

# Vývoj sociální péče o nemocného z Biblického hlediska

Monika Kiszová

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Jančová**  
Osobní číslo: **H16417**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vývoj sociální péče o nemocného z biblického hlediska**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální péče o nemocného se zaměřením se na biblické hledisko.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvalitativního výzkumu pomocí analýzy textů.**  
**Zpracování získaných informací, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Bible kralická: Písmo svaté Starého a Nového zákona: podle posledního vydání z roku 1613. Praha: Česká biblická společnost, 2014. ISBN 978-80-87287-77-4.**

**COURNOYER, Barry. The social work skills workbook. San Francisco: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-130-5633-780.**

**KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.**

**KÜNG, Hans. Žena v dějinách křesťanství. Praha: Vyšehrad. Teologie (Vyšehrad), 2017. ISBN 978-80-7429-808-0.**

**MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lucia Elsner, PhD.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*

Mgr. Jana Doleželová  
*ředitelka ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 14.5.2019 .....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá nemocným člověkem. Sleduje vývoj sociální péče v průběhu dějin z Biblického hlediska. Poznatky jsou vyvozeny z Bible a historických zdrojů, které poskytují informace ohledně poskytování sociální péče v období popisované proroctvím. Na výklad Bible je nahlíženo z náhledu Adventistů sedmého dne.

Klíčová slova: Bible. Sociální péče. Adventisté sedmého dne. Vývoj péče o nemocného.

## **ABSTRACT**

The thesis deals with a diseased person. Study the progress of social care in the course of history from the Biblical point of view. The findings are deduced from the Bible and historical sources that provide information on the provision of social care in the period described by the prophecy. The Bible is analyzed from the Seventh-day Adventist perspective.

Keywords: Bible, Social care, Seventh-day Adventist, Progress of care of diseased person

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Lucii Elsner, PhD. za vedení této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a manželovi za trpělivost a poskytnutí podpory při psaní této bakalářské práce a adventní mládeži v Uherském Hradišti za podmětne připomínky. V hlavní řadě bych však chtěla jako věřící člověk poděkovat Bohu za celý průběh psaní bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 NEMOC</b> .....	<b>10</b>
<b>2 NEMOCNÝ ČLOVĚK</b> .....	<b>12</b>
2.1 PACIENT .....	12
2.2 KLIENT .....	12
2.2.1 Klienti s akutním onemocněním .....	12
2.2.2 Klienti s chronickým onemocněním .....	13
2.2.3 Klienti s organickým či somatickým postižením .....	14
2.2.4 Klienti, jejichž onemocnění má závažné psychosociální důsledky .....	15
2.2.5 Klienti, jejichž nežádoucí zdravotní stav medicínskou léčbou nemusí být ovlivněn.....	15
<b>3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZAMĚŘENÍM NA ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>18</b>
3.1 STAROVĚK.....	21
3.2 STŘEDOVĚK.....	22
3.3 NOVOVĚK.....	23
<b>4 SOCIÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>35</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>42</b>
<b>5 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PÉČE Z BIBLICKÉHO HLEDISKA</b> .....	<b>43</b>
5.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	43
5.2 DESIGN VÝZKUMU.....	43
5.3 OBSAHOVÁ ANALÝZA TEXTŮ .....	44
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	44
5.5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ .....	46
<b>6 ZÁVĚR VÝZKUMU</b> .....	<b>59</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>73</b>



## ÚVOD

Tato práce bude pojednávat o vývoji sociální péče z Biblického hlediska. Zaměřena bude na pomoc poskytovanou v službách sociální péče a její základní činnosti. Bude zkoumán vývoj sociální péče, převážně v Biblických textech, v teoretické části pak z textů, které dokládají podrobnější vývoj sociální péče. Sleduje následující oblasti: sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

První kapitola definuje pojem nemoc. Ve 2. kapitole se práce zabývá nemocným člověkem, definuje pacienta a klienta. V následujících podkapitolách blíže popisuje klienta s různým typem onemocnění. Definuje a porovnává klienta s chronickým a akutním onemocněním. Zabývá se klienty, kteří umírají a s tím související paliativní péčí. Ve 3. kapitole se práce věnuje sociální práci, její definici a zaměření na zdravotnictví. Zaměřuje se také na zdravotně sociálního pracovníka včetně náplně jeho práce. Jelikož toto pojetí bylo výsledkem dlouhodobého procesu vývoje sociální péče, tak se kapitola věnuje i vývoji sociální péče. Čtvrtá kapitola se orientuje na sociální péči, definuje ji a blíže specifikuje základní činnosti poskytované službami v rámci sociální péče. Popisuje také specifika paliativní péče.

Praktická část je zaměřena na analýzu textů Bible (Český studijní překlad). Věnuje se také v krátkosti definici Bible a Adventistů sedmého dne. Cílem práce je analyzovat Bibli a identifikovat základní prvky péče o nemocné.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEMOC

Nemoc lze vnímat jako opak stavu zdraví. To je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze absence nemoci nebo slabosti.“ (Frequently asked questions, ©2019)

Definice nemoci z Praktického slovníku medicíny poukazuje na to, že nemoc je nejen stav, kdy vnější či vnitřní okolnosti narušují správné fungování a rovnováhu v organismu, a zároveň obsahuje řadu příznaků, ale poukazuje také na to, že tento stav vede k dalším důsledkům. (Vokurka a Hugo, 2015)

„Nemoc svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, nebo jinak řečeno svízelnou životní situací.“ (Jobánková, 2003, s. 53)

Kroupová (2016) popisuje nemoc jako poruchu rovnováhy nejen organismu, ale také prostředí. Klasifikuje ji na recidivující, krátkodobou, dlouhodobou. Aby se jednalo o recidivující, musí se opakovat alespoň třikrát do roka, přičemž se neobjevují funkční či anatomické změny organismu. U chronického onemocnění jsou tyto změny již patrné. (Kroupová, 2016)

Nemoc lze vnímat také jako stigma. Jedná se o vlastnost, která odlišuje jednotlivce od majoritní společnosti, přičemž může vyvolávat podezření nebo nepřátelské pocity okolí. (Bártlová, 2005)

Nemoc s sebou přináší celou řadu negativních aspektů, které jsou spojeny s tím, že nemocného omezují na jeho aktivitách a na adaptaci v této životní situaci. Tímto způsobem klade zvýšené nároky především na klientovu motivaci a volní úsilí. Nemocný je v situaci, kdy se nějakým způsobem vyrovnává se změněným zdravotním stavem a problémy, které nemoc obnáší. Akceptace a přijetí zdravotního stavu je velmi individuální a reakce na zdravotní stav ze strany pacienta nemusí být taková, jakou okolí očekává. (Jobánková, 2003)

Slovo nemoc je ve staročeském jazyce označováno jako bezmoc, slabost, nebo určitý nedostatek. (Novotný, 1992)

Nemoc lze v Biblickém pojetí vnímat jako přirozený důsledek činů člověka pramenící z jeho nesprávných rozhodnutí, prostředek zkoušky, ránu. (Bible kralická, 2014)

Pod slovem nemoc nacházíme v Bibli i jisté zdravotní komplikace. V Kralické Bibli nacházíme slovo nemoc pod popisem ženského výtoku, jak po porodu, tak v období men-

struace. V Lv 12:2; 15: 25 – 28; 18:19 je poporodní stav ženy, který trvá sedm dní, který je připodobněn menstruační nečistotě. (Bible, 2009; Bible kralická, 2014)

## 2 NEMOCNÝ ČLOVĚK

V rámci terminologie se název pro nemocného jedince může lišit. Ve zdravotnictví je to pojem pacient, zatímco v sociální oblasti je zahrnut pod pojem klient. Proto v práci bude používán termín klient při popisu člověka, který je klasifikován jako nemocný.

### 2.1 Pacient

Slovo pacient je definováno v širším pojetí jako nemocný člověk. Toto slovo je odvozeno z latinského výrazu pro snášení, trpění. V užším významu jako člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, či zařízení, které poskytuje sociální služby, přičemž činnost zařízení zahrnuje zdravotní prvky. (Matoušek, 2016)

Vokurka a Hugo (2015) definují pacienta jako člověka, který se nachází v lékařské péči.

Kapr a Koukola (1998) popisují pacienta již ve své době jako člověka, který je v krizové situaci z důvodu nemoci. Zároveň se projevují pocity strachu z pocitu ohrožení fyzické i sociální existence.

Jinde je pacient spojován s poskytováním zdravotní a sociální péče, kdy potřebuje pomoc. (Marková, 2010)

### 2.2 Klient

Klient je uživatel sociálních služeb, tedy subjekt, který využívá sociální služby, přičemž to může být osoba, komunita či rodina. Někteří autoři dávají raději přednost slovu konzument služeb, uživatel, nebo zákazník, neboť slovo klient může vzbuzovat představu pasivního závislého postoje. (Matoušek, 2016)

Podobně popisuje klienta i Kuzníková (2011), kdy uvádí, že klientem je ten, kdo chce využít pomoci zdravotně sociálního pracovníka, sociálního pracovníka. Tento vztah vzniká žádostí o pomoc ze strany klienta, či upozorněním sociálního pracovníka na klienta jiným pracovníkem a depistáží. Dále dělí klienty na dvě základní skupiny, na klienty s akutním a chronickým onemocněním.

#### 2.2.1 Klienti s akutním onemocněním

Akutní onemocnění má prudký, rychlý průběh. Příznaky jsou výrazné, přičemž může dojít buď k úplnému vyhojení, nebo k přechodu do chronicity. V určitých případech může akutní onemocnění vést ke smrti či trvalému poškození. (Vokurka a Hugo, 2015)

Dochází k přerušení běžného způsobu života, přičemž je to náhlé a neočekávané. Po uzdravení dochází k návratu původního zdravotního stavu. Po dobu nemoci klient přebírá roli nemocného s vědomím, že po určité době se navrátí k plnění svých dosavadních sociálních rolí. Probíhá vyrovnávání se s náhle vzniklou situací, s odloučením od práce, rodiny, prožíváním fyzické bolesti, obavami. Přijetí do nemocnice je často vnímáno jako krizová či zátěžová situace. V úvahu je třeba brát psychosomatické prožívání nemoci a praktické problémy vzniklé sociální situace. (Kuzníková, 2011)

### 2.2.2 Klienti s chronickým onemocněním

Může se jednat i o klienty, jejichž akutní onemocnění nebylo zcela vyléčeno a dlouhodobě v mírnější formě přetrvává. Jiné onemocnění jsou chronická již od počátku. Příznaky jsou přítomny trvale, či se zhoršují. Trvalé poškození může zasahovat orgány i celý organismus. (Vokurka a Hugo, 2015)

Změny ve zdravotním stavu jsou stálé, dlouhotrvající. Jedná se o klienty, kteří bývají opakovaně hospitalizováni a to buď náhle, či plánovitě. Hospitalizace bývá ve všech typech zdravotnických zařízení. Vzniká nutnost přizpůsobení se zdravotním symptomům, což následně ovlivňuje životní styl daného jedince. Klient postupně prochází různými fázemi nemoci. Důležité je klientům pomoci přijmout novou životní situaci jako jejich současnou i budoucí normalitu. Využívá se vnitřních zdrojů klienta, externí podpory s cílem dosažení takového života, který by klienta naplňoval. V případě předpokladu chronického onemocnění (i duševního) je vhodné, aby při prvním kontaktu, či bezprostředně následujícím byl přítomen i zdravotně sociální pracovník, či sociální pracovník daného zařízení. (Kuzníková, 2011)

Chronické onemocnění se začaly vyskytovat i v souvislosti s prodlužující se střední délkou života. Vysokého věku se dožívá stále více lidí. Stárí s sebou většinou nese chronická onemocnění, která způsobují zdravotní postižení. (Arnoldová, 2016)

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví očekává, že v roce 2020 bude starších 60 let jedna třetina Evropy. Udává, že ve vyšším věku lidí čeká zvýšená frekvence zdravotních postižení. Za cíl je považována „*maximálně možná, tedy optimální kvalita života jednotlivce, a to i starších osob s disability.*“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008, s. 7)

### Disabilita

„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ Disabilita přitom není klasifikována jako osoba, ale jako situace a okolnosti vztahující se na zdravotní stav člověka. 30. 3. 2007 byla podepsána 82 zeměmi (včetně České republiky) Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008, s. 9)

Sociální model disability rozlišuje mezi impairment (poškozením) a zdravotním postižením (disability). Impairment se vztahuje k funkčnímu omezení. Disability se zaměřuje na společenské aspekty. Ty vytvořily omezení a útlak, se kterým se setkávají lidé žijící s postižením ve společnosti utvářené osobami bez zdravotního postižení. (Harris a White, 2013)

Do skupin osob lidí se zdravotním postižením patří osoby mentálně retardované, osoby s poruchami chování, osoby sluchově postižené, osoby s vadou řeči, osoby zrakově postižené, osoby tělesně a zdravotně postižené. Jedná se o ty osoby, které jsou uznány skrz orgán sociálního zabezpečení zdravotně znevýhodněnými či invalidními v prvním, druhém či třetím stupni. (Arnoldová 2011; Definice osob se zdravotním postižením, ©2015)

Většina duševních onemocnění je typická svým dlouhotrvajícím charakterem. Klient s duševním onemocněním je člověk, který má specifické potřeby a způsob uspokojování svých potřeb je odlišný a specifický. „*Jeho potíže se vyskytly v některé z oblastí psychologických funkcí, případně představují kombinaci poruch těchto funkcí. Takové problémy jsou pro klienta velkou zátěží a mohou ho postavit až do role nemocného. Pak nastupují zdravotnické a sociální služby, které se pokoušejí potíže klienta buď zmírnit, nebo odstranit.*“ (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 28)

### 2.2.3 Klienti s organickým či somatickým postižením

Organická porucha je charakterizována morfologickými změnami na orgánech, které se zjišťují fyzikálním a histologickým vyšetřením, endoskopií, operací či při pitvě. Slovo soma je řecký výraz pro tělo, tudíž somatická choroba. Choroba postihuje tělo. Narušeny jsou struktury nebo funkce tělesných orgánů. (Vokurka a Hugo, 2015)

Klienti jsou dobře komponováni a psychosomaticky odolní. V případě, že je somatický stav řešitelný medicínskou léčbou je psychologický stav klienta dobrý a ve většině případů klienti neuvádějí nespokojenost při výrazné absenci celostního přístupu. Absence celostního přístupu přitom negativně neovlivňuje výsledek zdravotnických výkonů. Důležitost pozor-

nosti na psychosociální situaci je nutná při výkonu sociální práce, zvláště sociální péče. (Kuzníková, 2011)

#### **2.2.4 Klienti, jejichž onemocnění má závažné psychosociální důsledky**

Jedná se o klienty, jejichž onemocnění je chronické. Podstatné je nejen zvládnutí péče o tělesnou problematiku, ale také i o tu psychosociální. Celostní přístup je nezbytný. Při jeho absenci vznikají recidivy obtíží, izolace klienta, nespokojenost, nižší kvalita života i horší prognóza. Mělo by docházet k častější spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem a lékařem, než je tomu nyní. (Kuzníková, 2011)

Nemoc vždy přináší sociální důsledky, s několika aspekty. Klient nemůže vykonávat dosavadní pracovní činnosti, což nakonec může vést ke změně zaměstnání. Mohou se také projevit v rodině, kdy se mění vztahy mezi dětmi navzájem, rodiči, životními partnery (zde může docházet v nesouladu v sexuálním životě). Změny ve vztazích bývají vnímány jak pozitivně (zlepšování vztahů), tak negativně (zhoršování vztahů). Dále se objevují změny v trávení volného času. Projevuje se omezení, nebo nemožnost vykonávání aktivit ve sportovních, kulturních, společenských organizacích a při různých akcích. To může vést až k depresi klienta. V každé této oblasti se rozlišují důsledky materiální, faktory vyplývající ze vztahů ve skupině a celospolečenských vztazích, a faktory vyplývající ze společenského vědomí, které zahrnují subjektivní přístupy lidí. (Bártlová, 2005)

Mezi psychologické důsledky může patřit například hněv, agrese, deprese, emoční stres, úzkost, strach, fobie. (Raudenská a Javůrková, 2011)

#### **2.2.5 Klienti, jejichž nežádoucí zdravotní stav medicínskou léčbou nemusí být ovlivněn**

Pozitivní ladění a znovunabytí motivace zapojení se do společenského života je významným efektem pro život klienta. Mezi nejvíce důležité faktory z hlediska lékařů patří i psychická podpora okolí. To může být praktikováno i terapeuty nekonvenční medicíny. Sociální pracovník může zprostředkovávat speciální pomoc, či pomoci empatickým přístupem. V práci s klienty se uplatňuje v současnosti i sugesce, psychoterapie či alternativní typy léčby. (Kuzníková, 2011)

#### **Umírající klienti**

Vliv na vývoj problematiky umírání mělo náboženství, filosofie, sociokulturní rozvoj dané země i etnické cítění. (Kelarová, 2007)



Dříve se rozlišovaly 3 modely umírání. Paliativní péče, domácí model umírání, institucionální model umírání. Nyní se institucionální model umírání a domácí model umírání řadí pod paliativní péči. (Hatoková a Mračková, 2013)

### **Paliativní péče**

Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o klienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Kisvertová (2018) udává, že je důležité mírnit bolesti, další příznaky a sociální, duchovní a psychologické problémy.

