

Ilona Plevová a kolektiv

---

# Ošetrovatelství I

2., přepracované a doplněné vydání

---





Ilona Plevová a kolektiv

---

# Ošetřovatelství I

2., přepracované a doplněné vydání

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

## **OŠETŘOVATELSTVÍ I** **2., přepracované a doplněné vydání**

**Hlavní autorka a editorka:** PhDr. Ilona Plevová, PhD.

**Autorský kolektiv:** doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., Mgr. Eva Janíková, prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Mgr. Alena Machová, PhDr. Ilona Plevová, PhD., PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Regina Slowik, DiS., doc. Mgr. Martina Tomagová, Ph.D., PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D.

**Recenzentky:** doc. Mgr. Elena Gurková, PhD., doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2018

Cover Photo © depositphotos.com, 2018

Vydala Grada Publishing, a.s.,  
U Průhonu 22, Praha 7  
jako svou 7037. publikaci  
Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková  
Sazba a zlom Karel Mikula  
Počet stran 288  
2. vydání, Praha 2018  
Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-2327-8 (ePub)

ISBN 978-80-271-2326-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-0888-6 (print)

# Obsah

Úvod . . . . .	11
----------------	----

## 1 Historie ošetřovatelství

Ilona Plevová, Regina Slowik . . . . .	13
1.1 Ošetřovatelství v nejstarších dobách . . . . .	13
1.2 Význam církve pro vývoj ošetřovatelství . . . . .	14
1.3 Válečné ošetřovatelství . . . . .	17
1.4 Počátky ošetřovatelství v českých zemích . . . . .	19
1.4.1 Vývoj ošetřovatelství do roku 1918 . . . . .	21
1.4.2 Vývoj ošetřovatelství v letech 1918–1939 . . . . .	22
1.4.3 České ošetřovatelství v době fašistické okupace 1939–1945 . . . . .	22
1.4.4 České ošetřovatelství po roce 1945 . . . . .	23
1.5 Vybrané významné osobnosti světového ošetřovatelství . . . . .	25
1.5.1 Florence Nightingalová . . . . .	25
1.5.2 Henri Jean Dunant . . . . .	29
1.5.3 prof. MUDr. Nikolaj Ivanovič Pirogov . . . . .	30
1.5.4 Theodor Fliedner . . . . .	31
1.6 Vybrané významné osobnosti českého ošetřovatelství . . . . .	31
1.6.1 Anežka Přemyslovna . . . . .	31
1.6.2 Karolina Světlá . . . . .	32
1.6.3 Eliška Krásnohorská . . . . .	33
1.6.4 PhDr. Alice Masaryková . . . . .	33
1.6.5 doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. . . . .	34
1.7 Historie porodnického ošetřovatelství . . . . .	35
1.7.1 Porodní asistentka . . . . .	35
1.7.2 Publikace a vzdělání v porodnickém ošetřovatelství . . . . .	37
1.7.3 Porodnické školy . . . . .	40
1.7.4 Babictví (porodnictví) jako profese . . . . .	40

## 2 Vzdělávání v ošetřovatelství

Ilona Plevová . . . . .	43
2.1 Počátky vzdělávání . . . . .	43
2.2 Vzdělávání po roce 1989 . . . . .	45
2.2.1 Vzdělávání a legislativa . . . . .	46

2.2.2	Pregraduální studium . . . . .	48
2.2.3	Postgraduální studium . . . . .	50
2.3	Mentorství v ošetrovatelské praxi . . . . .	51
<b>3</b>	<b>Současné ošetrovatelství</b>	
	Ilona Plevová, Eva Janíková, Regina Slowik . . . . .	57
3.1	Koncepce ošetrovatelství . . . . .	58
3.2	Definice ošetrovatelství . . . . .	59
3.3	Cíle ošetrovatelství . . . . .	61
3.4	Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství . . . . .	61
3.5	Regulované povolání . . . . .	62
3.6	Registrace zdravotnických pracovníků . . . . .	64
3.7	Profesní organizace sester a porodních asistentek . . . . .	65
3.7.1	České profesní organizace . . . . .	66
3.7.2	Mezinárodní profesní organizace . . . . .	71
3.8	Ošetrovatelský tým . . . . .	73
3.9	Formy a metody poskytování péče . . . . .	73
3.9.1	Vymezení ošetrovatelské péče . . . . .	73
3.9.2	Formy ošetrovatelské péče . . . . .	75
3.9.3	Metody ošetrovatelské péče . . . . .	78
<b>4</b>	<b>Role sestry a pacienta</b>	
	Lucie Sikorová . . . . .	81
4.1	Profesionalizace sestry . . . . .	81
4.2	Profesionální role . . . . .	81
4.3	Role sestry . . . . .	82
4.4	Image sestry . . . . .	86
4.5	Role pacienta . . . . .	87
4.5.1	Role nemocničního pacienta . . . . .	88
4.6	Osobnost sestry a pacienta . . . . .	89
4.6.1	Osobnost zdravotníka . . . . .	89
4.6.2	Osobnost sestry . . . . .	89
4.6.3	Osobnost pacienta . . . . .	93
4.7	Spolupráce sester ve zdravotnictví . . . . .	95
4.8	Vztahy mezi zdravotníky a nemocnými . . . . .	96
4.8.1	Kladné přijetí člověka . . . . .	98
4.9	Spolupráce s pacientem . . . . .	100
4.10	Spolupráce sester a lékařů . . . . .	101
4.11	Vztahy mezi sestrami . . . . .	104
4.12	Spolupráce mezi pacienty . . . . .	105

