní končetinu. Pravděpodobný výsledek: • Informování lékaře ve službě o očekáváních rodiny a předání pacientky do jeho rukou. Neúspěšný výsledek: • Nezajištění ženského zdravotnického personálu (lékař, sestra) a nedostatečný rozhovor s pacientkou, který by naznačoval pochopení a respekt k tělesným problémům. • Neomezení fyzického kontaktu na nezbytné minimum.

Průběh scénáře	• Neposkytnutí informací o účelu fyzického kontaktu. • Poskytování informací o péči a léčbě pouze pacientce. • Neefektivní mezikulturní komunikace: • žádné otevřené otázky, abyste získali co nejvíce informací o potřebách a očekáváních pacientky a jejího manžela, • poskytování informací a kladení otázek rychle a nejasně, nepřehledným způsobem, bez znázornění gesty nebo přístupnými předměty (např. piktogramy), • nepoužívání neverbálních metod komunikace, • neověření pochopení doporučení a přijetí navrhovaného léčebného plánu. • Nerespektování práva pacientky na nošení oděvu, který zakrývá celé tělo. • Zavedení periferní kanyly na levou horní končetinu.
Co by mohlo pomoci	Pacientka a její manžel se dorozumí na poměrně dobré úrovni anglicky, místním jazykem mluví velmi špatně.
Co by mohlo situaci přitížit	Pacientka a její manžel nerozumí odborné lékařské terminologii.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví • Význam efektivní mezikulturní komunikace • Jazyková bariéra v komunikaci s pacientem
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

SCÉNÁŘ 3

NÁZEV: **Kulturní povědomí ve zdravotnictví – čínská kultura**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Kulturní kompetence – čínská kultura**	
Hlavní klinický problém	Pooperační bolest	
Situace	Čínský pacient středního věku. Je nultý den po operaci šedého zákalu levého oka. Po operaci odmítl užívat léky proti bolesti.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů kultura a kulturní kompetence a jejich chápání v kontextu lékařské péče • Pochopení kulturních přesvědčení a hodnot jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti ošetřovatelství – 2 osoby • Student medicíny – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Na oftalmologickém oddělení je čínský pacient středního věku. Odmítl užívat léky proti bolesti po operaci katarakty levého oka. Na dotaz odpověděl, že jeho potíže jsou snesitelné a že se obejde bez léků.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Oční oddělení, pokoj pro pacienty **Pomocník:** • Starší muž nebo standardizovaný pacient **Oblečení a další rekvizity:** • Obvaz na levém oku • Periferní punkce na pravé horní končetině • Dvě lůžka • Židle • Telefon v místnosti **Zdravotnické vybavení:** • Tlakoměr • Stetoskop • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou	

Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	• Lék proti bolesti – Paracetamol 10 mg/ml, infuzní roztok, 100 ml, 1 lahvička • Infuzní přístroj
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Mao Li Wang • Muž • Věk – 56 let • Výška – 167 cm • Hmotnost – 57 kg • Léčba T2D v posledních 2 letech: Glucophage XR 500 mg, q.d. (večer)
Parametry pomocníka (počáteční a plánované)	**Počáteční parametry:** • Vědomí: normální (pravé oko střídavě napůl zavřené/otevřené) • Kůže – bledá, zalitá studeným potem • Tlak – 145/85 mmHg • Puls – 100 BPM • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Teplota: 36,9 °C • Pacient je neklidný, zdá se, že má bolesti **5 minut po podání analgetika:** • Kůže – narůžovělá • Tlak – 125/70 mmHg • Puls – 78 BPM • Dechová frekvence – 12 dechů za minutu • Teplota: 36,6 °C
Průběh scénáře	**Místo:** • Oční oddělení, pokoj pro pacienty **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní interkulturní komunikace – pokládání otevřených otázek pacientovi s cílem získat co nejvíce informací o jeho potřebách a očekáváních, • Znovu nabídnout podání léku proti bolesti, promluvit si s pacientem a vysvětlit mu, že jednou z nejdůležitějších povinností sestry je zajistit pacientovi pohodlí, • Podání léku proti bolesti. Pravděpodobný výsledek: • Po opakovaném odmítnutí pacienta zavolejte lékaři ve službě a předejte mu pomyslnou štafetu, aby se pacienta ujal. Neúspěšný výsledek: • Nepříliš efektivní mezikulturní komunikace s pacientem • Nedojde k další nabídce léku proti bolesti, přestože je pacient neklidný a necítí se komfortně
Co by mohlo pomoci	Pomoc jiné sestry: „Četla jsem, že Číňané se učí zdrženlivosti. V jejich kultuře jsou potřeby skupiny důležitější než potřeby jednotlivce. Kromě toho Asiaté obecně považují za neslušné vzít si něco hned napoprvé, když se jim to nabízí.“
Co by mohlo situaci přitížit	Službu konající lékař nezvedá telefon.

Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví • Význam efektivní mezikulturní komunikace
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- anamnéza (předchozí dokumentace)
- příjemka na oddělení
- záznamy pacienta

SCÉNÁŘ 4

NÁZEV: **Kulturní povědomí ve zdravotnictví – romská kultura**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Kulturní kompetence – romská kultura**
Hlavní klinický problém	Úloha rodiny v romské kultuře během vážné nemoci příbuzného
Situace	Na jednotce intenzivní péče leží již tři dny 73letý Rom. Byl přijat s diagnózou náhlé srdeční zástavy (NSZ) při fibrilaci komor. Jeho stav je velmi vážný, je intubován a napojen na ventilátor. Je napojen na SIMV. Jeho rodina trvá na stálé přítomnosti jeho příbuzných.
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů kultura a kulturní kompetence a jejich chápání v kontextu lékařské péče • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví

Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti ošetřovatelství – 4 osoby • Student medicíny – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Na jednotce intenzivní péče se staráte o staršího Roma. Celkový stav pacienta je velmi vážný. Před třemi dny utrpěl zástavu srdce při VF. Nyní je intubován a napojen na ventilátor (SIMV). Zůstává nekontaktní. Jeho rodina trvá na stálé přítomnosti jeho příbuzných. Vaši kolegové na oddělení si na tuto situaci stěžují a trvají na tom, aby se s tím něco udělalo. Jak se zachováte?	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s rodinnými příslušníky pacienta • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Jednotka intenzivní péče **Pomocník:** • Starší muž **Oblečení a další rekvizity:** • Intubace endotracheální trubičkou velikosti 7,5 • Hlavní linka – pravá podklíčková žíla (infuze dobutaminu a 500 ml roztoku elektrolytů) • Intraarteriální punkce – levá radiální tepna • Foleyho katétr zavedený do močového měchýře • Žaludeční sonda Flocare • Dvě lůžka • Židle • Telefon v místnosti **Zdravotnické vybavení:** • Srdeční monitor • EKG přístroj • Defibrilátor • Resuscitační vozík – kompletní • Sada zařízení pro uvolnění dýchacích cest • Infuzní pumpa s dobutaminem (4 ml/hod) • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua • Ventilátor • Tlakoměr • Stetoskop • Sací trubice • Terapeutický vozík • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou	
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Andrzej Kwiatkowski • Muž • Věk – 73 let • Výška – 178 cm • Hmotnost – 112 kg • Hypertenze, diabetes mellitus 2. typu • Žádné alergie • SIMV – mechanická ventilace	

Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Kůže – bledá • Stav vědomí – bezvědomí • Tlak – 115/55 mmHg • Puls – 79 BPM • SpO2 – 94 % • Dechová frekvence – 14 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,5 °C
Průběh scénáře	**Místo:** • Jednotka intenzivní péče **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní mezikulturní komunikace – pokládání otevřených otázek rodině, abyste se dozvěděli více o jejich potřebách a očekáváních • Projevení trpělivosti a empatie při kontaktu s rodinou pacienta • Domluvit se s rodinou na vhodných návštěvních hodinách pacienta, aby s ním mohli trávit co nejvíce času Pravděpodobný výsledek: • Efektivní mezikulturní komunikace – pokládání otevřených otázek rodině, abyste se dozvěděli více o jejich potřebách a očekáváních • Informování lékaře o očekáváních rodiny a předání pacienta do jeho rukou Neúspěšný výsledek: • Špatná komunikace s rodinnými příslušníky pacienta (žádné otevřené otázky, které by umožnily získat co nejvíce informací o jejich potřebách a očekáváních) • Nepochopení potřeb rodinných příslušníků – potřeba strávit s pacientem co nejvíce času
Co by mohlo pomoci	Vstoupí sestra z oddělení a zapřede rozhovor s rodinou.
Co by mohlo situaci přitížit	Rozrušení rodiny po obdržení informace, že na oddělení jsou stanoveny návštěvní hodiny a pouze tehdy mohou zůstat s pacientem.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- historie současného onemocnění

SCÉNÁŘ 5

NÁZEV: **Mezioborová komunikace a bezpečnost pacientů**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Mezioborová komunikace a bezpečnost pacientů**	
Hlavní klinický problém	Neefektivní komunikace v interdisciplinárním týmu	
Situace	Rodiče a jejich sedmnáctiletá dcera přicházejí do nemocnice na pohotovost. Rodiče se domnívají, že se jejich dcera předávkovala přípravkem Apap. Dívka se již dříve předávkovala léky a je v péči psychiatra. Pacientka tvrdí, že si vzala jen několik tablet kvůli bolesti hlavy a zbylé tablety se rozsypaly po podlaze, tak je pak vyhodila do koše. Podle informací od rodičů si dcera vzala tablety asi před 6 hodinami.	
Vzdělávací cíle	• Efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti ošetřovatelství – 4 osoby • Student medicíny – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Pracujete na pohotovostním oddělení nemocnice. Dostanete od službu konajícího lékaře příkaz k urgentnímu měření koncentrace paracetamolu a salicylátů v krvi u 17leté dívky, která si asi před 6 hodinami pravděpodobně vzala celé balení Apapu. Požádáte laboratoř, aby vám, jakmile budou mít výsledky, zavolala zpět.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu	

Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Observační místnost a nemocniční pokoj na pohotovostním oddělení nemocnice **Oblečení a další rekvizity:** • Jedna postel • Dvě židle • Telefon v místnosti **Zdravotnické vybavení:** • Srdeční monitor • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua • Tlakoměr • Stetoskop • Terapeutický vozík vybavený zařízením pro odběr laboratorních vzorků (jehly, zkumavky atd.) • Krabice rukavic • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou • Koš na kontaminovaný a komunální odpad
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Joanna Michnicka • Žena • Věk – 17 let • Výška – 169 cm • Hmotnost – 50 kg • Léčí se psychiatricky na depresi (farmakoterapie: Fluoksetyna Egis 10 mg/den + skupinová psychoterapie) • Žádné alergie • Kůže – bledá • Stav vědomí – při vědomí • Tlak – 120/80 mmHg • Puls – 79 BPM • SpO2 – 94 % • Dechová frekvence – 14 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,5 °C
Průběh scénáře	**Místo:** • Observační místnost a nemocniční pokoj na pohotovostním oddělení nemocnice **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Během telefonického rozhovoru s laborantem použije sestra komunikační techniku „check back". • Pacientovi je poskytnut postup pro zvládnutí předávkování paracetamolem. Pravděpodobný výsledek: • Lékař kontaktuje laboranta, aby potvrdil koncentraci paracetamolu. • Pacientovi je poskytnut postup pro zvládnutí předávkování paracetamolem. Neúspěšný výsledek: • Neefektivní komunikace po telefonu – žádné ověření výsledku laboratorního testu. • Pacient není léčen pro předávkování paracetamolem.

Co by mohlo pomoci	Pomoc jiné sestry: „Slyšeli jste opravdu správně výsledek? Zeptala jste se laboratorního personálu, zda je hladina paracetamolu v krvi určitě 2,15?"
Co by mohlo situaci přitížit	Laborant neřekne, zda tato koncentrace znamená otravu, a neověřuje, zda sestra správně porozuměla telefonickému sdělení.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam efektivní komunikace v interdisciplinárním týmu pro prevenci nežádoucích událostí ve zdravotnictví
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

SCÉNÁŘ 6

NÁZEV: **Gestační diabetes mellitus u hinduistické pacientky**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Gestační diabetes mellitus (GDM) u indické pacientky**
Hlavní klinický problém	• Mezikulturní komunikace • Spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu
Situace	Archina, 27letá Indka, která je ve 20. týdnu těhotenství, se dostavila na specializovanou diabetologickou a porodnickou kliniku za účelem optimalizace léčby gestačního diabetu a edukace diabetiků, včetně dietní edukace.
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů kultura a kulturní kompetence a jejich chápání v kontextu lékařské péče • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Efektivní spolupráce a mezioborová komunikace

Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studentka ošetřovatelství – 2 osoby • Student porodní asistence – 1 osoba • Studentka dietologie – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Na kliniku přichází 27letá Indka, u které byl diagnostikován gestační diabetes mellitus (GDM) a která je ve druhém trimestru těhotenství. Cílem návštěvy je optimalizovat její léčbu diabetu a poskytnout edukaci o diabetu.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví • Efektivní spolupráce a komunikace v interdisciplinárním týmu	
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Lékařská ordinace na specializované klinice pro diabetiky a porodníky **Oblečení a další rekvizity:** • Psací stůl • Dvě židle • Telefon v místnosti • Piktogramy pro edukaci diabetiků **Zdravotnické vybavení:** • Tlakoměr • Stetoskop • Teploměr • Glukometr • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou	
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Archina Sharma • Žena • Věk – 27 let • Výška – 168 cm • Hmotnost – 54 kg • T2DM v rodinné anamnéze • Žádné alergie	
Úvodní diagnostické a zobrazovací vyšetření	• První test glukózy nalačno – 130 mg/dl (test proveden v 16. týdnu těhotenství) • Druhý test na glykémii nalačno – 135 mg/dl (test proveden v 18. týdnu těhotenství)	
Průběh scénáře	**Místo:** • Ordinace lékaře na specializované klinice pro diabetiky a porodníky **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní spolupráce mezioborového týmu (účinná komunikace mezi zdravotnickými pracovníky – společné projednávání všech otázek souvisejících s plánem péče o pacienta) • Zajištění tlumočníka (např. pomocného personálu)	