Je to systém pomoci umírajícím či těžce nemocným, přičemž léčba je zaměřena na jiné cíle a na jinou naději. Nezaměřuje se na příčinu nemoci, ale na léčbu projevů a příznaků, jež zatěžují klienta. Cílem je péče o kvalitu života umírajícího. Významnou roli zastává v paliativní péči péče o klienty poskytovaná hospici. Ta je poskytovaná buď v přirozeném prostředí klienta či v hospicovém zařízení. (Slámová et al., 2018)

Spojuje oba modely (domácí i institucionální). Klient je pojmán holisticky, jako celistvá bytost, přičemž se věnuje pozornost a důraz na všechny jeho potřeby. V první řadě je pozornost věnována klientovi a jeho rodině, následně nemoci. (Hatoková a Mračková, 2013)

### **Domácí model**

V roce 2011 v domácím prostředí umíralo 10 – 15 % nevléčitelně nemocných. Při poskytování paliativní péče v domácím prostředí je důležité, aby lékař bral v úvahu všechny možné komplikace a vliv na rodinu. (Skála, 2011)

Klient je ve svém přirozeném prostředí a neumírá sám. Je obklopen blízkými osobami, jimi je mu poskytována psychická i sociální podpora. Lidé (a hlavně rodina) se na odchod klienta připravují, může proběhnout odevzdání věcí, rozloučení a řečení posledních slov. Péči o klienta poskytuje primárně rodina, následně pak členové multidisciplinárního týmu. (Hatoková a Mračková, 2013)

Základním požadavkem je tak přítomnost osoby, či osob v domácnosti, které budou pečovat o umírajícího a budou prostředníkem mezi umírajícím a institucemi. (Slámová et al., 2018)

Pečujícím osobám je potřebné poskytnout psychickou i faktickou pomoc. Domácí péče je poskytována jak laiky (rodinou či blízkými, tak profesionály. Je poskytována komplexní péče. (Haškovcová, 2007)

### **Institucionální model péče**

Péče je poskytována v zařízeních, které klientovi poskytnou odbornou péči, včetně ošetrovatelských úkonů (Hatoková a Mračková, 2013)

Instituce, která klienta přebírá do své péče nejdříve schvaluje přijetí klienta, zda-li je jejich cílovou skupinou. Klient má právo na šetrnou a citlivou péči zdravotníků. (Skála, 2011)

Mezi institucionální péči patří také péče prováděná v hospici, kde je klient ubytován. Pravda o zdravotním stavu je klientům sdělována co nejvíce citlivým způsobem. Rodina i přátelé nemají do zařízení omezený přístup. Personál je připravuje na smrt, probírají s nimi budoucnost a poskytuje odbornou péči převážně v tiché bolesti. (Haškovcová, 2007)

Spokojenost klienta je ukazatel kvality péče, který je hodnocen ze subjektivní roviny. Zjišťuje se buď celková spokojenost, či její složky a to pomocí průzkumu. Hodnotí se dostupnost služby a názor o přijatelnosti služby. Ačkoli je kladen důraz na to znát spokojenost klientů, zároveň by to neměl být parametr nejvyššího významu. To z důvodu, že v průzkumech dochází ke zkreslení dat, kdy klienti svou spokojenost nadhodnocují. Může se jednat buď o projev vděčnosti, který je adresovaný poskytovateli péče, nebo o projev obavy, že by při vyjádření nespokojenosti jednal personál podrážděně a nevstřícně, či by příště nemuseli již péči dostat. Spokojenost klienta také nemusí vypovídat o tom, zda je program efektivní. Klient může být spokojen i s neefektivním programem, či s neefektivní částí. Hodnocení by proto mělo mít více dimenzí. (Matoušek, 2016)

### 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZAMĚŘENÍM NA ZDRAVOTNICTVÍ

Sociální práce je definována jako „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.)*.“ (Matoušek, 2016 s. 200-201)

Sociální práce je pojímána jako profese podporující změny, umožňující zvyšovat kvalitu života a řešit problémy v mezilidských vztazích. (Mahrová a Venglářová, 2008)

Je postavena na principu společenské solidarity a opírá se o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Hlavní zaměření sociální práce spočívá v iniciaci a realizaci sociálně- zdravotních služeb. Důležitým aspektem je propojení oborů v rámci týmové spolupráce, přičemž však je kladen důraz na profesní nezávislost. Smyslem je pomoci klientovi při zmírnění či odstranění negativních sociálních důsledků nemoci a to jak jeho rodině, tak širšímu prostředí, dosáhnout či navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění a vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Na klienta je nahlíženo z celostního, holistického pohledu. (Kuzníková, 2011; Matoušek, 2016)

Ke specializaci v sociální práci začalo docházet již od dvacátých let dvacátého století. Postupně se rozvinuly specializace práce s dětmi a práce s rodinou. U některých zdrojů mohou být považovány za jedinou specializaci, jinde se rozdělují následující: práce v oblasti duševního zdraví, v trestní justici, zdravotní péče, se starými lidmi, aj. (Matoušek, 2016)

Úkolem sociální práce je využití psychosociálních prostředků na zmírnění nepříznivé životní situace klienta při nemoci (v oblasti zlepšení adaptace na nemoc, motivace k léčbě, překonání obtíží, spolupráce vedoucí ke kvalitnějšímu životu). Zdůrazněna je komplexní péče o klienta. Ta probíhá v souladu s posláním oboru sociální práce i konkrétního zdravotnického zařízení. Dle cílové skupiny je pak tato pomoc více zaměřena na pomoc ke svépomoci a podporu, či více terapeuticky. V rámci sociální pomoci by měly být zastoupeny obě tyto oblasti. Pro sjednocení postupů sociální práce ve zdravotnictví vypracovala organizace Česká asociace sester Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Česká legislativa stanovila činnosti zdravotně sociálního pracovníka. (Kuzníková, 2011)

Legislativně byla profese zdravotně sociálního pracovníka ukotvena roku 2004. (Česko, 2004)

Sociální struktura se neustále mění a v rámci tohoto děje se mění i sociální problémy, které mohou i přibývat. To klade větší nároky na pracovníky v pomáhající profesi. Na využívání nových přístupů v sociální práci a zejména vyšší počet sociálních pracovníků praxi, kterých je nyní nedostatek kvůli omezeným finančním zdrojům. V poslední době se stala zřejmá potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Právě pro propojení sociální práce se zdravotnictvím vznikl obor zdravotně sociální pracovník, který propojuje tyto dva obory a napomáhá multidisciplinárnímu řešení klientova problému. (Kuzníková, 2011)

Jednotliví odborníci by měli být v týmu na stejné úrovni, nemělo by tedy docházet ke stavu podřízenosti a nadřazenosti. V potaz by se měl brát všechny potřeby klienta. (Jankovský et al., 2015)

Výhodnější pozice pro sociálního pracovníka je v interdisciplinárním týmu. Jsou zde zastoupeny minimálně dvě profese, které jsou vzájemně provázané. Péče probíhá v rámci integrovaného plánu péče. Primární je řešení pacientových problémů. Při řešení klientovy situace dochází k předávání relevantních informací. Týmová spolupráce zahrnuje jasné vymezení cílů, společné plánování intervencí, vzájemné učení se a shodu na etických rozhodnutích. Sociální pracovník zastává pozici manažera, organizátora, koordinátora činností a cílů, včetně spolupráce vně interdisciplinárního týmu. (Kuzníková, 2011)

Bariérou v interdisciplinární spolupráci mohou být právě odlišné profese a rozlišné požadavky na řešení klientovy situace, nedostatečná důvěra klienta v organizaci, špatná komunikace mezi organizacemi, nevyjasnění rolí, rozdílná kultura a zájmy organizací či konkurování organizací navzájem. (Hanušová a Hellebrandová, 2006)

V rámci řešení situace hospitalizovaných klientů je vůbec otázkou, zda se klient k zdravotně sociálnímu, sociálnímu pracovníkovi dostane. Je-li depistáž nedostatečná, je důležité, aby na konkrétního klienta upozornil zdravotnický personál, hlavně při akutní hospitalizaci. Sociální pomoc zahrnuje jednání s institucemi, sociální poradenství, sociální rehabilitace, plánování péče o klienta, plánování specializované pomoci a specializovaných služeb, psychosociální podporu klienta, včetně pomoci při řešení bytových a finančních záležitostí.

Pomoc je zaměřena nejen na klienta samotného, ale i na rodinu, skupinu, popřípadě komunitu, do které klient patří. Reintegrace se stává cílem práce s klientem. V případě nemožnosti reintegrace se zajišťují další formy pomoci, včetně přípravy rodiny. V průběhu celého procesu dochází k aplikaci metod sociální práce, převážně rodinné terapie, sociální práce s rodinami, individuální práce s klientem, sociální práce se skupinami a komunitami, intervence zaměřené na komunity. (Kuzníková, 2011)

Toto pojetí je ale výsledkem dlouhodobého procesu sociální péče. Právě tomu se budeme věnovat v následujícím textu.

### **Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka**

*„Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka u nás je dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb. považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“* V České republice jsou to aktivity, které odstraňují nebo mírní důsledky způsobené nemocí, úmrtím, hospitalizací, psychosociálními patologickými jevy. Náplň práce je individuální dle konkrétního zařízení. Jedná se většinou o řešení situace akutně hospitalizovaných klientů, sociální pomoc u chronicky nemocných klientů a jejich okolí, sociální prevence, aplikování metod sociální práce. (Kuzníková, 2011 s. 47)

### **Vývoj sociální péče**

Vývoj sociální péče je spojován s vývojem sociální práce a jejím celkovým pojetím. Pomoc je brána jako činnost vyskytující se ve všech společnostech a je pro ni typická vzájemná interakce směřující k podpoře, vzájemný vztah a aktivní účast v pomáhání jinému člověku. (Brnula. 2013)

Hlavním motivem péče se stala solidarita. Doporučený postoj a formy solidarity lidem sociálně vyloučeným se nachází v oblasti morálky (souboru norem, jehož úkolem je směřování a nastavování hranic). Morální normy až do doby průmyslové revoluce do značné míry formovalo náboženství. Solidarita se při propojování státu a církví postupně profesionalizovala, institucionalizovala a na náboženských základech se stala méně závislou. Nevyjímáje charitní organizace. (Matoušek, 2007)

Rozvoj péče o nemocné v evropských zemích má několik shodných individualit v závislosti na regionálních specifikách:

**1) Laická péče**, která se projevovala jako sebestarost, byla poskytována samotným nemocným jedincem či jeho rodinou.

**2) Charitativní péče**, dělána především církevními řády, byla vykovávána v charitativních domech a byla vnímána jako humánní a morální pomoc trpícímu člověku.

**3) Organizovaná léčebná péče**, jejíž počátky spadají do počátků 19. století v návaznosti na rozvoj medicíny a válek a uvědomění si důležitosti hygieny v péči o nemocné. (Kutnohorská, 2011)

### 3.1 Starověk

Lidé považovali nemoc za trest, ať se již jednalo o tělesnou, či duševní a odvrácení náklonnosti bohů. Objevují se náznaky léčitelství. Péče o lidi s duševním onemocněním posunulo egyptské a řecké lékařství. Útočištěm pro lidi s duševním onemocněním staly chrámy. Cvičení všeho druhu a hry měli pomoci při léčbě melancholie. Provozovaly se různé zpěvy, hraní na nástroje, zábava a tanec. Důraz byl kladen na pravidelný režim. Opomenuta nebyla ani tělesná hygiena, což se považuje za první snahy péče o nemocné, které jsou cílené. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Zemřelé balzamovali, přičemž se na postupu a kvalitě péče odráželo sociální postavení zemřelého. Do hrobu se spolu se zemřelým ukládali i zvířata, otroci či dokonce manželky. Od čtvrté dynastie živé osoby a zvířata nahradily figurky. Před svou smrtí Egypťané adoptovali děti za účelem toho, aby pečovaly o hrobku a přinášely oběti. (Kelnarová, 2007)

Nejvýznamnější osobností lékařství je v tomto období Hippokrates, lékař i filozof. Ve vnitřním a vnějším prostředí člověka hledal příčinu onemocnění. Vycházel z principu, že je nemoc přirozený stav a proces. Zavedl termín paranoia pro všechny formy duševního onemocnění. Jako léčivo užíval rostliny, medikamentózní léčbu, úpravu životosprávy, nerostné látky a tělesný pohyb. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Lidé se dožívali nízkého věku. Šance dožít se dospělosti snižovaly neléčené infekce, vysoká dětská i kojenecká úmrtnost a špatná výživa. Smrt a umírání byly viditelnou součástí života. Lidé v tu dobu běžně umírali i na veřejných prostrácích ve špině, o hladu a bez po-

moci. Kněze a lékaře si mohli dovolit pouze bohatí lidé. Umírání bylo rychlé, doba onemocnění krátká, protože smrt nebyla oddalována léčebnými zásahy. Akceptace smrti byla v různých historických etapách odlišná. Zpočátku byla smrt chápána jako předěl mezi krátkým obtížným životem a věčným životem v nebi. (Haškovcová, 2007)