<b>5 Ošetrovatelský proces</b>	
Martina Tomagová . . . . .	<b>106</b>
5.1 Posouzení . . . . .	111
5.1.1 Pozorování . . . . .	113
5.1.2 Rozhovor . . . . .	114
5.1.3 Fyzikální vyšetření . . . . .	115
5.1.4 Měřicí nástroje . . . . .	115
5.2 Diagnostika . . . . .	116
5.2.1 Diagnostický proces . . . . .	118
5.3 Plánování . . . . .	120
5.3.1 Stanovení priorit . . . . .	120
5.3.2 Formulace cílů . . . . .	120
5.3.3 Plánování intervencí . . . . .	122
5.4 Realizace . . . . .	125
5.4.1 Ošetrovatelské intervence . . . . .	125
5.4.2 Proces realizace . . . . .	126
5.5 Vyhodnocení . . . . .	127
5.5.1 Ošetrovatelská dokumentace . . . . .	129
<b>6 Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství</b>	
Alena Machová . . . . .	<b>131</b>
6.1 Úvod do problematiky konceptuálních modelů a teorií ošetrovatelství . . . . .	131
6.1.1 Konceptuální modely . . . . .	133
6.1.2 Teorie ošetrovatelství . . . . .	135
6.2 Model sebeděže – Dorothea Elisabeth Oremová . . . . .	138
6.2.1 Biografie autorky . . . . .	138
6.2.2 Vývoj modelu sebeděže . . . . .	139
6.2.3 Asumpce (předpoklady) modelu . . . . .	140
6.2.4 Hlavní jednotky modelu . . . . .	140
6.2.5 Metaparadigmatické pojmy modelu . . . . .	141
6.2.6 Základní pojmy a definice modelu . . . . .	142
6.2.7 Ošetrovatelský proces v modelu D. Oremové . . . . .	144
6.2.8 Využití modelu sebeděže ve výuce a ošetrovatelské praxi . . . . .	145
6.3 Adaptační model Callisty Royové . . . . .	146
6.3.1 Biografie autorky . . . . .	146
6.3.2 Vývoj adaptačního modelu . . . . .	147
6.3.3 Asumpce (předpoklady) modelu . . . . .	148
6.3.4 Hlavní jednotky modelu . . . . .	148

6.3.5	Metaparadigmatické pojmy modelu . . . . .	149
6.3.6	Základní pojmy a definice modelu . . . . .	149
6.3.7	Ošetřovatelský proces v modelu C. Royové . . . . .	151
6.3.8	Využití adaptačního modelu ve výuce a ošetřovatelské praxi . . . . .	153
6.4	Teorie čtyř konzervačních principů – Myra Estrin Levinová . . . . .	155
6.4.1	Biografie autorky . . . . .	155
6.4.2	Vývoj teorie čtyř konzervačních principů . . . . .	156
6.4.3	Asumpce (předpoklady) modelu . . . . .	156
6.4.4	Hlavní jednotky modelu . . . . .	157
6.4.5	Metaparadigmatické pojmy modelu . . . . .	158
6.4.6	Základní pojmy a definice modelu . . . . .	159
6.4.7	Ošetřovatelský proces v teorii Levinové . . . . .	162
6.4.8	Využití teorie čtyř konzervačních principů ve výuce a ošetřovatelské praxi . . . . .	163
6.5	Teorie interakčních systémů, teorie dosažení cíle Imogene Kingové . . . . .	164
6.5.1	Biografie autorky . . . . .	164
6.5.2	Vývoj teorie dosažení cíle . . . . .	165
6.5.3	Asumpce (předpoklady) modelu . . . . .	166
6.5.4	Hlavní jednotky modelu . . . . .	166
6.5.5	Metaparadigmatické pojmy modelu . . . . .	167
6.5.6	Základní pojmy a definice modelu . . . . .	168
6.5.7	Ošetřovatelský proces v modelu Kingové . . . . .	171
6.5.8	Využití teorie otevřených systémů ve výuce a ošetřovatelské praxi . . . . .	172
6.6	Teorie pokojného konce života Cornelie M. Rulandové a Shirley M. Moorové . . . . .	173
6.6.1	Biografie Cornelie M. Rulandové . . . . .	173
6.6.2	Biografie Shirley M. Moorové . . . . .	174
6.6.3	Vývoj teorie pokojného konce života . . . . .	175
6.6.4	Asumpce (předpoklady) modelu . . . . .	176
6.6.5	Hlavní jednotky modelu . . . . .	176
6.6.6	Metaparadigmatické pojmy teorie . . . . .	178
6.6.7	Hlavní pojmy a definice modelu . . . . .	179
6.6.8	Ošetřovatelský proces v teorii Rulandové a Moorové . . . . .	180



