



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sestry v preventivní péči v kontextu historie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Tereza Šafránková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Role sestry v preventivní péči v kontextu historie*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Věře Hellerové Ph.D., za vedení mé diplomové práce. Ráda bych poděkovala za její cenné rady, inspiraci, připomínky a čas, který během vedení této práce věnovala.

Role sestry v preventivní péči v kontextu historie

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce je teoretického charakteru a je zpracována jako historicko-analytická studie. Cílem diplomové práce bylo popsat vývoj preventivní péče a vývoj role sestry v preventivní péči v České republice na základě interpretace textů dostupné literatury a zdrojů prostřednictvím metody textové hermeneutiky. K dosažení cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jak se vyvíjela preventivní péče v České republice? Jaké faktory ovlivnily vývoj preventivní péče v České republice? Jak se vyvíjela role sestry v preventivní péči v České republice? Jak se měnily kompetence sestry v preventivní péči v České republice? Prostřednictvím těchto výzkumných otázek bylo dosaženo následujících výsledků.

Preventivní péče v České republice se začala vyvíjet již od dob samého počátku civilizace, procházela tak mnoha změnami během celé historie, a to v souladu s rozvojem vědecko-technického poznání, vývojem společnosti, životní filozofií, a také v souladu s rozvojem lékařství a ošetrovatelství. Některé prvky preventivní péče, se kterými jsme se mohli setkat již v dávných dobách však fungují i dodnes a současná preventivní péče z nich vychází. Zásadními faktory, které ovlivnily vývoj preventivní péče a roli sestry v preventivní péči byly: vznik prvních civilizací a postupné osidlování oblastí; počátek šíření prvních nemocí a epidemií; vliv náboženství a církve; společensko-hospodářské podmínky v dané době; války; politické situace a dobová právní úprava; objev očkování proti pravým neštovicím; významné osobnosti – F. Nightingale, N. I. Pirogov, H. Dunant, E. Jenner, které svými činy přispěly k rozvoji preventivní péče; Světová zdravotnická organizace. Role sestry v preventivní péči se vyvíjela společně s ošetrovatelstvím a také lékařstvím, které prošli během celé historické doby mnoha změnami. V oblasti preventivní péče se zde role sestry měnila na základě jejich vzdělávání, narůstajících kompetencí a také potřeby preventivní péče v dané době. Sesterské kompetence v oblasti preventivní péče během historie prošly značnou proměnou. Můžeme zde zaznamenat fakt, že se některé kompetence vyskytují i v současné době. Můžeme tak říci, že současné kompetence sestry v preventivní péči vycházejí z kompetencí, které měla dříve, jsou již ale modifikované na současné potřeby společnosti. Preventivní péče se tak stala nedílnou součástí sesterské profese.

Klíčová slova

Role sestry; preventivní péče; ošetrovatelství; historie

The role of the nurse in preventive care in the context of history

Abstract

The Diploma Thesis has a theoretical character and is prepared as a historical-analytical study. The aim of the thesis was to describe the development of preventive care and the development of the role of the nurse in preventive care in the Czech Republic based on the interpretation of texts available literature and resources through the method of textual hermeneutics. To achieve this goal, it was necessary to set four research questions: How did preventive care in the Czech Republic evolve? Which factors influenced the development of preventive care in the Czech Republic? How has the role of the nurse in preventive care in the Czech Republic evolved? How have the competencies of the nurse in preventive care in the Czech Republic changed? Through these research questions, have been achieved the following results.

Preventive care in the Czech Republic has began to develop from the very beginning of civilization and has passed through many changes over the history, in conformity with the development of scientific and technological knowledge, the development of society, the philosophy of life, and also in conformity with the development of medicine and nursing. However, some elements of preventive care that we may encountered in ancient times are still in place today, and current preventive care is based on them. The key factors influencing the development of preventive care and the role of the nurse in preventive care were: the emergence of the first civilizations and the gradual settlement of areas; the beginning of the spread of the first diseases and epidemics; the influence of religion and the church; socio-economic conditions at the time; wars; political situations and legislation of the time; the discovery of smallpox vaccination; prominent figures - F. Nightingale, N. I. Pirogov, H. Dunant, E. Jenner, whose actions contributed to the development of preventive care; and World Health Organization. The role of the nurse in preventive care has evolved along with nursing as well as medicine, which passed through many changes over the history. In the area of preventive care, the role of the nurse changed here based on their education, increasing competences, as well as the need for preventive care at any given time. Nurses competences in preventive care passed through a considerable transformation over the history. We can notice the same competences in the history and present. We can say that the current competencies of a nurse in preventive care are based on the competencies which she had previously, but

they are already modified to society's current needs. The preventive care has become an inseparable part of the nursing profession.