### 3.2 Středověk

Ve středověku byla nemoc vnímána jako trest božstev, pro nedodržování převážně kultických předpisů, ustanovení. Výrazy, které označovaly hřích, mohou zároveň označovat nemoc. Léčba duševního onemocnění v tomto období spočívala v korekci, nápravě, nezájmu či izolaci. Onemocnění je chápáno jako hřích, omyl, nečistota, sen v bdělém stavu, zakotvení ve zlu, zbavení rozumu, posednutí zlými duchy či ďáblem. Instrukce předcházející špitálům, léčebnám, ústavům, se potřebovaly vyrovnat s projevy duševní abnormality. Jednou z alternativ bylo vyčlenění ze společnosti, většinou vyhánění do lesa, kde zahynuli, nebo na „lod' bláznů“. Ta plula údajně po říčních cestách Porýní a Vlámka. Známé byly také „věže bláznů“. Byla to tedy instituce, která zajišťovala odloučení lidí s duševním onemocněním od společnosti. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Začaly vznikat infirmária (nemocnice kláštera), které byly určeny pro nemocné členy řádu působící v klášteře. (Mlýnková, 2011)

Léčbu představovala modlitba, exorcismus, zařikávání, čichání aromatických zápachů, pálení rozžhaveným železem. Vkládání hmyzu či mravenců do šatů se používalo u některých apatických klientů. V opačném případě, tedy u neklidných klientů, se aplikovalo svazování, rotační přístroje, přivazování ke kůlům, ponořování do studené vody do té doby, dokud neztichli. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Za vlády knížete Boleslava (935- 967) vznikly na území Prahy první hospice. Základní potřeby klientů v charitní pomoci pomáhaly uspokojovat civilní sestry. Ošetřování probíhalo laickými osobami. Nemocným poskytovaly pomoc kongregace a řády. První špitály poskytovaly teplo, střechu nad hlavou, lůžko a stravu. (Kafková, 1992, Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Od 12. století se začalo měnit sociální i demografické složení společnosti vlivem početných válek a pandemií. Projevovaly se morové epidemie. Účelná a praktická opatření nahradilo v péči o nemocné používání amuletů, zařikávání, modlitby. Zvýšila se úmrtnost. To mělo značný vliv především na život žen. Ty obstarávaly hospodářství a péči o nemocné

a raněné. Nastal odklon od získaných poznatků antické civilizace jak v péči o nemocné, tak v lékařství. Některé instituce v jižní a západní Evropě však uchovaly ideje i zásady péče o nemocné, určité medicínské znalosti z antického období. Péče o nemocné se v době středověku stala spíše individuální záležitostí v souvislosti s křesťanským principem milovat bližního svého jako sebe sama. Roku 1130 bylo mnichům zakázáno poskytovat lékařskou péči Církevním koncilem. (Kutnohorská, 2010)

Kromě doposud organizované péče o nemocné poskytovali pomoc i individuální osobnosti, například Zdislava z Lemberka (1220 – 1252). Ta se celoživotně věnovala charitativní činnosti. Navštěvovala nemocné a chudé, přičemž se je snažila všemožně podporovat. Vyznačovala se skromným životem. (Kalista, 1941)

Špitály vznikaly jako útulky pro nemocné a chudé, pro kupce a pocestné. Situovány byly při kláštorech. Někteří si předplatili doživotní byt, opatrování a stravu. Ti byli přijímáni přednostně. Na zbylé místa následně mohli přijít nemocní lidé se špatnou finanční situací, lidé neschopní práce či chudí lidé. V českých zemích špitály existovaly od 13. století. Zaměřeny byly z dnešního pohledu více sociálně, nežli léčebně. Měli zde lůžko, nezbytnou stravu i oděv. (Kutnohorská, 2010)

Roku 1233 byl založen klášter se špitálem Anežkou Přemyslovnou v Praze s názvem U sv. Halštata. Byla považována za zakladatelku českého ošetrovatelství. Zároveň vypracovala pravidla pro ošetrovatelství nemocných a chudých. Opatrovnickou a ošetrovatelskou péči poskytovaly řády alžbětinek, johanistek, milosrdných bratří, boromejek. Diakonky pečovaly o lidi v jejich přirozeném prostředí, lazaretech i špitálech. Terénní péče o nemocného byla uplatňována především v případě, že je nemocný infekčním onemocněním. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

### 3.3 Novověk

Nastal odklon z klášterního lékařství, které bylo poskytováno doposud na křesťanské lékařství. Péči o nemocné přebírají laici v rámci ošetrovatelských společenstev. Ty se postupně transformují do rytířských řádů, či špitálů. Od roku 1292 do roku 1545 byla zakázána služba žen v římskokatolickém řádu v péči o nemocné, v tomto rozmezí se to stává úkolem mužů. (Kutnohorská, 2010)



Mnozí lékaři se v tomto období staví pozitivně k humanistickým myšlenkám osvícenství, včetně sociálních ideálů. Velká francouzská revoluce stála za reformou nemocniční léčby. Výklad duševních onemocnění spočíval v rukou církve, která vyučovala mediem. Do popředí se dostává víra v čarodějnictví a demony (od toho se následně postupně ustupovalo). V 16. a 17. století tak několik set tisíc osob kvůli čarodějnickým procesům přišlo o život na území Evropy. Lidé s duševním onemocněním pravděpodobně tvořili určitou část těchto lidí. Člověk s duševním onemocněním se dostal do nemocnic (tzv. hospiců) pouze za těch nejnужnějších opatření. Většinou však končili v obecných šatlavách. Péči tam obstarával dráb, který mohl vykonávat i tělesné tresty. Společnost byla nastavená tak, že lidem s duševním onemocněním neposkytovali ochranu ani péči, pokud to bylo možné. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Karel V. věnoval území Malty řádu Maltézských rytířů, kteří se tam roku 1530 přesunuli. K dosavadním špitálům přibýly špitály pro námořníky, pro izolaci infekčních chorob, pro ženy. Ve špitálech byli ošetřováni i lidé s duševním onemocněním. V izolaci byli lidé trpící průjmovitým či horečnatým onemocněním. V Granadě začal zakladatel řádu Milosrdných bratří budovat útulek pro nemocné a potřebné v roce 1538 – 1539. Cílem bylo zmírnit lidské utrpení. Heslem bylo „Per corpus ad animam,“ v překladu „tělem k duši“. Toto heslo vyjadřovalo přístup k nemocnému, neboť pečovali o tělo i duši. Přísně se dbalo na zatím stanovené hygienické podmínky, nemocní byli rozdělováni dle svého onemocnění. Všimalo se i lidí s duševním onemocněním. Roku 1545 Tridentský koncil stanovil ženám působení v kláštorech, přičemž omezil i péče v přirozeném prostředí klienta. Péče byla poskytována na základě principu solidarity, přičemž měla být projevoována i empatie. (Kutnohorská, 2010)

Roku 1551 byla v Paříži stanovena městská taxa, ze které se financovaly nemocniční náklady za péči o nemocného i příspěvek na bydlení, který se postupně začal vyvíjet. Lidem, kteří žebřili na ulicích, byla nabízena práce, pokud toho byli schopní. Tyto opatření však často neměly požadovaný účinek. (Borgetto a Lafore, 2004)

První veřejná pitva byla provedena roku 1600 v Praze. Za doby Třicetileté války (1618 – 1648) mnohé špitály zanikly. Po třicetileté válce v roce 1652 vznikla Kongregace milosrdných sester, které založily Dům milosrdenství. Zpočátku sloužily pouze lidem nakažených morem, cholerou, trpících hladem a bídou, ale později svou pomoc poskytovaly nejen po domech, ale i v nemocnicích a v práci s lidmi se zdravotním postižením. Tyto sestry zva-

né boromejky přišly z Nancy i do Prahy a v roce 1945 na území Československa působily již na 120 místech. To převážně v sociálních ústavech, nemocnicích, školách. (Kutnohorská, 2010)

Pařížský lékař Phillipe Pinel (1745-1826) dne 11. září 1793 vyvedl lidi s duševním onemocněním z podzemních kopek na vzduch a světlo, zaručil lékařské ošetření, osobní hygienu, ošetrovatelskou péči a právo na svobodu. Zastával názor, že si zaslouží ohledy od okolí a je třeba je léčit. Projevil myšlenku, že blázni jsou nemocní lidé. V té době se slovo blázni užívalo běžně k označení lidí s duševním onemocněním. Dnes by bylo považováno za nepřijatelné. Následné budování psychiatrického ústavnictví v tomto období vedlo k vytvoření samostatného oboru a oddělení psychiatrie od ostatních lékařských oborů. Pinel je považován za zakladatele novodobé psychiatrie. (Marková, Venglářová a Babíková, 2006)

Od poloviny 18. století vznikají první všeobecné nemocnice při lékařských fakultách. Vznikla potřeba dalšího pracovníka kromě lékařů. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Velká francouzská revoluce je považována za vyvrcholení myšlenek osvícenství zabývajících se humanismem. V 18. století se tak objevují práva člověka, osobní práva, která následně vedou k vytvoření národních, hospodářských, sociálních, jazykových práv, přičemž se kodifikují dětské a ženské práva. Následně se tato idea vyvíjí do novodobého společenského života. (Brnula, 2013; Ševčíková a Navrátil, 2010)

Po Velké francouzské revoluci došlo k transformování agrárního hospodářství k průmyslovému hospodářství, přičemž se objevuje fenomén továren. Nastaly změny v pracovních podmínkách a vznik průmyslových center a „sídlíšťové“ kultury. Rozvoj továren způsobil úpadek řemeslné výroby a rušil tradiční systém pomoci. Ten předtím představovaly farnosti, původní cechy, místní komunity. Z důvodu stěhování za práci byly tyto komunity opouštěny. V novém prostředí tak pomoc poskytnout nemohly. To se skombinovalo s nedůstojnými pracovními podmínkami. Na okraji měst se objevuje dělnictvo jako nová společenská vrstva. Původní obyvatelstvo proletariát zůstával na předměstích. To vyvolávalo sociální otázky. Jako neefektivní a nedostatečná se projevila tehdy realizovaná péče o chudobné, která měla představovat záchrannou síť. Prostředí bylo dezorganizované a vytvářelo pocit izolace a odcizení. (Brnula, 2013; Jandourek, 2003)

Postupně se začala rozvíjet chudoba i u pracujících lidí. Bylo to způsobeno zrušením nevolnictví v roce 1785 spolu s hygienickými opatřeními zavedených Josefem II. To zlepšilo životní podmínky, což vedlo k nárůstu počtu obyvatel. Vyvolalo to nedostatečné finanční zabezpečení. V průběhu toho vzniká moderní společnost, která nahrazuje původní tradiční společnost. Mění se způsob výkladu světa. (Brnula, 2013)

Thomas Chalmers (1780 – 1847) ve Velké Británii projevuje myšlenku posuzovat jednotlivé případy individuálně po posouzení životní situace jednotlivce. Zastával také názor, že daní lidé by měli projevovat snahu pomoci si sami, přičemž chtěl dát větší možnost pomoci chudým na bázi dobrovolných darů, které mohly ulehčit státu péči o chudé. (Thomas Chalmers, ©2019)

Ve společnosti dochází ke změnám. Snižuje se úmrtnost, převážně v dospělém věku. To je vysvětlováno pokrokem a rozvojem medicíny (sterilita lékařských zákroků, očkování proti neštovicím atd). Nevyskytuje se již podvýživa z důvodu nedostatku základních složek potravy, dbá se na význam kojení dětí. Do poloviny 20. století byla rozšířena tuberkulóza, která prostoupila všechny vrstvy společnosti, zejména však postihovala chudé, kteří neměli možnost uniknout do venkovských sídel. Péči o umírající prováděla rodina. Generačně se přenášel model umírání, kdy měl po staletí stejný scénář. Děti se od malička učily roli doprovázejících. V rodině bylo známo jak se chovat k umírajícímu, a to, že by v poslední chvíli neměl být opuštěn. Před smrtí probíhalo rozloučení a křesťanské rituály. Ty probíhaly i po pohřbu v rámci v péče o pozůstalé (nošení černého oblečení po určitou dobu, aby se vědělo, že se k danému jedinci má přistupovat více ohleduplně). (Kelnarová, 2007)

Projevuje se laicizace (zesvětštění) sociální péče, včetně charitativních činností. Probíhá znárodnování církevních nemocnic, řádů, majetku. Laicizace a sekularizace se projevují postupně ve zbytku Evropy. Jednotlivé země a státy přebírají starostlivost o občany, po odsouhlasení může být delegována i na církevní organizace. V roce 1811 bylo zabezpečeno Občanským zákonem postavení dítěte v rodině, jeho práva na výchovu, výživu, ochranu soudem. Ukládá se povinnost zákroku a dozoru v podobě zvláštních výchovných opatření, je-li jich potřeba. (Brnula, 2013)

Kromě řádových sester v nemocnicích pracovaly dvě kategorie ošetřovatelek. Ošetřovatelky bez vzdělání a diplomované ošetřovatelky. Ošetřovatelství bylo nedoceňované a na nízkém sociálním postavení. Finanční odměna nebyla dostačující a ubytování bylo přímo

na pokojích nemocných. Zaměřovalo se i na terénní činnost prováděnou diplomovanými sestrami. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Projevil se i velký vliv Elisabeth Fry, která se po roce 1813 zasadila o prosazení práv uvězněných žen. Nejvýznamnější změnou bylo zrušení trestu smrti. Vykonávala pomoc v přirozeném prostředí klientů, přímo v domácnostech. Tím položila základ domácí péče. Byl jí ovlivněn i Theodor Fliedner, který zakládal azylové domy pro ženy propuštěné z vězení, jesle, mateřské školy a sesterské domovy diakonisa („mateřské domovy“). Pomoc poskytovaly nevdané ženy za ubytování a kapesné, přičemž získávaly vzdělání ve zdravotní péči a výchově dětí. Dle Fliednerova mateřského domova byly zřizovány obdobné domovy po celém světě. Inspirovat se nechal následně i Červený kříž v organizaci sester. (Brnula, 2013; Boyd, 1982)

Za čin, který zakládá počátky sociální práce v Uhersku, se pokládá založení Spolku dobročinných žen princeznou Herminou roku 1816. Jelikož pomoc realizovali dobrovolníci, jedná se pouze o předchůdkyni profesionálně poskytované sociální práce. Cílem bylo potlačení chudoby a primárně pomoc vdovám skrz zprostředkování práce, poskytování mateřské školy a zřízení opatrovny pro nezaměstnané ženy. Činnost sociální péče začala být realizována jednotlivci. Ti ji postupně institucionalizovali. Spolek dobročinných žen se zaměřil i na návrat žebráků z ulic zpět do majoritní společnosti. Zprostředkoval práci a zaměřoval se na rozlišení těch, kteří mohli pracovat a těch, kteří nemohou pracovat z důvodu nemoci, stáří, nebo svého nízkého věku. Poskytovali ubytování, jídlo, oděv i lékařskou péči. Cílem bylo, aby se o sebe dokázali postarat z toho, co si vydělají. V zařízení byl člověk odpovědný za administrativu. Objevuje se jedno z prvních občanských zařízení, které mělo funkci obdoby dnešní chráněné dílny. To poskytovalo práci šedesáti jinak nezaměstnatelným lidem. Problematický byl většinou zdravotní stav, či jiné znevýhodňující faktory, jako například věk. Zaměření bylo na manuální práce jako šití, výroba šipek a jiné. Spolek dobročinných žen také pečoval o opuštěné děti a dospělé, kteří nebyli svéprávní. Princip byl stejný jako u dnešních dlouhodobých pěstounů. Pro neumístnitelné lidi byl založen chudobinec. Cílovou skupinou se tak stali lidé nemocní, s tělesným postižením či staří. Pro spolky bylo však čím dál tím více složitější získávat finanční prostředky. Od roku 1833 činnosti spolků postupně přebírají města a obce, včetně financování. To může být považováno za jisté začátky občansky realizované pomoci. (Brnula, 2013)