6.6.9	Využití teorie pokojného konce života ve výuce a ošetrovatelské praxi . . . . .	182
6.7	Rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví – Marjory Gordonová . . . . .	183
6.7.1	Biografie autorky . . . . .	183
6.7.2	Vývoj rámce pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví . . . . .	183
6.7.3	Asumpce (předpoklady) . . . . .	185
6.7.4	Hlavní jednotky . . . . .	185
6.7.5	Metaparadigmatické pojmy . . . . .	186
6.7.6	Hlavní pojmy a definice rámce funkčních a dysfunkčních vzorců . . . . .	186
6.7.7	Ošetrovatelský proces podle M. Gordonové . . . . .	189
6.7.8	Využití rámce pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví ve výuce a ošetrovatelské praxi . . . . .	190
<b>7</b>	<b>Klasifikační systémy v ošetrovatelství</b>	
	Renáta Zeleníková . . . . .	192
7.1	Vývoj klasifikačních systémů v ošetrovatelství . . . . .	192
7.2	Klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA International . . . . .	196
7.2.1	Rozvoj ošetrovatelské diagnostiky . . . . .	196
7.2.2	Vznik a vývoj NANDA International . . . . .	197
7.2.3	Taxonomie I NANDA-I . . . . .	199
7.2.4	Taxonomie II NANDA-I . . . . .	200
7.3	Klasifikace ošetrovatelských intervencí – <i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i> . . . . .	204
7.4	Klasifikace ošetrovatelských výsledků – <i>Nursing Outcomes Classification (NOC)</i> . . . . .	207
7.5	Aliance NNN . . . . .	211
7.6	Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe – <i>International Classification of Nursing Practice (ICNP)</i> . . . . .	214
<b>8</b>	<b>Výzkum v ošetrovatelství</b>	
	Radka Bužgová . . . . .	218
8.1	Rozdělení výzkumu . . . . .	219
8.1.1	Observační výzkumy . . . . .	219
8.1.2	Experimentální (intervenční) výzkumy . . . . .	219
8.1.3	Kvantitativní výzkum . . . . .	220

8.1.4	Kvalitativní výzkum . . . . .	.220
8.2	Základní pojmy ve výzkumu . . . . .	.221
8.3	Výzkumný proces . . . . .	.223
8.4	Vymezení zkoumaného problému . . . . .	.224
8.5	Výběr vzorku . . . . .	.224
8.5.1	Výběr vzorku v kvantitativním výzkumu . . . . .	.224
8.5.2	Výběr vzorku v kvalitativním výzkumu . . . . .	.227
8.6	Metody a techniky sběru dat . . . . .	.227
8.6.1	Pozorování . . . . .	.228
8.6.2	Dotazník . . . . .	.229
8.6.3	Rozhovor . . . . .	.232
8.6.4	Techniky studia dokumentů . . . . .	.233
8.6.5	Kazuistika . . . . .	.234
8.7	Analýza dat . . . . .	.235
8.7.1	Analýza kvantitativních dat . . . . .	.235
8.7.2	Analýza kvalitativních dat . . . . .	.236
8.8	Prezentace a publikování výsledků výzkumu . . . . .	.237
<b>9</b>	<b>Praxe založená na důkazech v ošetrovatelství (EBN)</b>	
	Darja Jarošová . . . . .	<b>.238</b>
9.1	Praxe založená na důkazech (EBP) . . . . .	.238
9.2	Proces a fáze EBP v ošetrovatelství . . . . .	.239
9.2.1	Krok 1 – Formulace klinické otázky . . . . .	.239
9.2.2	Krok 2 – Systematické vyhledání nejlepšího dostupného důkazu . . . . .	.242
9.2.3	Krok 3 – Kritické posouzení důkazu . . . . .	.245
9.2.4	Krok 4 – Aplikace důkazu do klinické praxe . . . . .	.249
9.2.5	Krok 5 – Zhodnocení výsledku implementace důkazu (intervence) . . . . .	.250
9.3	Klinické doporučené postupy . . . . .	.251
	<b>Seznam bibliografických zdrojů . . . . .</b>	<b>.253</b>
	<b>Přílohy . . . . .</b>	<b>.274</b>
	Příloha č. 1 . . . . .	.274
	Příloha č. 2 . . . . .	.276
	<b>Slovníček pojmů . . . . .</b>	<b>.277</b>
	<b>Rejstřík . . . . .</b>	<b>.282</b>
	<b>Souhrn . . . . .</b>	<b>.285</b>
	<b>Summary . . . . .</b>	<b>.286</b>