Key words

The role of the nurse; preventive care; nursing; history

Obsah

Úvod.....	7
Cíle práce a výzkumné otázky	8
Metodika	9
1 Počátky prevence v ošetrovatelské péči	11
1.1 Pravěk.....	11
1.2 Starověk.....	13
1.3 Středověk.....	22
1.4 Novověk	26
1.5 Období Krymské války – zásadní mezník ve vývoji ošetrovatelství	30
2 Rozvoj prevence v ošetrovatelské péči během válečného a meziválečného období v 19. a 20 století.....	35
3 Rozvoj prevence v ošetrovatelské péči v poválečném období a během 20. století. 48	
4 Úloha církevních řádů v rozvoji preventivní péče	55
5 Role sestry v prevenci v ošetrovatelské péči ve 21. století a současnosti	61
Závěr	68
Seznam literatury	78
Seznam příloh a obrázků.....	96

Úvod

Preventivní péče je velmi důležitou součástí péče o zdraví. Je také zároveň významným elementem holistické péče. Zaměřuje se na vyhledávání rizikových faktorů, které mohou zapříčinit onemocnění nebo zhoršit zdravotní stav. Jde tedy o tzv. předcházení vzniku nemoci. V dnešní době je součástí moderního lékařství i ošetrovatelství. To však neznamená, že bychom se s preventivní péčí nemohli setkat již v minulosti. Rozvoj preventivní péče v rámci lékařství i ošetrovatelství je v určitých náznacích patrný již od počátku lidstva. V souladu s rozvojem vědecko-technického poznání, vývojem společnosti i životní filozofie, docházelo v této oblasti k významným změnám.

Preventivní péči se v současné době v České republice věnuje značná pozornost. V rámci problematiky preventivní péče zde dnes existuje několik preventivních programů, které se zaměřují například na: screening, preventivní prohlídky či očkování. Nedílnou součástí této sféry jsou tak kromě lékařů i sestry, které jsou klíčovými aktéry v prevenci nemocí, udržování zdraví a nepochybně také v komplexní péči o pacienty.

V souvislosti s vybraným tématem „Role sestry v preventivní péči v kontextu historie“ byly vymezeny výzkumné otázky: Jak se vyvíjela preventivní péče v České republice? Jaké faktory ovlivnily vývoj preventivní péče v České republice? Jak se vyvíjela role sestry v preventivní péči v České republice? Jak se měnily kompetence sestry v preventivní péči v České republice?

Předkládaná diplomová práce je teoretického charakteru a pomocí textové hermeneutiky se snaží popsat vývoj preventivní péče v České republice a vývoj role sestry v preventivní péči v České republice. Abychom mohli tento vývoj přehledně popsat, je práce členěna na historická období od pravěku po současnost. Přitom je sledována problematika preventivní péče v jednotlivých historických obdobích. Jelikož se během každého historického období vyskytovala odlišná úroveň znalostí v oblasti předcházení nemocem, a udržování zdraví.

Cíle práce a výzkumné otázky

Pro tuto diplomovou práci jsme stanovili dva hlavní cíle:

1. Popsat vývoj preventivní péče v České republice.
2. Popsat vývoj role sestry v preventivní péči v České republice.

S ohledem na stanovené cíle jsme vymezili celkem čtyři výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka: Jak se vyvíjela preventivní péče v České republice?
2. Výzkumná otázka: Jaké faktory ovlivnily vývoj preventivní péče v České republice?
3. Výzkumná otázka: Jak se vyvíjela role sestry v preventivní péči v České republice?
4. Výzkumná otázka: Jak se měnily kompetence sestry v preventivní péči v České republice?

Metodika

Tato diplomová práce je teoretického charakteru, je tedy zpracována jako historicko-analytická studie dostupných primárních i sekundárních dokumentů a zdrojů mapující historický vývoj role sestry v preventivní péči a preventivní péče samotné. Tyto získané zdroje jsou následně interpretovány v textu, který je členěn do kapitol a podkapitol, které jsou přehledně uvedené v obsahu práce.