V této době se začíná projevovat vliv lékařů, kteří začínají přihlížet k tomu, že nemoci mohou být způsobené psychickým nastavením jednotlivce. Například o tom hovoří William

Whitney Gull, který popisoval, že mnohé mladé dívky extrémně hubnou bez toho, že by měly tuberkulózu. (Papežová, 2010)

Jako reakce na činnost Thomase Chalmerse roku 1819 vznikla farnost sv. Jana v Glasgow. Vyškolený diakon byl poradcem i přítelem pro lidi ve svém obvodu a zjišťoval v terénní práci, která rodina či jednotlivec žije v extrémní chudobě. Následně pomáhal najít zaměstnání, učil hospodařit s majetkem, budovat mezilidské vztahy a vztahy v komunitní svépomoci. (Brnula, 2013)

V Uhersku, i na území dnešního Slovenska, nevyjímaje další části světa, v roce 1848 a po roce 1850 se objevuje postupné formování typů pomoci, z nichž je odvozena samostatná sociální práce. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Za doby Krymské války (1854 – 1856) se o profesionalitu ošetrovatelství zasloužili zejména Jean Henri Dunant, Florence Nightingal, Nikolaj Ivanoviš Pirogov. (Kutnohorská, 2010)

### **Jean Henri Dunant**

V říjnu 1864 byl založen Červený kříž Henrym Dunantem. Za počátek celosvětového hnutí Červeného kříže se považuje událost založení výboru Červeného kříže na konferenci v Ženevě v říjnu 1863. Organizace je založena na principech humanity, nestrannosti, neutrality, nezávislosti, dobrovolnosti, jednoty, a mezinárodnosti. Činnosti jsou založeny na zmírňování lidského utrpení. (Kutnohorská, 2010)

Na území Uherska začal svoji činnost v 1878. (Brnula, 2013)

### **Florence Nightingale:**

Nightingale ošetrovatelství vnímala jako poslání. Sama pocházela z vlivné anglické rodiny. Krátce po 17. narozeninách se rozhodla, že bude sloužit Bohu a zůstane svobodná. Na svou dobu měla vynikající vzdělání. V roce 1851 absolvovala tříměsíční kurz ošetrovatelství. Později již jako vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně zavedla signální systém, teplou vodu do každého patra nemocnice, pavilónový typ zařízení pro oddělení chorob. (Kutnohorská, 2010)

V Krymské válce byli vojáci před příchodem Nightingale ošetřováni v otřesných podmínkách. Nazí, zranění lidé leželi na holé podlaze kasáren, nemocnice byla špinavá a zamořena blechami i krysami. Jídlo bylo vojákům dáváno jednou denně, které jedni pouze rukama které (ty byly také špinavé). Z toho důvodu se nemocnicí šířila cholera, tyfus, průjemovité

onemocnění. K dispozici nebylo žádné hygienické zařízení, ani záchod. Ošetřovatelky, pod vedením Florence, zprovoznily kuchyň, uklidily, zajistily nemocným stravu dle potřeb nemocných, byly vybudovány toalety a prádelna. Následně začaly poskytovat ošetřovatelskou péči. Úmrtnost z 60 % klesla na 2 %. Objevuje se péče v i sociální oblasti, kdy vojáci dostávali žold i v době jejich nemoci. Pro pozůstalé zajistila sociální dávky. Florence využívala k prezentování dat grafy a diagramy, které dávala do svých publikací a dopisů, jejichž účelem bylo posunout ošetřovatelství dopředu. Sestavila nový systém vojenského zdravotnictví. A v dalších letech se stala konzultantkou zdravotní péče i v dalších válkách (například občanské válce ve Spojených státech amerických, Prusko - francouzské válce, a tak dál). Kladla důraz na edukaci klientů i rodiny. (Večeřová a Lankašová, 2011, Mezinárodní konference ošetřovatelství Pracovníků vzdělávajících nelékařské zdravotnické povolání, 2008)

Doporučovala, aby byl klient v pravidelných intervalech myt a mělo by se dbát na čistotu oděvu, aby nebyl propocený. Do koupele se mělo vlévat trochu kořalky pro lepší očištění kůže. Za nezbytné považovala větrání, a přístup dostatečného slunečního svitu. Pro nemocné lidi se měly připravovat výživné pokrmy, které měly být podávány dle jejich zdravotního stavu. Zpočátku měla být podávána polévka, později i vejce. Podotýkala, že je velmi důležité povzbuzovat nemocné, že je tu naděje uzdravení. (Nightingale, 1874)

15. 6. 1860 otevřela ošetřovatelskou školu při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Studentky prošly teoretickou výukou, kde mnoho předmětů vyučovali lékaři. Součástí byla i praxe v nemocnici, kde ošetřovatelky měly svoji vlastní uniformu. Po dokončení jednoho roku nastupovaly do nemocnice jako „ošetřovatelky na zkoušku“, kde působily další tři roky a dostávaly malý plat. Ubytování bylo v oddělené části nemocnice se společným sociálním zařízením. Po čtyřech letech ošetřovatelky odcházely, mnohdy do zahraničí (Nový Zéland, Austrálie, Indie, Kanada, Amerika). Tam zakládaly vlastní ošetřovatelské školy. Bylo dovoleno studovat i cizinkám. (Kutnohorská, 2010)

### **Nikolaj Ivanovič Pirogov**

Byl uznávaným chirurgem a objevitel narkózy, položil základy vojenské chirurgie. Na ruské straně Krymské války byly podobné podmínky, s jakými se potýkala Florence Nightingale. Chyběly také postele a koně k transportu nemocných. Pirogov s sebou převezl 30 dobrovolnic, které byly odborně vyškoleny a sám se věnoval jejich organizaci. Dbal

na dodržování hygienických opatření a čistotou, bojoval proti šíření epidemií. (Kutnohorská, 2010)

S rozvojem průmyslu v 19. Století vznikají závodní nemocnice. V Rakousko – Uhersku iniciace závodních nemocnic vzniká rokem 1853. Smrt přestává být primárně vnímána jako předěl k věčnému životu a do popředí přichází myšlenka smysluplnosti života a nabytí jeho významu. (Haškovcová, 2007)

V polovině 19. století začíná vznikat individuální sociální práce. Za zakladatelku se považuje Mary Richmond. V té době se předpokládalo, že důvodem jsou charakterové nedostatky. Ona samotná kladla důraz na studium sociálního prostředí klienta a na intervenci od klientova prostředí. (Mahrová a Venglářová, 2008)

Princip subsidiarity byl zjevný již v roce 1868, kdy jedinec po vyčerpání svých a rodinných možností měl zákonem danou možnost se v nouzi obrátit na obec. Ta měla projevit starostlivost o občana. Pomoc spočívala v ošacení, poskytnutí nezbytné výživy a výchově dětí. Byl vytvořen systém špitálů v obvodech, což vstoupilo v platnost roku 1744 královským patentem. Klienty byli nemajetní lidé, či ti, jež finančními prostředky nemohou disponovat. Další formou péče představovalo umístění občana do obecního ústavu – chudobince. Zakládaly se odborné podpůrné spolky. Cechy se rozpadly. Roku 1870 byla založena Všeobecná dělnická a invalidní pokladnice později přejmenovaná Všeobecná pokladnice za účelem sociální ochrany. V rámci pomoci se nejvíce účastnily svépomocné spolky, ale zainteresované byly i dobročinné spolky a do jisté míry i průmyslové spolky. (Brnula, 2013)

V Praze roku 1874 zásluhou Karolíny Světlé vzniká první česká ošetrovatelská škola. Ta spojovala teorii i praxi. Do značné míry se čerpalo z publikace Kniha o ošetřování nemocných od již vzpomínané Florence Nightingale. Studentkami byly převážně měšťanské dámy, u kterých nebyl předpoklad, že by ošetrovatelství vykonávaly jako své zaměstnání. Z pohledu tehdejší emancipace bylo toto vzdělání chápáno jako snaha vyrovnat se mužům. Ošetrovatelská škola ale brzy zanikla. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Karolína Světlá si byla vědoma skepse společnosti vůči ženskému vzdělávání a snažila se zdůrazňovat, že úlohou ženy je péče o rodinu a převážně výchova dětí. S tímto však Karolína Světlá rozcházela v názorech například s Eliškou Krásnohorskou, českou spisovatelkou. Ta vnímala nedosažitelnost vzdělání ukončeného maturitní zkouškou jako „handicap dívek“ a podporovala emancipační hnutí. V té době bylo ve všeobecném mínění,

že ženy mohou být pouze ošetřovatelkami, jelikož je k tomu předurčuje mateřský pud, přičemž je nemožné aby se žena stala lékařkou. (Kutnohorská, 2010)

V rámci lékařské péče (do roku 1877) mnozí lidé spoléhali na účinky očkování a zanedbávali zdravotní zákony, což vedlo k nemoci (například stoky vedly podél zdí domů, či přímo pod domy, podlahy byly hliněné, zanedbávala se čistota v domech). Lidé ani nevěděli, jak správně uklízet. Do té doby podlahy nebyly vytírány vlhkým hadrem. Při zavřených oknech a dveřích metlou zametali největší nečistoty, což vedlo pouze k víření prachu. Nemoc byla vnímána jako něco nevyhnutelné, osud. Původ nemoci nebyl hledán v nedostatečné čistotě a nesprávnému životnímu stylu, ale v „Božské prozřetelnosti“. Péče o domácnost byla plná chyb, většinou z nevědomosti a nedbalosti. Florence Nightingale na nedostatky péče o zdraví i domácnost upozorňovala a dávala konkrétní rady. (Pospíšilová, Tóthová, 2014)

Ošetřovatelky byly vnímány jako sestry a musely být svobodné. Jejich činnost zahrnovala úpravu lůžka, podávání léků i stravy, úklid pokoje, provádění hygieny u nemocných. Nedílnou součástí byla také péče o prostředí klienta (například utírání prachu, dolévání oleje do lamp). To by mohlo být považováno jako součást péče o domácnost. Služba byla nepřetržitá. V případě zanedbání služby byla stanovena peněžitá pokuta. Ubytování bylo na pokoji s nemocnými, kdy jedinou výhodou bylo oddělení plentou. V případě nemoci jim bylo poskytnuto ošetření, ale nikoli plat. V 90. letech 19. století byli stále přijímáni i neškolení pracovníci. Pracovní pozice byla ceněna méně než pozice vrátného. (Kutnohorská, 2010; Pospíšilová a Tóthová, 2014)

V této době se apelovalo na to, aby byl kouř z kamen odváděn komínem tak, aby se kouř nevyskytoval v místnosti. Ve městech začaly být zřizovány vodovody, aby bylo v každé domácnosti dostatečné množství vody k udržení čistoty. U stok již začalo být více dbáno na vhodné umístění, tak, aby neznečišťovaly vodu ve studnách. Pokoje začaly být umývány vlhkým hadrem, upozorňovalo se na nutnost dbání na čistotu ložního prádla a co nejdříve jej měnit. (Pospíšilová, Tóthová, 2014)

Projevovaly se také další snahy o zvýšení péče o obyvatele. V roce 1872 v kongresu v Eisenachu němečtí profesori, právníci a národní hospodáři požadovali právní normy, v nichž stát převezme péči nad obyvateli, kteří potřebují pomoc. (To se realizuje až o deset let později. Prostřednictvím zákonů vydaných v letech 1883-1889 na území dnešního Německa vznikl veřejnoprávní systém pomoci občanům. Následně se rozšiřuje po celém světě



(roku 1883 zákon o nemocenském pojištění, o rok později zákon o úrazovém pojištění a roku 1889 zákon pro případy invalidity a stáří). (Brnula, 2013)

Za představitele této změny se považuje Otto von Bismarck, který zavedl sociální pojištění a předseda tehdejší vlády Eduard Franz Jozef Taaffe, který obdobu tohoto systému prosazuje i v habsburské monarchii, kde byly přijímány postupně. Roku 1887 ohledně pojišťování dělníků, roku 1888 se objevuje zákon specifikující nemocenské pojištění, ale na území Uherska vyšel zákon až roku 1891 (o zdravotním pojištění zaměstnanců). (Brnula, 2013)

15. května 1891 vyšla encyklika Rerum novarum od papeže Lva XIII. V překladu „O nových věcech“. Kdy bylo vysloveno stanovisko k sociální otázce dělnictví na úrovni církve, svépomocných organizací i státu za účelem zlepšení těžkého údělu dělníků. (Gulová, 2011)

Všechny zákony byly obligátní. Sociální politika se soustředila pouze na nejvíce zřejmé problémy. Docházelo k vymezení sociální politiky soustředěné na jeden cíl. Ti, které zákon nezaobstaral, hledali pomoc v individuální péči přetrvávající z minulosti a cestou formující se sociální politiky. Projevují se zde zákony sociálního státu. (Brnula, 2013)

V období 1898 – 1907 se apelovalo na nemocné, aby více cvičili venku na čistém vzduchu. Nemocní se měli vyhýbat zimě, horku, špatnému vzduchu. Z bezprostředního okolí domů se mělo odstranit všechno hnijící, nebo co by znečišťovalo vzduch (močály, hnojiště, bažiny, mýdlárny, továrny i hřbitovy). (Pospíšilová, Tóthová, 2014)

Zodpovědnost za sociální jistoty a bezpečí přebírá stát. Vliv na formování sociální politiky mělo dělnictvo ovlivněné myšlenkami Friedricha Engelse a Karla Marxe. Tito představitelé na žádost Svazku komunistů napsali dílo Manifest komunistické strany. Tím byla silně ovlivněna společnost. Katolická církev reagovala vydáním Sociálního učení církve, které zase ovlivnilo při přijímání sociálních reforem Bismarcka. (Brnula, 2013)

Koncem 19. století probíhá ve městech komercializace smrti. Na počátku 20. století nebyla ještě dostatečná zdravotní osvěta, což udržovalo stále vysokou mortalitu. (Kelnarová, 2007)

V období 1908 – 1917 se zavádí provádění desinfekce po každém nemocném. Zvláštní důraz byl kladen na čistotu úst, rukou a výměnu prádla. V roce 1916 byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetřovatelská škola. V provozu zůstala i po první světové válce. Alice