## Úvod

Ošetřovatelství je z historického pohledu láska k lidem, moudrost a pomoc, a i když prošlo během svého vývoje velkými změnami, stále si zachovalo svůj osobitý charakter.

Konec 20. a počátek 21. století je pro ošetřovatelství obdobím největších změn. Obor mnohem výrazněji vymezuje své specifické a nezastupitelné teritorium. Požadavky na ošetřovatelskou péči se neustále zvyšují. Tato náročná péče zahrnuje velmi pestrou škálu různě obtížných činností a klade vysoké nároky na behaviorální stránku ošetřovatelského povolání. Ošetřovatelská péče se rozděluje na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou, a zároveň představuje velmi rozmanité činnosti, které jsou realizované pracovníky oboru ošetřovatelství s různým stupněm vzdělání. Vzdělávání všeobecných sester a dalších pracovníků, kteří zajišťují ošetřovatelskou péči, je v celé historii ovlivňováno řadou domácích, ale i mezinárodních faktorů (např. společenských, politických, ekonomických, právních, postavení žen ve společnosti a dalších). S rozvojem medicíny a vstupem stále složitějších technologií do medicíny se postupně měnila i role nelékařských zdravotnických profesionálů. Od všech těchto pracovníků se v moderním ošetřovatelství očekává flexibilita, schopnost reagovat na změny ve vývoji léčby. V souvislosti s tím je vše podmíněno nezbytným celoživotním vzděláváním.

**Nejvýznamnější změny**, jimiž prošla ošetřovatelská profese, lze zhruba vymezit následovně:

- Ošetřovatelství se profiluje jako profese s přesně definovanými kompetencemi v rámci zdravotní péče.
- Ošetřovatelství se orientuje na péči ve zdraví (tj. předcházení onemocnění) a v nemoci.
- Ošetřovatelství se orientuje na stále se zvyšující kvalitu poskytované ošetřovatelské péče.
- Ošetřovatelství je vědní disciplínou a výzkum v ošetřovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí.
- Ošetřovatelství uplatňuje praxi založenou na důkazech (*evidence based practice*), ošetřovatelství založené na důkazech (*evidence based nursing*).

- Ošetrovatelství a jeho nositelky – sestry, porodní asistentky a další profese – se stávají edukátorkami pacientů/klientů různých národností a vyznání.

Tato a další specifika jsou zahrnuta v předkládané aktualizované knize. Kniha podává komplexní informace o ošetrovatelství tak, aby se studenti zdravotnických oborů, kterým je tato publikace určena, dokázali v tak široké oblasti orientovat a získali potřebné teoretické informace v ucelené podobě. Na první díl, který nyní držíte v ruce, navazuje díl druhý, doplněný o další oblasti týkající se ošetrovatelství.

# 1 Historie ošetrovatelství

Ilona Plevová, Regina Slowik

Rozvoj ošetrovatelství v různých zemích má některé společné znaky, ale i řadu odlišností. Ošetrovatelství bylo vždy ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, politickými faktory, válkami, vědeckými objevy i význačnými jedinci – osobnostmi. Tyto faktory působí vždy v určitém vzájemném vztahu, proto není možné jejich vliv chápat zcela odděleně (Jarošová, 2000).