Pro analýzu těchto textů byla využita tzv. metoda textové hermeneutiky. Podstatou textové hermeneutiky je vhodná volba interpretovaného problému, výběr textu s obsahem odpovědi na vybranou otázku a proces dokazování během kterého pomocí využití citací textu a vlastní interpretace obsahu textu. Nedílnou součástí je také ověření a srovnání zdroje autora s různými autory (Hendl, 2015). Získané dokumenty a zdroje tak byly v první řadě shromážděny, následně analyzovány a interpretovány se zaměřením na hledání odpovědí na námi zvolené výzkumné otázky viz kapitola Cíle práce a výzkumné otázky.

Analyzovány byly primární i sekundární zdroje, k jejich získání byly vypracovány dvě bibliografické rešerše, které obsahovaly zdroje různého charakteru. Jednalo se o zdroje od odborných periodik, sborníků, vědeckých článků po monografii v českém, anglickém a německém jazyce. První rešerše byla zhotovena Národní lékařskou knihovnou, která obsahovala celkem 112 zdrojů v časovém rozsahu mezi lety 2012-2022. Dále byla využita rešerše vyhotovená Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, která obsahovala 166 zdrojů časového rozsahu mezi lety 1936–2022.

K získání potřebných zdrojů byly využívány databáze a digitální knihovny, a to zejména Kramerius, Medvik, JSTOR, Národní digitální knihovna a Národní lékařská knihovna v Praze. Dále bylo využito služeb Jihočeské vědecké knihovny v Českých Budějovicích, Akademické knihovny Jihočeské univerzity a zdravotnického muzea Národní lékařské knihovny. Během vyhledávání zdrojů v databázích byla nejvíce využívána tato klíčová slova: *historie ošetrovatelství; řádové ošetrovatelství; ranhojiči; kořenáři; mastičkáři; medicína starověku; ústavní péče; preventivní péče; prevence; role sestry; zdraví; Florence Nightingale; Nikolaj Ivanovič Pirogov; Henri Dunant* apod. V anglické verzi

šlo o klíčová slova: *History of Nursing; Ancient Medicine; Preventive Care; Health in Antiquity; Florence Nightingale; Nikolaj Ivanovič Pirogov a Henri Dunant.*

1 Počátky prevence v ošetrovatelské péči

V průběhu zpracovávání diplomové práce budeme hledat odpovědi na tyto otázky: Jak se vyvíjela preventivní péče v České republice? Jaké faktory ovlivnily vývoj preventivní péče v České republice? Jak se vyvíjela role sestry v preventivní péči v České republice? Jak se měnily kompetence sestry v preventivní péči v České republice? Abychom mohli zmapovat vývoj preventivní péče a role sestry v preventivní péči od samého začátku. A následně tak mohli odpovědět na stanovené otázky, je nutné vrátit se v čase až na úplný začátek naší civilizace. Konkrétně tedy do období pravěku, kde se následovně budeme postupem času dostávat až do období současnosti. Budeme se tak snažit zmapovat vývoj samotného ošetrovatelství a tím i preventivní péče a role sestry v této oblasti.

1.1 Pravěk

Schott (1994) období pravěku popisuje jako dobu vývoje naší civilizace, ze které jsou dochovány pouze hmotné památky namísto písemných. Jedná se tedy o rozmezí období mezi samým počátkem a dobou vzniku písma. Jako éru této doby uvádí 3.mil – 3500 př.n.l. (Isaac, 2000). Dle Němce (© 1997–2022a) je pravěk nejdelší období v dějinách lidstva, kterým se zabývá věda tzv. prehistorie. Pravěk můžeme rozdělovat několika způsoby, nejznámější rozdělení je však dle surovin. Junas a Bokesová-Uherová (1985) tehdejší dobu rozdělují na dobu kamennou, bronzovou a železnou. Vojtová et al. (1970) pravěk dále rozděluje na paleolit neboli starší dobu kamennou, mezolit neboli střední dobu kamennou, neolit neboli mladší dobu kamennou, eneolit neboli dobu měděnou a dobu bronzovou, dále období halštatské, období laténské a období římské.