Masaryková pozvala tři sestry amerického Červeného kříže, které vypracovaly koncepci praktické i teoretické výuky. Tato škola se stala vzorem pro ostatní ošetrovatelské školy. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Ošetrování v období 1918 – 1938 bylo charakteristické tím, že dochází k množství společenských změn. Stále narůstala kvalita civilního vzdělání. Roku 1918 bylo v parlamentu projednáváno vzdělávání a výchova dívek. Zejména poslankyně si uvědomovaly souvislost vzdělání a emancipace. (Kutnohorská, 2010)

V období 1918 – 1927 se připouští to, že lidé musí bydlet tam, kde musí a mnohdy nemohou ovlivnit tehdejší stěžejní požadavky na bydlení (čerstvý vzduch, sluneční svit, světlo, dostatečné osvětlení, dobře izolované odpadní vody a zachování čistoty domu. Velkým problémem se stalo znečištění pitné vody odpadními vodami. Za kanalizaci odpovídala obec. Tam, kde to nebylo možné, musela být suchá toaleta umístěna v dostatečné vzdálenosti od obydlí i studny. Osoba, která nemocným připravovala pokrm, si měla mýt ruce před přípravou jídla a po případném dalším znečištění (po výkonu fyziologické potřeby, vysmrkání se, atd.) V této době došlo k zjištění, že některé nemoci se přinášejí drobnými kapičkami hlenu a vody při kýchání a kašli. (Pospíšilová, Tóthová, 2014)

Roku 1929 bylo reakcí na hospodářskou krizi organizovaná zdravotní a ošetrovatelská služba v rodinách. Péče probíhala na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Terénní práce sester zanikla po roce 1948 a následně byla obnovena až v 70. letech. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Roku 1931 byla vydána encyklika „Quadragesimo anno“ (40 let po), kterou sepsal Pius XI. Encyklika byla založena na řešení sociálního pořádku s kritikou kapitalismu. Důraz byl kladen na obnovu společenského řádu a jeho zdokonalení. (Brnula, 2013; Gulová 2011)

Celkově období 1928 – 1937 přineslo zlepšení zdravotních poměrů, a to v důsledku zavedení vodovodních služeb. Voda v nemocnicích byla očištěna převařením, chemicky, či ultrafialovými paprsky. Pozornost byla věnována hlavně antisepsi a asepsi, tudíž se předcházelo vzniku komplikací. Počet lůžek v nemocnicích však nebyl dostatečný. (Pospíšilová, Tóthová, 2014)

Pro vývoj československého ošetrovatelství je období druhé světové války (1939 - 1945) zlomové v rámci zaznamenaného pokroku v péči o nemocné. Byla zavedena pozice obdoby dnešní hlavní sestry pod názvem vedoucí sestry ošetrovatelské služby v nemocnici. Při-

šly v platnost pracovní náplně sester (včetně vrchních i staničních sester). Rozvíjí se nemocniční ošetrovatelství. Zásahy fašismu byly citelné i na pracovištích, kdy byl nemocniční personál odvážen gestapem přímo z pracovišť, nebo byl propouštěn. (Pospíšilová a Tóthová, 2014)

Civilizační choroby (především kardiovaskulární choroby), otravy, úrazy a sebevraždy mají velký vliv na úmrtnost v druhé polovině 20. století. K institucionalizaci umírání dochází ve 2. polovině 20. století. To přineslo osamělost při umírání, napříč přítomnosti profesionálních pracovníků. Chybí lidský kontakt. Umírání již není vnímáno, jako sociální akt. V zařízeních se projevuje nevědomost co umírajícímu říci, chybí lidská účast, psychická podpora. Reakcí na tuto situaci je vznik hospiců. Ve světě se úkaz distribuce smrti zahájil počátkem 70. let, po roce 1989 i u nás. (Kelnarová, 2007)

Roku 1961 Jan XXIII. k 70. výročí encykliky *Rerum novarum* sepsal encykliku *Mater et Magistra* (Matka a učitelka). Upozorňuje na nové vztahy sociální otázky, důraz je kladen na nerovnoměrný rozvoj zemí a na celosvětovou spolupráci. Objevuje se princip subsidiarity. Sociální otázka se tak již nezaměřuje pouze na dělnickou třídu. (Brnula, 2013)

Papež Pavel VI. Dne 26. března roku 1967 vydal encykliku *Populorum progressio* (Rozvoj národů), která připomínala povinnosti bohatých zemí. Povinnost sociální spravedlnosti, solidarity a lásky. Péče o lidi s tělesným postižením, staré lidi, a sociálně vyloučené občany se objevuje v encyklice *Octogesima adveniens* z 14. května 1971. Zdůrazňuje potřebu sdělovacích prostředků, obavy z diskriminace žen, urbanizace. (Gulová, 2011)

Janem Pavlem II. byly napsány další encykliky, věnující se sociální oblasti, převážně lidské práci, hodnocení principů sociální práce. V roce 2006 byla XVI. Vydána encyklika *Deus caritas est* kdy se zaměřuje na projev lásky skrz charitativní činnost. Roku 2009 v encyklice *Caritas in veritate* se věnuje rozvoji lidské rodiny. V souvislosti se Sociálním učením Církve, které bylo vydáno římskokatolickou církví, charitativní činnost nabývá politický rozměr. (Brnula, 2013)

## 4 SOCIÁLNÍ PÉČE

„Sociální péče vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce.“ (Matoušek, 2016, s. 198)

Arnoldová (2016) sociální péči popisuje podobně. Poukazuje na to, že pramení ze společenské solidarity a je založena na transferech sociálních služeb a prostředků ve společenském prostoru. Dále udává: „Sociální péče jak součást sociální politiky bývá také definována jako úsilí o uspokojování uznávaných sociálních potřeb dávkami a službami sociální péče na základě kodifikace všeobecných sociálně politických opatření.“ (Arnoldová, 2016, s. 66)

V sociální práci se obvykle odkazuje na to, že se jedná o akt nebo proces péče o lidi tím, že se provádí úkony, které oni sami nejsou schopni dělat. (Harris a White, 2013)

Širší význam tohoto pojmu lze nalézt v západních zemích. Jedná se o veškerou péči státu o potřebné občany – v rámci sociálního systému. Realizuje se sociálními službami, zdravotním pojištěním, sociálním pojištěním, sociální pomocí. Takto to bylo u nás užíváno v meziválečném období. Nyní je tento pojem užíván v užším pojetí, ve stejném smyslu jako sociální pomoc. Ta je součástí sociálního zabezpečení. Sem spadá výchovná a poradenská péče, poskytování peněžitých a věcných dávek, sociálně-právní ochrana, pečovatelská služba, ústavní péče, stravování, pracovní rehabilitace, mimořádné výhody pro některé skupiny obyvatel těžce zdravotně postižených, kulturní a rekreační péče, bezúročné půjčky. V oblasti sociální péče je zajišťována státem činnost (zejména výchovná a poradenská) vedoucí k odpovědnému rodičovství, vzájemné pomoci mezi občany, pomoci občanům s těžkým zdravotním znevýhodněním, upevnění rodinných vztahů, k pomoci starým občanům, aj. (Matoušek, 2016, Arnoldová, 2016)

Poskytování péče by mělo probíhat takovým způsobem, aby odpovídalo jedinečným potřebám každého klienta. To vyžaduje vysokou úroveň koordinace péče a plánování služeb. (Joint Commission International, 2005)

Cílem je to, aby klient zvládal zabezpečovat své potřeby pomocí sebedpěče a sociálních vztahů, či aby mu byla poskytnuta pomoc v situacích, kdy toho není schopen. Životní situace občanů vyžadující trvalé poskytování sociální péče v důsledku těžkého zdravotního postižení nebo vysokého věku v tomto tvoří výjimku. (Arnoldová, 2002)

V rámci sociální péče se projevuje také činnost státu, kdy rozhoduje o změně sociální politiky a vytváří pomocí právních předpisů organizace sociální péče. Stát zajišťuje pomoc občanům, kteří dávkami důchodového pojištění, příjmy z pracovní činnosti, nemocenského zabezpečení či z jiných příjmů nejsou schopni zabezpečit základní životní potřeby o vlastní osobu či dítě. Tuto pomoc nabízí také lidem, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci či nepříznivých zdravotních poměrech. (Arnoldová, 2016)

Za poskytovatele jsou považovány orgány sociálního zabezpečení, ale i sociální pracovník, nebo pracovník, který je zákonem oprávněn poskytovat sociální péči. (Arnoldová, 2002; Harris a White, 2013)

Sociální pracovník je povinný poskytnout sociální služby, přičemž klienti cílové skupiny služby mohou oprávněně očekávat, že si bude pracovník příslušným způsobem plnit své povinnosti. Jelikož jsou sociální služby poskytovány klientům s různorodými problémy, musí poskytovat široký rozsah pomoci. (Cournoyer, 2016)

Sociální služby mají tři základní formy. Sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Více se tato práce bude věnovat pouze službám sociální péče, protože služby sociálního poradenství a sociální prevence nejsou tématem bakalářské práce. (Česko, 2006)

Služby sociální péče jsou služby napomáhající zajišťovat osobám psychickou a fyzickou soběstačnost (pokud je to možné, tak v přirozeném prostředí). Cílem je co největší zapojení klientů do společnosti a kontakt samotný i umožnit. (Arnoldová, 2011)

V případě, že je to znemožněno zdravotním stavem klienta, je kladen důraz na zajištění důstojného zacházení a důstojného prostředí. Jelikož má každý člověk právo na zajištění péče v prostředí, které je co nejvíce neomezující, nabývá tak tato snaha vysoké priority. (Česko, 2006)

Služby sociální péče mohou být vykonávány formou terénní, pobytovou, ambulantní. (Arnoldová, 2011)

Zákon o sociálních službách (2006) uvádí následující služby: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

lůžkové péče. Jedná se o činnosti, jejichž pozornost je zaměřena na klienta (pomoc při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů, při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění stravy či její poskytnutí, aktivizační činnosti). Dále pak činnosti zaměřující se na přirozené prostředí klienta (pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí ubytování). Nachází se zde činnosti směřující k vytvoření, udržení či zlepšení sociální situace klienta (výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci). (Česko, 2006)

### **Poskytnutí a pomoc při zajištění stravy**

Patří sem například pomoc při přípravě, ohřev a podání jídla, podpora při podávání jídla, poskytnutí stravy. Obsahuje donášku či dovoz jídla a pití, zajištění stravy, která splňuje zásady racionální výživy a dietním potřebám odpovídající věku klienta, přiměřeně k době, k níž se poskytovaná služba vztahuje. Může se jednat i o zajištění celodenní stravy. V tomto případě se to vztahuje minimálně na tři hlavní jídla. (Česko, 2006)

Stravování by mělo probíhat dle individuálních potřeb klientů a měl by probíhat způsobem, který vyhovuje klientovi (zda se bude jídlo vařit, donášet či pouze ohřívat). Zvláštní přání klienta lze zahrnout například při výběru stravy (vegetariánské, veganské pokrmy) či při množství a času podávání stravy. (Hrdá, 1997)

Pracovník zároveň zjišťuje, zda je klient schopen si stravu vybrat sám, zda mu v tomto pomáhá někdo z rodiny, či je potřeba pomoci pracovníky zařízení. V případě, že je jídlo donášeno v nádobách na transport jídla (jídlonosič) se jedná o rozdělování nádob, naservírování na talíř, ohřátí, podání klientovi, umytí a uklizení nádobí. (Hauke, 2011)

Strava by měla být uzpůsobena věku klienta. (Arnoldová, 2011)

### **Pomoc při osobní hygieně**

Zahrnuje pomoc při používání toalety, úkonech osobní hygieny, základní péči o nehty, vlasy, včetně foukání. (Česko, 2006)

Denní hygiena probíhá takovým způsobem, který vyhovuje klientovi, přizpůsobuje se taky čas, kdy hygiena probíhá. Vykonává se denní hygiena i celková hygiena. Zahrnuje taktéž stříhání nehtů, holení, česání, případně i líčení. (Hrdá, 1997)

Důležité je definování toho, co zvládne klient sám a v čem potřebuje dopomoc, co je třeba vykonat za klienta. (Hauke, 2011)

### **Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**

Obsahuje nejen zajištění podmínek pro osobní hygienu, ale také pomoc při jednotlivých úkonech, včetně pomoci při použití toalety, péči o nehty a vlasy. (Česko, 2006)

### **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu**

Zahrnuje podávání a podporu při jídle a pití, pomoc při svlékání a oblékání, včetně používání zvláštních pomůcek. Dále pak přesun z lůžka na vozík a obráceně, či jakýkoli jiný přesun, který nevykonává klient sám. Pomoc při samostatném pohybu v prostoru (vnitřní i vnější), včetně pomoci v prostorové orientaci. (Česko, 2006)

Jedná se o činnosti, které klient nemůže plně vykonávat sám z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu. (Arnoldová, 2011)

### **Poskytnutí ubytování**

Je převážně po dobu 1 roku, doba je většinou nepřerušovaná. V zařízení by mělo být sociální zařízení pro účely výkonu osobní hygieny. Vytvářejí se také podmínky pro výměnu ložního prádla, žehlení osobního prádla, a zajištění podmínek pro úklid. (Česko, 2006)

Nemusí však jít pouze o poskytnutí podmínek, ale i o drobné opravy ošacení či ložního prádla a vykonávání úklidu, praní, žehlení pracovníky zařízení. (Arnoldová, 2011)

### **Pomoc při zajišťování chodu domácnosti**

Poskytuje se pomoc při údržbě domácnosti včetně osobních věcí. Zahrnuje jednotlivé činnosti úklidu celé domácnosti. (Česko, 2006)

Jedná se údržbu domácnosti a běžný úklid i osobních věcí, pomoc při zajištění velkého úklidu (včetně malování či sezónního úklidu), donášku vody, donášku topiva do kamen a topení v kamnech, údržbu topných zařízení, běžné pochůzky a nákupy (včetně velkého nákupu například na týden, ošacení, vybavení domácnosti), praní, žehlení a skládání prádla (ošacení i ložní prádlo), pomoc při údržbě spotřebičů, podporu při získávání návyků k zajištění chodu domácnosti. (Arnoldová, 2011)

### **Výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti**

Zahrnuje činnosti přímo v rodině i mimo ní. Činnosti jsou zaměřené na výchovu dětí, pomoc při vytvoření vztahů v rodině či podpora při udržování vztahů (nevyjímaje vztahy

partnerské) podpora rodičovského chování a podpora vedení domácnosti zahrnující i hospodaření. Dále se jedná o nácvik jednání na školách, školských zařízeních, úřadech, činnosti zaměřují se na získávání návyků potřebných do pracovního prostředí. Projevuje se snaha o vytváření či motivaci k vytváření pracovních podmínek, nácvik psychických, motorických, sociálních dovedností a schopností (včetně snahy začleňování do společnosti). Zahrnuje také volnočasové aktivity. (Česko, 2006)

Podporuje se zvládání výchovy dětí, pomoc při obnově kontaktu s rodinou, partnerských vztahů. Obsahuje pracovní výchovné činnosti s dětmi, aktivity směřující k začlenění osob, nácvik využívání běžně dostupných informačních zdrojů a služeb. (Arnoldová, 2011)