Průběh scénáře	• Diskuse o otázkách souvisejících s optimalizací a edukací pacienta v mezioborovém týmu (porodní asistentka, edukační sestra a dietolog) • Umožnit ženě konzultovat plán péče s manželem • Zohlednění náboženských a morálních aspektů při dietě plánované dietologem • Efektivní mezikulturní komunikace: • klást pacientovi otevřené otázky s cílem získat co nejvíce informací o jeho potřebách a očekáváních, poskytovat informace a klást otázky – pomalu a jasně, co nejjednodušším a nejpřehlednějším způsobem, • s využitím neverbálního způsobu komunikace a řeči těla s ohledem na důležitou roli gest v této kultuře: • pro všechny činnosti, které účastníci prováděli, používali pravou ruku (nedotýkali se pacienta levou rukou), • neukazovat prstem, když chceme upozornit na nějaký bod nebo probíráme plán péče – používat celou ruku nebo bradu, • používání piktogramů, • zdvořilost při pozdravu a loučení (poloviční úklona se složenýma rukama na úrovni srdce a prsty směřujícími vzhůru), • ujistit se, že pacientka a její manžel rozumí doporučením a akceptují navržený plán péče. Pravděpodobný výsledek: • Špatná spolupráce mezioborového týmu • Neefektivní mezikulturní komunikace Neúspěšný výsledek: • Nedostatečná spolupráce mezi členy mezioborového týmu při projednávání terapeutického postupu u pacienta. • Neefektivní mezikulturní komunikace: • žádné otevřené otázky, abyste získali co nejvíce informací o potřebách a očekáváních pacienta, • poskytování informací a kladení otázek rychle a nejasně, způsobem, který není jasně srozumitelný, bez znázornění vyjádření gesty nebo přístupnými předměty (např. piktogramy), • neověření pochopení doporučení a přijetí navrhovaného léčebného plánu.
Co by mohlo pomoci	Mateřským jazykem pacientky a jejího manžela je hindština, ale mluví a rozumí anglicky.
Co by mohlo situaci přitížit	Pacientka a její manžel špatně komunikují anglicky. Mají problém porozumět odborné lékařské mluvě.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví • Mezikulturní komunikace • Jazyková bariéra v komunikaci s pacientem
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- těhotenský průkaz
- doporučení pro specialistu na klinice
- výsledky testu glukózy nalačno

SCÉNÁŘ 7

NÁZEV: **Povědomí o náboženství ve zdravotnictví – hinduismus**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Slaný lotosový porod**	
Hlavní klinický problém	Přirozené vedení porodu u hinduistické pacientky – lotosový porod	
Situace	• Na porodním sále je pacientka během přirozeného porodu. Dilatace děložního hrdla – plná, odtéká plodová voda, kontrakce dělohy jsou silné, kontrakce trvají 50 sekund v intervalu 2 minut. • FHR (+) přibližně 145–160 BPM. • Porod probíhá bez komplikací.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s hinduismem a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti porodní asistence – 3 osoby
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** V porodnici se staráte o rodící ženu ve druhé fázi porodní. Pacientka se hlásí k hinduismu. Je oblečena do oděvu v souladu s předpoklady hinduistického náboženství. Přeje si porodit lotosovým porodem. Doprovází ji manžel. Její životní funkce jsou normální.	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientem • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě pacienta jiné víry • Neustálé sledování životně důležitých parametrů • Udržování slovního kontaktu s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní sál v okresní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Rodící žena • Žena oblečená do oděvu v souladu s předpoklady hinduistického náboženství • Porodní lůžko **Zdravotnické vybavení:** • Vedle lůžka – kardiotokograf • Srdeční monitor • Nemocniční telefon na pokoji • Ambuvak pro dospělé • Nosní kanyla/kyslíková maska • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua • Tlakoměr • Stetoskop • Terapeutický vozík • Porodnická sada (výbava, oblečení pro novorozence) • Tekutý přípravek na dezinfekci kůže a sliznic • Sterilní rukavice (2 páry) • Tampony, obvazy • Zdroj světla • Obrazovka • Povlak na polštář, polštář • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou • Zdravotnické oblečení, jednorázová rouška, ochranné brýle • Přírodní lněné savé podložky/tetra pleny • Síto na placentu • Hluboká mísa • Fyziologický roztok
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Kanak Sharma • Rodička – 2. doba porodní (porod bez komplikací) • Věk – 28 let • Výška – 150 cm • Hmotnost – 69 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – při vědomí • Tlak – 115/75 mmHg • Puls – 76 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,2 °C

Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 110/75 mmHg • Puls – 100 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 22 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C Přirozený porod probíhá v poloze na zádech na porodním lůžku. Pacientka má na sobě oblečení odpovídající její náboženské příslušnosti. Po narození dítěte otec zahájí první náboženský obřad – džatakarman – do ouška novorozence vysloví slova zvláštní mantry – prosbu o dlouhý život a moudrost, poté se dotkne čela dítěte. Novorozence přiložíme k prsu matky, aby se urychlilo odlučování placenty. Po porodu se placenta vloží do misky, jemně se opláchne teplou vodou, odstraní se krevní sraženiny a jemně se osuší. Placenta se poté umístí na síto s TETRA plenou a poté do hluboké mísy naplněné fyziologickým roztokem.
Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní sál **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní postup v souladu s platnými Standardy perinatální péče v dané zemi s ohledem na přání pacientky a manžela ohledně vedení lotosového porodu • Projevování trpělivosti a empatie při kontaktu s pacientkou • Projevení respektu k hinduistické pacientce, jejímu přesvědčení, hodnotám a nezávislému rozhodování o vlastním zdraví a životě • Úcta k lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou • Provádění činností zaměřených na informování lékaře ve službě o pacientce, která je jiného náboženství – včetně oblečení, ve kterém rodí • Nedostatek znalostí o lotosovém porodu • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál Neúspěšný výsledek: • Chybějící znalosti a dovednosti při péči o pacientku s odlišným náboženským vyznáním: • Nedostatek znalostí o lotosovém porodu • Špatná komunikace s pacientem • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • Odpírání/negace individuálního rozhodnutí pacientky ohledně porodu

Co by mohlo pomoci	Přichází lékař, který uklidňuje rodící ženu, její přesvědčení a chování.
Co by mohlo situaci přitížit	• Dominance manžela pacientky na porodním sále • Neochota pacientky nechat si provést vnitřní vyšetření (kontrola děložního čípku) porodní asistentkou
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví, doporučený postup porodní asistentky v případě porodu nábožensky odlišné pacientky
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- poznámky k mateřství
- předchozí záznamy KTG