Poskytování pomoci sobě, druhým či své rodině má kořeny již ve zmiňovaném pravěku, kdy se pomoc poskytovala instinktem, zejména metodou pokus – omyl. V těchto dávných dobách si lidé neuměli vyložit přírodní jevy a díky tomu vznikala přírodní náboženství, talismany, obřady, magické myšlení a čarování, ze kterého později vzniklo a následně se vyvíjelo přírodní léčitelství (Štědrá, 2013). Porter (2013) popisuje pravěk jako období, kdy člověk žil ve skupinách tzv. tlupách a živil se především lovem divoké zvěře, který tvořil hlavní složku potravy, dále potravu získávali také sběrem plodů. Jelikož byl lov hlavním zdrojem potravy museli lidé často za zvěří cestovat, nežili tedy pouze na jednom místě. Díky neustálému pohybu se takřka nevyskytovaly epidemie nemocí a vůči infekčním nemocem byl tehdejší člověk více imunní. Pokud však člověk onemocněl byla jeho nemoc pro tlupu ve svém tehdejším stylu živobytí omezující, neboť nemocný člen

tlupu svým stavem ostatní omezoval v potřebném pohybu za zvěří, a tedy velmi potřebnou potravou. Proto byl následně člověk, který onemocněl tlupou nejčastěji opuštěn (Růžička, 2004).

Již ze starší doby kamenné se dochovaly ostatky, na kterých se nacházely chorobné změny, známe jsou například parazitující červi, bakterie, anomálie, zlomeniny kostí, změny na páteři a jiné. Ve starší době kamenné se vyskytovalo léčení empirické neboli své pomoc a vzájemná pomoc od blízkého. V této době člověk vynikal schopností pozorování a prostřednictvím lovu si dával do souvislosti anatomické podobnosti u zvířete a člověka. Díky tomu se následně utvrdil v účinnosti některých léčebných postupů – vyndání cizího tělesa z rány, náprava vymknutí končetiny, fixace zlomeniny či vymytí rány. Mnoho nemocí si však nedovedli vysvětlit, a tak byla nemoc připisována uhranutí, zlým duchům, démonům a jiným nadpřirozeným silám. I tak se ale člověk snažil o uzdravení, a to nakloněním již zmíněných nadpřirozených sil na jejich stranu pomocí různých amuletů, totemů či dokonce čarodějů – vzniklo tedy tzv. magické léčení. Jako již výše zmíněné amulety byly dochovány například sošky rodících žen, které měly ženu při porodu ochránit a zabránit tak onemocnění nebo smrti při porodu (Vojtová et al., 1970).

Přibližně kolem počátku střední doby kamenné došlo v životě člověka k velkému zvratu díky globálnímu oteplování, které způsobilo tání ledovců. Člověk se tedy přesunul na sever a kvůli klimatickým změnám se z lovců a sběračů stali zemědělci, kteří se usadili (Duinová, Sutcliffová, 1997). Začaly tak vznikat první vesnice s nízkou úrovní hygieny, začaly se hromadit odpadky blízko příbytků a také žili v těsné blízkosti domácí zvěře. Toto vedlo ke vzniku a přenášení prvních infekčních onemocnění (Vojtová et al., 1970). Kromě nemocí, na které měl člověk již získanou imunitu se přidaly nemoci nové, jejichmi přenašeči byla nejčastěji domácí zvířata a hmyz, díky kterému se nemoci šířily dál a vznikaly tak epidemie a pandemie (Porter, 2013). Lidé kvůli hrůze z mrtvých, vybudovávali první pohřebiště, důvodem bylo i navyšující se počet mrtvých. Ta byla situována mimo vesnice, což mělo značnou výhodu v oblasti hygieny (Vojtová et al., 1970).

Postupem času a značným rozvojem tehdejší společnosti, kdy se člověk usadil a nemusel cestovat kvůli lovu zvěře, bylo více času pro ošetřování nemocných a péči o nemocného, této úlohy se ujaly ženy (Schott, 1994). Plevová et al. (2018) uvádí, že tehdejší člověk byl veden k poskytování péče o nemocné především instinktem a soucitem. Často

využívali zkušenosti, moudrosti a dovednosti, které si předávali z generace na generaci (Farkašová et al., 2006). Postupně vznikalo tzv. laické ošetřovatelství (Kutnohorská, 2010). Plevová et al. (2018) tento typ péče popisuje jako ošetřovatelství neprofesionální.

Z textu je zřejmé, že v období pravěku se péče o nemocného začala teprve nějakým způsobem utvářet. Jak jsme výše zmiňovali pečovalo se spíše o raněné, jelikož se nemoci začaly rozšiřovat, až když se člověk usadil v prvních vesnicích. Můžeme z toho tedy usoudit, že preventivní péče se zde úplně nevyskytovala, jako zárodek prevence ale můžeme chápat například budování pohřebišť mimo vesnice což mělo, jak jsme zmínili v textu lepší vliv na úroveň hygienických podmínek ve vesnicích.