Ošetrovatelství bylo jako profese ovlivňováno během historického období třemi vývojovými liniemi – třemi hlavními směry v péči o nemocné:

- **neprofesionální ošetrovatelství** – platil zde starý tradiční systém ošetřování – opatrování, ve kterém se člověk ošetřuje sám (péče o sebe, péče o rodinu, péče v rodině a komunitě, laická pomoc, navzájem si pomáhat)
- **charitativní ošetrovatelství** – ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku v jeho složité životní situaci, jakou je nemoc a utrpení; šlo o uspokojování základních potřeb a vycházelo z hlubokých humánních tradic a náboženského přesvědčení
- **profesionální ošetrovatelství** – rozvinulo se s vývojem medicíny (srov. Farkašová a kol., 2006; Plevová, Slowik, 2008)

## 1.1 Ošetrovatelství v nejstarších dobách

Náboženství zahrnovalo širokou škálu přesvědčení od nadpřirozených sil neživých předmětů, jako jsou talismany, amulety a totemy, k uctívání předků a víře v existenci duchů a bohů, kteří mají osud lidí ve svých rukou. Tyto názory byly základem vzniku různých náboženství.

Mnoho magických praktik vzniklo na základě nemoci, která potřebovala pomoc zvenku. Postupně se začaly užívat čaje, odvary a další medikamenty, jež měly ve spojení s vírou velký účinek. Odtud pramenila kouzla a zařikávání používaná v dávných dobách jak při léčení, tak v prevenci různých onemocnění. Postupně se od primitivních léčitelů přenesla péče o nemocné do mnoha náboženských řádů (WHO, 1997a).

Nemocní začali přicházet do chrámů, kde se kněží modlili za jejich vyléčení nebo pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy – původce nemocí. Kněží tak vešli do povědomí jako kněží-lékaři.

Ošetřovatelská péče v domácnostech byla poskytována matkami nebo jinými členy domácnosti a otroky (Jarošová, 1999).

Kolem 11. století se rozmáhá laická péče o nemocné a choré. Nemocní totiž rušili klášterní klid, a tak péče o ně začala být předávána laikům. Z této iniciativy se na mnoha místech vyvinula ošetřovatelská společenstva, z nichž pak povstaly světské řády, jejichž členové pocházeli ze všech stavů (Schott, 1997).

Od doby, kdy začaly vznikat špitály, se začíná vyvíjet i pozice ošetřovatelství. Důležitým zlomem byla krymská válka a vliv osobnosti Florence Nightingalové a jejích ošetřovatelských praktik. Od této doby ošetřovatelství nabírá profesní směr díky zakládání ošetřovatelských škol, vydáváním knih, vznikem spolků sester a hlavně rostoucí potřebou kvalifikovaného personálu (Plevová, Holešová, 2005).

## 1.2 Význam církve pro vývoj ošetřovatelství

Charitativní a řádové ošetřovatelství otevírá velmi dlouhou etapu historického vývoje péče o nemocné označovanou jako ošetřovatelství laické. Jeho počátky sahají do raného středověku doprovázeného šířením křesťanství (Staňková, 2003).

Křesťanská víra, že služba člověku je vlastně službou Bohu, vedla v 1. století n. l. mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetřovaly 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 mj. 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.

Zatímco katolická církev orientovala nové církevní řády k poskytování péče potřebným lidem převážně v kláštorech a špitálech, protestantská církev se zaměřovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě. O nemocné se v protestantských zemích staraly zejména diakonky.

Rozvoj řádů a kongregací (tab. 1) s charitativním a ošetrovatelským zaměřením byl ovlivněn především rozhodnutím papeže Řehoře Velikého, který v roce 817 uložil klášterům povinnost péče o chudé, postižené a nemocné.

Kláštery i špitály byly budovány převážně příslušníky panovnických rodů. Později se k nim přidala další majetná šlechta i různí zámožní měšťané.

Původní špitály byly zřizovány při kláštorech. Jednalo se zpravidla o pokoj s 12 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 (Jarošová, 1999; Staňková, 2003). Podle benediktinské řehole byl klášter povinen pečovat o všechny nemocné a potřebné v širokém okolí. Musel jim poskytnout jak přístřeší, tak přiměřenou léčbu. K zaopatření chudých, nemocných a cizinců existovaly v kláštorech různé formy ubytovacích zařízení: dům pro chudé poutníky (*hospitale pauperum*), dům pro bohaté poutníky (*hospitium*) a nemocnice pro mnichy (*infirmarium*) (Schott, 1997; Svobodný, Hlaváčková, 2004).