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 8

NÁZEV: **Náboženské povědomí ve zdravotnictví – hinduismus**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Tichá Edha**	
Hlavní klinický problém	Rehabilitace po covidu-19	
Situace	Na gynekologickém pokoji je pacientka s diagnózou HSIL (podle Bethesda stupnice) a s komplikacemi po covid-19 projevujícími se dýchacími obtížemi.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s hinduismem a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Seznámení se zásadami provádění léčebných, rehabilitačních a fyzioterapeutických postupů v případě komplikací po covid-19 • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studentka ošetřovatelství – 1 osoba • Fyzioterapeut – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** V gynekologickém pokoji se staráte o pacientku s následující vstupní diagnózou: HSIL – k dalšímu diagnostickému zhodnocení. Pacientka měla před dvěma měsíci covid-19. Doposud se u ní objevují komplikace onemocnění. Stěžuje si na následující potíže: • potíže s dýcháním, • dyspnoe, • problémy s hlasem (podráždění hlasivek a hrtanu), • potíže s polykáním pevných a tekutých potravin. Její životní funkce jsou v normě.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Provádění činností pro efektivní komunikaci s pacientem • Přijetí profesionálního přístupu k prováděným fyzioterapeutickým metodám	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	• Naučit pacienta polohám pro zmírnění dušnosti • Učit pacienta dechové techniky • Nácvik základních cviků doporučených WHO • Učit, jak se vypořádat s problémy s hlasem a technikami pro zlepšení potíží s polykáním potravy • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě pacienta hlásícího se k hinduismu • Sledování životně důležitých parametrů • Udržování slovního kontaktu s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Gynekologický pokoj v okresní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Žena trpící gynekologickým onemocněním, anamnéza covid-19 před dvěma měsíci **Zdravotnické vybavení:** • Nemocniční lůžko • Jednorázové rukavice • Připojení ke zdroji kyslíku • Kyslíková maska / nosní kanyla • Pulzní oxymetr
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Edha Gupta • Žena trpící gynekologickými problémy • Věk – 50 let • Výška – 155 cm • Hmotnost – 74 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak – 125/80 mmHg • Puls – 84 BPM • SpO2 – 94 % • Dechová frekvence – 24 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,6 °C
Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – bledá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 125/80 mmHg • Puls – 72 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C Provádění fyzioterapeutických cvičení zaměřených na eliminaci komplikací po covid-19
Průběh scénáře	**Místo:** • Gynekologický pokoj **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní provádění fyzioterapeutických činností • Podnikání všech možných kroků k zahájení a udržení co nejlepší komunikace s pacientkou

Průběh scénáře	• Projevení trpělivosti a empatie a především podpory při kontaktu s gynekologicky nemocnou pacientkou, zatíženou komplikacemi dýchacího systému po covid-19 • Projevení respektu k hinduistické pacientce, jejímu přesvědčení, hodnotám a individuálním rozhodnutím týkajícím se aspektu jejího vlastního zdraví a života, jakož i života dítěte • Respektování náboženských potřeb pacientky • Úcta k lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou • Provádění fyzioterapeutických aktivit zaměřených na odstranění komplikací po covidu • Nedostatek podstatných znalostí a dovedností pro zlepšení funkce dýchacího systému • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností v případě zlepšení dýchacího systému pacienta po covidu-19: • špatná komunikace s pacientem, • pasivní přístup fyzioterapeuta. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • popírání/negování individuálních reakcí pacienta.
Co by mohlo pomoci	Sestra vstoupí a naváže kontakt s pacientkou, poskytne jí podporu, povzbudí ji k fyzické aktivitě.
Co by mohlo situaci přitížit	• Nedostatek spolupráce mezi pacientkou a zdravotnickým personálem, žádná ochota komunikovat. • Neochota pacientky dodržovat cvičení nebo pokyny fyzioterapeuta. • Absence důvěry ve smysl plicní rehabilitace.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje multikulturního povědomí ve zdravotnictví • Doporučená fyzioterapeutická léčba v případě gynekologické pacientky s komplikacemi po covid-19
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- zdravotnická dokumentace – interní dokumentace

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 9

NÁZEV: **Náboženské povědomí ve zdravotnictví – islám**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Síla mateřství**	
Hlavní klinický problém	Přirozené vedení porodu u muslimské pacientky	
Situace	Na porodním sále je pacientka během přirozeného porodu. Dilatace děložního hrdla – plná, odtéká plodová voda, kontrakce dělohy jsou silné, kontrakce trvají 50 sekund v intervalu 2 minut. FHR (+) přibližně 140–150 BPM. U porodu se nevyskytly žádné komplikace.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s islámem a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení. • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím. • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví.	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studentka porodní asistence – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** V porodnici se staráte o rodící ženu ve druhé fázi porodní. Pacientka prohlašuje, že je muslimka. Je oblečena do muslimského oděvu. Její životní funkce jsou normální.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientem. • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě pacienta jiné víry. • Neustálé sledování životně důležitých parametrů. • Udržování slovního kontaktu s pacientem. • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví.	

Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní sál v okresní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Rodící žena, • Žena v muslimském oděvu, • Porodní lůžko. **Zdravotnické vybavení:** • Vedle postele – kardiotokograf, • Monitor srdeční činnosti, • Nemocniční telefon na pokoji, • Ambuvak pro dospělé, • Nosní kanyla/kyslíková maska, • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua, • Tlakoměr, • Stetoskop, • Terapeutický vozík, • Porodní sada (výbava, oblečení pro novorozence), • Tekutý přípravek k dezinfekci kůže a sliznic, • Sterilní rukavice (2 páry), • Tampony, obvazy, • Zdroj světla, • Obrazovka, • Povlak na polštář, polštář, • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou, • Zdravotnické oděvy, jednorázová rouška, ochranné brýle.
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Karima Haddad • Rodička – 2. doba porodní (porod bez komplikací) • Věk – 31 let • Výška – 170 cm • Hmotnost – 66 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak – 110/75 mmHg • Puls – 84 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,5 °C
Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 110/75 mmHg • Puls – 100 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 22 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C Pacientka rodí přirozenou cestou ve dřepu s použitím porodního křesla, které je k dispozici na porodním sále. Je oblečena v oděvu odpovídajícím její náboženské příslušnosti.

Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní sál **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Účinná opatření v souladu s platnými standardy perinatální péče v dané zemi. • Projevování trpělivosti a empatie při kontaktu s pacientem. • Respektování muslimské pacientky, její víry, hodnot a nezávislého rozhodování o vlastním zdraví a životě. • Úcta k lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení. Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou. • Provádění činností zaměřených na informování lékaře ve službě o pacientce, která je jiného náboženství – včetně oblečení, ve kterém rodí. • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál. Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností při péči o pacienta s odlišným náboženským vyznáním: • Špatná komunikace s pacientem. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • v rozporu s individuálním rozhodnutím pacienta ohledně porodu.
Co by mohlo pomoci	Přichází lékař, který podporuje rodící ženu, její přesvědčení a chování.
Co by mohlo situaci přitížit	• Pacientka se před porodní asistentkou necítí dobře, stydí se a často si zakrývá intimní partie. • Neochota pacientky nechat si provést vnitřní vyšetření (kontrola děložního čípku) porodní asistentkou.
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví, • Doporučený postup porodní asistentky v případě rodící pacientky s odlišným náboženským vyznáním.
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- poznámky k mateřství
- předchozí záznamy KTG