1.2 Starověk

Gill (2013) období starověku datuje mezi 3500 př.n.l. – přelom 6. a 7. století n.l. Ve starověku začalo vznikat písmo, nové civilizace, státy, a dokonce i města. „*Nejpříznivější podmínky pro vznik států se vytvářely v těch oblastech, kde bylo zajištěno živobytí s dostatkem potravy. Byla to povodí řek a některé pobřežní oblasti. Tak vznikla staročínská a staroindická říše, Egypt, Sumer, Babylón, Asýrie, později starořecké městské státy, říše Alexandra Velikého a Římské říše*“ (Junas, 1977, s. 10). Růžička (2004) ze starověkých civilizací zmiňuje starověký Egypt, Mezopotámii, starověkou Čínu a Indii, a samozřejmě také civilizace antického Řecka a Říma.

Období starověku přineslo nový pohled na zdraví a nemoc, a to díky vzniku náboženství. Nemoc i zdraví byla v rukou tehdejších bohů. V této době bylo zdraví bráno jako výsada, kterou udělovali bohové za náboženskou poslušnost. Nemoc byla naopak postihem za provinění. Léčení však bylo stále založeno na zkušenosti pravěkého léčitelství, které bylo později převedeno do písemné formy. Vedle zmíněného pravěkého léčitelství vznikalo nové, šlo o léčitelství kněžské. V novém směru léčení se nejednalo jen o sugestivní nebo magické léčení nemocného člověka, ale přidaly se i postupy diagnostické a preventivní (Niklíček a Štein, 1985).

Ve starověku došlo ke změnám nejen v léčení, ale i v ošetřování nemocných. Nemocní již nebyli zanecháni svépomoci, ale byli ošetřováni na základě náboženských a kulturních zvyklostí daného státu (Růžička, 2004). Péče byla poskytnuta duchovními zástupci a nejbližší rodinou nemocného. Význačným prvkem tehdejšího ošetřovatelství byl vznik

prvních zárodků nemocnic, jednalo se např. o buddhistické kláštery a římské lazarety, zde se o nemocné starali mniši či otroci (Pollak, 1976).

Během starověku začala vznikat v medicíně nezbytnost vědy ztvárňující potřebu ochrany zdraví, a to zejména zdraví mužů a otroků. Jejich fyzické zdraví bylo rozhodující ve válkách, kterých bylo v tomto období mnoho (Junas, 1977). Dle Kutnohorské (2010) ošetřování nemocných v období starověku můžeme stále chápat jako ošetřovatelství neprofesionální.

Starověká Čína

Staročínská říše byla spjata s empirickým léčitelstvím, zde mělo léčitelství racionální charakter, bylo podloženo svědomitým vyšetřováním a pozorováním nemocného i zdravého člověka (Niklíček a Štein, 1985). Staročínská medicína se opírala zejména o přírodní léčitelství a využívala léčivé rostliny (Junas, 1977). Vznikaly zde kolem roku 4000-5000 př.n.l. první knihy, které se zabývaly léčivými a metodami, jako jsou například akupunktura a moxibusce, z léčiv se zde vyskytoval nám velmi známý žen-šen.

Akupunkturu Pilkington (1994) popisuje jako metodu léčebnou i preventivní pro udržování zdraví. Podstatou metody je životní síla a energie č'í nebo qi, která proudí kolem lidského těla v kanálech nazývaných meridiány. Jejich napíchnutí jehličkami, tak může stav meridiánů uvést do rovnováhy. V tradiční čínské medicíně bylo objeveno 365 bodů, kterými lze pomocí akupunktury nastolit rovnováhu Jin a Jang. Jin koluje vně lidského těla a vytváří vyživující esenci zásobující a vyživující lidský organismus. Jan je na povrchu lidského těla, ochraňuje jej před vnějšími vlivy svým ochranným obalem. Mezi Jin a Jang musí být nastolena rovnováha, jelikož se vzájemně ovlivňují a závisejí na sobě. Představují výchozí předpoklad pro správné fungování lidského organismu, a tím pro zdraví člověka (Ando, 1995). Součástí akupunktury je dále moxování zmiňovanými moxibusci. Jedná se o požehování měšci či cigaretami obsahující byliny, které se přikládají na akupunkturální body. Metodou lze dosáhnout uvolnění, uklidnění a zmiřování bolesti (Janča, 1990).