**Charita** (charitativní práce) byla ve středověku, jak uvádí Staňková (2003), velmi rozšířená, avšak působila značně roztržštěně. První zdárný pokus o sjednocení této dobrovolné charitativní péče se objevil v 17. století ve Francii zásluhou kněze sv. Vincenta. Ekonomický rozvoj společnosti a průmyslová revoluce v 19. století vedly ke zhoršení sociální situace obyvatelstva, v charitativním hnutí vznikla naléhavá potřeba vytvoření organizované sítě. Jen v Evropě existovalo mnoho charitativních skupin zaměřených na sociálně pedagogickou a ošetrovatelskou práci, na pomoc především chudým, nemocným či jinak trpícím lidem. Katolická charita byla po vzoru jiných zemí vytvořena také v Československu v roce 1922. Sdružení Česká katolická charita je součástí římskokatolické církve. Pomáhá bližním v nouzi bez ohledu na jejich příslušnost k náboženství, národnosti či rase.

Výraz **diakonie** je odvozen od řeckého slova *diakonein* – sloužit, pomáhat. Sahá do raných křesťanských dob. Původně šlo o posluhování u stolu, později tak křesťané označovali služebníky Boží, muže v apoštolské službě. V následujících letech šlo především o služby sociální a správní. Již v 1. století n. l. se vytvořil stav ženských služebnic – diakonek. Organizovaná činnost diakonek však postupně zanikla. Teprve v době reformace v 18., a hlavně v 19. století začala podle Staňkové

**Tab. 1** Nejznámější církevní ošetřovatelské řády a kongregace (Staňková, 2003)

Název řádu	Založen
<b>6.–10. století</b>	
benediktini	r. 529 u nás v <b>10. století</b>
<b>11. století</b>	
johanité	okolo r. <b>1040</b> u nás r. <b>1156</b>
Vojenský a špitální řád rytířů sv. Lazara Jeruzalémského	r. <b>1098</b> u nás r. <b>1154</b>
<b>12. století</b>	
suverénní Vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty (řád maltézských rytířů)	r. <b>1119</b>
johanitky	před r. <b>1182</b>
<b>13. století</b>	
rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou	r. <b>1233</b>
<b>16. století</b>	
řád Milosrdných bratří (hospitálský řád sv. Jana z Boha)	r. <b>1572</b> u nás r. <b>1605</b>
<b>17. století</b>	
řád sv. Alžběty	r. <b>1627</b> u nás r. <b>1719</b>
kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského	r. <b>1652</b> u nás r. <b>1856</b>
<b>19. a 20. století</b>	
kongregace šedých sester (pražské)	r. <b>1856</b>
různé kongregace III. řádu sv. Františka	19. a 20. století
česká kongregace sv. Zdislavy	kolem r. <b>1889</b>

(2001) diakonie znovu působit díky reformním nekatolickým církvím, jejichž příslušníci se nazývali evangelíky. Hlavním představitelem byl německý pastor Theodor Fliedner, který se charitativní ošetřovatelskou službou inspiroval v Nizozemsku a Anglii a začal práci diako-



nek organizovat. V roce 1833 založil mateřskou školu s hlavní náplní výchovy protestantských učitelek a ošetrovatelek nemocných pro nemocnice a farní sbory (Staňková, 2003). V roce 1836 založil spolek pro vzdělávání žen v ošetrovatelství, nemocnici a mateřský dům diakonek. Diakonky pečovaly o lidi v nemocnici, v jejich domovech a na požádání i v jiných nemocnicích. Prošly teoretickou i praktickou přípravou vedenou lékařem a musely složit zkoušku z farmacie. V roce 1864 již pracovalo více než 430 proškolených diakonek, které sloužily na stovce míst. Působily všude, kde jich bylo nejvíce zapotřebí (v době války i v poválečném období, při pohromách, doma i v zahraničí). Za svou práci nedostávaly žádné peníze, ale bylo postaráno o jejich základní potřeby, a to i ve stáří. Díky Fliednerovi se staly diakonky velmi známými (Staňková, 2001).

### 1.3 Válečné ošetrovatelství

Ve starověku se o nemocné a zraněné vojáky starali otroci. Římané při svém imperiálním tažení Evropou stavěli velké, dobře organizované lazarety, v nichž pečovali o nemocné a zraněné vojáky v době jejich pobytu v zahraničí.

Křížácké výpravy, náboženské války vedené v letech 1095–1121 západními Evropany proti muslimům za účelem znovuzískání Svaté země, byly celkově neúspěšné. Z ošetrovatelského hlediska však vedly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetrovatelských řádů, jež pečovaly o křížáky. Cíle těchto řádů byly jak náboženské, tak vojenské a jejich vliv je zejména v kombinaci náboženského prvku (ošetrovatelství jako povolání) a vojenských způsobů (přísná pravidla a vojenská hierarchie ošetrovatelství), které se promítly do způsobů ošetřování v pozdější době (WHO, 1997a). Mnoho ošetrovatelských tradic má podle Jarošové (1999) původ ve vojenském ošetrovatelství. Patří sem přísná morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetrovatelských jednotek s velkými pokoji pro pacienty s lehčím onemocněním, postranními pokoji pro pacienty vážněji nemocné a boxy pro pacienty v kritickém stavu. I když zakládání nemocnic vojenskými ošetrovatelskými řády znamenalo jistý pokrok, vojenská medicína se rozvíjela pomalu. Teprve na konci 18. století se stálé armádní nemocnice, včetně polních, staly součástí armády.