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 10

NÁZEV: **Náboženské povědomí ve zdravotnictví – islám**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Kámen**	
Hlavní klinický problém	Mobilizace šestinedělky v den „0“ po císařském řezu	
Situace	Šestinedělka (maminka v šestinedělí) v porodnici v den „0“ po císařském řezu (elektivním)	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s islámem a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Zavedení pravidel lékařských postupů v porodnici v den „0“ po císařském řezu • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studentka porodní asistence – 1 studentka • Fyzioterapeut – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** V porodnici se staráte o porodnici v den „0“ po císařském řezu. Pacientka se několikrát pokusila za asistence porodní asistentky stát mobilní, ale bezvýsledně. Uvádí silné bolesti a strach z pádu a nadměrného pohybu těla. Byla nařízena fyzioterapeutická konzultace. • Pacientovy životní funkce jsou v normě. • Parametry porodnického stavu: • výška děložního dna – jeden prst nad pupíkem, • tvrdá, kulovitá děloha s nápadnými okraji, • nedostatečné očištění, • obvaz na pooperační ráně čistý a suchý.	
Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Provádět činnosti pro efektivní komunikaci s pacientem • Zaujmout profesionální postoj k pacientovým pokusům udržet polohu vsedě na lůžku, vstát a pohybovat se	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	• Provádět protiedémová a protisrážlivá cvičení • Naučit pacienta správně kašlat, kýchat a vyprazdňovat se • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě muslimského pacienta • Sledování životně důležitých parametrů • Udržování slovního kontaktu s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní pokoj v okresní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Pacientka – den „0“ po císařském řezu (CC) **Zdravotnické vybavení:** • Těhotenské lůžko • Jednorázové rukavice • Přístup ke zdroji kyslíku • Kyslíková maska / nosní kanyla
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Abu Rahid • Šestinedělka v den „0“ po císařském řezu • Věk – 30 let • Výška – 165 cm • Hmotnost – 58 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak – 110/80 mmHg • Puls – 76 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,2 °C
Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – bledá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 100/70 mmHg • Puls – 72 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C S odbornou fyzioterapeutickou instruktáží se pacientka snaží být mobilní
Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní pokoj **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Efektivní provádění fyzioterapeutických aktivit k mobilizaci pacientky • Podnikání všech možných kroků k zahájení a udržení co nejlepší komunikace s pacientkou • Projevení trpělivosti a empatie, a především podpora v kontaktu s pacientkou, kterou trápí obavy spojené se vzpřímeným postavením, vyprazdňováním atd.

Průběh scénáře	• Projevení respektu k muslimské pacientce, jejímu přesvědčení, hodnotám a individuálním rozhodnutím týkajícím se jejího vlastního zdraví a života, jakož i života dítěte • Respektování náboženských potřeb pacientky • Respektování lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou • Provádění činností zaměřených na pomoc pacientce, aby se stala mobilní • Nedostatek podstatných znalostí o provádění cvičení u pacientky v den „0“ po CC • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností při péči o věřící pacientku: • nedostatek znalostí o provádění cvičení u pacientky v den „0“ po CC, • špatná komunikace s pacientkou, pasivní přístup porodní asistentky. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacientky; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • popírání/negování individuálních reakcí pacienta.
Co by mohlo pomoci	Porodní asistentka vstupuje do kontaktu s pacientkou, poskytuje jí podporu, povzbuzuje ji k fyzické aktivitě.
Co by mohlo situaci přitížit	• Nedostatek spolupráce mezi pacientkou a zdravotnickým personálem, žádná ochota komunikovat • Neochota pacientky dodržovat cvičení nebo pokyny fyzioterapeuta
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví • Doporučený fyzioterapeutický postup v případě pacientky v den „0“ po císařském řezu a pacientky jiného náboženství/vyznání
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- porodnické lékařské záznamy

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 11

NÁZEV: **Náboženské povědomí ve zdravotnictví – katolické křesťanství**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Ticho a smutno**	
Hlavní klinický problém	• Plod s diagnózou malformačního syndromu a fetálních letálních abnormalit • Vedení přirozeného porodu u katolické pacientky	
Situace	Na porodním sále je pacientka ve 24. týdnu těhotenství. Kontrakční aktivita zahájena infuzí s 0,9 % NaCl a 10 IU Oxytocinu i.v. Dilatace děložního hrdla na 7 cm, pravidelné kontrakce dělohy.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s katolickým náboženstvím a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Prezentace zásad lékařských postupů na porodním sále ve vztahu k vedení a porodu plodu s diagnostikovaným malformačním syndromem • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti porodní asistence – 2 osoby • Lékař – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** V porodnici se staráte o ženu, která rodí ve 24. týdnu. Prenatální diagnostika (včetně genetického testu) odhalila malformační syndrom a letální abnormality plodu. Pacientka nastoupila k ukončení těhotenství. Pacientka se hlásí ke katolické víře. Má poruchu sluchu. Přirozeným porodem již jednou porodila mrtvý plod. Nedoprovází ji nikdo z blízkých. Dilatace děložního hrdla na 7 cm, odtéká čirá plodová voda, kontrakce dělohy jsou silné, kontrakce trvají 40 sekund ve 2minutových intervalech. Dostává infuzi s 0,9 % NaCl a 10 IU Oxytocinu i.v. Pacientčiny životní funkce jsou v normě.	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Provádění činností pro efektivní komunikaci s pacientkou, která porodila plod se smrtelnou vadou • Zaujetí profesionálního postoje k porodu plodu se smrtelnou vadou • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě katolického pacienta • Neustálé sledování životně důležitých parametrů • Udržování slovního kontaktu s pacientem • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní sál ve fakultní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Rodící žena • Porodní lůžko **Zdravotnické vybavení:** • Vedle postele – kardiotokograf • Monitor srdeční činnosti • Nemocniční telefon na pokoji • Ambuvak pro dospělé • Nosní kanyla / kyslíková maska • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua • Tlakoměr • Stetoskop • Terapeutický vozík • Porodní sada (výbava, Cortland) • Tekutý přípravek k dezinfekci kůže a sliznic • Sterilní rukavice (2 páry) • Tampony, obvazy • Zdroj světla • Obrazovka • Povlak na polštář, polštář • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou • Zdravotnický oděv, jednorázová rouška, ochranné brýle • Lněné podložky / tetra pleny • Svěcená voda
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Maria Mackiewicz • Rodička – 1. doba porodní, 24. týden těhotenství, FHR (+) • Věk – 40 let • Výška – 160 cm • Hmotnost – 58 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak – 120/75 mmHg • Puls – 76 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,2 °C

Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 110/75 mmHg • Puls – 100 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 22 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C Přirozený porod probíhá v poloze na zádech na porodním lůžku. Plod se narodí s jasnými známkami života. Na žádost pacienta porodní asistentka udělí svátost křtu a dá jméno předem dohodnuté s matkou podle pohlaví dítěte.
Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní sál **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Účinná opatření v souladu s platnými standardy perinatální péče v dané zemi • Podnikání všech možných kroků k zahájení a udržení co nejlepší komunikace s pacientkou • Projevení trpělivosti a empatie, a především podpora při kontaktu s pacientkou, který porodí plod s malformačním syndromem • Projevení úcty k pacientce, která se hlásí ke katolické víře, jejímu přesvědčení, hodnotám a individuálním rozhodnutím týkajícím se aspektu vlastního zdraví, života a života dítěte • Respektování náboženských potřeb pacientky ve vztahu k víře a svátosti křtu • Úcta k lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou • Podnikání činností zaměřených na informování lékaře ve službě o pacientce jiného náboženství • Nedostatečné znalosti týkající se managementu a porodu plodu se smrtelnými vadami • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností při péči o věřícího pacienta: • nedostatečné znalosti týkající se řízení porodu plodu se smrtelnými vadami, • špatná komunikace s pacientem, pasivní přístup porodní asistentky. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • v rozporu s individuálním rozhodnutím pacientky ohledně porodu.
Co by mohlo pomoci	Porodní asistentka vstupuje do kontaktu s pacientkou, poskytuje jí podporu a projevuje empatii.