Staročínská civilizace nemoc usuzovala i špatné hygieně. Byly vypracovány přísné hygienické zásady pro osobní hygienu. Tato pravidla byla založena na přísném denním režimu, pravidelnosti odpočinku, spánku, práce a jídla (Niklíček a Štein, 1985). Junas

(1977) zmiňuje i první profylaktický zásah, kdy se zdravým dětem vtíral do nosu prášek ze strupů neštovic, jednalo se o tzv. variolizaci.

Ve starověké Číně byla zavedena funkce tzv. úředních lékařů, kteří měli v rámci státu ovlivňovat zdravotnickou situaci. Ve městech byla pokročilá komunální hygiena a zřídily se městské útulky pro nemocné (Niklíček a Štein, 1985). Nejvíce propracovaná byla tehdejší farmakologie. Staročínská civilizace byla přesvědčena, že na každou nemoc existuje příslušný lék, proto zde najdeme velmi početné spektrum léčiv. Farmakologie „Pen-cchao kang-mu“ obsahuje celkem 8160 léčivých receptů (Pollak, 1976).

Starověká Indie

Starověká Indie bohužel nevedla žádné písemné záznamy o své historii, jejich historie je tedy značně nejasná. O osídlení staroindické říše je vytvořeno několik teorií. Pollak (1976) však ve své knize popsal, jak vypadala zdejší města. Domy byly na svou dobu moderní, dům měl dokonce i několik koupelen. Úroveň hygieny můžeme říci byla na dobu na značně vysoké úrovni. Byly zde také zřízeny odpadní roury a kanalizace, splašky se sváděly do odkalovacích nádrží.

Ze starověké Indie se dochovaly literární památky tzv. Vědy – nejstarší Rgvéda sbírka 1028 písní, které oslavují bohy, modlitby a ságy. Dalé Jadžurvéda – věda o modlitbách a obětních formulích, Sámavéda – sbírka melodií a liturgických písní. Jako poslední Atharvavéda – nauka o zaklínadlech. Dále zde je i Ajurvéda, jako jakýsi doplněk, který popisuje, jak léčit nemoci a jak si udržet zdraví. Proslulé jsou Ajurvédy Atréja, Čaraka, Sušruta, které zřejmě pocházejí z 6. století př.n.l. (Kadyrov a Janouš, 1988).

Ajurvéda je filozofií života a medicíny. Její podstatou je předcházení nemocem a léčení pomocí sil duševních a přírodních. Dle Ajurvédy jsou v lidském organismu tři šťávy: váta, pitta a kapha. Pokud jsou v rovnováze je člověk zdravý, a to tělesně, duševně i spirituálně. Jejich nerovnováha pak vede k nemoci (Florian, 1992). Pollak (1976) uvádí, že nemoc je následkem nesouladu a disharmonie, kdy mají být v rovnováze čtyři tekutiny – černá žluč, žlutá žluč, hlen a krev. Kadyrov a Janouš (1988) uvádějí prvky pouze tři – žluč, sekret a vzduch. Kromě nesouladu těchto tekutin a prvků nemoc indiští lékaři přisuzovali i změnám klimatu a hněvu bohů. K dosažení rovnováhy zmiňovaných šťáv využívaly očišťující, dávicí, dráždivé a čichací přípravky a také pouštění žilou. Můžeme

tedy říct, že rovnováha šťáv v lidském těle byla základním kamenem v léčení a předcházení nemocem.

I když byla ve starověké Indii pitva těla zakázána, tak se lékaři zákazy snažili obejít. Těla určená k pitvě vkládali na sedm dní do řeky, to způsobilo změknutí těla, které se následně kartáči nebo kůrou oškrabávalo. Alespoň takto se získali poznatky o anatomii lidského těla, která však nebyla na dobré úrovni (Pollak, 1976). I přes nedostatek znalostí anatomie došlo ve starověké Indii k největšímu pokroku v oblasti chirurgie. Došlo k rozvoji chirurgické techniky a nástrojů, Indové tehdy znali již 120 nástrojů. Starověká Indie je označována za kolébku plastické chirurgie, jelikož zde byly vypracovány základy rhinoplastiky a transplantace kůže. Indové vynikali i v lidovém léčení, které vycházelo ze zkušeností. Při léčení bylo důležité náboženství, které tvořilo jeden ze tří pilířů – náboženství, zkušenosti a magie. Při léčebných úkonech se odříkávali modlitby a zaříkávali, která měla léčebný účinek posilnit, rovněž používali amulety či léčivé nápoje (Zbavitel, 1985).