Napoleonská tažení a později krymská válka v 19. století znovu potvrdily potřebu efektivní zdravotní péče o vojáky na bojištích (WHO, 1997a).

Změny v kvalitě opatrovnictví se přisuzují právě období krymské války (1854–1856). Myšlenku uplatnit ženy ve válce jako ošetřovatelky prosadil Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810–1881), ruský chirurg, který vyškolil třicet ruských dobrovolných ošetřovatelek pro ruskou frontu na Krymu<sup>1</sup> v roce 1854. Důraz při školení kladl především na dodržování hygienických zásad, čímž se snažil předcházet epidemiím infekčních nemocí (Jarošová, 2000).

Velkokněžna Anna Pavlovna (švagrová cara Nikolaje) podporovala činnost milosrdných sester a vybavila je jednotným stejnokrojem, který se pokládá za základ pozdější sesterské uniformy (Staňková, 2001).

Další významný vliv na péči o poraněné vojáky měl Henri Jean Dunant (švýcarský kupec), který se v roce 1859 náhodou ocitl na bojišti u Solferina po bitvě mezi francouzskou a rakouskou armádou. Byl tak rozrušen utrpením zraněných a umírajících vojáků, že se jim pokusil sám poskytnout nějakou péči (Jarošová, 1999). S hrůzou zjistil, že zde byly tisíce raněných vojáků ponechány svému osudu, a tím bez jakékoli péče odsouzeny k jisté smrti. Poté, co na místě zahájil improvizovanou akci na pomoc těmto raněným, Dunant sepsal hrůzy, jež viděl, a uveřejnil knihu *Vzpomínky na Solferino*, jež otřásla Evropou. V této reportáži, která předběhla svou dobu, uvedl myšlenku nahradit nedostatek vojenské zdravotní služby tím, že budou již v dobách míru připravováni „dobrovolní zachránci“, jimž bude zajištěn „neutrální statut“ dokonce i na válečném poli. Právě z tohoto hrůzného obrazu se zrodila myšlenka Červeného kříže (ČK). Tato zkušenost byla pro něj natolik otřesná, že navrhl plán, jak postupovat při podobných událostech v budoucnosti, který zahrnoval mezinárodní spolupráci civilního obyvatelstva. V roce 1863 založil Dunant se svými čtyřmi přáteli Mezinárodní výbor pomoci zraněným (Švejnoha, 2004), budoucí Mezinárodní výbor ČK. Ještě v říjnu 1863 se členové (62 zástupců z 16 států) sešli v Ženevě, založili chartu ČK, dohodli se na zásadách činnosti budoucí organizace a navrhli její znak (Staňková, 2001). Vlajka humanitárního Mezinárodního červeného kříže vychází barevně i symbolicky ze švýcarské vlajky, má ovšem obrácenou barevnou kombinaci – červený kříž leží uprostřed bílého pole. Pro tento vzhled vlajky se Červený kříž

1 Ve stejném období jako Pirogov působila v krymské válce také Florence Nightingalová se svými sestrami.

rozhodl na počest Henriho Dunanta.<sup>2</sup> Dunantovo úsilí vedlo nakonec k založení Mezinárodní organizace ČK<sup>3</sup> v Ženevě 8. srpna 1864. Měla zaručit ochranu raněným, nemocným, lékařům, zdravotníkům a zdravotnickým zařízením označeným červeným křížem. V roce 1882 byla společnost ČK prohlášena za mezinárodní. Šlo o největší humanitární hnutí, jaké kdy svět poznal. Dnes se národní organizace ČK sjednocené pod Mezinárodní organizaci ČK starají nejen o lidi postižené válkou, ale i o oběti záplav, hladomorů, zemětřesení a jiných podobných událostí (Jarošová, 1999; Staňková, 2001).

O významných osobnostech bude zmínka dále v kapitole 1.5 a 1.6.

## 1.4 Počátky ošetrovatelství v českých zemích

Zárodky organizovaného ošetrování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století za vlády knížete Boleslava (935–967). Na území Prahy začaly vznikat první hospice, což byly v podstatě útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž civilní sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách.

