

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**HISTORIE A SOUČASNOST OŠETŘOVATELSTVÍ  
Z ASPEKTU VŠEOBECNÉ SESTRY**

**Bakalářská práce**

**ESTER BRANKOVIČOVÁ, DiS.**

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,*

**Brankovičová Ester**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

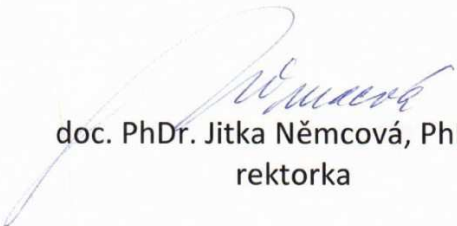
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

*Historie a současnost ošetrovatelství z aspektu všeobecné sestry*

*History and the Present of Nursing from the Perspective of a Nurse*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze, 31. 5. 2016

.....

Brankovičová Ester, DiS.

## **ABSTRAKT**

BRANKOVIČOVÁ, Ester, *Historie a současnost ošetrovatelství z aspektu všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha. 2016. 59 stran.

Tématem bakalářské práce je proces ošetrovatelství od nejstarších doložených zmínek po moderní dobu očima všeobecné sestry. Proces je vnímán jako kontinuální od laické přes řádovou po moderní formu, přičemž u každé z etap jsou podkapitoly, osvětlující dané téma každé kapitoly. Zvláštní důraz je kladen na celoživotní vzdělávání všeobecných sester, zdravotnické profesní organizace, které sestry zaštiťují. Cílem by měla být taková sestra, která pracuje nejen s „celým člověkem“, ale dokáže být i pedagogem či zpovědníkem pacientovi. Proto jest v práci obsažena také pasáž o křesťanských řádech, zabývajících se ošetrovatelstvím, či stručné životopisy historických osob – průkopníků tohoto oboru. Cílem práce je tedy most mezi současností a historií této disciplíny a schopnost využít všeho, co může být přínosem jednak pro správnou diagnostiku, ale i pro správné jednotlivé kroky samotného ošetrovatelského procesu.

**Klíčová slova:** Historie ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství. Významné osobnosti ošetrovatelství. Vzdělávání všeobecných sester.

## **ABSTRACT**

BRANKOVIČOVÁ, Esther, *Past and present from the view of general nurses*.  
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Qualification level: Bachelor (Bc.). Supervisor:  
PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague. 2016. 59 pages.

The theme of the thesis is the process of nursing from the oldest documented references to the modern times through the eyes of a general nurse. The process is viewed as continuous, from the lay, across the monastic order, to the modern form. Each of the stages is described in a subchapter, illuminating the topic of each chapter. Particular emphasis is placed on the lifelong education of nurses and medical professional organizations rallying the nurses. The aim should be a nurse who works not only with the "whole person", but can also be a teacher and a confessor to the patient. This is why the thesis also contains a passage about Christian orders dealing with nursing, and brief biographies of historical characters - the pioneers in this field. The aim of the thesis is therefore a bridge between the present and the history of this discipline and the ability to utilize everything that can be beneficial both for the correct diagnosis, but also for the right individual steps of the nursing process itself.

**Keywords:** Cultural figures in nursing. History of nursing. Nurse education. Nursing.

## **PŘEDMLUVA**

Ošetrovatelský proces je starý jako lidstvo samo a provází jej od úsvitu dějin. Vždy mne zajímalo, jakým způsobem byli nemocní ošetřováni v minulosti, kdo řídil tento proces, pokud byl nějak plánován a usměrňován, a jak probíhalo v době prvních křesťanských špitálů a lazaretů.

Současně jsem chtěla popsat změny, ke kterým došlo jednak změnou politického systému v naší zemi v polovině 20. století a pak na počátku století 21., kdy naše země vstoupila do Evropské Unie a musela se přizpůsobit standardům kvalit, které poprvé v naší historii neodrážely jen potřeby a situaci v naší zemi, ale mají nadnárodní platnost a závaznost.

Touto prací jsem se snažila z pohledu všeobecné sestry spojit jednak historii s jejími alternativními ošetrovatelskými postupy se současností, kdy se paradoxně mnozí pacienti přes úžasný technický pokrok vrací právě k historickým praktikám. Chtěla jsem vyzvednout laskavou péči řádových sestřiček a nastínit moderní úlohu sestry – manažerky ve zdravotním zařízení. Věřím, že v těchto bodech moje práce splnila svůj účel a smysl.

## **OBSAH**

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>9</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH CIZÍCH SLOV.....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1 HISTORIE PÉČE O NEMOCNÉ A OŠETŘOVATELSTVÍ .....	13
1.2 HISTORICKÁ LINIE.....	13
1.3 OŠETŘOVATELSTVÍ V BIBLI.....	14
<b>2 PÉČE O NEMOCNÉ V NEJSTARŠÍCH DOBÁCH.....</b>	<b>16</b>
2.1 PRAVĚK .....	16
2.2 STAROVĚK .....	19
2.3 STŘEDOVĚK.....	21
<b>3 POČÁTKY OŠETŘOVATELSTVÍ V NOVOVĚKU .....</b>	<b>25</b>
3.1 LAICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ .....	32
3.2 ŘÁDOVÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	33
3.3 PROFESIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	34
3.4 JEDNOTLIVÉ KROKY OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	34
3.5 GERIATRICKÁ PÉČE.....	35
<b>4 MODERNÍ POJETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>37</b>
4.1 KODIFIKACE VZDĚLÁNÍ A KONCEPCE.....	37
4.2 MODERNÍ VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICCE.....	38
4.3 SOUMRAK ŘÁDOVÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ .....	39
4.4 STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY .....	40
4.5 VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY .....	41

4.6	VYSOKOŠKOLSKÉ STUDIUM.....	41
4.7	SPECIALIZAČNÍ STUDIUM .....	42
4.8	CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER A STRUKTURA VÝUKY .....	43
4.9	VÝZNAM MANAGEMENTU .....	47
<b>5</b>	<b>VYBRANÉ VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI.....</b>	<b>49</b>
5.1	FLORENCE NIGHTINGALE .....	49
5.2	HENRI JEAN DUNANT.....	50
5.3	NIKOLAJ IVANovič PIROGOV .....	51
5.4	ALICE MASARYKOVÁ.....	52
5.5	SYLVA MACHAROVÁ.....	52
5.6	ANEŽKA ČESKÁ.....	53
<b>6</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>54</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>56</b>



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiné, mluvnická zkratka
č.	Pořadové číslo
ČSČK	Název organizace, Československý červený kříž
et al	et aliae (lat.), a další, a jiní
př. n. l.	Před naším letopočtem, jinak řečeno před Kristem
SAŠO	Spolek asistentek školy ošetřovatelské
s., str.	Odkaz na číslo strany v daném textu
sv.	Svatý (v Novém Zákoně všichni křesťané, v katolické církvi pak zejména mučedníci na základě kanonizačního šetření)

(FOUILLOUX et al., 1992)

(PRAVDOVÁ et al., 2014)

(VOKURKA et al., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH CIZÍCH SLOV

Bioenergie	Energie živého organismu, který ji může částečně ovlivňovat a využívat
Endogenní	Vnitřní, mající vnitřní příčinu
Entheogen	(řec.) přírodní látka, působící omamně jako Psylocybin
Euforie	Příjemný subjektivní pocit tělesné i duševní pohody
Gangréna	Místní odumřelá tkáň
Geriatrické	Stařecké
Gerontologie	Lékařský obor, zabývající se chorobami ve stáří
Homo sapiens	Člověk moudrý, rozumný, nejvyšší vývojový stupeň lidstva
Hypnotika	Látky, působící terapeuticky na chronickou nespavost
Kongregace	Řádová řehole, náboženská obec
Kontribut, kontribuce	Nucený příspěvek či daň
Malnutrice	Podvýživa, špatná výživa
Mandragora	Rostlina mandragora lékařská z čeledi lilkovitých, lidově nazývaná též pokřín
Marasmus	Celková tělesná i duševní sešlost, zchátralost organismu
Multikulturní	Vznikající propojením různých kulturních tradic, etnických skupin a náboženských vyznání
Opiodní peptidy	Produkty metabolismu, halucinogenní aminokyseliny a bílkoviny (viz Entheogen, Psylocybin)
Resveratrol	látka, obsahující Trihydroxystilben, přítomná v červeném víně, působící antibakteriálně a antisepticky

(KRAUS, 2005)

(VOKURKA et al, 2015)

## ÚVOD

Jak se dozvídáme v úvodu jedné z významných a raných knih pojednávajících o historii ošetrovatelství, tato péče sahá hluboko do historie až k prvním matkám, které pro své děti vykonávaly všechny potřebné služby, jež jim umožnily přežít a prospívat. Mateřská péče, stará jako lidstvo samo, položila základ, ze kterého vyrostlo profesionální ošetrovatelství, jak ho známe dnes a popisuje je Encyclopaedia Britannica, vydaná již v roce 1771.

Z kulturně antropologického hlediska byla péče o nemocné, zraněné, slabé a staré vždy považována za jeden z důležitých ukazatelů komplexnosti a pokročilosti společnosti daného stupně vývoje. Péče o nemocné se tak vine skrz čas v historických záznamech, a jak se můžeme jen domnívat, i před vznikem písemných dokladů. V závislosti na kulturních, ekonomických a politických faktorech, náboženských poměrech, válkách a úrovni vědeckého pokroku se podoba péče o nemocné bohatě proměňovala, zejména s ohledem na místo jejího výkonu, povahu pečovatele a její převažující kauzální versus paliativní charakter. Obecně se však dá říct, že od raných dějin do moderní doby lze, stejně jako v mnoha jiných oborech, vysledovat trend směrem k institucionalizaci (ať už jde v různých historických obdobích o chrámové školy, hospice či první nemocnice) a profesionalizaci (od matek, jak naznačuje zmíněná kniha o historii oboru, a šamanů přes kněží a jeptišky až k ošetrovatelkám, sestřím a jejich profesním organizacím). O ošetrovatelství jako oboru kodifikujícího péči o nemocné do ucelené odborné vědecké disciplíny založené na důkazech nelze v podstatě mluvit až do přelomu 19. a 20. století, kdy začaly vznikat první vzdělávací instituce zaměřené na profesionální přípravu ošetrovatelek a sester. Do té doby ošetrovatelství neexistovalo jako identifikovatelné povolání a kdokoliv o sobě mohl mluvit jako o sestře a prohlásit to, co vykonává, za ošetrovatelství. Přesto je nutné tuto profesionalizaci vnímat jen jako kulminaci kontinuálního vývoje probíhajícího po mnoho tisíciletí (spojeného zejména s moderní tendencí dodat profesionální „punc“ mnoha odvětvím lidské činnosti) a neztratit tak povědomí o historické kontinuitě fenoménu péče o nemocné, bez které by jistě moderní vývoj neměl na čem stavět. Jak již ostatně řekl anglický vědec J. D. Bernal o významu pochopení a vnímání historického vývoje odborné činnosti jako základu pro stanovení jeho budoucí

perspektivy: „*Ve vědě více než v kterémkoliv lidském oboru je třeba prozkoumat minulost, abychom pochopili přítomnost a ovládli budoucnost.*“ (BERNAL, 1960).

Vážný vědecký zájem o historii oboru ošetřovatelství je mnohem mladší než obor sám. V češtině je publikací snažících se výhradně o komplexní postihnutí vývoje ošetřovatelství jen velmi málo. Poskytnout nový pohled na již zpracovanou problematiku na omezeném prostoru bakalářské práce s sebou nese mnoho úskalí. Přesto je záměrem této práce odlišovat se v některých aspektech od již publikovaných dokumentů. Za prvé se jedná zejména o to, že ve zmíněných publikacích medicínský kontext ošetřovatelství, se kterým je bezpochyby vývoj péče o nemocné spojen, výrazně převládá nad zachycením vývoje samotného ošetřovatelství. Tyto knihy jsou tak velmi často spíše záznamem vědeckých medicínských objevů, přičemž cílem této práce bude zaměřit se na to, kdo, kdy, kde a v jakém společenském, kulturním a historickém kontextu prováděl péči samotnou. Zachování neutrality vůči historickým podobám péče o nemocné je velmi důležité pro jejich skutečné pochopení bez odsouzení a kritiky vnímání historické kontinuity oboru, neboť fenomény jako šamanství spojené s magickým myšlením, trepanace lebek v egyptském lékařství, využití sil Země i Vesmíru, lidské bioenergie i síly menhirů, přírodních míst s energetickým potenciálem starých Keltů i předkeltského osídlení ze starodávné Atlantidy, středověké přístupy k léčbě a jiné jsou neoddiskutovatelnou součástí historie oboru, ať už si o nich z dnešního moderního pohledu úrovně lékařské a ošetřovatelské péče myslíme cokoliv. Proto zde bude snaha se od těchto moderních presumpcí odklonit a vnímat vývojové fáze v daném historicko-sociálním kontextu, ale nezavrhnout léčebné postupy předků, spíše se nad nimi zamyslet a snad i něco z nich – minimálně v empatické rovině – využít i v dnešní ošetřovatelské praxi. Těmto a jiným alternativám bude ovšem věnována samostatná kapitola. Za třetí je v názvu práce „*historie a současnost*“, což je dobré východisko k tomu, aby bylo možné prostřednictvím popisu historických pojetí péče o nemocné ilustrovat jejich relevantnost vůči současným postupům péče, a nepopisovat je samoučelně jen jako izolované historické fenomény bez vztahu k současné vizi péče, jak je tomu v publikacích tohoto typu. A vnímáme-li ošetřovatelství jako jednu z pomáhajících profesí, pak by nad zájmy politickými či denominačními měla převážet empatie a touha pomoci člověku, který naši pomoc potřebuje, bez nároku na velká slova díky a uznání.

# 1 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

## 1.1 HISTORIE PÉČE O NEMOCNÉ A OŠETŘOVATELSTVÍ

Vývoj péče o nemocné nelze vnímat izolovaně od okolností, ve kterých probíhal. Abychom tedy mohli popsat způsoby péče, je nutné se alespoň částečně seznámit s podmínkami, ve kterých předci žili. Ze sociálně kulturních faktorů jsou významné zejména demografický stav, životní cyklus, role pohlaví ve společnosti, celková mobilita a kulturně specifické aspekty ovlivňující život. Například velikost populace, její kočovnost/usazenost a celková mobilita určovaly do jisté míry pravděpodobnost vzniku epidemií. Náboženství bylo významnou silou, která stála u počátku kodifikace a institucionalizace péče o nemocné. Politické a ekonomické faktory determinovaly úroveň technické a společenské vyspělosti, ale jejich nestabilita byla často příčinou válečných konfliktů, které vytvářely zvýšené nároky na péči o nemocné a zraněné a z nichž také povstalo mnoho ošetrovatelských řádů. V neposlední řadě nelze opomenout katalytický vliv významných osobností, které se zasloužily v určitých obdobích o skokové posuny v oboru (PLEVOVÁ, 2011).