### **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

Zahrnuje zprostředkování navazujících služeb. Doprovází se na instituce poskytující veřejné služby. Jedná se tedy o doprovázení (včetně doprovázení zpět, je-li to třeba) dětí či dospělých k lékaři, školního zařízení či školy, volnočasové a zájmové aktivity, zaměstnání, na instituce veřejné služby, orgány veřejné moci. Může zahrnovat také nácvik cesty prostředky hromadné dopravy, či jinými dopravními prostředky, či využívání služeb a informačních prostředků. Klient se podporuje v získávání návyků, které vedou k zařazení do společnosti, včetně využívání informačních zdrojů a dostupných služeb. Dále zahrnuje obnovení či pomoc při udržení kontaktů s rodinou, sociální začlenění osoby, včetně zprostředkování tlumočení do způsobu komunikace, kterému jedinec rozumí (znaková řeč, Lormova doteková abeceda, znakování ruku v ruce, atd.) Klient se podporuje při aktivitách směřující k orientaci ve společenských vztazích, včetně nácviku společenského chování v různých situacích. (Česko, 2006; Arnoldová, 2011)

### **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**

Jedná se o pomoc při komunikaci, jejíž cíl je uplatňování oprávněných zájmů, práv, osobních záležitostí, včetně jejich vyřizování. Nacvičuje se dotazování, celkově komunikační schopnosti i v rámci rodiny a sociálního prostředí. U rodičů v rámci jednání o záležitostech dítěte může jít i o doprovod při vyšetření s dítětem či vyřizování žádostí a odborných jednání. Mohou zprostředkovat informace a informační služby. (Česko, 2006)

Cílem by mělo vždy zůstat to, aby dané činnosti vedly k uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pro zprostředkování informace může být použito i předcítání, či jiný způsob, který by zajistil zprostředkování informace. (Arnoldová, 2011)



**Pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu**

Klientovi se pomáhá při oblékání a svlékání (i speciálních pomůcek), prostorové orientaci, přesunu na vozík či lůžko, péči o oděv, úklid, chod kuchyně, nakupování. Zahrnuje nácvik těchto činností, včetně podpory klienta. Je zde zahrnut nácvik dovedností sloužící úkonům na úřadech. (Česko, 2006)

Může zahrnovat také podporu a pomoc při podávání pití a jídla, pomoc při prostorové orientaci ve vnějším i vnitřním prostoru a při samostatném pohybu. (Arnoldová, 2011)

**Poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci**

Zahrnuje poskytnutí nepřetržité elektronické či distanční komunikace, ale i zprostředkování zákroku hasičů, policie či zdravotnické záchranné služby v případě akutního ohrožení života či zdraví. (Česko, 2006)

**Sociálně terapeutické činnosti**

Poskytují poradenství pro orientaci v sociálních systémech, psychologii, právu, vzdělání. Zahrnuje tak i rozvoj a udržení schopností v rovině osobní, sociální a začlenění do společnosti. Využívá se forma naslouchání, výměny zkušeností, budování návyků a dovedností nezbytné pro integraci. Může pomoci k překonání krizového stavu, včetně zahájená terapeutického procesu. (Česko, 2006)

**Specifika sociální péče o lidi v terminálním stádiu.**

Vliv na vývoj problematiky umírání mělo náboženství, filosofie, sociokulturní rozvoj dané společnosti i etické cítění. (Kelnarová, 2007)

Haškovcová (2007) uvádí, že křesťanské pojetí nemoci a smrti je dodnes rozšířen jak u věřících, tak u nevěřících. Poukazuje na to, že znalost Bible je relativní podmínkou utváření křesťanských postojů a do popředí vkládá tradici a rituály. Uvádí, že bylo vnímáno, že nemoc je Boží trest. To vkládá do kontextu toho, že Bible nedává odpověď na otázky, kde se vzala nemoc, zlo či bolest. Toto tvrzení je však samotnou Bibli vyvráceno, jelikož právě odpovědi na tyto otázky se v ní nacházejí. (Haškovcová, 2007; Bible, 2009)

Dle legislativy je paliativní péče hrazena ze zdravotního pojištění. Pojišťovněm je také dovoleno proplácat specializovanou mobilní péči. To v odbornosti domácí paliativní péče formou ošetrovatelského dne. K dispozici je nepřetržitě zdravotnický tým (lékař a všeobecná sestra), který péči vykonává bez časového limitu. (Česko, 1997)

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další duševní a tělesná strádání, zachovat pacientovu důstojnost. Zahrnuje také podporu jeho blízkým.“ (Ambrožová et al., ©2019)

*„„Pacientem předem vyslovené přání o rozsahu péče“ (living will, advanced directives) mu umožňuje zachovat si osobní autonomii a poskytnout pokyny k péči v případě, že ztratí schopnost tak činit a již se nebude moci samostatně rozhodovat.“ (Radbruch et al., ©2010, s. 39)*

Toto může být nahrazeno dokumentem, který postupuje pravomoc jiné osobě. Služby by měly být poskytovány okamžitě bez ohledu na to, kdy či kde se poskytují.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PÉČE Z BIBLICKÉHO HLEDISKA

Praktická část bakalářské práce bude zpravována pomocí kvalitativního výzkumu, metodou historické analýzy textů. Jedná se o teoretický výzkum, který se zabývá konkrétními jevy a fenomény. Je založen na dedukci, přičemž používá metodu analýzy a komparaci pojmů, výroků, atd. (Reichel, 2009)

### 5.1 Cíl praktické části

Cílem bakalářské práce je identifikovat základní prvky sociální péče o nemocného v Bibli.

#### Dílčí cíle:

- Zjistit formy pomoci při zajištění stravy pro nemocného v Bibli.
- Identifikování formy pomoci při osobní hygieně pro nemocného v Bibli.
- Analyzovat formy pomoci při poskytnutí podmínek pro osobní hygienu pro nemocného v Bibli.
- Zjistit formy pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu pro nemocného v Bibli.
- Identifikovat formy pomoci při poskytnutí ubytování pro nemocného v Bibli.
- Analyzovat formy pomoci při zajištění chodu domácnosti pro nemocného v Bibli.
- Zjistit formy pomoci při výchovných, vzdělávacích, aktivizačních činnostech pro nemocného v Bibli.
- Identifikovat formy pomoci při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pro nemocného v Bibli.
- Analyzovat formy pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí pro nemocného v Bibli.
- Identifikovat formy pomoci při poskytování či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci pro nemocného v Bibli.
- Analyzovat formy pomoci při sociálně terapeutických činnostech pro nemocného v Bibli.

### 5.2 Design výzkumu

Obecný metodologický přístup k řešení výzkumné otázky bude kvalitativní. Jedná se o kontrolované, kritické, empirické, systematické zkoumání. (Reichel, 2009)

Kvalitativní přístup se snaží porozumět zkoumanému sociálnímu problému. Jde o nenumerné šetření a interpretaci sociální reality. Jedinečnost není pouze v tom, že není pracováno s měřitelnými charakteristikami. Spočívá v tom, že se na určitý fenomén (prvek, aspekt, proces, apod.) nahlíží v pro něj autentickém prostředí, přičemž vytváří jeho obraz v co možná nejkompaktnější podobě, včetně jeho vztahů s dalšími aspekty. Zkoumá se mnoho aspektů, ale méně subjektů. Postup by měl flexibilně reagovat na zjištěné informace, přičemž je proces získávání údajů nestandardizovaný. Analýza dat je časově náročná. Sběr dat končí obvykle teoretickým nasycením, kdy se data začnou opakovat. Vyhodnocování dat může být v průběhu jejich sběru. Výpověď dat je jedinečná. Zobecnění výsledků je obtížné, až nemožné, přičemž výsledky mohou být ovlivněny osobností výzkumníka. (Reichel, 2009)

Výzkum byl realizován od listopadu 2018 po květen 2019.

### 5.3 Obsahová analýza textů

Jedná se o metodu v rámci kvalitativního přístupu. Obsahová analýza bývala do 50. let minulého století vnímána jako kvantitativní postup. v průběhu času byla její aplikace primárně kvalitativní. Jsou hledány, identifikovány, formulovány prvky a fenomény, které je možné až následně kvantifikovat. Nejedná se o nástroj určený pouze k analýze obsahu textů. Jakýkoli dokument a sdělení je tvořeno řadou atributů. Jedná se například o komunikaanta (v tomto případě osoba výzkumníka), komunikátora (autora jednotlivých knih), obsah sdělování, komunikační záměry zúčastněných, kód, komunikační kanál či směr komunikace. Tyto atributy se mohou stát předmětem obsahové analýzy. Stanovuje se analytická kategorie (soubor konkrétních dokumentů, což je v tomto případě Bible) a stanovuje se zájmová jednotka, která bude v obsahové jednotce sledována. (Reichel, 2009)

### 5.4 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem je text v Bibli, který se nachází v knihách Starého Zákona i Nového Zákona. Ve Starém zákoně se jedná o knihy Genesis, Exodus, Leviticus, Numeri, Deuteronomium, Jozue, Soudců, Rút, První Samuelova, Druhá Samuelova, První Královská, Druhá Královská, První Paralipomenon, Druhá Paralipomenon, Ezdráš, Nehemiáš, Ester, Jób, Žalmy, Přísloví, Kazatel, Píseň písní, Izajáš, Jeremiáš, Pláč, Ezechiel, Daniel, Ozeáš, Jóel, Ámos, Abdiáš, Jonáš, Micheáš, Nahum, Abakuk, Sofonjáš, Ageus, Zacharjáš, Malachiáš.

Z Nového Zákona se jedná o knihy Matouš, Marek, Lukáš, Jan, Skutky apoštolů, Římanům, První list Korinským, Druhý list Korinským, Galatským, Efezským, Filipským, Koloským, První list Tesalonickým, Druhý list Tesalonickým, První list Timoteovi, Druhý list Timoteovi, Titovi, Filemonovi, Židům, List Jakubův, První list Petřův, Druhý list Petřův, První list Janův, Druhý list Janův, Třetí list Janův, List Judův, Zjevení Janovo.

Z důvodů nepřesnosti jiných překladů (změna významu, vynechané texty) či možnosti nerosozumitelnosti bude pracováno s Českým studijním překladem Bible.

V textu hledáme zaměření se na péči o nemocné, kdy jim je poskytována pomoc v oblasti sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

Bakalářská práce se bude zabývat pouze časovým obdobím od stvoření světa po současnost. Nebude se věnovat popisu války v nebi, ani popisu událostí, které se mají stát v budoucnosti, ačkoli se může jednat i o sociální péči o nemocného dle daných kritérií.

Na texty se bude nahlížet z pohledu Adventistů sedmého dne.

### **Adventisté sedmého dne**

Vznikli na základě přijetí jednotlivých myšlenek reformátorů. Věří, že Bible je 100 % pravdivá a všech 66 knih tvoří jednotný celek. Na rozdíl od jiných církví již nepovažují knihy Daniel a Zjevení za zapečetěné. „ *Adventisté sedmého dne přijímají Bibli za své jediné vyznání víry a z ní odvozují základní věroučné články.*“ Biblické verše tvoří věrouku ve všech bodech. Křtem v dospělosti plným ponořením nastávající člen vyjadřuje, že v rámci svého studia Bible souhlasí s věroukou ve znění 28 věroučných bodů (Písmo svaté, trojjediný Bůh, Otec, Syn, Duch svatý, stvoření, přirozenost člověka, Velký spor, Kristův život, smrt a zmrtvýchvstání, zkušenost spasení, růst v Kristu, církev, ostatek a jeho poslání, jednota Kristova těla, křest, Večeře Páně, Duchovní dary a služebnosti, dar prorocství, Boží zákon, sobota, křesťanské správcovství, křesťanský způsob života, manželství a rodina, Kristova služba v nebeské svatyni, druhý příchod Ježíše Krista, smrt a vzkříšení, tisíceletí a konec hříchu, nová země). (Webové stránky Církve Adventistů sedmého dne v Bystřici, ©2019)

## Bible

Slovo Bible vzniklo z řeckého „biblia“, což značí v překladu knihy. Tento výraz vznikl ze slova „byblos“, což označuje papyrus. (Fouilloux et al., 1992)

V prvních 25 staletích neexistovalo Boží slovo v písemné verzi. Poznání bylo sdělováno ústně, z otce na syny, z generace na generaci. Písemné zaznamenávání Božího inspirovaného zjevení začalo za doby Mojžíše. Tento proces pokračoval po dobu 60 staletí. Končí apoštolem Janem. Samotná Bible se odvolává na Boha jako svého autora (2Tm 3:16): „*Veškeré písmo je vdechnuté Bohem a je určené k učení, k usvědčování, k napravování, k výchově ve spravedlnosti...*“ (Bible, 2009, s. 1434; White, 1995)

Texty jsou bohaté a široké, obsahují například poezii, dopisy, knihy prorocké. Je psána různými pisateli, rozličnými jazyky a způsoby. Nejstarší záznamy byly nalezeny v roce 1947 v Kumránu na břehu Mrtvého Moře. Rozdíly mezi rukopisy při opisu během staletí jsou minimální. (Fouilloux et al., 1992)

Psali ji však lidé a v rozmanitém literárním slohu jednotlivých knih jdou rozpoznat charakterové rysy jejích pisatelů. Zjevené pravdy jsou zjevené Božím duchem (2Tm 3:16), ale psány a zaznamenány lidským způsobem. Obsah dával Bůh, záznam byl skrze lidi. Desatero Božích přikázání napsal sám Bůh vlastním prstem. Podobným spojením jako Boží slovo je také Kristova přirozenost. O Bibli platí totéž co o Kristu (J 1:14): „*A Slovo se stalo tělem a přebývalo mezi námi...*“ (Bible, 2009, s. 1432; White, 1995)

Je složená z 66 knih, přičemž byla dříve každá zvlášť. Pisatelé měli rozličné vzdělání, sociální postavení a odlišné dobové prostředí. Bible je však ve sdělení obsahu jednotná. Události jsou zaznamenány z odlišných pohledů, ale popisují stejné události i myšlenky. (Čapek a Svrček, 1990)

## 5.5 Analýza získaných informací

Knihy na sebe vzájemně navazují. Práce se bude zaměřovat i na vojáky, jelikož ve válce je mnoho lidí zraněných.

### Genesis (Gn)

V prvních dvou tisíci letech od stvoření světa není zaznamenáno nic ze zkoumaných činností. Lidé umírali v plné síle. V období po potopě se Noe opil a ležel ve svém stanu nahý. Jeho synové jej zakryli tak, že k němu šli pozadu. To značí důraz na intimitu jednotlivce.

Stejným způsobem bylo pečováno o ty, kteří to sami nezvládli (takže i o nemocného, zraněného, či umírajícího, atd.). Péči prováděla rodina. V tomto činu lze spatřit počátky pomoci při běžných úkonech péče o vlastní osobu.