Podobnou úlohu sehrály některé náboženské řády a kongregace, které viděly své poslání ve službě trpícím a potřebným. Vedle svých klášterů zakládaly špitály, které zajišťovaly spíše střechu nad hlavou, obživu, postel a teplo než léčení nemocných. Prvním byl špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí), který byl určen pro 12 nemocných, které opatrovalo 7 žen. Další, později zakládané špitály na našem území byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem nebo klášterem a nesly s nimi shod-

2 *Vlajka červenýkříž* [online]. [cit. 2018–04–04]. Dostupné na <https://www.vlajky.eu/vlajka-Vlajka-Červený-kříž/>

3 Český červený kříž je, jakožto uznaná národní společnost ČK, nedílnou součástí celosvětově působícího *Mezinárodního červeného kříže a červeného půlměsíce* (známého také jako *Mezinárodní červený kříž*). Toto mezinárodní hnutí je neutrální a nestranné, poskytuje ochranu a pomoc lidem zasaženým katastrofami a konflikty. Je největší světovou humanitární sítí a tvoří ji tři složky: národní společnosti, mezinárodní výbor, mezinárodní federace červeného kříže a červeného půlměsíce. Postavení a úkoly složek této mezinárodní asociace vyplývají především z ženevských úmluv, statutu Mezinárodního červeného kříže (schváleného vládami zemí – smluvních stran ženevských úmluv) a rezolucí mezinárodních konferencí. Mezinárodní hnutí se řídí sedmi principy. Jsou to: humanita, neutralita, nestrannost, nezávislost, dobrovolnost, jednota, světovost (*Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce* [online]).

ný název. Jejich počet se zvýšil v průběhu 13. a 14. století. Některé špitály sloužily pocestným a kupcům jako útulky, jiné výhradně nemocným nebo zchudlým měšťanům. Do opatrování byly brány přednostně osoby, které si tzv. provizí ve špitále zakoupily doživotní byt, stravu a opatrování. Teprve po nich přišli na řadu nemocní chudáci, nemajetní a neschopní práce. Ošetrovatelství bylo tehdy laickou službou trpícím člověku a mělo vysoce humánní charakter. Prováděly ho osoby bez jakéhokoli odborného vzdělání, osoby, které přejímaly zkušenosti svých předchůdců.

Velkou postavou začátků českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava II. Založila v Praze několik klášterů – první v roce 1233 U sv. Haštala, kde byl umístěn i špitál. Anežka také založila řád Křižovníků s červenou hvězdou, který při ošetřování a opatrování chudých a nemocných vycházel z pravidel, jež pro ně vypracovala. V pozdějších letech byla u nás pokládána za zakladatelku ošetrovatelství a koncem 20. století byla její činnost plně doceněna svatořečením.

Rozvoj ošetřování nemocných v Brně je svázán se založením prvního špitálu U sv. Ducha, později zvaného U sv. Jana Křtitele, který byl v roce 1238 založen brněnským měšťanem Rudgerem (Rudolfem) a jeho chotí Hodavou. O vznik dalších brněnských špitálů se zasloužily Eliška Rejčka (vdova po Václavu II. a Rudolfu Habsburském) a Eliška Přemyslovna (dcera Václava II.), které se jako rivalky předbíhaly v bohubilých činech (1327 – špitál Králové pro 8 nemocných postaven Eliškou Rejčkou, 1317 – klášter Hortus regia založený Eliškou Přemyslovnou) (Jarošová, 1999; Kafková, 1992). V nemocnici poskytovali lidem pomoc i vycvičení holiči, lázeňské a porodní báby, kořenářky, mastičkáři, potulní lidoví chirurgové a další osoby.

V roce 1348 byla založena Karlem IV. pražská univerzita, která měla při svém vzniku čtyři fakulty, mezi nimi i lékařskou. Členové univerzity, ale i další lékaři se zasloužili o počáteční rozvoj lékařského a zdravotnického písemnictví, které směřovalo k širšímu rozvoji vzdělávání v lékařství a přírodních vědách. Tím také ovlivnili nepředstavitelně ubohé hygienické poměry 15. a 16. století a hluboce zakořeněné představy obyvatelstva o zdraví, spojené se zvyklostmi magického léčitelství, na něž měla významný vliv církev.

Opatrovnická služba ve špitálech i domácnostech, konaná příslušníky různých církevních řádů nebo civilními osobami, jak uvádí Kafková (1992), byla velmi těžká, vykonávaná zpravidla s velkým zaujetím, neboť odměna za ni byla velmi malá. Mezi civilními pracovníky však někdy