Velký význam zde měla i prevence. Konkrétně v oblasti hygieny (Junas, 1977). Pro uchování zdraví byla určena hygienická pravidla, která se týkala čistoty těla a vlasů, oděvu, příbytku, postelí a pozornost věnovali i stravě (Kadyrov a Janouš, 1988). Konkrétně můžeme vidět hygienu a prevenci dle Ajurvědy Sušruta v příloze č. 1. Praktikovala se i opatření proti neštovicím, které probíhalo již kolem roku 1500 př.n.l., kdy se na rozškrábanou kůži potíraly rozdrobené krusty neštovic (Pollak, 1976).

Starověká Mezopotámie a Babylónie

Obyvatelé starověké Mezopotámie byly Nomádské kmeny, šlo o lovce a sběrače. Ti se kolem roku 5000 př. n. l. usazují a vynalézají zemědělství. Nový styl života přispěl ke zlepšení zdraví a k dlouhověkosti, k šíření nových nemocí však značně přispěl obchod (Gill, 2013).

Lékařství ve starověké Mezopotámii bylo součástí vyspělé vědy a kultury. Z roku 3000 př. n. l. se dochovaly hliněné tabulky, které pojednávaly o lékařství (Niklíček a Štein, 1985). Nejstarší zpráva pocházející ze sumerského textu pojednává o zubním červu, který způsoboval kazivost zubů (Gill, 2013). Lékařství bylo poskytováno kněžími, bylo založeno na mystických a religiálních prvcích. Zmiňovaní kněží se označovali za

zástupce bohů léčitelů a nemoc tak byla vnímána jako trest od boha nebo napadení démonem (Niklíček a Štein, 1985).

Pollak (1976) Babylonské lékaře rozděluje do tří skupin: První skupina byla označena jako Bárů neboli věštec, který vykládal odkud nemoc pochází, předurčoval také průběh nemoci a výsledek léčení. Druhou skupinou byl Ášipu neboli zaříkávač a vyháněč zlých duchů, který měl za úkol z nemocného vypudit demony. Mimo jiné také zajišťoval usmíření pacienta s bohy. Poslední skupinou byl Asú, který léčil všemi dostupnými prostředky, konkrétně zaříkáváním, léky, vodou a operací. Šlo o lékaře v užším slova smyslu. Dále se zde zmiňuje o pomocném personálu, kterým byli mastičkáři a bradýři, jejichž úkolem bylo mimo jiné vypalování označení otrokářů a trhání zubů.

Anatomické znalosti Babyloňanů byly na velmi nízké úrovni, jelikož z náboženských důvodů neprováděli pitvy. Lidské orgány a části těla byly spojovány s duševními vlastnostmi člověka, v Babylonii byla nejvýznamnější játra. Čtení z jater patřilo k nejdůležitějšímu způsobu věštění. Díky dochované hliněné tabulce, která pochází z Nupurské knihovny, z doby kolem roku 2200-2100 př. n. l. se dovídáme i o nerostných látkách jako je sůl, louh a ledek jakožto o léčivech. Babylonské léčení však bylo magickým rituálem, kdy léčebným úspěchem bylo přenesení zlého ducha či démona do hliněné figurky nebo dřevěného předmětu, který držel nemocný v ruce. Předmět nebo figurka se následně rozbila anebo spálila, díky tomu byl zničen i démon nebo zlý duch. V rámci racionálního lékařství se léčilo zejména pomocí rostlin a přírodních receptů (Růžička, 2004).

Důležitý byl zde Chamurappiho zákoník, kterým Babyloňané zřejmě jako první civilizace regulovala medicínu zákony. Je zde uvedeno peněžní odměňování lékařů za výkony a povinnosti. Byly zde uvedeny i následky za nezdařilou léčbu, pokud pacient zemřel byla lékaři useknuta ruka (Duin, et al., 1997).