## 1.2 HISTORICKÁ LINIE

Jakkoliv je historický vývoj péče o nemocné a ošetrovatelství komplexní, lze v něm vysledovat tři hlavní vývojové linie, které se v čase překrývaly, navzájem ovlivňovaly a doplňovaly (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Zpočátku můžeme hovořit o neprofesionální či laické péči. Z historického hlediska se jedná o nejranější vývojovou linii spadající do období pravěku a starověku. Péče o nemocné byla v tomto období úzce spjatá s nekodifikovanými tradičními přístupy předávanými z generace na generaci v rámci rodiny či užšího společenského kruhu, komunity. Tento prehistorický vývojový stupeň byl zasazen do kontextu směsi náboženství, vnímání vlivu vyšších sil a snahy zorientovat se v často nepochopitelném a náhodném světě, ve kterém existovalo velmi odlišné pojetí nemoci, nehody a péče (KAFKOVÁ, 1992).

S pokrokem civilizace a vzrůstajícím vlivem rodícího se křesťanství lze vysledovat nový charakter částečně institucionalizované péče – charitativní péče. V souladu s křesťanskými hodnotami sebeobětování a pomoci trpícímu bližnímu byla

péče o nemocné vnímána jako morální a humánní povinnost a cíl lidského života členů církevních řádů. Péče tak probíhala v nemocnicích zřizovaných při kláštorech, kde se také mimo jiné odehrávala první kodifikace získaných znalostí a postupů prostřednictvím soupisu či přepisů knih věhlasných lékařů z období starověku. Krom toho měla tato péče také charakter holistický, tedy naplňovala jak potřeby člověka z hlediska jeho nemoci, ale také zahrnovala určitý duchovní rozměr (ŠVEJDOVÁ, 2011).

O dalším vývojovém stupni, organizované profesionální péči, lze mluvit až od konce 19. století, kdy si válečná destrukce a pokroky v medicíně vyžádaly existenci systematicky odborně vzdělané a schopné pracovní síly, což vyústilo v ukotvení ošetrovatelství jako samostatného oboru a odborné disciplíny. Potřeba obnovovat a rozšiřovat odborné schopnosti rychle vedla ke vzniku systému vzdělávání a sdružování sester v profesních organizacích. Současně vykrytalizovaly základní strukturální prvky oboru formálního, organizace do spolků, vzdělávání, studijní osnovy, kompetence a zákonodárného, jako registrace, uznávání vzdělání či specializace charakteru. V teoretickém rámci oboru se profilovalo mnoho koncepčních modelů ošetrovatelství. V chápání moderního profesionálního ošetrovatelství je nejdůležitější právě vzdělávání, soudě podle literatury na toto téma a podle legislativních kroků v této oblasti, a měnící se role a kompetence sestry, která často stále musí bojovat o uznání své právoplatné odborné pozice ve složitém organizmu lékařské péče (ŠKOCHOVÁ, 2006).

### 1.3 OŠETŘOVATELSTVÍ V BIBLI

V židovsko-křesťanské tradici se setkáváme s mnohými odkazy na ošetrovatelské či léčebné postupy a doporučení, a to již od prvních stránek Bible. V Mojžíšových knihách je několikrát vyzdviženo granátové jablko. Obsahuje prý tolik zrníček, kolik má Starý zákon předpisů, totiž 613. Samotný plod pak působí blahodárně na srdce, omlazuje cévy. Snad proto najdeme jeho vyobrazení i na oděvu velekněze. V Žalmu 23 pak najdeme zmínku o pomazání olejem. Dnes víme, že vitamín E působí rovněž na cévní systém, i jako prevence proti rakovině střev.

Nejznámějším příběhem ošetrovatelství je však úsek z Lukášova evangelia, kdy se Samaritán smiluje nad přepadeným Židem, byť se tyto dvě skupiny obyvatelstva v běžném styku snažily spíše vyhnout. Ošetřil mu rány a zavezl jej do hostince, navíc

za něj zaplatil další ošetření a péči s tím, že případně doplatí při své cestě zpět, čímž projevil skutek lásky k potřebnému. A pokud byl zmíněn hostinec, tedy víno bylo samotným apoštolem Pavlem doporučeno svému druhu v rozsévání evangelia Timoteovi, když mu radí, aby „mírně vína užíval na svůj nemocný žaludek“. Nejen proto, že kvalita vody asi nebyla valná, velká část expertů se shoduje na tom, že víno obsahuje resveratrol, působící pozitivně na srdce, cévy a dokonce i na mozek, ačkoli existuje dosti velká skupina oponentů, která je v adoraci účinků této látky na lidský organismus opatrnější, některé studie před nimi dokonce varuje.

## 2 PÉČE O NEMOCNÉ V NEJSTARŠÍCH DOBÁCH

Po celou dobu historie ošetrovatelství se tento obor vyvíjel. Můžeme tvrdit, že jednou z nejdůležitějších událostí, které na něj měly vliv, byly válečné konflikty, jež provázejí lidstvo od nepaměti.

### 2.1 PRAVĚK

Přestože často předpokládáme, že život ve starověkých společnostech mohl být základem pro to, co v současnosti chápeme pod pojmem ošetrovatelství, péče o nemocné byla v té době zjevně velmi odlišná v závislosti na životním stylu a potřebách společnosti. To, jak vypadal život ve starověku, můžeme odhadovat alespoň částečně z archeologických nálezů, antropologické analýzy pozůstatků a pokusů o historické rekonstrukce. Každý z nás v současnosti je spojen nepřerušenou linií pěti tisíc prapředků s dobou, kdy se objevil druh *Homo sapiens*. Věda nám říká, že tito jedinci žili v kooperativních uskupeních, jejichž centrem byla rodina, ve společenském uspořádání, které se někdy nazývá prvobytně pospolná společnost. Rodina zahrnovala matku s jejími nedospělými potomky, dospělými dcerami, partnerem či partnery a tchány. Jak populace rostla, jednotlivé rodiny vstupovaly do spolupráce s jinými a vytvářely klany, které postupně s velikostí hierarchicky rostly a splývaly do kmenů. Přesto lokální populace nedosahovala ani zdaleka velké hustoty. Život měl lokálně omezenou nomádkou povahu a soustřeďoval se okolo získávání potravy lovem a sběrem a zajištění bezpečných a útulných přístřešků (ŠVEJDOVÁ, 2011).

Spektrum tehdejší frakce populace, o kterou bylo potřeba pečovat, bylo do značné míry určeno popsanou povahou jejich životního stylu. Archeologické nálezy hovoří zejména o traumatických poraněních, způsobených při lovu či během konfliktů mezi kmeny – zlomeniny a zranění předměty. Nízký průměrný věk dožití žen byl následkem častých porodů, které představovaly pro ženu velké riziko a byly vyčerpávající. V souvislosti s drsným podnebím, nepravidelností příjmu potravy a jejím nevhodným složením lze určit i známky malnutrice a celkový menší vzrůst. Vědci se domnívají, že hustota osídlení, možnost přesunu do jiné oblasti a omezená mezikmenová mobilita zajišťovala poměrně nízkou frekvenci výskytu infekčních nemocí a epidemií v moderním slova smyslu, i když známky proběhlých infekčních onemocnění jsou u pozůstatků izolovaně také popisovány (ŠVEJDOVÁ, 2011).



Jak se tedy domníváme, že probíhala samotná péče? Nejdříve je potřeba si uvědomit, že tehdejší úroveň pochopení ať už přírodních jevů, či také původu a příčin nemoci bylo značně odlišné. Dění ve světě pravěkého člověka bylo do značné míry vnímáno nahodile, právě v důsledku absence chápání kauzality. Proti této nahodilosti se pravěká společenství snažila bránit osvojením komplexního a kulturně specifického systému nadpřirozených sil, jejichž přízeň si vyžadovala vykonávání obřadních rituálů a přinášení obětí, čímž si tyto společnosti mohly alespoň symbolicky zpět převzít vládu nad svým osudem. Postupem času se ze společenství diferencovali jedinci, kteří kombinovali jakousi instinktivní léčbu s tradicemi předávanými po generace, jejichž úkolem bylo mimo jiné vyhledávat příčiny onemocnění, stanovovat postup léčby a účastnit se léčebného procesu (KAFKOVÁ, 1992). Těmto osobám se mezikulturně říká šamani či medicinmani. Některé zdroje uvádí, že prvotní léčitelkou a pečovatelskou péči vykonávaly především ženy (ŠVEJDOVÁ, 2011).

Jiné zdroje uvádí multikulturní rozdíly v tom, kdo se mohl stát šamanem či pomocníkem, což se týkalo převážně mužů a kromě jiných měli často ohromující znalosti s využitím primitivních opiátů, ať už i u nás až přečeňovanou mandragorou či jiné rostliny podobného účinku, obsahující alkaloidy (DUBOIS, 2009).

Jisté však je, že péče byla kooperativní činnost, jak se dozvíme níže. Podle názoru některých badatelů sahá šamanská tradice do doby před mnoha tisíci lety, i když se tak jen lze dohadovat např. z nástěnných maleb. Do povolání vstupovali šamani vlastní volbou, transformativním utrpením, v důsledku nutkání či dědičně. V průběhu tréninku se učili nejen dovednostem přírodního lékařství, ale i komunikaci s duchy a zprostředkování jejich přání komunitě. Krom rituální funkce a studnice tradičních vědomostí se zabývali léčením nemocí, které si vykládali jako zlobu nadpřirozených sil či posedlost agresivními duchy. Pro výkon jejich povolání bylo naprosto vitální, aby měli úctu a důvěru komunity (DUBOIS, 2009).

Není ani tak důležité přesně popsat povolání šamana či druida, jako spíše zaměřit se na to, jaký systém využívali při léčení a jak může být tento systém relevantní v současném kontextu. Protože i když jsme schopni zaujmout neutrální postoj k vyprávění o nadpřirozených partnerech nebo duchovním cestování a pozitivně přijmout mystické prožitky a stavy transu hojně využívané v šamanismu, nárok na terapeutickou účinnost je naším základním požadavkem, abychom šamanskému léčení vůbec dokázali porozumět. Za prvé se jedná především o to, že šamani přesouvali

těžiště zájmu o léčbu k složitějším vztahům mezi pacientem, léčitелеm a společností, tj. vytvářeli tzv. terapeutický trojúhelník. Zatímco západní léčení se zaměřuje na pacienta jako centrum patologie i léčby, nemoc sama u trpící osoby bývá často prožívána společně s rodinou, přáteli, sousedy, obchodními partnery, zvláště v úzce propojených a poměrně izolovaných poměrech pravěkých společností. Když se nemoc objevila, narušilo to systémy vzájemné podpory a provázanosti, ohrozilo budoucí prosperitu a narušilo či zničilo ekonomické a citové vztahy. To vyvolalo v úzké komunitě neklid, úzkost, pocity viny a frustrace. Účast celé komunity na přípravách léčebných rituálů a vykonávání léčebných postupů pak mohla přinést úlevu nejen pacientovi. Dalším aspektem bylo bez pochyby symbolické pochopení příznaků nemoci výkladem a zasazením do mytických či duchovních kontextů. Pochopení, co se děje v jeho těle, a následné navržení léčebných korekcí mohlo být cestou, jak pacient převzal zpět kontrolu pro obnovení zdraví (DUBOIS, 2009).

Zde je také třeba zmínit sociální aktivaci, kdy vnímání zájmu a péče společenství, hmatatelně zjevných v přítomnosti, dotycích a interakci, může mít mocné terapeutické účinky na zdraví samo o sobě. Zakoušení sociální příslušnosti vede ke zvýšené produkci endogenních opioidních peptidů v mozku, což zase obratem posiluje pocit štěstí a důvěry, navozuje euforii a má také např. analgetické účinky (DUBOIS 2009).

Tato kapitola nebude zabíhat do velmi bohatého a moderní medicínou často znovuobjevovaného etnobotanického fondu s velkým množstvím účinných léků, které šamanské tradice z celého světa v průběhu dějin vyvinuly, protože bychom opět spíše rekapitulovaly dějiny medicíny než ošetřovatelství. Jen na okraj lze zmínit, že když dnes západní lékař předepisuje morfin, pracuje s látkou, která byla používána v šamanském kontextu jako entheogen, odkud byla převzata západní medicínou, zbavena rituálního použití a transformována na léčivo (DUBOIS, 2009).

Na druhou stranu, moderní člověk si až příliš zvykl na dostupnost chemických prostředků jako všeléků, nejenže už nezná ani základní byliny, které naši předci běžně používali, ale už vůbec neumí používat svou bioenergii, o napojení se na léčivé zóny či krystaly ani nemluvě. Zajímavé z psychologického hlediska je, že zatímco tyto přístupy moderní člověk šmahem odmítá, neváhá konzumovat pilulky, vznikající na bázi tzv. placebo efektu. Minimálně je zmiňována psychická stránka jedince, leckdy by stačilo „napojit“ nemocného na nějaký kroužek, spolek, společenství lidí,

aby se mohl vypovídat, protože po odstranění psychických bariér či některých neodpuštění se člověk téměř „zázračně“ uzdraví. Z podobných duševních a duchovních stresů může vzejít živná půda pro mnohé civilizační nemoci včetně rakoviny.

V posledních letech došlo ve vnímání modelu zdraví v medicíně a ošetrovatelství k posunu od konceptu těla izolovaného od mysli nebo od sociálního kontextu jedince. Relevance uvedeného modelu léčení v šamanských tradicích k současnosti se částečně promítá v renesanci komunitního ošetrovatelství. Jak je výstižně uvedeno v souhrnném článku, cílem komunitní péče je poskytovat péči v domácím prostředí, umožnit co nejdelší setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti, chronické nemoci. Je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na participaci všech zúčastněných. Přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé. Do konceptu komunitní péče patří poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb (KARNETOVÁ, 2012).

S nadsázkou se tedy dá říct, že komunitní ošetrovatelství, pojem hojně používaný a dlouhá léta integrovaný v západní medicíně, k němuž se v současnosti péče v jistých oblastech přiklání, je paralelou modelu šamanského (druidského) komunitního léčení popsaného výše, zřejmě účinnou nejen díky pokročilým znalostem a postupům, ale také díky sociální aktivaci, zasazení problémů do kontextu a sdílení dopadů nemoci s okolím.

## 2.2 STAROVĚK

Ve starověku si můžeme všimnout několika oblastí vývoje léčitelství, které je přímo spojené s ošetrovatelstvím. Samozřejmě vývoj sledujeme hlavně ve vyspělejších oblastech. V této době bylo léčitelství i ošetrovatelství úzce spojeno s náboženstvím. Funkci lékařů a ošetrovatelů často zaujímaly kněží. Nejstarším dochovaným a zatím nalezeným záznamem o léčení, je hliněná tabulka ze starověké Mezopotámie, jejíž vznik je datován kolem roku 2100 př. n. l., nalezneme v ní popis vymývání a hojení ran. Tato tabulka se našla v knihovně klínopisných tabulek ve městě Ninive, přičemž mimo ní byly objeveny i tabulky s texty, které se zabývaly návody na výrobu a použití léků (CEJPEK, 2002).

Jako i v dalších starověkých státech i v Mezopotámii byli za zdravotníky považováni kněží. Dalším centrem, kde zaznamenáváme vývoj ošetrovatelství,

je starověký Egypt. Zde je nejdůležitějším nálezem, jež se vztahuje k léčitelství „Ebersův papyrus“, na kterém nalezneme soupis více než 600 receptur k vytváření léků a vznikl nejspíše okolo roku 1500 př. n. l. (CASTLEMAN, 2004).