Co by mohlo situaci přitížit	• Nedostatek spolupráce mezi pacientkou a zdravotnickým personálem, nulová ochota komunikovat • Neochota pacientky nechat si provést vnitřní vyšetření (kontrola děložního čípku) porodní asistentkou
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví, • Doporučený postup porodní asistentky v případě porodu nábožensky odlišné pacientky. • Pravidla vedení a přijímání porodů plodů se smrtelnými vadami, • Metody spolupráce s pacientkou, která porodila plod s malformačním syndromem.
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- těhotenský průkaz
- porodnické lékařské záznamy
- dokumentace genetické diagnózy

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 12

NÁZEV: **Náboženská osvěta ve zdravotnictví – svědkové Jehovovi**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Transfuze**	
Hlavní klinický problém	Poporodní krvácení u pacientek hlásících se ke svědkům Jehovovým	
Situace	Na porodním sále je pacientka po přirozeném porodu. Dítě se narodilo před 10 minutami. Kvůli poruchám dýchání byl novorozenec právě přeložen na novorozenecké oddělení. Pacientka nyní hlásí výrazný pocit tepla v perineu.	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů týkajících se svědků Jehovových a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti porodní asistence – 2 studenti
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Na porodním sále pečujete o ženu, která právě porodila přirozenou cestou. Rozkrok je bez poranění. Novorozenec byl kvůli poruchám dýchání převezen na novorozenecké oddělení a simulace se neúčastní. Při přijetí do nemocnice a na porodní sál pacientka prohlásila, že je svědek Jehovův. Nepřeje si transfuzi krve, krevních derivátů a krevních náhražek. Předložila také písemné odmítnutí souhlasu s transfuzí krve, formulář pro ustanovení zdravotního zástupce a plán péče ve formě osobního dokumentu „Příkazy a plná moc týkající se zdravotní péče“. Parametry životních funkcí jsou v normě. Parametry porodního stavu jsou rovněž v normě.	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Efektivní komunikace s pacientkou • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě diagnózy poporodního krvácení: 1. požádejte o pomoc, 2. provedení Credeho manévru na děložním svalu, 3. podání léků: • 5 jednotek oxytocinu i.v. + 0,9 % NaCl (bolus), • 1 amp. metherginu i.v. + 0,9 % NaCl (bolus), • 1 amp. z Pabal i.v., • 0,9 % NaCl 500 ml i.v. 4. neustálé sledování životně důležitých parametrů, 5. udržování slovního kontaktu s pacientem. • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní sál ve fakultní nemocnici **Pomocník:** • Žena těsně po přirozeném porodu • Celulózový obvaz na perineum • Intravenózní cévka v levé paži **Rekvizity:** • Porodní lůžko **Zdravotnické vybavení:** • Vedle postele – kardiotokograf • Monitor srdeční činnosti • Nemocniční telefon na pokoji • Ambuvak pro dospělé • Nosní kanyla/kyslíková maska • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua • Tlakoměr • Stetoskop • Terapeutický vozík • Sada pro perineální, vaginální a cervikální kontrolu po porodu (ve sterilní roušce: plátěná nebo jednorázová sterilní podložka pod hýždě, spekulum, několik peánů, tamponové kleště, anatomická nebo chirurgická pinzeta, sterilní gáza) • Tekutý přípravek k dezinfekci kůže a sliznic • Sterilní rukavice (2 páry) • Tampony, obvazy • Zdroj světla • Obrazovka • Povlak na polštář, polštář • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou • Zástěra, jednorázová rouška • Léky: • Oxitocin 2 amp. • Methergine 2 amp. • Pabal 1 láhev • 0,9 % NaCl 500 ml, • malé jednorázové ampule s 0,9 % NaCl • Jehly (7, 8, 9), injekční stříkačky (5/10/20 ml) • Růžové kanyly • Fixační kanyly

Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Anna Nowak • Žena těsně po přirozeném porodu (porod bez komplikací) • Věk – 35 let • Výška – 170 cm • Hmotnost – 66 kg • Žádné alergie • Kůže – bledá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak – 110/75 mmHg • Puls – 84 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,5 °C
Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – bledá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 75/55 mmHg • Puls – 120 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 18 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C • Velmi silné vaginální krvácení • Děložní dno je sotva hmatné – atonická a měkká děloha s neznatelnými okraji
Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní sál **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Účinné opatření v souladu s doporučeními Polské společnosti gynekologů a porodníků; provedení Credeho manévru na děložním svalu; zahájení farmakoterapie • Projevování trpělivosti a empatie při kontaktu s pacientkou • Projevení úcty ke svědkovi Jehovovu, pacientčině víře, hodnotám a nezávislému rozhodování o vlastním zdraví a životě • Úcta k lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou • Podnikání kroků s cílem informovat lékaře ve službě o porodnické pohotovosti • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností pro řešení perinatální pohotovosti, jako je poporodní krvácení: • špatná komunikace s pacientkou. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti náboženský/kulturně odlišného pacienta: • odepření/negace osobního rozhodnutí pacienta ohledně transfuze krve a krevních derivátů / krevních náhrad.

Co by mohlo pomoci	Vstup porodní asistentky, která deklaruje svou osobní příslušnost ke svědkům Jehovovým a která podporuje pacientku.
Co by mohlo situaci přitížit	• Zpočátku hlasité a jasné rozrušení pacientky ohledně zákazu transfuze krve, krevních derivátů a krevních náhrad • Úzkost pacientky z ohrožení vlastního zdraví • Kladení mnoha otázek – pokaždé, na intravenózně podávané léky • Úplná absence kontaktu s porodníkem (včetně telefonického) z důvodu neodkladné, život zachraňující lékařské operace na samostatném operačním sále
Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví • Doporučené chování porodní asistentky v případě nouze, například poporodního krvácení
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- odmítnutí souhlasu s transfuzí krve
- formulář pro jmenování zdravotního zmocněnce a plán péče ve formě osobního dokumentu: „Příkazy a plná moc týkající se zdravotní péče“.