Práva žen a jejich oprávněných zájmů byla uplatňována skrz jejího muže, v případě, že neměla muže, tak syna. Když neměla syna, pak svého otce. Proto neplodnost byla vnímána jako velmi negativní aspekt života. V případě, že žena měla otrokyni, mohla ji dát svému muži za manželku a potomka, který by se jí narodil, si mohla vzít za svého. Například když Ráchel mluví o potomku své služky Bilhy pronáší v Gn 30: 6: „*Bůh mne obhájil, také můj hlas uslyšel a dal mi syna.*“ (Bible, 2009, s. 47)

Když muž zemřel bez potomka, vdala se žena za nejbližšího příbuzného (většinou mladšího sourozence), aby mu vzbudil potomka. Tento potomek se pak nepřičítal jako syn nového manžela, ale jako syn toho prvního. Gn 38:8: „*Juda řekl tedy Onánovi: „Vejdí k bratrově ženě, vezmi si ji podle švagrovského práva a postarej se tak svému bratru o potomstvo.*“ (Bible, 2009, s. 59)

Pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu a podávání stravy, kontakt se společenským prostředím, pomoc při chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně byla vykonávána skrz rodinu a služebníky.

Gn 27: 3-4: „*Vezmi si nyní zbraně, toulec a luk, vyjdi na pole a něco pro mne ulov. Připrav mi oblíbenou pochoutku a přines mi ji, ať se najím, abych ti mohl požehnat, dříve než umřu.*“ (Bible, 2009, s. 43)

Velmi významné bylo požehnání. Otec většinou před svou smrtí odevzdával požehnání, které zahrnovalo Abrahamovo zaslíbení, ale i dvojnásobný díl majetku. To odevzdal i patriarcha před svou smrtí. Jelikož to bylo před Hospodinem, Hospodin si to sám vedl. Jednou vyřčené požehnání bylo neodvolatelné. Izák, který již měl slabý zrak a nerozeznal své syny, žehnal Jákobovi v domnění, že je to Ezau. Gn 27:36-37: „*A otázal se: „Pro mne už požehnání nemáš?“ Izák Ezauovi odpověděl: „Hle, ustanovil jsem, aby nad tebou panoval, a všechny jeho bratry jsem mu dal za služebníky. Zabezpečil jsem jej obilím a moštěm. Co bych mohl udělat pro tebe, můj synu?“* (Bible, 2009 s. 57)

Rodina se o sebe navzájem starala. Například Jákob poskytoval ubytování, veškeré jídlo, pití, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, a jeho služebníci pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu tehdy, kdy měl dostatek. Následně pak Josef v době hladu zajišťoval sociální péči o celý otcovský dům (takže i o nemocné), včetně stravy



a ubytování Gn 47: 12: „*A opatřoval svého otce i bratry chlebem, celý dům svého otce, až po ty nejmenší.*“ Gn 47: 27: „*Izrael se usadil v Egyptské zemi, na území Gošen. Zabydleli se v ní, rozplodili se a velmi se rozmnožili.*“ (Bible, 2009, s. 65)

### **Exodus (Ex)**

Otcové a tchánové dávali rady, mladší lidé se jimi řídili. Starší lidé měli vážnost a úctu (Ex 18. kapitola). Návštěvou Mojžíšova tchána se zavádějí soudcové nad 10, 50, 100, 1000. Nejsložitější případy řešil sám Mojžíš. Zavádějí se další sociální pravidla, která značně ulehčila život chudým i nemocným. Za půjčení peněz chudému z lidu se nevybíral úrok. Byla-li chudému vzata zástava v podobě pláště, měl se mu do západu slunce vrátit, aby netrpěl zimou. Došlo-li k nějakému sporu, nesměl být svědek zaujatý, či podléhat většině. Ztratilo-li se zvíře nepříteli, přivedl mu je zpět. Sedmý rok nechávali pole ladem, co vyroste, bylo určeno za potravu chudým či zvěři. V sobotu odpočívali všichni, včetně otroků i dobytka od práce. Nezachovávaní soboty bylo trestáno smrtí. Národ si neměl brát muže či ženy z jiných národů, nesměli uctívat jiné bohy. Jedná se tedy o vývoj práv a oprávněných zájmů nejen společnosti, ale také u nemocných.

### **Leviticus (Lv)**

Jídlo bylo rozděleno na čisté a nečisté. Dle těchto dietních principů dostávali stravu i nemocní. V této knize byly stanoveny principy hygieny, převážně v období menstruace, výtoku (včetně výtoku po porodu). Doba očišťování byla po porodu rozličná u chlapce (7 dní + 33 dní k očištění) a u dívky (14 dní + 66 dní k očištění). Při otoku, vyrážce, malomocenství měli zajít za knězi, kteří je prohlásili za nečisté. Po určitou dobu byli v izolaci. Když se to nerozšiřovalo a nemělo znaky malomocenství, vyprali svůj oděv a mohli se navrátit zpět do společenství. Pakliže se to rozšířilo, bylo to konstatované jako malomocenství a vyhoštění z tábora trvalo i nadále. Znakem malomocenství byl bílý flek, ve kterém odumíralo ochlupení. Došlo-li ke zhojení rány malomocenství a nerozšiřovalo se to dále, měl se bývalý nemocný omýt, vyprat oděv a oholit veškeré ochlupení. Následně měly být poskytnuty patriční oběti. V případě, že malomocenství přetrvávalo v určitém domě, byl stanoven zákaz pobývání v domě po určitou dobu, či se nařídilo jeho zboření. Pro nemocné byl důležitý padesátý rok – léto milosti. To zasahovalo do uplatňování práv i poskytování stravy.

### **Numeri (Nu)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Deuteronomium (Dt)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného, které by již nebyly zaznamenány v předchozích knihách.

Nacházejí se zde činnost sociální péče pomocí při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

**Jozue (Joz)**

Objevují se zde útočištná města, která sloužila jako azyl pro ty, kteří omylem někoho zabili. Ti tam potom žádali o možnost setrvat, aby je nezabil krevní mstitel, dokud nebyli postaveni před soud (Joz 20. kapitola).

**Soudců (Sd)**

V období válek bylo mnohdy velmi nebezpečné přijmout od někoho ubytování. Mohlo se stát, že ten člověk sympatizoval s druhou stranou a zabil vás ve spánku, jak tomu bylo například u krále Sísera (Sd 5. kapitola).

Strava byla z toho, co si jednotlivci sami vypěstovali a připravili (Sd 6. kapitola). Pozice ženy ve společnosti byla stále méněcenná, zvláště, neměla-li potomka a to chlapce. (Sd 9. kapitola a Sd 13. kapitola)

Ve válce mezi Izraelem a Benjamínci armádu na Izraelské straně zásobovalo 10 % mužů. Bylo velmi nebezpečné, aby vesnice neměla dohodu s větším opevněným městem, které by je v případě útoku ochránilo. Mohlo se tedy stát, že celá vesnice byla vyhlazena, jak se to stalo v Sd 18. kapitole.

**Rút (Rt)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**První Samuelova (1S)**

V případě neplodnosti se stávalo, že žena byla druhými manželkami či okolím ponižována. Při vojenských výpravách se vojáci najedli i z kořisti (1S 14. kapitola), nebo bylo skupině válečníků jídlo poskytnuto za vykonanou službu jednotlivci (1S 25. kapitola).

**Druhá Samuelova (2S)**

Ve druhé Samuelově je zaznamenán příběh Mefibóšeta v 2S 9:13: „*Mefibóšet bydlel v Jeruzalémě, protože jedl trvale u královského stolu; byl chromý na obě nohy.*“ (Bible, 2009, s. 394)

Tomu král David projevovat dobrodiní, zajišťoval mu stravu i péči z důvodu slibu Jenatnovi.

V 2S 13. kapitole je zaznamenáno předstírání nemoci za účelem zneužití sestry. Předstírání nemoci a péče, co při tom byla poskytnuta, však odhaluje, jak bylo o nemocného pečováno. Byla mu zajištěna strava, v případě potřeby krmili nemocného. Péči zajišťovala rodina, či služebnictvo.

### **První Královská (1Kr)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Druhá Královská (2Kr)**

V případě, že někdo nevěděl, jestli bude uzdraven, mohl vyslat dotaz ohledně své nemoci k prorokovi. Mohl tam zajít člen rodiny či služebník. Do jisté míry to zaznamenává zprostředkování kontaktu se společenským okolím. Dále byl do měst zaveden vodovod.

### **První Paralipomenon (1Pa)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Druhá Paralipomenon (2Pa)**

V případě rány, kterou nechal Hospodin dopustit, se modlili směrem k chrámu v 2Pa 6: 28-29: „*Jestliže bude v zemi hlad, jestliže bude mor, obilná rez a sněť, jestliže budou kobylky arbe či kobylky chasil, jestliže mu v zemi, v některém z jeho měst způsobí jeho nepřátelé soužení, ať je to jakákoliv rána, jakákoliv nemoc, každou modlitbu a každou úpěnlivou prosbu, která vzejde od kteréhokoliv člověka, z celého tvého lidu Izraele — znají přece každý svou ránu a svou bolest — když vztáhnou své dlaně k tomuto domu...*“ Tak to dělali již od dob Šalamouna. (Bible, 2009, s. 537)

V první řadě se v nemoci hledal Hospodin. Ztratil-li někdo víru v Boha, tak jako prvního hledal lékaře (2Pa 16. kapitola).

### **Ezdráš (Ezd)**

Král Kýros dal vyhlásit, aby Izraelcům byly dány prostředky lidem k jejich cestě (za účelem obnovení chrámu v Jeruzalémě). Množství lidí (včetně nemocných) tehdy cestovalo do Jeruzaléma na základě Kýrova ediktu (Ezd 1. kapitola).

V Jeruzalémě byly poskytovány výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti. Ezdráš předčítal z Písma. O aktivizační činnost se jednalo již z toho důvodu, že se nemocní museli dopravit na místo, kde vyučoval. Zároveň to také znamená zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

### **Nehemiáš (Neh)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Ester (Est)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Jób (Jb)**

V Jobovi 2. kapitole je ukázáno, že v případě nemoci či neštěstí navštěvovali nemocného přátelé.

### **Žalmy (Ž)**

V této knize je naznačena primární léčba nemocného a to Hospodinem Ž 41: 4: „*Na posteli nemocných jej Hospodin posilní. V nemoci mu změniš celé lože!*“ (Bible, 2009, s. 690)

### **Příslloví (Př)**

Při poskytování ubytování (i nemocnému) se nemělo chystat nic zlého. Př 3: 29 „*nechystej nic zlého na svého bližního, který s tebou důvěřivě bydlí.*“ (Bible, 2009, s. 771)

Mělo se bližním pomáhat v jejich krizové situaci Př 3: 27-28: „*Neodpírej dobrodiní těm, kteří je potřebují, je-li to v tvé moci to prokázat. Neříkej bližnímu svému: „Jdi a přijd' zase a dám ti to zítra“, když to máš s sebou.*“ (Bible, 2009, s. 771)

### **Kazatel (Kaz)**

Při umírání lidé neprožívali nejistotu, co se s nimi stane po smrti, jelikož měli jednotnou představu co se s nimi děje.

### **Píseň písní (Pís)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Izajáš (Iz)**

Z důvodu odpadlictví ve víře v Boha přestaly být dodržovány základní principy chování. Sociální péče byla na velmi špatné úrovni.

**Jeremiáš (Jr)**

V babylonském zajetí si lidé vybudovávali domy a zahrady, ze kterých se měli živit. Z tohoto zdroje obstarávali stravu i pro nemocné. V případě, že chtěl nemocný uplatňovat svá práva z vězení, mohl jej navštívit nějaký příbuzný či přítel, který mu v tom pomohl. Bylo také zvykem, že otroky po šesti letech propouštěli na svobodu. Nemocný tak mohl získat svobodu, či přijít o otroka, který mu mohl zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně, zajištění strany, zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.

**Pláč (Pl)**

V této době byl hladomor. Jakýkoli hmotný majetek se směňoval za jídlo. Sehnat stravu v té době bylo velmi problematické, zvláště pro nemocného. Nepřátelé vraždili národ mečem.

**Ezechiel (Ez)**

Obyvatelé Jeruzaléma měli jídlo i vodu na přiděl. Při obléhání Jeruzaléma rodiče jedli vlastní děti, jelikož nebylo co k jídlu. Ve zvláště nepříznivé situaci se tedy ocitaly nemocné děti, které měly zhoršenou mobilitu. Třetina obyvatel zahynula přímo ve městě v důsledku hladu a nemocí. Zbytek zemřel jiným způsobem.

**Daniel (Da)**

Z náhledu Adventistů sedmého dne je papežství na základě historicko-kritické metody šelma z moře (i 4. šelma z Da 7. Kapitoly, Zj 13. kapitoly), tudíž církev antikrista. Papežství pronásledovalo křesťany po dobu 1260 let, což znemožňovalo poskytování sociální péče nemocnému v takové kvalitě, jaká byla v jednotlivých historických obdobích. Nemocný byl v případě pronásledování mučen či zabit, atd. Zabito bylo přibližně 100 milionů lidí (jiní autoři uvádějí 150 milionů). (Bible, 2009; White 1995)

**Ozeáš (Oz)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Jóel (Jl)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Ámos (Am)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Abdiáš (Abd)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Jonáš (Jon)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Micheáš (Mi)**

V době, která je popisována v této knize, docházelo k porušování práv chudých a nemocných. Byly jim zabavovány domy i pole. Ztratili tak zdroj stravy i ubytování. Rodina přestává plnit funkci podpory, nedůvěřovalo se ani nejbližší rodině.

### **Nahum (Na)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Abakuk (Abk)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Sofonjáš (Sf)**

Judský král Jóšiáš se snažil zvrátit skony způsobené předchozími dvěma králi (Menaše, Amón). Vliv Asýrie postupně upadal a tak se Jonáši podařil rozšířit jeho vliv. Navracel lidi zpět k principům ustanovených v předešlých knihách, které se týkaly i péče o nemocného.

### **Ageus (Ag)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Zachariáš (Za)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Malachiáš (Mal)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **Matouš (Mt)**

Ježíšova služba je charakteristická pomáhání druhým včetně uzdravování nemocných. Přináší nový pohled na nemocné, přitom jim káže a tak je vyučuje. Nemocnému byla poskytována péče jeho rodinou, přáteli či jeho pánem. Ti mohli nemocnému poskytnout stravu i ubytování, pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, atd. V případě, že někdo zvěstoval evangelium, měl požádat o ubytování někoho, kdo byl hoden, aby u něj zůstal. Ten se o něj staral i v období nemoci. Realizace sociální péče začíná být poskytována i lidem mimo Izraelský národ.

Ježíš ve 24. kapitole upozorňuje na to, že v poslední době před jeho druhým příchodem budou pronásledováni ti, „kteří zachovávají Boží přikázání a mají Ježíšovo svědectví.“ (Zj 12:17) (Bible, 2009, s. 1486)

Jedná se tedy o ty, kteří zachovávají nezměněné Desatero (římskokatolická církev jej změnila) a mají dar ducha prorockého (Mt 19:10). Tito lidé budou pronásledováni společností a tak jim nebude poskytována dostatečná sociální péče v době jejich nemoci.

Malomocní lidé byli často izolováni a veškerou péči si poskytovali sami, či těmi, kteří malomocenstvím trpěli také. Péči mohli také poskytovat přátelé či rodina, ale nebylo to zvykem.

V Ježíšově době bylo také zvykem, že ten, kdo byl bičován, nebyl křižován a naopak. V případě Ježíše Krista bylo vykonáno oboje.