Existovaly také přímo chrámy zaměřené na léčení, které byly zasvěcené daným božstvům, jež byly zaměřeny na léčení, tato místa fungovaly také mimo jiné i jako školy pro nové léčitele (BRONCOVÁ, 2003). Podobné praktiky a to nejen v léčitelství, ale právě v ošetrovatelské péči o potřebné, vyznávali i staří Keltové, respektive předkeltské kultury, prostřednictvím svých kamenných dolmenů.

Později velmi významně ovlivnily vývoj antické léčitelství. Starověké Řecko můžeme řadit mezi jedno z nejdůležitějších evropských středisek. Později na jeho tradici navázal i starověký Řím. Řecko se snaží navázat na zkušenosti ze starověkého Egypta, které poté rozšiřuje a i dnes se setkáváme s řeckým názvoslovím či se základními dovednostmi. Ve starověkém Řecku se setkáváme s Apollónem jakožto s bohem a jeho synem Aeskulap se stejnými aspekty. Zde je důležité zmínit jméno Hippokrates, jelikož je to jedna z nejvýznamnějších osobností lékařství. Tento muž žil v letech 460-377 př. n. l a pocházel z kněžské rodiny. Jeho hlavní přínos tkví v tom, že měl nadčasový přístup k medicíně a hlavní důraz kladl na stanovení diagnózy (DUINOVÁ, et al., 1997).

Významnou osobností, která významně ovlivnila vývoj lékařství, lékařství a ošetrovatelství, byl Hippokrates. Dodnes každý lékař skládá jeho přísahu. Jeho nejznámějším dílem je nejspíš spis Corpus Hippocraticum, který sice nenapsal sám Hippokrates, ale jeho učení v něm zaznamenali jeho žáci, nalezneme v něm 350 popisů druhů bylin. Kromě toho také přinesl světu teorii o čtyřech tělních tekutinách, jež musí mít člověk v rovnováze, aby byl zdravý. Řadíme mezi ně žlutou a černou žluč, krev a sliz nebo hlen. Ve starověkém Řecku byla dvě místa, kde probíhalo vzdělávání lékařů a to na dvou různých ostrovech a to Knidos a Kós. Tyto školy byly rozdílné a to hlavně v názoru na přístup k pacientovi. První z nich se zaměřovala hlavně na nemoc a ta druhá na nemocného, z této pocházel právě Hippokrates (SOCHA, 2010).

Jak už bylo výše naznačeno, na znalosti starověkého Řecka navazuje starověký Řím, kam nejdříve přicházeli řečtí lékaři, až poté jsou známi první vyloženě římstí. Jedním z prvních římských lékařů byl Asklépiadés z Prúsy, jenž žil zhruba mezi léty 124-40 př. n. l. Jeho léčba byla založena na filosofickém směru atomismus

a epikurejské filosofii, což spočívalo v tom, že léčil protikladným působením. Asklepiadés doporučoval masáže, koupele, cviky a změnu životosprávy či dietu a pohyb. Nebyl zastáncem drastických léčebných metod, naopak upřednostňoval šetrné léčebné postupy. Další jméno, které bude v tomto textu zmíněno je římský lékař Galénos, jenž žil mezi léty 129/130 – 205 n. l. Tento muž působil jako císařský lékař a dělal veřejné přednášky, na nichž ukazoval spoluobčanům anatomii pomocí pitvy. Je známa jeho kniha Corpus Galenicum, v níž byly zaznamenány všechny jeho poznatky. Ve městě Římě vznikla v 70. letech prvního století lékařská škola. Nejdříve byla tato profese znevažována, svojí prestiž získala až postupem času.

### 2.3 STŘEDOVĚK

Vývoj ošetrovatelství v českých zemích ve středověku je spojen s křesťanstvím. V 10. století začínají vznikat první hospice, kde se setkáváme s civilními sestrami, jež poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. (PLEVOVÁ, 2011) Důležitou událostí se stalo založení Karlovy univerzity v roce 1348 a díky tomu i vzniku lékařské fakulty (BALDOVÁ, 2015). S křesťanstvím můžeme spojit charitativní ošetrovatelství, které je zároveň spojeno s mnišskými řády, kláštery, útulky, špitály a nemocnicemi. Tento typ ošetrovatelství můžeme charakterizovat tak, že se orientoval hlavně na péči o specifické skupiny lidí a to na chudé, nemocné, také na opuštěné děti či na lidi závislé na pomoci jiných (FARKAŠOVÁ, 2006).

*"Charitativní ošetrovatelská péče/řádové opatrovnictví se zaměřovalo především na uspokojování nejzákladnějších potřeb života, tj. na zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, na hygienu, duchovní podporu a později i na léčivou péči. Ovlivnilo vývoj a další zaměření ošetrovatelského vzdělání na několik staletí a působí až dodnes. V kláštorech byla poskytována první cílená organizovaná ošetrovatelská péče tělesně i duševně nemocným"* (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 15).

*"Křesťanská víra, že služba člověku je vlastně službou Bohu, vedla v 1. století našeho letopočtu mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetrovaly nemocné lidi (JAROŠOVÁ, 1999). Křesťanská láska byla věřícími vyjádřena zejména životem v pokoře a chudobě, milosrdenstvím, pomocí bližnímu. Takto orientovaní lidé se sdružovali do skupin, aby následovali Kristovo učení. Z nich pak postupně vznikaly první křesťanské řády, jejichž posláním bylo mimo jiné pečovat o nemocné. Zde byly položeny základy klášterní medicíny spojené s péčí o základní potřeby nemocných,*

*postižených, chudých a trpících lidí. Ve 4. století začaly pro tyto účely vznikat první kláštery a mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné lidi.*" (PLEVOVÁ, 2011, s. 16).

V roce 817 dokonce vydal papež Řehoř Veliký rozhodnutí, které dalo klášterům za cíl povinnost péče o chudé, postižené a nemocné. Důležité je v tomto bodě představit církevní řády, jež budou níže představeny. Za počátek řádového ošetřovatelství je považováno desáté století. Ženy do řádů vstupovaly hlavně kvůli svému křesťanskému poslání, leckdy snad i z důvodů nenaplněného vztahu s mužem a založení své vlastní rodiny.

*„Obětování se a utrpení bylo povýšeno na cíl lidského života. Počátky jsou spojeny s šířením křesťanství. Šlo zejména o charitativní činnost, která byla poskytována chudým, nemocným a trpícím. Při kláštorech vznikaly špitály (ty byly velmi malé, jen s několika lůžky), kde byla naplňována křesťanská pomoc bližnímu a kde byly položeny základy klášterní medicíny spojené s péčí o základní potřeby nemocných, trpících lidí. Členové řádů skládali slib dobrovolné chudoby, neponechávali si majetek ani peníze a vše dobrovolně odevzdávali řádu. Často se členy řádů stávali i bohatí šlechtici. Ženské kongregace mají své počátky v době po tridentském koncilu, kdy byl tlak na utužení kázně řeholnic a jejich charitativní činnost byla omezena. V 19. století dochází k novému rozvoji ženských kongregací, které se zpravidla věnují práci ve školství a zdravotnictví.“* (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 19)

Křesťanské řády můžeme rozdělit do několika skupin. První jsou církevní, do nichž můžeme zařadit příslušníky jednotlivých řádů žijících v kláštorech. Další jsou rytířské řády, jež vznikly v dobách válek, členové byli rytíři. A poslední světské, jejichž členové měli životní filosofii, jež se zaměřovala na pomoci bližním. Křesťanské řády kromě ošetřování také shromažďovaly postupy, které využívaly generace před nimi. Nyní budou uvedeny řády, jež se věnovaly ošetřování nemocných, působily v Českých zemích.

Místa, kde probíhala léčba pacientů, byly většinou špitály a lazarety. Ty byly zakládány na mnoha místech, zejména poblíž větších a bohatších měst, kde byl předpoklad určité nadace či donátora, ať již duchovního či sekulárního a daru hmotného či peněžního plnění.

"Chudině poskytovaly to nejzákladnější, totiž střechu nad hlavou, minimum potravy (nasyčení) a hygienu (umytí). Od roku 1389 byla stanovena lékařům povinnost navštívit špitál, kdykoliv je dosazený špitální správce požádal." (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 31).

Špitál byl "zpravidla pokoj s dvanácti postelemi (počet apoštolů) spojený s kaplí nebo klášterem. Špitály byly určeny pro zchudlé měšťany a nemocné, pro kupce a pocestné, ale i pro zámožnější osoby, které si v nich předplatily doživotní byt, stravu a péči... K zaopatření chudých, nemocných a cizinců existovaly v kláštorech různé formy ubytovacích zařízení: dům pro chudé poutníky (*hospitalepauperum*), dům pro bohaté poutníky (*hospitium*) a nemocnice pro mnichy (*infirmarium*)." (PLEVOVÁ, 2011, s. 17).

První špitál v Čechách byl postaven v 10. století v Týnu na Starém městě Pražském a měl kapacitu pouze pro dvanáct nemocných, kteří byly opatrovány sedmi ženami. Později byly zakládány špitály u kaplí, kostelů či klášterů (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Ve 13. a 14. století počet špitálů narostl. "Ošetřovatelství bylo tehdy laickou službou trpícímu člověku a mělo vysoce humánní charakter. Prováděly ho osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání, osoby, které přejímaly zkušenosti svých předchůdců." (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 31).

Jen pro srovnání, asi první špitál, původně spojený s jakýmsi typem zájezdního hostince, fungoval a je doložen v pevnosti Akko v dnešním Izraeli, cca 12 km severně od města Haiffa. Pobýval zde prokazatelně i Marco Polo se svými společníky a do dobytí pevnosti křižáckými vojsky roku 1159 zde fungoval také první hospic, ovšem pouze 100 let, než muslimané dobyli pevnost zpět a katoličtí vojáci se stáhli na území dnešního Libanonu.

Z významných osobností přelomu 15. a 16. věku to byl Švýcar, známý pod jménem Paracelsus (Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim). Jak bylo v jeho době běžné, byl nejen lékař, ale také alchymista a astrolog a v mnohých spisech nastínil, kudy se bude ubírat moderní lékařská věda. Jeden z jeho známých citátů zní: „Dobrý lékař není nic jiného, než velká a svědomitá zkušenost“. Na rozdíl od Hippokrata léčil celého člověka, tedy i duši.

Alespoň krátkou zmínku si zaslouží český zástupce, Jan Evangelista Purkyně, patřící svými životními daty na samotný práh středověku a moderního věku. Není přímo osobností reprezentující ošetřovatelský proces, ale symbolizuje postupný odklon učenců oné doby od přísně duchovních kritérií k sekulárním idejím humanismu. Sám byl vychováván v piaristickém gymnáziu, později však přijal Darwinovu teorii o vývoji druhů. Purkyně byl průkopníkem nauky o buňkách v našich zemích, známé jsou jeho stati o spánku a pojednání o spánku, vytvořil animované obrazy funkce lidského srdce a v mnohém předběhl svou dobu.



### 3 POČÁTKY OŠETŘOVATELSTVÍ V NOVOVĚKU

Období mezi 16. a 18. stoletím bývá označováno tmavým obdobím nejen v dějinách Českého státu, ale i v historii celého ošetřovatelství. Hodně špitálů zaniklo během třicetileté války, jež probíhala mezi léty 1618 a 1648, "*kdy bídné životní podmínky lidí připomínaly spíše živoření a potřeba útulků pro choré a chudé znovu vyvstala. Lidé žili v těžkých sociálních poměrech, utiskováni vrchností. Navíc propukla nová epidemie cholery (1665) a rozsáhlá epidemie moru (1679 - 1680). Jen v Čechách měla na svědomí 50 tisíc obětí. I samotná lékařská věda byla v boji proti epidemiím bezmocná.*" (VRÁNOVÁ, 2015, s. 11).

Podle toho můžeme soudit, že se vývoj v tomto směru zastavil a bylo tomu tak až do poloviny 19. století, kdy přinesly změnu tereziánské a josefínské reformy. Roku 1753 vydala Marie Terezie Generální zdravotní řád pro země české, podle něhož se lékařská fakulta stala nejvyšším zdravotním orgánem v zemi (VRÁNOVÁ, 2015). Mezi její četné pravomoci patřil mimo jiné dohled na veškerý zdravotnický personál, lékárny a dodržování protiepidemických opatření.

Nejdříve se zkušenosti z ošetřovatelství předávaly ústní formou. O potřebné, hlavně nemocné, sirotky či jedince bez domova lidi pečovaly církevní charitativní řády, proto nebylo potřeba vyučovat specializované ošetřovatele. Od začátku 19. století se ovšem špitály začínají rozdělovat na chudobince, starobince, nemocnice či sirotčince. Do této doby bylo zvykem ošetřovat nemocné doma, což zapříčiňoval nedostatek nemocnic a jejich charitativní zaměření. Ve vyšších vrstvách společnosti se stonalo i umíralo doma, a pověřený doktor docházel léčit přímo do domu. Na konci 18. století se setkáváme se vznikem všeobecných nemocnic a to nejdříve v Brně roku 1785, Olomouci 1787 a v Praze 1790. V této době jsou také zakládány první porodnice. Existovaly 4 ošetřovací třídy. Císař Josef II. se zaměřil na špitály, přičemž dal některé zrušit a jiné se sloučily se všeobecnými nemocnicemi.

*"Tyto nemocnice přijímaly řádové sestry, jejichž zacvičení si zajišťovaly řády samy. Vedle nich začínají ošetřovatelskou péči vykonávat civilní ženy, které však byly přijímány bez jakéhokoliv předchozího vyškolení. Odborné vědomosti a praktické dovednosti získávaly teprve u lůžka nemocného"* (VRÁNOVÁ, 2015, s. 12).

Díky vzniku všeobecných nemocnic, začínají se lékaři přesunovat z domovů do nemocnic, kde zjišťují potřebu školeného pomocníka, sestry, aby mohl odborně komunikovat s nemocnými (BÁRTLOVÁ, 2005).

V roce 1753 byl vydán Marií Terezií „Generální zdravotní řád pro země české“, díky kterému byla jmenována lékařská fakulta za nejvyšší zdravotní orgán v zemi (VRÁNOVÁ, 2015). Měla kvůli tomu mnoho povinností, ale i velké kompetence, do nichž patřila kontrola veškerého zdravotnického personálu, lékáren a také dohlížela na dodržování protiepidemických opatření.

*„Úřední lékaři museli měsíčně hlásit zdravotní situaci na svém území. Dále byla zdravotním řádem ustanovena funkce krajských a městských fysiků, výkonných orgánů zdravotní správy. Tyto funkce zastávali lékaři, kteří prostřednictvím městské správy korigovali náležitá opatření, zvláště týkající se zlepšení stavu hygieny. V r. 1770 byla vydána norma, která upravovala práva a povinnosti všech zdravotnických pracovníků“* (VRÁNOVÁ, 2015, s. 11).

V roce 1860 byla otevřena první ošetrovatelská škola na světě Florence Nightingale v Londýně, následně pak byly školy otevírány i v dalších evropských a amerických městech (JAROŠOVÁ, 1999).