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

SCÉNÁŘ 13

NÁZEV: **Náboženské povědomí ve zdravotnictví – křesťanství, pravoslaví**

ČÍSLO PROJEKTU: KA203 č. 2019-1-PL01-KA203-065205

NÁZEV PROJEKTU: Interdisciplinarita, multikulturalismus a nestandardní situace – využití medicínské simulace jako vzdělávacího nástroje v lékařských a zdravotnických vědách

PŘIPRAVILA: Opolská univerzita

Název scénáře	**Oči dokořán**	
Hlavní klinický problém	Řešení porodu mrtvého plodu přirozenou cestou u pacientky s poruchou sluchu. Pacientka je východní pravoslavná křesťanka.	
Situace	Na porodním sále je pacientka během přirozeného porodu. Dilatace děložního hrdla – plná, odtéká zelená plodová voda, kontrakce dělohy jsou silné, kontrakce trvají 60 sekund, dvouminutové intervaly. Dostává infuzi s 0,9 % NaCl a 5 IU oxytocinu i.v. FHR (–).	
Vzdělávací cíle	• Zavedení pojmů souvisejících s východním pravoslavným křesťanstvím a upřesnění toho, co by měl zdravotnický personál v souvislosti s tímto náboženstvím znát. • Seznámení pacienta se sluchovým postižením s pravidly provádění lékařských úkonů na porodním sále. • Zavedení pravidel lékařských postupů prováděných v souvislosti s porodem mrtvého plodu. • Porozumění náboženským přesvědčením a hodnotám jiných lidí založené na reflexivním myšlení. • Pozitivní postoje k jiným kulturám a náboženstvím. • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví.	
Účastníci simulace	**Zaměstnanci Centra pro medicínskou simulaci:** • Technik, instruktor	**Cílová skupina (účastníci):** • Studenti porodní asistence – 2 osoby • Lékař – 1 osoba
Základní informace pro účastníky simulace	**Popis situace:** Na porodním sále se staráte o ženu, která rodí mrtvý plod (II. doba porodní). 40. týden těhotenství, FHR (–). Pacientka o sobě prohlašuje, že je východní pravoslavná křesťanka. Má poruchu sluchu. Přirozeným porodem již porodila mrtvý plod. Nedoprovází ji nikdo z blízkých. Dilatace děložního hrdla – plná, odtéká zelená plodová voda, kontrakce dělohy jsou silné, kontrakce trvají 60 sekund ve 2minutových intervalech. Dostává infuzi s 0,9 % NaCl a 5 IU Oxytocinu i.v. Její životní funkce jsou v normě.	

Úvod pro instruktora (důležité charakteristické prvky, řízení, úkoly)	**Cíle pro studenty:** • Zvládnutí úkonů pro efektivní komunikaci s pacientem se sluchovým postižením. • Zaujetí profesionálního postoje k vedení porodu mrtvého plodu. • Znalost a uplatňování pravidel chování v případě pacienta jiné víry. • Neustálé sledování životně důležitých parametrů. • Udržování slovního kontaktu s pacientem. • Rozvoj multikulturního povědomí ve zdravotnictví.
Informace pro technika (potřebné vybavení, příprava místnosti)	**Místo:** • Porodní sál v okresní nemocnici **Oblečení a další rekvizity:** • Rodící žena • Porodní lůžko **Zdravotnické vybavení:** • Vedle postele – kardiotokograf, • Monitor srdeční činnosti, • Nemocniční telefon na pokoji, • Ambuvak pro dospělé, • Nosní kanyla/kyslíková maska, • Zdroj kyslíku, vzduchu a vakua, • Tlakoměr, • Stetoskop, • Terapeutický vozík, • Porodní sada (výbava, Cortland, oblečení pro novorozence), • Tekutý přípravek k dezinfekci kůže a sliznic, • Sterilní rukavice (2 páry), • Tampony, obvazy, • Zdroj světla, • Obrazovka, • Povlak na polštář, polštář, • Stanice pro mytí a dezinfekci rukou, • Zdravotnické oblečení, jednorázová rouška, ochranné brýle, • Lněné savé podložky/tetra pleny
Předběžná charakteristika pacienta (pohlaví, věk, anamnéza atd.)	• Jméno a příjmení – Zoja Iwanienko • Rodička – 2. doba porodní, 40. týden těhotenství, FHR (–) • Věk – 22 let • Výška – 160 cm • Hmotnost – 53 kg • Žádné alergie • Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – při vědomí • Tlak – 115/75 mmHg • Puls – 76 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 16 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,2 °C

Charakteristika pacienta 2 minuty po zahájení scénáře	• Kůže – narůžovělá • Stav vědomí – pacientka při vědomí • Tlak 110/75 mmHg • Puls – 100 BPM • SpO2 – 98 % • Dechová frekvence – 22 dechů za minutu • Tělesná teplota – 36,8 °C Přirozený porod probíhá v poloze na zádech na porodním lůžku.
Průběh scénáře	**Místo:** • Porodní sál **Verze scénáře:** Úspěšné řešení: • Účinná opatření v souladu s platnými standardy perinatální péče v dané zemi. • Podnikání všech možných kroků k zahájení a udržení co nejlepší komunikace s pacientkou. • Projevení trpělivosti, empatie, a především podpory při kontaktu s pacientkou, která rodí mrtvý plod. • Projevení respektu k pacientce, která je východní pravoslavnou křesťankou, k její víře, hodnotám a nezávislému rozhodování o vlastním zdraví a životě. • Respektování lidské důstojnosti bez ohledu na náboženství, rasu a osobní přesvědčení. Pravděpodobný výsledek: • Efektivní komunikace s pacientkou. • Podnikání kroků zaměřených na informování lékaře ve službě o pacientce jiného náboženství. • Nedostatečné znalosti týkající se vedení a řízení porodu mrtvého plodu, • Čekání na lékaře, aby kontaktoval personál. Neúspěšný výsledek: • Nedostatek znalostí a dovedností při péči o pacientku s odlišným náboženským vyznáním: • nedostatečné znalosti týkající se vedení a řízení porodu mrtvého dítěte, • špatná komunikace s pacientkou, pasivní přístup porodní asistentky. • Nepochopení individuálních rozhodnutí a hodnot pacienta; nerespektování důstojnosti nábožensky/kulturně odlišného pacienta: • odepření individuálního rozhodnutí pacientky ohledně porodu.
Co by mohlo pomoci	Porodní asistentka, která koordinuje porodní blok, vstoupí a naváže kontakt s pacientkou, poskytne jí podporu a projeví empatii.
Co by mohlo situaci přitížit	• Neochota pacientky udržovat oční kontakt s porodní asistentkou. • Neochota pacientky nechat si provést vnitřní vyšetření (kontrola děložního čípku) porodní asistentkou.

Věci k diskuzi (shrnutí po cvičení)	**Projednávané otázky:** • Význam rozvoje kulturního povědomí ve zdravotnictví, • Doporučený postup porodní asistentky v případě porodu nábožensky odlišné pacientky. • Pravidla chování a vedení porodu mrtvého plodu, • Metody spolupráce s pacientkou, která porodila mrtvé dítě.
Další informace: Tento scénář může být základem pro vytvoření nových scénářů s jinými nebo dalšími cíli školení. Změna tohoto scénáře vyžaduje pečlivé zvážení, jaké činnosti a postupy mají účastníci školení předvést a jaké změny by měly být provedeny v cílech školení a ve struktuře scénáře.	