### **Marek (Mr)**

Rodina či přátelé sháněli pomoc v krizových situacích, kdy někdo umíral (Mr 5: 35- 43).

Ježíš také vyučoval a vzdělával lidi včetně nemocných. Jako aktivizační činnost lze počítat to, že lidé museli za Ježíšem přijít, nebo se nějakým způsobem dopravit. Několikrát jim také poskytl stravu. Lidé se zdravotním postižením o které nepečovala rodina či přátelé žebrali.

### **Lukáš (L)**

Tato kniha obsahuje popis činností sociální péče, které byly zmiňovány již v předešlých knihách. Zahrnuje činnosti poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu

se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **Jan (J)**

Tato kniha obsahuje popis činností sociální péče, které byly zmiňovány již v předešlých knihách. Zahrnuje činnosti pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **Skutky apoštolů (Sk)**

Vznik první církve byl v období letnic. Lidé, kteří přijali Ježíše jako ukřižovaného Syna Božího, prodávali své majetky a vše měli společné. Společně jedli i poslouchali kázání (vzdělávací a aktivizační činnost). Je však pravděpodobné, že se tento model šířil i tam, kde byli nemocní. Toto společenství si navzájem poskytovalo pomoc v krizové situaci, při běžných úkonech péče o vlastní osobu, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, tím že byli spolu, tvořili kontakt se společenským prostředím, pomáhali si při zajišťování chodu domácnosti, poskytovali si ubytování, včetně případné pomoci při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy (Sk 2: 41- 47). Apoštolové dále vyučovali lid včetně nemocných. Pro to, aby měl každý spravedlivý podíl při stolování, bylo ustanoveno 7 diakonů. (Sk 6: 1-7). Apoštolové dále využívali dar uzdravování. Byli ustanoveni proroci a učitelé, kteří vyučovali lid, ať nemocné, tak zdravé (Sk 13: 1). Křesťané si navzájem poskytovali pomoc v krizových situacích (14. Kapitola). Římští občané nesměli být bez soudu bičováni či uvězněni. (Sk 16: 23-34).

### **Římanům (Ř)**

V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách. Zahrnuje činnosti poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **První list Korinským (1K)**



V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách. Jedná se o činnosti zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, poskytnutí ubytování, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **Druhý list Korinským (2K)**

Je zde připomenut princip péče, že rodiče pečují o své děti (2K 12: 14).

### **Galatským (Ga)**

V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách. Objevují se zde všechny zkoumané činnosti.

### **Efezským (Ef)**

V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách. Objevují se zde všechny zkoumané činnosti.

### **Filipským (Fp)**

V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách. Jsou zde zaznamenány činnosti: pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **Koloským (Ko)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

### **První list Tesalonickým (1Te)**

V této knize se neobjevují nová data, která by se již neobjevila v předcházejících knihách.

Byly zde zaznamenány činnosti: poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy.

### **Druhý list Tesalonickým (2Te)**

Nejsou zde zaznamenány žádné data ohledně péče o nemocného.

**První list Timoteovi (1Tm)**

V této knize se objevují doporučení ohledně odívání žen a principy komunikace s jednotlivými lidmi. Ukazuje tedy, jakým způsobem by měl probíhat kontakt se společenským prostředím. Jedná se o sociálně terapeutickou činnost. Péče o vdovy (i nemocné) byla stanovena dle stanovených pravidel (1Tm 5: 3-16)

**Druhý list Timoteovi (2Tm)**

Nejsou zde nalezeny žádné nové data, jež by nebyly zmíněny již u předchozích knih a to v činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

**Titovi (Tt)**

Zde připomíná ustanovení starších na jednotlivých místech (biskupy) a nároky na jejich osobnost aby to mohli vykonávat (Tt 1:5-9). Ti také pečovali o nemocné.

**Filemonovi (Fm)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Židům (Žd)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**List Jakubův (Jk)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**První list Petrův (1Pt)**

Petr povzbuzuje ke službě druhým - pomoci, ve které je zahrnuta i sociální péče o nemocného.

**Druhý list Petrův (2Pt)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**První list Janův (1J)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Druhý list Janův (2J)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Třetí list Janův (3J)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**List Judův (Ju)**

Nenašly se zde žádné prvky péče o nemocného.

**Zjevení Janovo (Zj)**

Nejsou zde nalezeny žádné nové data, jež by nebyly zmíněny již u předchozích knih. Byly zde zaznamenány všechny zkoumané činnosti.



2Kr	-	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-
1Pa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2Pa	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-	-
Ezd	-	-	-	Ano	-	Ano	-	Ano	-	-	-
Neh	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Est	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jb	-	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-
Ž	-	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-
Př	-	Ano	-	-	-	-	-	Ano	-	-	-
Kaz	-	-	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-
Pís	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iz	-	Ano	-	Ano	-	Ano	-	-	-	-	-
Jr	-	-	Ano	Ano	Ano	-	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Pl	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-	Ano
Ez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ano
Da	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Oz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jl	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Am	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mi	-	-	Ano	Ano	Ano	-	-	Ano	-	-	Ano
Na	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sf	-	-	-	Ano	-	-	-	-	-	-	-



1J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ju	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zj	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Nejčastěji je zastoupená pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí nemocného. Tato kategorie se vyskytla v 31 knihách. Péče byla vykonávána převážně rodinou a přáteli (ti mohli být i v rámci rané církve). Druhou nejčastěji zmiňovanou kategorií je poskytnutí a pomoc při zajištění stravy nemocnému. Tato činnost byla zaobstarána otroky, služebníky, rodinou, přáteli, ale docházelo také k tomu, že byl nemocný odkázán sám na sebe. A v případě, že jim byly zabaveny pole, nemocný přišel o možnost obživy. Tato kategorie se vyskytla v 25 knihách. Třetí nejčastější kategorií je poskytnutí ubytování. Tato kategorie se vyskytla v 24 knihách. Na čtvrtém místě je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Tato kategorie se vyskytla v 20 knihách a byla vykonávána rodinou, přáteli. Na pátém místě je poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, která byla úzce spjatá s poskytnutím ubytování. Tato kategorie se vyskytla v 14 knihách. Na šestém místě jsou kategorie pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (ty byly vykonány jak rodinou, tak učiteli, vůdci národa, proroky, atd..) Každá z těchto kategorií se vyskytla v 16 knihách. Na sedmém místě se nachází pomoc při osobní hygieně a je zastoupena v 15 knihách. Na osmém místě se nacházejí kategorie poskytnutí a zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci a pomoc při zajišťování chodu domácnosti. Každá z těchto kategorií se vyskytla v 13 knihách. Nejméně frekventovanou kategorií jsou sociálně terapeutické činnosti. Tato kategorie se vyskytla v 8 knihách. V praktické části jsme zjistili, že sociální péče se utvářela primárně ve Staré zákoně (převážně v 5 knihách Mojžíšových). Formování probíhalo až do doby Jozue. Následně tyto principy byly opouštěny a znovu připomínány. V Novém zákoně je sociální péče vystavěna na lásce k bližnímu, dochází k dodržování těchto zásad, které se ale postupně ochabovaly. Přesah je také do současnosti na základě proctví, která předpovídají pronásledování křesťanů papežským systémem. V dané době nebylo možné poskytovat pronásledovaným lidem sociální péči, která se v jednotlivých zemích postupně formovala do dnešní podoby. Cíl praktické práce se podařilo splnit.

## ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na vývoj sociální péče o nemocného z Biblického hlediska. Čerpalo se z Českého studijního překladu Bible. Definovali jsme si nemoc a v následující kapitole nemocného člověka, přičemž jsme se věnovali specifikům klienta s různými typy onemocnění (akutní a chronické). Vymezili jsme si sociální práci včetně zdravotně sociálního pracovníka a jeho činností směřující k péči o nemocného či péči provádějící péči o nemocného, přičemž jsme došli k závěru, že toto pojetí je výsledkem dlouhodobého procesu vývoje sociální péče. V návaznosti na tyto zjištění jsme se dále věnovali vývoji sociální péče. Zdefinovali jsme sociální péči o nemocného, důraz byl kladen na činnosti stanovené legislativou (sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí či zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, poskytnutí ubytování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a pomoc při zajištění stravy). Následně v praktické části byl stanovený cíl práce: Identifikovat základní prvky sociální péče o nemocného v Bibli. Bible byla analyzována z pohledu Adventistů sedmého dne. Tento cíl se podařilo splnit. Identifikovali jsme, že nejčastěji byla v Bibli zastoupená pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nejméně zastoupeny byly sociálně terapeutické činnosti.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Knižní zdroje:

- ARNOLDOVÁ, Anna, 2002. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2175-0.
- ARNOLDOVÁ, Anna, 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1852-4.
- ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
- Bible: český studijní překlad*, 2009. Praha: KMS. ISBN 978-80-86449-61-6.
- Bible kralická: Písmo svaté Starého a Nového zákona: podle posledního vydání z roku 1613*, 2014. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 978-80-87287-77-4.
- BORGETTO, Michel a Robert LAFORE, 2004. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. Paris: Montchrestien. ISBN 2-7076-1385-1.
- BOYD, Nancy, 1982. *Three Victorian women who changed their world: Josephine Butler, Octavia Hill, Florence Nightingale*. New York: Oxford University Press. ISBN 01-952-0271-6.
- BRNULA, Peter, 2013. *Sociálna práca: Dejiny, teórie a metódy*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-77-4.
- COURNOYER, Barry, 2016. *The social work skills workbook*. San Francisco, CA: Cengage Learning. ISBN 978-1-305-63378-0.
- ČAPEK, Vladimír a Luděk SVRČEK, 1990. *Historie bible*. Praha: Advent. ISBN 80-850-0219-1.
- FOUILLOUX, Danielle et al., 1992. *Slovník biblické kultury*. Praha: Ewa Edition. ISBN 80-900-1757-6.
- GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava a Kateřina HELLEBRANDOVÁ, 2006. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9179-2.

- HARRIS, John a Vicky WHITE, 2013. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS. ISBN 978-0-19-954305-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262471-3.
- HATOKOVÁ, Mária a Alžběta MRAČKOVÁ, 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
- HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9
- JANDOUREK, Jan, 2003. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8749-3
- JANKOVSKÝ, Jiří et al., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4
- JOBÁNKOVÁ, Marta, 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-390-2.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2005. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada. Zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče. ISBN 80-247-1001-3.
- KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. *Z historie ošetrovatelství: Pro SZŠ [stř.zdrav.školy], PSS [pomaturitní specializační stud.]*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3123-3.
- KALISTA, Zdeňek, 1941. *Blahoslavená Zdislava*. Olomouc: Dominikánská edice Krystal. Dostupné z: <http://librinostri.catholica.cz/download/KalisBlaZdisl-text.pdf>
- KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil, ed., 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-858-5049-4.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-244.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, 2008. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
- Mezinárodní konference ošetrovatelství Pracovníků vzdělávajících nelékařské zdravotnické povolání: sborník*, 2008. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7399-196-8.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NIGHTINGALE, Florence, 1874. *Kniha o ošetrování nemocných*. Praha: J. Otto. ISBN 69121-A.
- NOVOTNÝ, Adolf, 1992. *Biblický slovník*. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 80-900881-1-2.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
- POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMOVÁ, Regina et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

WHITE, Ellen Gould Harmon, 1995. *Velké Drama věků: Vývoj křesťanství a vize budoucnosti*. Praha: Advent Orion. ISBN 978-80-7172-991-4.

### Články:

ŠEVČÍKOVÁ, Stanislava a Pavel NAVRÁTIL, 2010. Sociální práce jako institucionalizace rizika. *Sociální studia*. 7(2), 115- 133. Dostupné z: [https://journals.muni.cz/socialni\\_studia/article/view/5824/4916](https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5824/4916)

VEČEŘOVÁ, Anežka a Rebeca LANKAŠOVÁ, 2011. Florence Nightingale - žena, ošetřovatelka, matematicka. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. České Budějice, 13(1), 120. ISSN 1804-7122.

### Brožura:

HRDÁ, Jana, 1997. Osobní asistence: Příručka postupů a rad pro osobní asistenty [online]. In: *Asociace pro osobní asistenci*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: [http://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura\\_pro\\_posk.pdf](http://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura_pro_posk.pdf)

### Webové stránky:

Definice osob se zdravotním postižením, 2015. *Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Odbor koncepcí a strategií trhu práce [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/definiceozp>

Frequently asked questions, ©2019. *World Health Organization* [online]. © [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Thomas Chalmers, ©2019. *Family Tree & Family History at Geni.com* [online]. © [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.geni.com/people/Thomas-Chalmers/6000000043253814430>

*Webové stránky Církve Adventistů sedmého dne v Bystřici* [online], ©2019. Bystřice [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: <https://www.casd-bystrice.cz/>

### **Jiné dokumenty:**

AMBROŽOVÁ, Jana et al., ©2019. Standardy mobilní specializované paliativní péče. [online]. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* Praha: Česká společnost paliativní medicíny a Fórum mobilních hospiců. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)

RADBRUCH, Lukas et al., ©2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče. [online]. In: *Česká společnost paliativní medicíny* Praha: Flora [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

### **Legislativní zdroje:**

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, S. 1257 – 1289. Dostupné také z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 164, S. 7021 – 7048 Dostupné také z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)  
ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, S. 1452 – 1479. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb., ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 16, S. 1185 - 1264. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Gn	Genesis
Ex	Exodus
Lv	Leviticus
Nu	Numeri
Dt	Deuteronomium
Joz	Jozue
Sd	Soudců
Rt	Rút
1S	První Samuelova
2S	Druhá Samuelova
1Kr	První Královská
2Kr	Druhá Královská
1Pa	První paralipomenon
2Pa	Druhá Paralipomenon
Ezd	Ezdráš
Neh	Nehemiáš
Est	Ester
Jb	Jób
Ž	Žalmy
Př	Příslloví
Kaz	Kazatel
Pís	Píseň písní
Iz	Izajáš
Jr	Jeremiáš

---

Pl	Pláč
Ez	Ezechiel
Da	Daniel
Oz	Ozeáš
Jl	Joel
Am	Ámos
Abd	Abdiáš
Jon	Jonáš
Mi	Micheáš
Na	Nahum
Abk	Abakuk
Sf	Sofoniáš
Ag	Ageus
Za	Zachariáš
Mal	Malachiáš
Mt	Matouš
Mk	Marek
L	Lukáš
J	Jan
Sk	Skutky
Ř	Římanům
1K	První list Korinským
2K	Druhý list Korinským
Ga	Galatským
Ef	Efezským
Fp	Filipským



---

Ko	Koloským
1Te	První list Tesalonickým
2Te	Druhý list Tesalonickým
1Tm	První list Timoteovi
2Tm	Druhý list Timoteovi
Tt	Titovi
Fm	Filemonovi
Žd	Židům
Jk	List Jakubův
1Pt	První list Petrův
2Pt	Druhý list Petrův
1J	První list Janův
2J	Druhý list Janův
3J	Třetí list Janův
Ju	List Judův
Zj	Zjevení Janovo
Atd	A tak dál
S.	Strana
Aj.	A jiné

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Záznam získaných dat jednotlivých kategorií .....	59
---	----