O 14 let později, v roce 1874, vznikla první rakousko-uherská tedy i česká škola v Praze. O vznik se zasadilo také silné emancipační ženskému hnutí, v nichž působily Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které měly největší podíl na vzniku této školy. Obě ženy byly členkami Ženského výrobního spolku ve spolupráci se Spolkem českých lékařů, především lékaře Vítězslava Janovského (VRÁNOVÁ, 2015).

První kurz byl na této škole uskutečněn 1. června 1874 a trval do 20. prosince téhož roku. Poté se další konaly v letech 1877, 1880 a 1881 (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 60 až 61). Tyto kurzy měly ošetrovatelky naučit potřebnou teorii i neméně důležitou praxi. Jako učitelé se zde vyskytovali čeští lékaři, jež také působili na Univerzitě Karlově na lékařské fakultě. Na závěr kurzu byla pořádána zkouška (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Tato škola přímo ovlivnila vznik podobné školy Vídní roku 1882 a stala se inspirací pro nově vznikající školy a to hlavně z hlediska organizace výuky. Poté v roce 1916 vznikla díky nařízení zemské vlády Česká zemská státní dvouletá ošetrovatelská škol a také německá škola pro ošetřování nemocných, obě sídlily v Praze.

*„První rok studia byl především teoretický. Výuku zajišťovali tehdejší významní profesori a lékaři. Přednášely se tyto předměty: „Anatomie – 30 hodin (prof. Weigner), fyziologie - 30 hodin (prof. Babák), patologie - 20 hodin (prof. Prusík), choroby vnitřní (prof. Maixner), chirurgie (doc. dr. Horák), choroby dětské (doc. dr. Brlík), choroby kojenecké (prim. dr. Mann), gynekologie (prof. Zikmund) a další přednášky: kožní choroby, laboratorní metody, administrativa ústavů, zdravotní zákonodárství, sociální péče, aj.“ (VRÁNOVÁ, 2015, s. 19).*

Po úspěšném absolvování závěrečné zkoušky získaly absolventky titul "Diplomovaná ošetřovatelka nemocných", přičemž dostaly odznak diplomované sestry. V této situaci je dobré zmínit slib, jenž také absolventky skládaly. Tento slib zavedla Florence Nightingale:

*„Slibuji slavnostně Bohu na svou čest za přítomnosti celého tohoto shromáždění, že provedu život mravný a že své povolání budu vykonávat věrně. Zdržím se všeho zhoubného a špatného a nikdy vědomě nepodám škodlivého léku. Pčiním se, seč moje síly stačí, povznést úroveň svého povolání a zachovám tajemství o všem, co v důvěře bude mi svěřeno o osobních a rodinných záležitostech nemocných, o nichž se dovím při své činnosti. Vynasnažím se podle svých sil podporovat loyálně lékaře při jejich práci a obětavě pečovat o blaho těch, kdož budou svěřeni mojí péči“ (VRÁNOVÁ, 2015, s. 20).*

Po první světové válce se velmi posunula úroveň ošetřovatelství ve světě obecně, ale také i v České republice. Vznikly nové problémy, kterým bylo potřeba čelit, jen na našem území se nacházelo 250 tisíc sirotků a 640 tisíc invalidů, kromě toho hrozila epidemie tyfu, spalniček, spály, španělské chřipky, záškrty aj, kterým bylo také potřeba čelit. V době první republiky se setkáváme se snahou vylepšit zdravotní systém a to díky vládní reformě, která zahrnovala záměr změny zdravotní legislativy, tak aby se stala jednotnou. Nakonec seovšem tato reforma neuskutečnila a změny se nepovedlo zavést do praxe (ŘÍHOVÁ, 2005). V nemocnicích se mohl pacient setkat hlavně s řádovými sestrami a i diplomovanými, kterých bylo v této době málo.

Ošetřovatelská profese byla v této době velice náročným zaměstnáním, jelikož sestry byly špatně placené a vždy byly ubytovány přímo v nemocnicích. Změnu přineslo nařízení vlády v roce 1927 *„O úpravě služebních a platových poměrů ošetřovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve Všeobecné nemocnici*

v Praze“ (SVOBODNÝ, et al. 2004), kdy byl úplně změněn charakter ošetrovatelské profese. Sestry dostaly více peněz.

V této době vznikalo mnoho spolků a také zdravotní diplomované sestry si založily vlastní. První organizace vznikla v roce 1921 absolventkami státní ošetrovatelské školy pod názvem "Spolek absolventek školy ošetrovatelské". *"Při zrodu SAŠO stálo devět diplomovaných sester. Počet členek se však každým rokem zvyšoval. Např. v roce 1925 měl SAŠO již 115 členek. Činnost Spolku podporovali i jednotlivci, a to především z řad lékařů. Mezi prvními to byli lékaři a profesori Karel Weigner, Ladislav Syllaba, Karel Driml, Arnold Jirásek, Bohumil Albert a další lékaři usilující o povznesení sesterského povolání. Účel SAŠO výstižně popisuje věta z jeho propagačního letáčku: „Spolek usiluje o povznesení ošetrovatelského stavu, hájí zájmy svých členek a stará se o zvýšení odborného vzdělání“. Zakládající členky vypracovaly spolkové stanovy, jmenovaly čestné členy, zvolily výbor a nechaly vyrobit spolkový odznak – stříbrná plaketa, na které byla vyobrazena kniha, lékařský znak a lipová ratolest. Činnost SAŠO byla aktivní. Byly pořádány přednášky, kurzy, byl založen pomocný fond sester, členky publikovaly ve Zprávách ČSČK. V rámci Hospodářské výstavy v Praze v roce 1925 připravil SAŠO vlastní expozici, která návštěvníky seznamovala se zásadami správného ošetrování kojence a rodičky."* (VRÁNOVÁ, 2015, s. 22). Kromě tohoto spolku vznikaly v této době i jiné organizace.

Za druhé světové války se projevil nedostatek ošetrovatelského personálu, jelikož z nemocnic byli vyhozeni řádoví ošetrovatelé a vláda se je snažila nahradit německým personálem. Nicméně jelikož byl nedostatek stále citelný, nakonec Ministerstvo sociální a zdravotní správy odsouhlasilo vznik civilní české ošetrovatelské školy v Brně, následovalo další otevírání škol a v roce 1939 k ní přibýly další tři školy a to v Praze, Kroměříži a Olomouci. Například Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského zřídila svou školu právě v tomto roce v Praze, v nemocnici Pod Petřínem fungovala celkem 10 let a absolvovalo ji celkem 134 studentek, 88 řádových a 46 civilních. Přestože se sestry aktivně zapojily do odboje za II. světové války, z ideologických důvodů byla škola v roce 1949 zrušena. V této době zaznamenáváme vznik center, jež se věnovaly poradenské péči a to v mnoha oblastech od poraden pro matky a kojence až po revmatismus.

Říšská vláda se snažila změnit organizaci sester a to pomocí nové funkce „vedoucí sestry ošetrovatelské služby v nemocnici“, jež se poprvé objevila v roce 1940.

Po atentátu na Heydricha roku 1942 se zpřísnila kontrola nad zdravotním personálem i nad samotnými lékaři. Plevová v této souvislosti uvádí, že:

*"Gestapo odvádělo lékaře i sestry přímo z pracovišť, někde byli na příkaz gestapa ihned propuštěni ze zaměstnání. Na podzim roku 1942 zrušili Němci Společnost českomoravských nemocnic. Mnohým lékařům se před odvečením do koncentračního tábora či propuštěním podařilo emigrovat. Mnoho sester bylo zapojeno v zahraniční armádě jak v Rusku, tak v Anglii, jiné byly během války v odbojovém hnutí"* (PLEVOVÁ, 2011, s. 25).

Po konci války a znárodnění v důsledku Košického vládního programu, přijatého v dubnu 1945, bylo opět na krátkou dobu obnoveno řádové sesterství. V této době si můžeme všimnout prudkého rozvoje ošetrovatelství a to hlavně mezi léty 1946-1948, jelikož Československý červený kříž pořádal kurzy ošetrovatelství, které měly zvýšit znalosti obyčejného člověka.

Velká změna nastala po roce 1948, tedy po nástupu komunistické strany do čela vlády. Nemůžeme říci, že všechno, co poté nastalo, mělo na ošetrovatelství negativní vliv, ovšem největším problémem bylo zrušení církevních škol, kvůli potlačování náboženství (řádové sestry byly z nemocnic vyhnány a poslány na nucené práce (KUTNOHORSKÁ, 2010) a konec vztahů s ostatními západními zeměmi, což mělo za následek izolaci Československé republiky v tomto i v mnoho dalších oborech. Velice byl ovlivněn sesterský spolek, který nemohl být nadále apolitický, jak se od něj očekávalo, tudíž jeho členky byly vyloučeny ze svých funkcí. Postupem času se pozitivně mění laický i odborný pohled na ošetrovatelství jako takové (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Hned na začátku bylo komunistickou vládou vydáno několik zákonů, které ovlivnily výuku ošetrovatelství, přičemž byl kladen důraz na praktickou výuku na úkor teoretických znalostí (ROZSYPALOVÁ, et al., 2006).

V červnu roku 1947 byl vydán zákon č. 94/1947 Sb. Zákon o mimořádných ošetrovatelských diplomových zkouškách a o doplňovacím výcviku ošetrovatelského personálu, zde si již můžeme všimnout důrazu na celoživotní vzdělávání sester a zlepšování jejich kvalifikace, jelikož v tomto zákonu se setkáváme s tím, že ošetrovatelky, jež mají patnáctiletou praxi nebo desetiletou praxí se mohou zúčastnit předepsané zkoušky a získat diplomovou kvalifikaci. *„Ostatním sestrám umožnil*

*doškolení při zaměstnání. V listopadu téhož roku byly vládním nařízením O úpravě platových a služebních poměrů státních a jiných veřejných zaměstnanců řádně upraveny a zvýšeny platy civilním ošetřovatelkám“ (VRÁNOVÁ, 2015).*

V roce 1948 se setkáváme s první reformou ošetřovatelství, jež byla založena na zákoně 95/148 sb. o základní úpravě jednotného školství, který platil do roku 1953. Díky němu byly všechny školy (tedy i ty zdravotnické) přesunuty pod správu ministerstva školství, od toho se odvíjela i další následná legislativa, což mělo za následek vznik středních odborných zdravotnických škol, které byly velice kritizované, jelikož studenti na tyto školy nastupovali v nízkém věku a studium trvalo čtyři roky, přičemž byly vyučovány jak odborné předměty, tak i všeobecně vzdělávací (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Tyto střední zdravotnické školy se snažily navázat na tradici dřívějších ošetřovatelských škol. Ve stejném duchu se neslo jejich umístění u nemocnic a pobyt studentů na internátu. Tyto školy vznikly sloučením tří jiných odborných škol a to: rodinných, sociálních a zdravotních. Jak je naznačeno výše student mohl školu vystudovat za 4 roky, přičemž organizace studia spočívala v rozdělení na dvě části, v prvních dvou letech se výuka zaměřovala obecné předměty a další dva na ty odborné. (patologie, anatomie, bakteriologie, chirurgie, pediatrie, vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví, aj.). Studium bylo zakončeno zkouškou (RYPÁČKOVÁ, 1971). Problémem těchto škol bylo hlavně nahuštění učiva, což vedlo k neprobrání všech detailů, které jsou k této profesi potřeba.

Další změny ve výuce ošetřovatelství zaznamenáváme roce 1951, kdy byl opět díky zavření klášterních ošetřovatelských škol, nedostatek ošetřovatelského personálu. V tomto roce byl tedy vydán nový zákon 103/1951Sb. Zákon o jednotné preventivní a léčebné péči, který obsahoval požadavky na více ošetřovatelského personálu, které ovšem nemohly ošetřovatelské školy splnit, a tak bylo sníženo v letech 1951-1960 studium pouze na délku studia pouze na tři roky, což vedlo k zhoršování kvality tohoto oboru. „Vyšší sociálně zdravotní školy se členily na větev ošetřovatelek, dětských sester, zdravotnických pracovníc, sociálních pracovníc, porodních asistentek, zdravotních a zubních laborantů a pracovníc v oboru výživy. Studium mělo společný dvouletý základ a od 3. ročníku bylo možné zaměření podle vlastního zájmu na některý z oborů“ (VRÁNOVÁ, 2015, s. 27).

Tento systém organizace studia se nakonec v praxi ukázal jako špatný, proto v roce 1953 se opět střední ošetrovatelské a zdravotnické školy přesunuly pod správu Ministerstva zdravotnictví a studium bylo prodlouženo zpět na čtyři roky. (Zdraví e15: Bc. Vilma Hubová, Mgr. Helena Michálková, Ph.d).

V roce 1960 byl vydán zákon 186/1960 Sb. Zákon o soustavě výchovy a vzdělání, podle něhož byly všechny školy sjednocené pod jednotný školní systém. *„Již koncem padesátých let se ukázalo, že základní profesní příprava sestrám pro další praxi nestačí. Tato situace si počátkem roku 1960 vynutila vznik Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě, který se postupně ujal dalšího vzdělávání všeobecných sester v ošetrovatelské praxi. Jeho nejvyšší formou se stalo další specializační studium - v současné době se jedná o NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) v Brně.“* (VRÁNOVÁ, 2015, s. 27)

*„V roce 1963 bylo toto středisko přejmenováno na Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a v roce 1986 na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Toto školicí středisko, které od svého vzniku zajišťuje kvalifikační formy dalšího vzdělávání sester, a to specializační studium, pomaturitní specializační studium, přípravu na vedoucí funkce a jiné formy dalšího vzdělávání-semináře, školící místa, tematické kurzy, diskusní soustředění apod., nese od roku 2003 název Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařských oborů“* (FARKAŠOVÁ et al, 2006, s. 29-30).

Období mezi léty 1968-69 a uvolnění ve společnosti se projevilo i v ošetrovatelství, kdy se projevil trend odklonu od zásad jednotného školství a změnami učebních plánů a osnov. *„Obsah vzdělávání zdravotních sester byl orientován na metody práce v týmu, který tvoří lékař, středně zdravotničtí pracovníci a nižší zdravotnický personál“* (VRÁNOVÁ, 2015, s. 27).

Další vlnu reforem zaznamenáváme v roce 1976 a 1977, kdy vznikaly nové typy vysokých škol zdravotnických, jejichž absolventky byly sestry – bakalářky. Úplně novými se staly nové metody výuky, kdy sestra působí v roli pedagoga např. v otázkách zdravé výživy a životního stylu. Kromě nových přístupů k pacientům se objevují i nové obory ve struktuře odborné přípravy, např. ve výuce geriatricke vzhledem ke stárnutí populace, multikulturní ošetrovatelství či rozšíření komunitní péče vzhledem k větší

koncentraci obyvatelstva do měst. Nejnovějším fenoménem je nárůst počtu imigrantů v celé Evropě a s tím související požadavek na jazykové vybavení sester a základní orientaci v odlišnosti pacientů z jiného kulturního prostředí a s jinými civilizačními návyky.