Další informace – lékařská dokumentace:

- recept na léky
- těhotenský průkaz
- předchozí záznamy KTG

Po nahrání obsahu scénáře na audio-video nosič bude následovat vyprávění, ve kterém budou vysvětleny jednotlivé podrobnosti scénáře (chování pacienta / chování personálu / provedené lékařské úkony).

5. Instruktážní videa

Instruktážní videa natočená během medicínské simulace, která se zabývají otázkami multikulturalismu, interdisciplinarity a nestandardních situací:

1. Lotosový porod – Hinduismus náboženství
2. Krvácení po porodu – náboženství islámu
3. Žena po operaci očí – čínská kultura
4. Umírající osoba (jednotka intenzivní péče) – romská kultura
5. Žena po autonehodě (záchranná služba) – náboženství Islám
6. Nouzový porod – zrakové postižení, žena na ulici

7. Pod vlivem přírodních sil

8. Romská kultura tváří v tvář

9. Narození v romské kultuře

10. Pod vlivem drog, interdisciplinarity a komunikace

11. Světové jazyky a náboženství a kultura

6. Fotogalerie Medicínského simulačního centra Fakulty zdravotnických věd Opolské univerzity











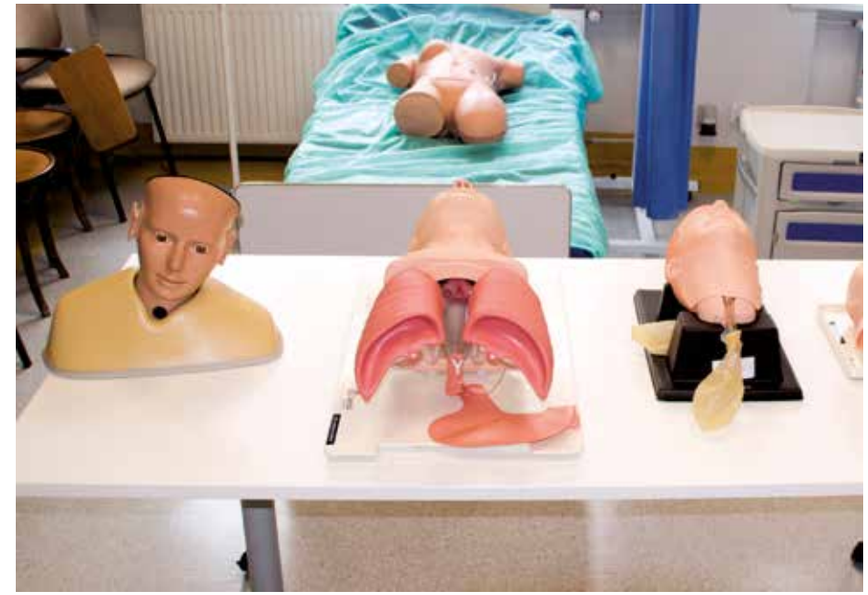


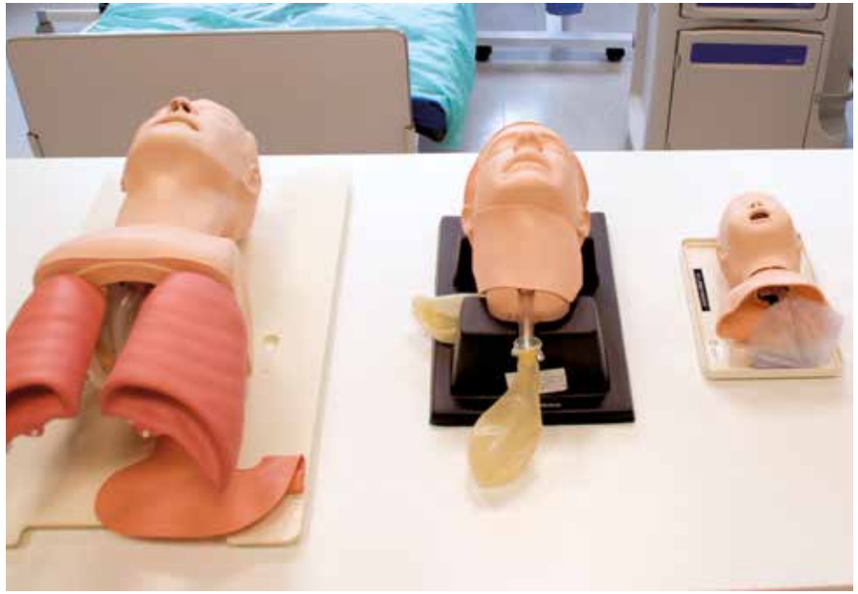




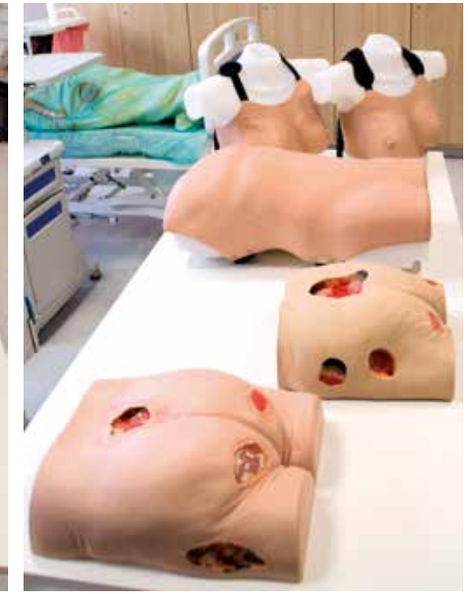










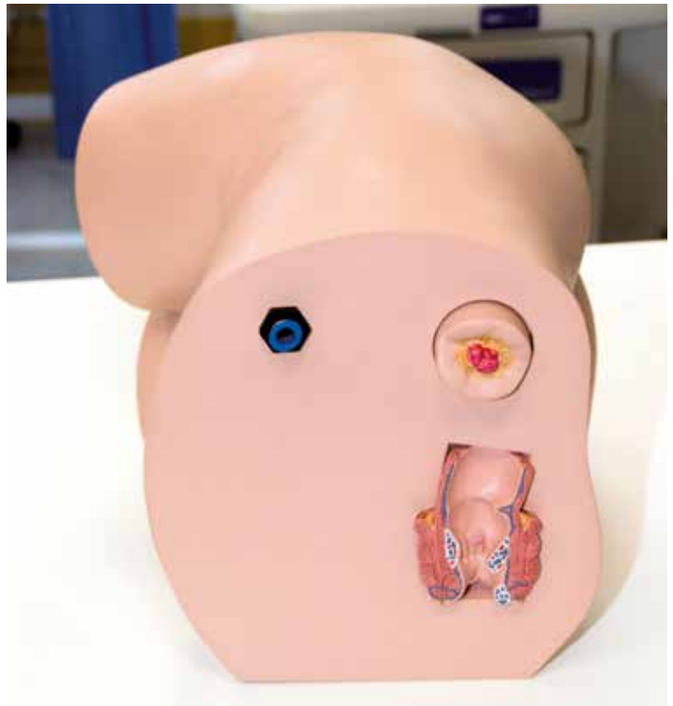













MEDIKEL
2000

ISBN 978-80-7510-530-1

Opava 2022