### 3.1 LAICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Pokud mluvíme o nejstarších dobách, musíme vždy používat výraz „laické ošetřovatelství“, tedy vycházející z lidového podání. Na soumraku lidských dějin je možno v hrubých obrysech nastínit umění keltských druidů s jejich schopností využití energeticky silných míst. Kromě svatyní používali také menhiry a aktivity zejména k diagnostice problému a byli schopni příznivě ovlivnit téměř 90% patologického spektra onemocnění. Ostatně naše moderní doba se pokouší v jakési renesanci těchto praktik pokračovat, byť bez hlubších znalostí souvislostí může být podobná snaha i velmi nebezpečná a může namísto pomoci přivodit pacientovi stav naprostého vyčerpání, zhroucení či přímo rozkladu osobnosti. Ne nadarmo vznikají na těchto místech pozdější křesťanské svatyně, z těch nejznámějších Emauzy, Kladruby, Křtiny u Brna (HOLEČKOVÁ 2006). Zhruba od 10. století vznikají první církevní řády, (na našem území Benediktýni – 993) mluvíme tedy o řádové či charitativní péči. Ta už byla systematictější, byť se každý církevní řád orientoval na jinou skupinu nemocných či postižených. Teprve s rozvojem moderních prostředků a techniky mluvíme o profesionální péči (tedy cca v 19. století) a můžeme ji označit jako léčebnou péči. Zajímavostí je, že právě v době moderních technologií se lidé leckdy vrací k nejstaršímu lidovému způsobu, využívajíce bylinek, kamenů, alternativ a jiných prostředků – možná i proto, že se člověk cítí ve studeném profesionálním světě osamocen a jeho duše hladová a volá po Bohu.

Do laického ošetřovatelství můžeme počítat i bylinkářství, dodnes vychází herbáře rakouské bylinkářky Marie Treben, u nás byl již v 16. století péčí Tadeáše Hájka z Hájku přeložen z italštiny Mattioliho herbář. Promítá se tu i léčení krystaly, využití čínské medicíny a jiné zdroje, odkazující se dnes spíše do alternativních postupů ošetřovatelství a léčby. Specifickou „disciplínou“ pak může být homeopatie s mocným zástupcem příznivců i odpůrců, avšak působící spíše v rovině psychiky pacienta.



## 3.2 ŘÁDOVÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Na historickém území našich zemí působilo v průběhu posledních tisíce let celkem deset církevních řádů, věnující se aktivně ošetřovatelství. Byl to Řád sv. Lazara, Johanité, Křižovníci s červenou hvězdou, Klarisky, Řád milosrdných bratří, Alžbětky, Kongregace Šedých sester, Boromejky, Diakonky, Voršilky a Vincentky. Velkou změnou procházely špitály v období 14. až 15. století, kdy se jejich donátory stávaly někdy i sekulární nadace, v některých bohatších městech městské rady či patricijské rodiny, používající na úhradu nákladů část svých výnosů z polností nebo práv, udělených panovníkem (tržní právo, právo várečné atd.), případně byl za podobný počin osvíceným panovníkem odpuštěn kontribut státní či zemské správě, jak je možno vyčíst z kronik některých královských měst Mostu, Kutné Hory nebo Jihlavy (KLÁPŠTĚ, 2002).

Nejstarším je asi prvně jmenovaný, původně zaměřený výhradně na léčbu a ošetřování malomocných, v Praze je doložen Řád sv. Lazara cca od 12. století špitálem v dnešní ulici na Zderaze, tehdy za branami města. Jeho existence končí v roce 1833. Zajímavostí je, že český lékař Václav Vojtěch Tošovský se v první polovině 20. století aktivně věnoval malomocným, zejména těm, internovaným na ostrově Spinalonga u Kréty (TOŠOVSKÝ, 1948).

Křižovníci s červenou hvězdou, jediný to řád českého původu založený Anežkou českou původně z laického špitálního bratrstva byl zase prvním, který provozoval první sirotčince pro děti. Řád milosrdných bratří byl zase znám tím, že přísně dbal na hygienu, je zmiňován jako průkopníka moderního ošetřovatelství pod názvem „Tělem k duši“. Působil nejprve ve Valticích, následně od roku 1620 v Praze a zaniká až v 19. století.

Jedny z nejkomplexnějších služeb nabízel Řád sv. Alžběty, od zlomené ruky doslova až k potratům, od roku 1719 provozoval nemocnici v ulici Na Slupi. Snad ještě schází připomenout heslo Kongregace misionářek lásky, dalšího z církevních řádů: „Chudí musí vědět, že je milujeme“. Jinými slovy, nejen vysoká odbornost, ale i naslouchání, důvěra, láska, to jsou atributy správné všeobecné sestry.

### 3.3 PROFESIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Na rozdíl od laického a částečně řádového ošetřovatelství můžeme profesionální ošetřovatelství sledovat zhruba od poloviny 19. století (Dunant, Nightingale, Pirogov), kdy zpočátku naráželo na spoustu zažitých předsudků. Těmi bylo jednak postavení žen – sester, ale taky například nedostatečná hygiena jak u vlastních výkonů u pacientů, tak v prostředí, kde byli léčeni. Rozvojem techniky, zejména pak radiologie a jiných oborů, se konečně nejen lékaři, ale i ostatní ošetřující personál stal kvalifikovanějšími, důsledkem čehož také poklesla úmrtnost po téměř banálních zákrocích.

Zejména po vstupu České republiky do Evropské Unie jsou sestry čím dál více konfrontovány také s multikulturním prostředím. Přílivovou vlnou imigrantů ze států třetího světa, ale také díky zvýšenému turismu dnes není žádnou výjimkou setkat se s pacientem z černé Afriky, nebo z muslimských zemí. Sestra by tedy měla být vybavena i jazykově, nicméně potřebnou vlastností jí stále bude empatie, měla by si všimnout i sekundárních projevů pacientů a snažit se jim v jejich potřebách vyjít vstříc (např. Bible či duchovní literatura na nočním stolku signalizuje duchovně založeného pacienta). V ošetřovatelském procesu se stejně jako v jiných oblastech lidského žití setkáváme s nejrůznějšími skupinami. Mohou jimi být VIP pacienti, ať již ekonomičtí, či politici, případně devizoví cizinci, dále celebrity kulturní či jiných oborů a samostatnou kapitolou mohou být i lékaři a sestry, zde ovšem v roli pacientů. Takové skupiny vyžadují pro sebe různá privilegia a úlevy a mohou na nemocničním oddělení způsobit mnohé zapeklité situace, se kterými si kvalifikovaná sestra musí poradit.

A stejně jako všechny orgány v těle mají svůj „vnitřní řád“, dobu, kdy jsou na vrcholu své činnosti či kdy jsou v útlumu, vše je zde v úžasné harmonii. I moderní ošetřovatelství a léčba by měly být v harmonii pro pacienty, zotavující se třeba po náročné operaci. Měli bychom mít stále na paměti, co říkal už Immanuel Kant: „*Proti trampotám života dal Bůh člověku tři věci – naději, spánek a smích*“ (HONZÁK, 1999).

### 3.4 JEDNOTLIVÉ KROKY OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Moderní ošetřovatelský proces byl takto nazván teprve v polovině 50. let 20. století a v dalším desetiletí byl tento proces se svými fázemi uznán jako vědecká metoda, která má své fáze a postupné kroky. Vyznačuje se systematičností, soustavností

a samozřejmě i účastí samotného pacienta na tomto procesu, protože nepočítá jen s pasivním léčením, ale také se zapojením jeho sama v odpovědnosti o své zdraví. V ošetrovatelském procesu stanovujeme a zhodnocujeme zdravotní stav pacienta a určujeme plán na splnění cíle jeho léčby. Samotné kroky nejsou nahodilé, nýbrž cyklické a navazují na sebe v určitém logickém pořadí, každý krok pak bývá vyhodnocen. Také původní plán léčby není statický, ale vyvíjí se podle stavu pacienta a potřeby přizpůsobit proces novým, změněným podmínkám. V 70. letech pak sdružení amerických sester přijalo „Standard ošetrovatelské praxe“, který je používán víceméně dodnes (SYSEL, et al. 2011)

Zodpovědnost sestry je v prvním případě vůči pacientovi, veřejnosti i vůči odborným spolupracovníkům a dala by se rozdělit do několika částí. Při posuzování sestra shromažďuje informace o pacientovi, získává jej „na svou stranu“, vyvádí jej z apatie, snaží se jej přimět co možná k aktivní spolupráci. Při diagnostice sestra určuje ošetrovatelskou diagnózu a plánuje priority a cíle, stanovuje výsledky a vše zaznamenává. Při vlastní realizaci je odpovědná nejen za sebe a svou práci, ale také za tým, který se ošetrovatelského procesu účastní. Opět zde výsledky zaznamenává a z nich následně hodnotí, jakého cíle bylo dosaženo, případně dokáže zdůvodnit, proč nebyl naplněn původní záměr (neochota pacienta k rehabilitaci, komplikace při léčbě, znemožňující radikálnější postup či neschopnost pacienta podstoupit operační výkon v důsledku jiné příčiny).

Protože jsou na samotná zdravotní zařízení kladeny stále vyšší nároky v oblasti kvality a péče, byly přijaty ošetrovatelské standardy. Jejich průkopníkem byl A. Donabedian, americký profesor libanonského původu a poprvé byly definovány v 70. letech minulého století. Spolu s nimi vznikla i Charta práv pacientů v nemocnicích. V našich zemích, České a Slovenské republice, se o standardech začalo hovořit po roce 2003 a byly zaměřené na různé oblasti ošetrovatelství tak, aby vymezovaly kritéria pro výkon ošetrovatelské praxe. Rozlišujeme pak standardy lokální, řešící praxi určitého zdravotnického zařízení, národní, které tvoří Ministerstvo zdravotnictví, a mezinárodní, které tvoří standardizační komise (HULKOVÁ, 2016)

### 3.5 GERIATRICKÁ PÉČE

Se zvyšující se kvalitou ošetrovatelské péče, větší dostupnosti léků i kvalitnějších přístrojů můžeme sledovat zvyšující se věk dožití seniorů. Už na začátku

21. století činí podíl seniorů v populaci přes 21% a za padesát let to bude celých 30% populace. Tato skupina pacientů má svá specifika a známe faktory, které nepříznivě ovlivňují nejen léčbu, ale i samotný život seniorů. Kromě běžných komplikací s obslužností sebe sama, zanedbáváním péče o zevnějšek i o osobní hygienu je zde velký problém v nedostatečném příjmu tekutin a nebezpečí dehydratace a kolapsu organismu. Senior nepociťuje pocit žízně, ale nezavodněné orgány nemohou správně fungovat, vylučovat odpadní látky z těla. Celkově lze říci, že jsou na stáří připraveny lépe ženy, které se také dožívají vyššího věku, v ČR činí tento rozdíl oproti mužům průměrně šest let (VENGLÁŘOVÁ, 2012)

Stáří všeobecně bývá obdobím, kdy se zhoršuje intelekt, komunikace s okolím a orientace, a to i v důsledku oslabování sociálních vazeb se svými vrstevníky – úmrtí, špatná dopravní obslužnost. Obecně lze říci, že dochází k určitým změnám v poznávacích schopnostech, které nejsou vždy od určité věkové hranice, a u každého jednotlivce tomu může být jinak. Tyto kognitivní změny jsou individuální záležitostí, závisící na faktorech dědičnosti, biologické konstituci konkrétního organismu, na individuální schopnosti rozvíjet duševní schopnosti i na podnětech zvenčí z prostředí, v jakém se senior pohybuje. V ošetrovatelské praxi je zde ještě větší důraz kladen na získání pacientovy důvěry, je třeba počítat s nutností opakovat pokyny, hovořit pomaleji, s výraznou dikcí a ještě více zde přistupovat s trpělivostí (HILL, 1998).

I zde přicházejí nové impulsy a hledání nových cest a inovativních přístupů k pacientům. V zahraničí byl prováděn experiment na uzavřeném oddělení pacientů s Alzheimerovou chorobou, kterým byla do sluchátek pouštěna reprodukováná hudba z doby, kdy byli mladí. Bylo konstatováno, že pacienti si lépe vzpomínali na jména, nebyli tolik apatičtí, dokonce se u mnohých upravily problémy se spánkem natolik, že bylo možné snížit či dokonce zcela vypustit hypnotika. Odborníci soudí, že se v tomto případě jedná o určitou stimulaci mozku, jakési „rozpomínání si“. Určitě ale platí, že zejména v geriatrické péči je více než vhodné s pacienty cvičit mozek různými hrami či kvízy, otázkou je, zda při své „běžné“ práci na to sestra najde dostatek času.

## 4 MODERNÍ POJETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Současné ošetřovatelství je nejvíce ovlivněno rokem 2004, kdy byl vydán zákon č. 96/2004 Sb., 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), po vstupu České republiky do Evropské unie. Díky tomu přišly změny ve vzdělávání zdravotních sester, jež měly za cíl sjednotit znalosti všech sester v rámci celé Evropské Unie. Největší změnou se stal požadavek, že všeobecné sestry musí mít vysokoškolské vzdělání. Tato profese je regulována a to jak v rámci Evropské unie, tak i České republiky a to z důvodu udržení kvality poskytované péče, jak zdůrazňuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Rada Evropy se zdravotnictvím a tady i ošetřovatelstvím zabývala již v 60. letech 20. století, v tuto dobu byly Radou Evropy vpracovány směrnice, jež se zabývaly jednotným vzděláním sester. Tyto směrnice pak byly podepsány 12 zeměmi a to mezi léty 1967 a 1971, poté se následně připojily i další členské státy Evropské unie a také mezinárodní organizace.

### 4.1 KODIFIKACE VZDĚLÁNÍ A KONCEPCE

Koncepce ošetřovatelství byla vytvořena v roce 1998, přičemž se stala významným krokem pro celý tento obor a udala směr vývoje. "*Koncepce definuje obor ošetřovatelství a vymezuje jeho cíle, předmět zájmu ošetřovatelství jako vědy, hlavní úlohy, síť pracovišť, pracovníků, řízení oboru a zaměření výzkumu.*" (FARKAŠOVÁ, et al., 2006, s. 36)

Tento dokument byl poté aktualizován v roce 2004 (po vstupu České republiky do Evropské Unie) a objevil se ve věstníku č. 9 - Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2004. Koncepce má šest stran a rozdělena do deseti kapitol. Ošetřovatelství je zde definováno jako: "*Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na držení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení*

*nevyléčitelně nemocného člověka a klidného umírání a smrti...". (Koncepce ošetrovatelství, s. 2)*

A jeho cíle takto: "*Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky...*" (Koncepce ošetrovatelství, s. 2)

## 4.2 MODERNÍ VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICĚ

Rok 1989 byl přelomový pro všechny obyvatele Československa, díky novým myšlenkám, se změnilo chápání ošetrovatelské péče jako takové. Po roce 1990 se směr výuky v oboru ošetrovatelství zaměřuje na zlepšení péče o pacienta, přičemž je zapotřebí se zaměřit na jeho potřeby a přání. Od této doby také vzniká stále nová legislativa, která ovlivňuje vzdělávání sester, což odrazuje zájemce o tento obor i zaměstnance v něm.

Můžeme tedy říci, že se české ošetrovatelství po roce 1989 transformuje na vědní obor, díky tomu mění i postavení sestry ve společnosti a také systém i obsah vzdělávání. Změny nastaly také kvůli mezinárodním sesterským organizacím, jež nový koncept české ošetrovatelství inspirovaly.

Rok 1991 dal vznik oboru Všeobecná sestra na vysokých školách i na středních školách a nahradil tak obory, jež existovaly do té doby. V tomto roce byla také založena Česká asociace sester, jež dodnes sdružuje mimo sester i ostatní zdravotnické pracovníky. Mezi její zakladatelky jsou Růžena Wagnerová, Lenka Müllerová a Blanka Misconiovoá. (PLEVOVÁ, 2011) Mezi aktivity této asociace patří hlavně rozvoj ošetrovatelství ve všech jeho aspektech.

Poté v roce 1996 byly střední a vyšší zdravotnické školy převedeny ze správy Ministerstva zdravotnictví do správy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, a pak v roce 2000 pod krajskou správu. (PLEVOVÁ, 2011) S těmito přesuny přišla vždy i změna legislativy, jež se vztahovala k tomuto oboru. I dnes je kvalifikační vzdělávání podřízeno těmto zákonům:

- Zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních, středních a vyšších škol (školský zákon), ve znění pozdějších změn a doplňků
- Zákon č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě školství, ve znění pozdějších změn a doplňků
- Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších změn a doplňků
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákon č. 96/2004 Sb., 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), ve znění pozdějších předpisů

#### 4.3 SOUMRAK ŘADOVÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Po únorovém puči roku 1948 došlo k razantní změně požadavků kvalifikovanosti ve všech oborech lidské činnosti a ušetřeno nebylo ani lékařství už proto, že právě zde dochází k možnosti hovořit s pacientem a ideologicky jej formovat a vychovávat. Nové zřízení logicky nemělo zájem na ovlivňování socialistického člověka tmářskými křesťanskými tezemi, což vedlo už rok poté v izolaci katolických biskupů a ve školství v uzavření škol, vedených jakýmkoli řádem (např. zdravotní škola v Praze Pod Petřínem). Počátkem roku 1950 došlo k likvidaci řeholí, což se dotklo celkem 2900 mužů a 12000 žen všech vyznání jen v katolické církvi, ale nový režim si vyřizoval účty i s protestanty, například zakázal činnost Armády spásy, která se okrajově zabývala také ošetřovatelstvím, péčí o alkoholiky, sirotky či bezdomovce. Protože obvinění, vznesená režimem proti církvím i proti Armádě spásy byla chabá, byly v případě známého důstojníka Josefa Korbela podstrčeny do modlitebny v Brně zbraně a on sám byl odsouzen na 12 let žaláře (KORBEL, 1993).

V současné době se Armáda spásy opět více zabývá ošetřovatelstvím, vznikají nízkoprahová denní centra a terénní služba, kdy do míst, kde se zdržují lidé bez domova, vydávají odborně vyškolené zdravotní sestry či lékaři a snaží se buď přímo

na místě, nebo odvozem do zdravotního zařízení vyřešit konkrétní potíže (omrzliny, gangrény, zhnisané neléčené rány, nejen u starších pacientů zablešení, zavšivení, marasmus).

Od poloviny dubna do konce dubna 1950 pak byli všichni dřívější obyvatelů klášterů internováni ve sběrných střediscích, např. v Králíkách či v Želivi, mnozí představitelé řádů byli nepravdivě obžalováni z podvracení republiky, do klášterů byly agenty StB propašovány zbraně a vysocí představitelé kléru byli bitím a drogami nuceni odříkat naučené výpovědi o zločinném spolčení s Vatikánem a tom, jak měli škodit lidově demokratickému státu a jejímu lidu. Mnohé řádové sestry byly nuceny k porušení řádových slibů, byla snaha je osamostatnit a umístit na práci do továren, aby si vzájemně nemohly být oporou. Komunistický režim opakoval skoro totéž, co pár let před tím nacisté. Na některých místech byly přesto řádové sestry trpěny, např. Milosrdné sestry Řádu německých rytířů v Zemské nemocnici v Opavě, zejména pro jejich pečlivost, přívětivost a starostlivost v péči o pacienty a poslušnost k vedoucím lékařům. Rovněž u nich nepřicházelo v úvahu jakékoli flirtování s pacienty, měly přímo zakázáno hovořit s mužskými pacienty kromě nejnnutnější komunikace. Protože procházely v dřívějších dobách velmi kvalitními kursy, byly žádanými instrumentářkami na operačních sálech, zvládaly péči o pacienty s infekčními chorobami a otravami a dokázaly poskytovat základní první pomoc. Je třeba říci, že Milosrdné sestry v Opavě působily již od poloviny 19. století a provozovaly také psychiatrickou léčebnu, jak vyplývá i z pamětí sestry Wittkové a jiných pramenů (CHENAUX, 2012)

Pro nedostatek zdravotního personálu byly řádové sestry v nemocnicích sice trpěny, ale postupně nahrazovány novými silami. Nejdéle působily v některých domovech důchodců (Újezdec u Klatov a.j.), odkud byly nakonec poslední ostrůvky těchto obětavých pracovnic donuceny odejít počátkem 70. let za takzvané normalizace do Bílé Vody na Jesenicku, kde působily v Charitním domově řádových sester a pracovaly v pekárně mešních oplatek.

#### 4.4 STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY

Na středních zdravotnických školách existoval obor Všeobecná sestra od roku 1991 do roku 2004, tedy až do vydání zákona č. 96/2004 Sb. Díky němu vznikl nový obor, který je nazván Zdravotnický asistent. Absolventi tohoto oboru mohou vykonávat



ošetřovatelskou praxi, ale pouze omezeně a pod vedením a dohledem lékaře nebo zdravotní sestry. Toto studium trvá čtyři roky, v prvním a druhém ročníku se studenti učí převážně předměty jazykové, přírodovědné a společenskovední, poté ve třetím a čtvrtém ročníku se vyučování již zaměřuje na odborné předměty. Studium je zakončeno maturitní zkouškou a praktickou zkouškou v ošetřování nemocných (KUTNOHORSKÁ, 2010). Tento obor lze studovat, jak v denní formě, tak i večerní.

Mezi střední zdravotnické školy můžeme zařadit i zdravotnická lycea, která v České republice fungují od roku 2005. Na tomto typu škol se sekáváme s větším rozsahem probíraného učiva. Hlavní důraz je kladen na to, aby byli studenti připraveni na vysokoškolské studium na lékařských či pedagogických fakultách. Délka studia i jeho zakončení je stejné jako na školách středních. Největším rozdílem je nabídka předmětů ve třetím a čtvrtém ročníku studia, kdy si studenti volí předměty, jež se zaměřují na klinické, lékařské, laboratorní, ošetřovatelské nebo technické obory (PLEVOVÁ, 2011).

#### 4.5 VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY

Vyšších zdravotnických školy existují v České republice od roku 1996. Studium trvá tři roky a jsou zde vyučovány základní (postgraduální) předměty. Tento typ škol je určen pro absolventy středních škol, nejen těch se zdravotním zaměřením. Školy poskytují řadu kvalifikací v různých oborech jako například diplomovaný zubní technik, farmaceutický asistent a nutriční terapeut a diplomovaná všeobecná sestra a také i v dalších nelékařských zdravotnických oborech. Studium je složeno jak z teorie, tak i z praxe a je zakončeno absolutoriem a absolvent poté získá titul diplomovaný specialista (DiS.) (KUTNOHORSKÁ, 2010).

#### 4.6 VYSOKOŠKOLSKÉ STUDIUM

Vysokoškolské studium ošetřovatelství bylo před rokem 1989 vyučováno pouze na fakultě v Bratislavě, bylo pochopitelně trochu jiné než v současnosti. Hlavní změna se udála v roce 1992, kdy byly otevřeny nové ošetřovatelské obory a sestry si díky tomu tak mohly začít zvyšovat své odborné znalosti a výcvik. Nejdříve byl otevřen pro tento typ studia pouze bakalářský program, navazující magisterský vznikl až v roce 1999, kdy vyšel v platnost vysokoškolský zákon č. 111/1990 Sb., o vysokých školách,

ve zněních pozdějších změn a doplňků. V současné době lze studovat i doktorské studium.

*"Vysokoškolské studium ošetrovatelství kromě lékařských fakult nabízejí také fakulty se zdravotnickým zaměřením. Fakulty úzce spolupracují nejen s fakultními nemocnicemi, které slouží jako výuková pracoviště, ale i s ostatními zdravotnickými pracovišti (V rámci primární, sekundární, terciární a komunitní péče)." (PLEVOVÁ, 2011, s. 53)*

Na těchto školách se setkáváme se s celou řadou oborů jako např. všeobecná sestra, fyzioterapeut, porodní asistentka a jiné. Studium je vždy zakončeno státní zkouškou a poté je absolventovi udělen titul bakalář (Bc.) nebo magistr (Mgr.). Po vstupu ČR do Evropské Unie začala i u nás platit Směrnice evropského parlamentu a rady 2005/36/ES. Jedním z jejích důsledků je např. odliv našich všeobecných sester do zemí EU. Dává nejen jim možnost vykonávat povolání, na které získaly kvalifikaci v kterémkoli státu EU s přihlédnutím k dalším legislativám, zakotveným např. v zákoně 18/2004 o uznání kvalifikací.

#### 4.7 SPECIALIZAČNÍ STUDIUM

V oboru ošetrovatelství se setkáváme i se specializačním studiem, které se zaměřuje na *"specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různé terénní a nemocniční péče a na management. Prohlubuje v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci zdravotnického pracovníka. Specializační studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních podle vzdělávacího programu, který se skládá z modulů, jež tvoří ucelenou část vzdělávacího programu s daným počtem kreditů. Vzdělávací program stanoví délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých vzdělávání probíhá. Dále stanoví teoretické znalosti a praktické dovednosti vyplívajících modulů, popřípadě další požadavky pro získávání specializované způsobilosti."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 52)

Ve vzdělávacím programu lze najít doporučenou literaturu, vstupní požadavky, charakteristiku činností absolventů i odbornou způsobilost. Pokud je toto studium řádně ukončeno, absolvent získává "specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání a současně specializovanou způsobilost

k výkonu příslušného zdravotnického povolání." (Plevová, 2011, s. 52). V ČR má již od 50. let vysokou úroveň Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, která sídlí v Hradci Králové a má dislokované pracoviště také v Brně. Prošla strukturalizací a změnou názvu v roce 2004 po vstupu ČR do EU a v současné době má 8 kateder – epidemiologie, radiobiologie, toxikologie a farmacie, chirurgie, vnitřního lékařství a hygieny, urgentní medicíny a všeobecného lékařství, molekulární patologie a biologie a zdravotního managementu. O naše vojenské specialisty-lékaře je ve světě velký zájem, byli nasazováni i při konfliktech na blízkém Východě, na Balkánu či Afghánistánu.

#### 4.8 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER A STRUKTURA VÝUKY

Pojem celoživotního vzdělávání funguje kromě ošetrovatelství i v jiných oborech. Je to velice důležité v tomto odvětví a to i z důvodu vývoje technologií a nových teorií. Organizací celoživotního vzdělávání sester se zabývalo již mnoho mezinárodních organizací, které vydaly dokumenty na toto téma. Celoživotní vzdělávání můžeme definovat jako *"obsáhlý soubor cílů a strategií soustředěný kolem teze, že jedním z hlavních atributů moderních společností by měly být celoživotně otevřené možnosti učení, jejichž dostupnost bude zajištěna na co nejširším základě. Specifický požadavek, že tyto možnosti musejí být pro všechny, je doplněn pro zdůraznění toho, že bude-li celoživotní vzdělání vyhrazeno privilegované skupině, vytvoří se tím ve společnosti nepřijatelné přehradu, které mohou do značné míry ohrozit sociální soudržnost."* (Celoživotní učení pro všechny, 1997, s. 27).

Definice celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví bychom našli v zákonu číslo 96/2004 Sb., podle paragrafu 53, odst. 1 se tím myslí, *"celoživotním vzděláváním rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky."* (Zákon 96/2004 Sb.)  
Formy tohoto celoživotního vzdělávání podle paragrafu 54 odst. 1 jsou:

- specializační vzdělávání,
- certifikované kurzy,

- inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, která jsou akreditována pro vzdělávací program, kterým se získává odborná, specializovaná nebo zvláštní odborná způsobilost pro konkrétní činnosti, v nichž si má zdravotnický pracovník obnovit znalosti a dovednosti; inovační kurzy pro činnosti, které jsou součástí odborné způsobilosti, mohou pořádat také poskytovatelé zdravotních služeb, kteří zajišťují praktické vyučování pro střední, vyšší odborné nebo vysoké školy v příslušném oboru,
- odborné stáže v akreditovaných zařízeních, která jsou akreditována pro vzdělávací program, kterým se získává odborná, specializovaná nebo zvláštní odborná způsobilost pro konkrétní činnosti, v nichž si má zdravotnický pracovník stáží prohloubit znalosti a dovednosti,
- účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích, pokud tak stanoví právní předpis upravující kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,
- publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu,
- e-learningový kurz, nebo samostatné studium odborné literatury (Zákon 96/2004 Sb.).

Nebo je možné vzdělávat se v navazujících studijních programech dle paragrafu 54, odst. 3:

*"Za celoživotní vzdělávání se pro účely tohoto zákona považuje také studium navazujících studijních programů. Navazujícím studijním programem se pro účely tohoto zákona rozumí akreditovaný doktorský studijní program, akreditovaný magisterský nebo akreditovaný bakalářský studijní obor nebo studijní obor vyšší odborné školy, který je zdravotnického zaměření nebo svým zaměřením úzce souvisí s odborností příslušného zdravotnického pracovníka a je absolvován po předchozím získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání." (Zákon 96/2004 Sb.).*

Existuje také specializační studium. Toto vzdělávání se zaměřuje na *"specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různé terénní a nemocniční péče a na management. Prohlubuje v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci zdravotnického pracovníka. Specializační studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních podle vzdělávacího programu, který se skládá z modulů, jež tvoří ucelenou část vzdělávacího programu s daným počtem kreditů. Vzdělávací program stanoví délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých vzdělávání probíhá. Dále stanoví teoretické znalosti a praktické dovednosti vyplívajících modulů, popřípadě další požadavky pro získávání specializované způsobilosti."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 52)

Ve vzdělávacím programu můžeme najít doporučenou literaturu, vstupní požadavky, charakteristiku činností absolventů a odbornou způsobilost. Pakliže zdravotník úspěšně splní specializační vzdělávací atestační zkoušku, získává *"specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání a současně specializovanou způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 52)

Vzdělávání sester zajišťuje i Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Největší česká profesní organizace sester a ostatních zdravotníků ČAS v poslední době (duben 2016) důrazně protestuje proti dalšímu typu vzdělání pod názvem „4+1“, prosazovaném díky ministru zdravotnictví Svatopluku Němečkovi. Asociaci vadí především umenšování podílu odborných předmětů v tomto typu vzdělávání a tím pádem nedostatečně vzdělaní zdravotníci.

Po celou dobu historie ošetrovatelství se setkáváme s ošetrovatelkou ať už na úrovni laické či profesionální, jež poskytuje pacientovi základní péči. V rámci vývoje si můžeme všimnout rozšíření povinností, znalostí a dovedností sester. V dnešní době jsou vyvíjeny nové technologie, tudíž je potřeba celoživotního vzdělávání daleko významnější. Samozřejmě je nutné tyto dovednosti strukturalizovat a přicházet s nimi postupně.

Také si můžeme všimnout nových požadavků společnosti. Kromě základních dovedností se nyní sestry učí i psychologii a sociologii. Podle Plevové, jež navazuje

na Neklanovou, je třeba se zaměřit hlavně na budoucí problémy společnosti, mezi něž zařazuje těchto sedm:

1. Zvýšení počtu obyvatel starších 65 let má za následek vznik geriatricke jako samostatného oboru.
2. Díky zvýšení počtu obyvatel měst a přílivu imigrantů, bude potřeba rozšíření péče mimo zdravotnická zařízení, tedy zvětšení center komunitní péči.
3. Jelikož bude více občanů z kulturně jiných zemí, je zapotřebí studentům vysvětlit základní problematiku, jež se týká rozdílnosti kultur a je tedy zapotřebí klást větší důraz na multikulturní ošetřovatelství.
4. Díky přílivu lidí z vývojových zemí by bylo dobré se zaměřit na prevenci nemocí, jež jsou již v moderním světě vyhubeny, jako je třeba tuberkulóza. Jelikož je možné, že i dnes zvládnuté nemoci, se mohou hrozbou.
5. Rozvoj techniky a vývoj nových zdravotnických strojů zapříčiní to, že bude potřeba nových specialistů, jež se budou o tyto stroje starat a přitom budou mít zdravotní vzdělání.
6. Nejspíše bude společnost vytvářet nové etické a morální problémy, tudíž by bylo dobré se zaměřit i na tuto oblast.
7. Vystane problém obezity a jiných civilizačních onemocnění, a proto bude nutné, aby měly sestry pedagogické dovednosti, aby mohly pomáhat pacientům s prevencí těchto onemocnění (PLEVOVÁ, 2011).

Můžeme konstatovat, že všechny výše zmíněné body jsou v dnešní době již aktuální a také se jim vzdělání ošetřovatelství přizpůsobuje. Také můžeme konstatovat, že vývoj je v ošetřovatelství po roce 1989 patrný. Podle Krátké by mělo být hlavním cílem výuky seznámení studentů s metodami, které jim pomohou, aby se lépe vyznali v dané problematice, a konstatuje, že je důležité je naučit práci s informacemi a pochopení mezipředmětových vztahů. Jsou zaváděny i nové metody vzdělávání, měly by zapříčinit:

- Navození pocitu kompetence
- Posílení samostatnosti
- Podpora odpovědnosti
- Schopnost komunikace
- Schopnost přemýšlet
- Schopnost zdůvodňovat a hodnotit
- Schopnost kooperace - pracovat v týmu
- Schopnost vyhledávat nové informace atd. (PLEVOVÁ, 2001, s. 55)

#### 4.9 VÝZNAM MANAGEMENTU

Pod pojmem manažer či manažerka v ošetrovatelském procesu možná mnozí znejistí, jakou náplň práce a úlohu může takové místo představovat. Manažerem se však stává každý, kdo přímo vede podřízené osoby a současně vykonává všechny funkce managementu. Velkou devizou, kterou se však nezodpovědně až marnotratně plýtvá, je čas. Sestra – manažerka by měla mít přesně dané pracovní náplně, měla by znát silné i slabé stránky svých podřízených a citlivě rozdělovat úkoly. Nikdo by si na pracovišti neměl připadat zbytečný, ideálním stavem může být, kdy sami podřízení přicházejí s nápady, jak řešit konkrétní úkoly, případně jak upravit lokální standardy kvality, aby co nejlépe odrážely praxi v daném zařízení.

Jedním z mnoha nástrojů úspěšného manažera je motivace podřízených. Nikdy by člověk v postavení vedoucího pracovníka neměl po svých podřízených chtít věci, které by sám nechtěl dělat. Měl by být rozhodný, avšak nikoli despotický. Výborně se osvědčily otevřené schůzky, kdy v debatách „u kulatého stolu“ mají právo se vyjádřit stejně ošetrovatelé, jako sestry či lékaři. Pozice manažera je mnohdy nevděčná, protože ze strany „zdola“ může docházet k určitému přehlížení či snahou o manipulaci např. ze strany starších kolegů, tlak shora může mít příčiny kupříkladu v tlaku vedení zařízení na zefektivnění procesu, zeštíhlení pracovních pozic či kumulaci funkcí. V moderní době 21. století se manažer setkává čím dál více se stohy papírů, měl by ale dávat pozor na to, aby pro samé výkazy ještě zbyl čas na pacienta, na diagnostiku, na vyhodnocení

správnosti postupu, na komunikaci a výměnu názorů s kolegy či podřízenými. I zde je více než vhodné umět plánovat, rozvrhnout svůj čas, psát si úkoly do diáře a totéž naučit i své podřízené, ukazovat či demonstrovat jednotlivé kroky na tabulích, flipchartech, pomocí projektoru či celou poradou s dohodnutými výstupy poslat spolupracovníkům na jejich elektronickou poštu s vyznačenými úkoly a termíny splnění.

Zlatým pravidlem je umění motivovat kolektiv spolupracovníků častým chválením, psychologové doporučují sedm pochval a jednu výtku. Hodně se dá docílit trénováním používání správného tónu hlasu. Povzbuzení v nelehké práci ošetrovatelského procesu působí blahodárně nejen na pracovníky v přímé obslužné péči, ale naplněním jejich potřeb uznání se tato pohoda přenáší i na pacienty našich zařízení (ŠKRLOVI, 2003).



## 5 VYBRANÉ VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI

Tato kapitola má za úkol představit významné osobnosti, které se přímo zasadily o vývoj ošetrovatelství. Nejdříve budou představeny zakladatelské osobnosti a to Florence Nightingale, Nikolaj Ivanovic Pirogov a Henri Jean Dunant. A poté se již text zaměří na nejvýznamnější české osobnosti, které ovlivnili moderní ošetrovatelství. Budou představeny tyto ženy: Anežka Česká, Sylva Macharová, a Alice Masaryková.

### 5.1 FLORENCE NIGHTINGALE

Tato žena se narodila v italské Florencii dne 12. května 1820 v anglické, vzdělané a úspěšné rodině. (Plevová, 2011) Poté se její rodina přestěhovala zpět do Anglie, tam se jí dostalo klasického vzdělání, které využila v její pozdější práci. Florence Nightingale je považována za první ošetrovatelskou teoretičku a zakladatelku profesionálního ošetrovatelství a to hlavně kvůli působení v Krymské válce (kde bojovala Francie a Anglie proti Rusku). Do ní se dostala tak, že napsala dopis sekretáři války Sidneymu Herbertovi a nabídla mu svou pomoc, tem ji samozřejmě přijal. Ona následně odjela s dalšími 38 sestrami do Scutarské vojenské nemocnice. V ní se nacházelo více než 2500 pacientů a bohužel, jak bylo v té době zvykem, tam byly hrozné hygienické podmínky, což způsobovalo více úmrtí. (PLEVOVÁ, 2011) Nightingale na to reagovala tak, že zavedla změny, které měly za následek zlepšení situace.

*"Zprovoznily kuchyň a nemocní vojáci dostávali stravu podle potřeby. Dbaly na čistotu a úklid, vybudovaly toalety, zřídily prádelnu. Zavedly podrobné denní záznamy, ve kterých evidovaly rány, onemocnění a úmrtí, dále znečištěnou vodu a potraviny. Bojovaly za práva pacientů, poukazovaly na nedostatky armádního nemocničního oddělení a navrhovaly změny. Zavedly systém, který umožnil, aby vojáci pravidelně posílali peníze domů rodinám. Pro rekonvalescenty vytvořily odpočinkovou místnost s čítárnou, psacími pomůckami, společenskými hrami. Pečovaly také o psychickou stránku nemocných a jejich sociální pohodu. Půl roku poté se pak snížila úmrtnost raněných vojáků ze 42,7% na 2% ke konci války dokonce na 1%." (PLEVOVÁ, 2011, s. 29).*

Mezi vojáky byla tato žena obdivována, přes noc obcházela jejich lůžka, kontrolovala je, za to dostala přezdívku "Dáma s lampou" (KUTNOHORSKÁ, 2010). Během války onemocněla tzv. krymskou horečkou, která jí ovlivnila celý zbytek života.

*"Nikdy nebylo vidět, že by trpěla nějakou organickou nemocí, přesto byla pravděpodobně od roku 1857 invalidní. V roce 1883 jí královna Viktorie udělila Královský červený kříž. Roku 1897 definitivně ulehla na lůžko a byla na něj upoutána až do konce života. Velice se jí zhoršoval zrak, posledních 10 let byla úplně slepá. V roce 1907 jí král Edward VII., jako první ženě v historii, předal Vyznamenání za zásluhy"* (PLEVOVÁ, 2011, s. 31).

Nightingale zemřela dne 13. srpna 1910 (KUTNOHORSKÁ, 2010). V knize, kterou napsala: "Zápisky o skutečnostech negativně ovlivňujících zdraví a výkonnost v britské armádě a i správě vojenských nemocnic založené zejména na zkušenostech z poslední války" se zaměřila na návrh nového systému vojenského systému, přičemž využila statistické grafy a diagramy, následně tato reforma proběhla. Poté byla díky ní pozvána do Indie, aby tam řešila zdravotní a hygienické problémy. Kromě toho se také stala konzultantkou při několika následujících válkách např. v občanské válce Spojených států a francouzsko-pruské válce (PLEVOVÁ, 2011).

V roce 1860 byla otevřena první necírkevní nemocnice v Londýně u kostela sv. Tomáše za pomoci Nightingale. Hlavním rozdílem bylo to, že některé předměty byly vyučovány lékaři. O dva roky později se zde začalo vyučovat i porodnictví.

## 5.2 HENRI JEAN DUNANT

Další důležitou osobou, která ovlivnila vývoj ošetřovatelství, je Henri Jean Dunant. Tento muž se narodil v Ženevě dne 8. května 1828 v bohaté rodině a díky tomu se stal již v mládí členem sirotčí organizace, také každou neděli předčítal vězňům z knih a zabýval se vznikem zařízení, jež by pomáhaly raněným vojínům. (PLEVOVÁ, 2011).

Byl významným obchodníkem a bankéřem, ale i přes to se roku 1859 vydal na bojiště u města Solferina, kde se poprvé setkal s bitvou a viděl její následky. Tento pohled se mu zaryl do paměti a poté *"Naléhal na zřízení organizované pomoci. Nabídl svou pomoc, vyjednával s vedením armády a docílil, že zajatí lékaři mohli léčit své raněné vojáky. Dal podnět k mnoha sbírkám ve prospěch péče o raněné. Tehdy poprvé zveřejnil myšlenku zřídit v době míru v každé zemi společnost, která by se starala*

*o výchovu dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů, aby byl potřebný personál v době války k dispozici."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 32).

Poté se tedy zasadil o ideu vzniku organizace, jako je Červený kříž, jež následně začal realizovat. V říjnu roku 1863 se v Ženevě konala konference, na které byl založen Mezinárodní výbor Červeného kříže, přičemž se jí zúčastnilo 36 zástupců z 16 evropských zemí. *"Delegáti přijali rezoluci vyzývající ke zřízení "Výboru pro pomoc raněným už v době míru a dohodli se na tom, že budou připravovat dobrovolné zdravotníky. Vytýčili zásadu nedotknutelnosti a neutrality zdravotnických zařízení a personálu označených červeným křížem, který byl přijat jako univerzální znak nově založené organizace."* (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 52) Henri Jean Dunant za tento čin získal Nobelovu cenu míru roku 1901 (PLEVOVÁ, 2011).

### 5.3 NIKOLAJ IVANOVICH PIROGOV

Nikolaj Ivanovic Pirogov se narodil v Moskvě 13. listopadu 1810. Byl velmi nadaný žák, a tak nastoupil na univerzitu už čtrnácti letěch, poté v sedmnácti letech absolvoval moskevskou Lékařskou fakultu. (Plevová, 2011) Dalším mezníkem v jeho životě se stal rok 1836, kdy se stal profesorem chirurgie ve městě Tartu v Estonsku, následně v roce 1840 začal jako profesor vyučovat na Lékařské chirurgické akademii v Petrohradě, tam také vybudoval chirurgickou kliniku a první anatomický ústav na světě. (PLEVOVÁ, 2011) Mezi jeho zásluhy patří objevení narkózy v roce 1846, také rozvoj chirurgie, válečné medicíny, kde zavedl sádrové obvazy a zajímal se o tematiku úrazového šoku. Také má zásluhy na vzniku Ruského Červeného kříže. (KUTNOHORSKÁ, 2010)

Když začala Krymská válka v roce 1854, odjel do Sevastopolu spolu s třiceti milosrdnými sestrami, čímž se ocitl na druhé straně barikády oproti Nightingale a stejně jako ona byl zděšen z toho, co tam viděl. *"Na vlastní oči viděl následky nepřipravenosti a nedbalosti. Došel k přesvědčení, že příčinou je nedostatek vzdělání národa, proto se usilovně začal věnovat reformě školství v Rusku. Vytvořil mimo jiné základy moderní ruské pedagogiky... Ještě dvakrát byl vyslán na válečná pole - naposledy v roce 1877 v čele svých sester poskytoval lékařskou péči v rusko-turecké válce."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 32)

Nikolaj Ivanovic Pirogov zemřel 5. prosince 1881, jeho byly poté převezeny do Pirogovoje, kde vzniklo po druhé světové válce Pirogovo muzeum (PLEVOVÁ, 2011).

#### 5.4 ALICE MASARYKOVÁ

Alice Masarykova je Vídeňská rodačka. Narodila se 3. května 1879. Studium strávila v Praze, kde studovala na Karlově Univerzitě filozofii, sociologii a historii. Poté také v Berlíně, Lipsku a Chicagu. Během svého života byla vzata i do vězení za to, že byla členkou odboje a to v letech 1915-1916. V roce 1919 pomohla založit organizaci Československého Červeného kříže, kde setrvala dvacet let, přičemž byla jeho předsedkyní. (PLEVOVÁ, 2011)

*"Velmi se angažovala v ošetrovatelském školství. Aktivně podporovala vzdělávání ošetrovatelek a financování školy. Svým postavením a angažovaností zvyšovala prestiž školy i ošetrovatelské profese. Její zásluhou přijely do Prahy tři americké sestry, které pomáhaly vybudovat na vysoké úrovni ošetrovatelskou školu v Praze. V roce 1919 založila první Vyšší sociální školu v Československé republice (ČSR). Účastnila se předávání diplomů, sjezdů absolventek až do roku 1948, kdy byla nucena odejít do ústraní."* (PLEVOVÁ, 2011, s. 35)

Konec svého života strávila v Americe a v roce 1966 zemřela v Chicagu. Nakonec byla její urna převezena v roce 1994 za pomoci Československého Červeného kříže do České republiky a následně uložena do rodinné hrobky v Lánech. (PLEVOVÁ, 2011)

#### 5.5 SYLVA MACHAROVÁ

Sylva Macharová byla dcera Josefa Svatopluka Machara a narodila se dne 23. června roku 1893. Nejdříve studovala na lyceu v Hradci Králové, následně absolvovala ošetrovatelskou školu v Rudolfinerhausu ve Vídni a to v roce 1915, po dokončení se vrátila jako diplomovaná sestra do Prahy a byla přijata do sanatoria v Podolí. Následně byla přijata na chirurgickou kliniku prof. Kukuly, kde pracovala jako instrumentářka na operačním sále (STAŇKOVÁ, 2001)

Poté v roce 1920 získala medaili Florence Nightingale a následně v roce 1923 byla jmenována do čela České ošetrovatelské školy ministrem zdravotnictví, také byla

současně ředitelkou Německé ošetrovatelské školy, protože vedení obou škol bylo totožné. (STAŇKOVÁ, 2001) Při této práci podnikla mnoho pozitivních změn, např. provedla rozšíření školy, na několika klinikách Všeobecné nemocnice v Praze vybudovala školní stanice, které sloužily jako třídy, v nichž vedly studentky školené diplomované sestry a ostatní (STAŇKOVÁ, 2001) Kromě této profese také působila ve Vojenské nemocnici ve Střešovicích na neurochirurgii a poté také na klinice profesora Jiráska jako vedoucí rehabilitačního oddělení. Zemřela 19. ledna 1968 (STAŇKOVÁ, 2001).

## 5.6 ANEŽKA ČESKÁ

Anežka Česká byla dcerou Přemysla I. Otakara a díky tomu měla zajištěno nejlepší vzdělání v její době. Uměla nejen číst a psát, ale ovládala také čtyři světové jazyky. Vyrůstala několik let v klášteře, a díky tomu se rozhodla neprovdát a zasvětit svůj život nejpotřebnějším. Dopisovala si např. se sv. Klárou, blízkou spolupracovnicí Františka z Assisi, odtud také pojmenování klarisky. Jako první žena v historii založila ryze mužský církevní řád Křižovníků s červenou hvězdou, který kromě duchovního rozměru řádu na svých Komendách provozovali síť špitálů, dále sirotčince a chudobince. Dá se uvažovat o tom, že asi jako první dokázala v ošetrovatelství skloubit tak zvané laické léčení předků s charitativně-duchovním rámcem a na středověké poměry i jistou profesionální péče o nemocné.

Výčet mužů a žen, které počítáme k průkopníkům ošetrovatelství, jistě není úplný, přesto by se dal zmínit ještě alespoň Albert Schweitzer a jeho praktickou pomoc v nemocnici v Lambaréné na území dnešního afrického státu Gabonu. Zejména zpočátku ve velmi primitivních podmínkách dokázal v tropické zemi vyléčit stovky Afričanů, navíc se velice zasazoval o to, aby se „bohatý“ svět zajímal o problémy Afriky a celého třetího světa (SOUKUPOVÁ, 2015).

## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelství, zejména pak to, které nazýváme pojmem „moderní“, je oborem, založeném na jisté samostatnosti a eruditě všeobecných sester v kontinuální spolupráci s ošetřujícími lékaři a pomocným personálem, s nimiž tvoří jeden tým. Tato spolupráce nestojí na historických předsudcích, kdy byla zdravotní sestra pouze poslušnou vychovatelkou příkazů nadřízených lékařů. Ošetrovatelství ve 21. století je disciplína, kdy se nové poznatky všech lékařských oborů současně ověřují a uplatňují v praxi.

Oproti dřívějším generacím, bojujícím s nedostatečným vzděláním v oblasti anatomie či psychologie, ale také se špatným vybavením dřívějších špitálů a lazaretů máme nyní moderní nemocnice. Při laparoskopických operacích ruku lékaře nahrazuje přesnější robotický nástroj, máme k dispozici preparáty, o kterých se zástupům předchůdců tohoto oboru ani nezdálo. Co tedy doporučit do další práce?

Ošetřujícím sestřám, působícím „v první linii“, dostatek trpělivosti a ochoty se dále vzdělávat, pochopit pacienta a vyhodnotit jeho potřeby i celý postup léčby.

Lékařům přesnou diagnostiku zákroku i ošetrovatelského procesu, dostatek pokory a osobnostní i profesní růst i dostatek prostředků na vybavení svých pracovišť.

Oběma dříve jmenovaným skupinám, ale i všem pracovníkům, působícím ve zdravotnictví, i mladým sestřám, které stojí na prahu své profesní kariéry přeji, aby dokázali svou práci brát i nadále jako své poslání. A společnosti jako takové, aby platové podmínky ve zdravotnictví motivovaly nové síly k této krásné práci v naší republice a nenutily odborný personál odcházet za výdělkem do zemí Evropské Unie.

## ZÁVĚR

Demografický vývoj v naší společnosti není příliš příznivý. Na jednu stranu vidíme snahu o prodloužení života člověka, na stranu druhou společnost nebezpečně stárne. Principy důchodových reforem, zaváděných před více než 150 lety, jsou dávno překonané, protože populace v mnoha evropských zemích vymírá. Ve velké míře se setkáváme s problémy migrace, tradiční modely křesťanské Evropy se hroutí. To vše klade na ošetrovatelský proces nové pohledy, nové zakázky a vyžaduje také nová a moderní řešení a postupy. K tomu všemu je zapotřebí vzdělaný, empatický personál, který se chce dále vzdělávat.

Tato práce si kladla za cíl srovnat počátky ošetrovatelské práce v dávné historii, vzpomenout na průkopníky tohoto oboru a zaměřit se na moderní ošetrovatelský proces, který obstojí zejména po vstupu naší země do Evropské Unie. Naše země leží uprostřed kontinentu, který má největší hustotu osídlení z celé planety. Dochází zde ke střetům postojů, ideologií, kultur, migrují zde národy, vznikají a zanikají nové státy a celé říše. Zdá se, jakoby i samo křesťanství bylo mrtvé, ale tato práce měla ukázat i na postoj řádových sester, jejich obětavou práci, kterou vnímají jako své poslání a službu svým bližním i samému Bohu. Pokud takovým způsobem bude každý zdravotnický pracovník a účastník ošetrovatelského procesu přistupovat ke svým úkolům, mnohé ostré hrany a nedorozumění se obrousí a někdy neprávem odsuzované zdravotnictví nebude na okraji zájmu společnosti, ale výstavním oborem lidské činnosti. S pohledem, upřeným dopředu, práce cíle, které si určila v tomto srovnání věků, splnila.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knižní zdroje

- ANZENBACHEROVÁ, M. *Ošetřovatelství*. Československá nemocnice 5, 1935, č. 9.
- BARTL, Pavel a kol., 2003. *Kamenný svět*. MH Beroun. ISBN 80-86720-01-02
- BERNAL, John Desmond, 1960. *Věda v dějinách I, II*. Praha, SNPL.
- BLACK, Anthony, 1999. *Bohové, Démoni a symboly starověké Mezopotámie*, Volvoxglobator, ISBN 80-7207-266-8
- BRONCOVÁ, Dagmar, 2003. *Historie farmacie v Českých zemích*. Jablonec nad Nisou: MILPO. ISBN 80-86098-30-3
- BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva, 2011. *Zdravotnická povolání*. Vyd. 1. Praha: WoltersKluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-661-5
- CASTLEMAN, Michael, 2004. *Velká kniha léčivých rostlin*. Praha: Columbus. ISBN 80-7249-177-6
- CEJPEK, Jiří, 2002. *Dějiny knihoven a knihovnictví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0323-3
- Celoživotní učení pro všechny: Zasedání Výboru pro vzdělávání OECD na úrovni ministrů ve dnech 16. - 17. ledna 1996. Praha: Učitelské noviny-Gnosis, 1997. 374 s. ISBN 80-238-2251-9
- DUBOIS, Chateau Bellerives, 2009. *Laithwaites Wine*, Bordeaux.
- DUINOVÁ, N., J. SUTCLIFFOVÁ a A. HRADILEK, 1997. *Historie medicíny: od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart. ISBN 80-858-7104-1
- FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. *Ošetřovatelství-teorie*. Martin: Osveta. ISBN 8080632278
- FOUILLOUX, Danielle et al., 1992. *Slovník biblické kultury*. Praha, EWA. ISBN 80-900175-7-6
- GABRIEL, J., 2002. *Ošetřovatelství v ČR neodpovídá požadavkům EU*. Zdravotnické noviny, 2002, roč. 51, č. 20.
- GOFF, Hazel Avis, *Ošetřovatelství v Československu*. In Československá nemocnice 4, 1934, č. 9.
- HILL, G., 1998. *Moderní psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-641-1
- HOLEČKOVÁ a kol., 2006. *Santiniho cesta za světlem*. MH Beroun. ISBN 80-86720-21-7
- HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén. ISBN 80-8262-032-0
- HULKOVÁ, Viera, 2016. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9083-6
- CHENAUX, Philippe, 2012. *Katolická církev a komunismus v Evropě 1917-1989*. Rybka Publishers. ISBN 987-80-87067-41-3



- JORDAN, Harald, 2010. *Léčivá energie místa a krajiny*. Fontána. ISBN 978-80-7336-562-2
- KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 807013-123-3
- KARNETOVÁ, Zuzana, 2012. *Komunitní ošetrovatelství*. Praha
- KLÁPŠTĚ, Jan, 2012. *Proměna českých zemí za středověku*. Praha, NLN. ISBN 978-80-7422-140-8
- KORBEL, Josef, 1991. *V nepřátelském táboře*. Ostrava: Vydavatelství Křesťanských sborů. ISBN 80-85237-05-09
- KOZÁK, Pavel, 2003. *Energie krajiny*. ARCHET. ISBN 80-902394-2-0
- KRAUS, Jiří, 2005. *Slovník cizích slov*. Praha, AKADEMIA, ISBN 80-200-1415-2
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2005. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vydání. ISBN 8024604280
- MERHAUTOVÁ, I. *Bez celoživotního vzdělávání se neobejdeme*. Sestra, 5/2006, str.12, roč.16, ISSN 1210-0404
- MUŽÍK, J., 2006. *Andrologické aspekty celoživotního vzdělávání sester*, Florence. č. 11, ISSN 1801-464X
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol.: 2014. *Skripta k předmetům výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha, VŠZ. ISBN 978-80-904955-9-3
- NIKLÍČEK, Ladislav, 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Avicenum, Praha.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: GradaPublishing. ISBN 9788024735573.
- PLEVOVÁ, Ilona, Regina SLOWIK a Antonín HRADILEK. 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství: od pravěku do roku 2020*, Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-807-3685-065
- POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-4316-5
- PRAVDOVÁ, Markéta et al., 2014. *Akademická příručka českého jazyka*. Praha, AKADEMIA. ISBN 978-80-200-2327-8
- REJDÁK, Zdeněk. *Páter František Ferda*, Eminent 1994, ISBN 80 85 876906
- ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ. 2006. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1503-2
- RŮŽIČKA, Radomír, 2004. *Medicína dávných civilizací*. Olomouc, Poznání. ISBN 80-86606-18-X
- RYPÁČKOVÁ, Anna, 1971. *Tak jsem to dělala já...* Zdravotnická pracovnice. 21. Příloha Plamínek proti větru, č. 6, s. 65-76. ISSN 0049-8572
- ŘÍHOVÁ, Milada, 2005. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha. ISBN 80-246-1021-3

- SOUKUPOVÁ, Vlasta, 2015. *Svatá Anežka Česká, život a legenda*. Praha, Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-471-6
- STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *Sestra - reprezentant profese*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry; 11. ISBN 80-7013-368-6
- STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství 7*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-329-5
- SVOBODNÝ, Petr – HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha. ISBN 80-7254-424-1
- SVOBODNÝ, Petr, 2004. *Dějiny lékařství v Českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1
- SYSEL, Dušan a kol. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4
- ŠKRLOVI, P. a M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent-Orion ISBN 8071-72-841-1
- ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. 2004. *Sestra. O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-407-0
- TOŠOVSKÝ, Václav Vojtěch. 2006. *V třpytném moři je Kréta*. Triton 2006. ISBN 80-7254-612-0
- VOKURKA, Martin et al. 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha, Maxdorf. ISBN 978-80.7345-456-2
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2012. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-2170-5
- VUČKOVÁ, Jaroslava, 1994. *Ošetrovatelství 1 pro 1. ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. 1. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-716-8151-2

### **Elektronické zdroje**

- BALDOVÁ, Martina. 2015. [online]. webz [cit. 29.10.2015]. Dostupné z: <http://terkam1.webz.cz/materialy/Historie-od1918.doc>.
- BÁRTLOVÁ, S. *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu* [online]. 2007 [cit. 19.10.2015 ]. Dostupné z: <http://www.casopis-zsfju.zsfjcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121350301795>.
- Doc. RNDr. PhMr. Václav Rusek, CSc., *České lékařství 13. a 14. století, řády a povinnosti lékárníků*, 2002 [online]. Apatykář [cit. 29. 1. 2015]. Dostupné z: <http://historie.apatykar.info/clanek-25/>.
- KOHOUTOVÁ, I. *Legislativní úprava zdravotnického vzdělávání. Sestra, Koncepce ošetrovatelství*[online]. MZČR [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi\\_3196\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html)
- Kolektiv autorů [online]. *SZŠ Ruská* [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.szsruska.cz/files/sbornik--mobilita-2015.pdf>.

- PACLTOVÁ, Radmila, 2009. *Zdislava z Lemberka, osobnost ošetrovatelství v Čechách*, [online]. E15 [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zdislava-z-leberka-osobnost-oseetrovatelstvi-v-cechach-417217>.
- SOCHA, Vladimír, *Muž, na kterého se přísahá in extra Svět*, Praha, 2010. [online]. ZŠ Horáková [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.zshorakhk.cz/tvorba/ucitele/hippokrates.pdf>.
- ŠVEJNOHA, Josef. 2004. *Henri Dunant: zakladatel mezinárodního hnutí Červeného kříže*. [online]. 1.vyd. Praha: Úřad Českého červeného kříže. [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.cervenkykruz.eu/cz/edicehnuti/dunant.pdf>
- ŠVEJNOHA, Josef. 2004. *Florence Nightingalová: zakladatelka dobrovolné ošetrovatelské péče*. . [online]. 1.vyd. Praha: Úřad Českého červeného kříže. [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.cervenkykruz.eu/cz/edicehnuti/florence.pdf>
- Úvod [online]. NCONZO [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/home>
- VRÁNOVÁ, Věra, 2015. *Historie a současnost ošetrovatelství*. [online]. UPOL [cit. 29. 10. 2015]. Dostupné z: [https://courseware.upol.cz/wps/PA\\_Courseware/DownloadDokumentu?id=41833](https://courseware.upol.cz/wps/PA_Courseware/DownloadDokumentu?id=41833).
- Zdravotní sestra [online]. *Budoucnost profese* [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.budoucnostprofesi.cz/budoucnost-profesi.html/26-zdravotnictvi-a-farmacie/111-zdravotni-sestra>

### **Zákony, vyhlášky**

- Základní informace pro žadatele [online]. MŠMT [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/zakladni-informace-pro-zadatele>
- Zákon 96/2004 Sb.: 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: Sbíрка zákonů. 2004. [online]. *Zákony pro lidi* [cit. 23. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#cast1>