Babyloňané měli poznatky i o přenosnosti nemocí, kterým se snažili předcházet. Byly zde zavedeny prvky prevence, které dokládá dopis vladaře z města Mari v období 18. století př. n.l. V dopise se pojednávalo o způsobu chování v přítomnosti nemocného. Nedoporučovalo se pít po nemocném ze stejné nádoby, nesedat na stejná místa, nelehat do stejné postele jako nemocný. Omezovali i počet návštěv u nemocného (Klíma, 1963).

Starověký Egypt

Dle Niklíčka a Šteina (1985) starověký Egypt dosáhl v oblasti lékařství vynikající úrovně. Ve zdejším lékařství se prolínalo lékařství empiricko-racionální a lékařství magicko-náboženské. S tímto se shoduje i Růžička (2004), který zmiňuje období kolem roku 2000 př. n.l, tedy období Nové říše, kdy se ve větší míře v léčení vyskytovaly magické a náboženské praktiky. Staroegyptské lékařské postupy byly sepsány ve svatém kodexu pravidel, které musel lékař striktně dodržovat. Existovali zde tzv. lékaři specialisté, kteří se zaměřovali pouze na jednu nemoc nebo na určitou část lidského těla. Staroegyptští lékaři byli rozděleni do několika tříd. Ty se přísně odlišovaly dle jejich původu a příslušnosti. Lékaři výše postavení pracovali nejčastěji u dvora, naopak ti z nižší třídy pracovali jako městští a osadní lékaři anebo lékaři dělníků. Většina lékařů však patřila mezi chudinu, jelikož plat lékařů nebyl nijak vysoký.

O znalostech zdejších lékařů se dochovali papyry (příloha č. 2), mezi nejznámější se řadí například papyrus Edwina Smithe, papyrus Ebersův či papyrus z Káhunu, který se zabýval oborem gynekologie. Díky těmto dochovaným papyrům se můžeme dozvědět, že Egypťané měli značné znalosti v oblasti chirurgie, již zmiňované gynekologii a také v očním lékařství. Papyry dosvědčují velmi vysokou úroveň diagnostiky nemocí a rozsáhlé spektrum léčiv (Schott a Bureš, 1994).

Ve starověkém Egyptě byla velmi vysoká úroveň hygieny, díky přísným hygienickým předpisům, se kterými bylo spjato náboženství (Niklíček a Štein, 1985). Egypťané náboženství mělo mnoho bohů, kteří byli spjati i s medicínou. Nejstarším bohem léčitelem byl bůh Thovt. Nejznámějším byl však bůh zdraví Imhotep, který žil za vlády krále Džósera. Imhotep byl pohřben v oblasti staré říše Mennoferu, kde následně vzniklo známé asklépion. Asklépion bylo poutní místo, které vyhledávali nemocní k uzdravení a mladí lékaři ke vzdělávání. Na počest Imhotepa se budovali chrámy, kde se shromažďovali nemocní lidé, zde jim kněží poskytovali racionální léčebné postupy. Nedaleko těchto chrámů byly následně budovány tzv. domy života (Růžička, 2004). V těchto domech lékaři studovali lékařskou literaturu, domy tedy byly jakýmsi středisky pro vědu a pracovištěm pro učně. Zde se však kromě klasického léčení vyučovala i magie a výklad snů. Domy byly pod ochranou faraonů (Pollak, 1976).

Častá domněnka, že anatomické znalosti lékařů byly získány díky propracované mumifikaci těl, nejsou podloženy a několika důkazy byla tato tvrzení vyvrácena. Lidské orgány se při mumifikaci nezkoumaly, byly pouze násilnou formou z těla odstraněny, navíc tuto činnost neprováděli lékaři ale řemeslníci, kteří byli tímto pověřeni. Egyptští lékaři byli mimo jiné i dobří znalci léčiv. Jak jsme již zmiňovali výše, staroegyptské lékařství nebylo pouze na podkladě magie nebo primitivního léčitelství (Růžička, 2004).

Díky Smithově papyru se dozvídáme, že Egyptané měli o léčení a o lidském těle mnoho informací. Podrobně zde popisovali lidské tělo od hlavy k patě. Také zde byla zaznamenána chirurgická část se zaměřením na zlomeniny, zhmožděny, rány, poranění a nádory v oblasti hlavy, končetin a mozku. Jsou zde diskutovány různé zákroky, převazy ran, diety a léky. Nemoci jsou zde důkladně popsány od příznaků, diagnózy, prognózy po její léčbu (Vávra, 1958). K ošetřování používali Egyptané klišové obvazy, dlahy, obvazy z mouky, medu, smetany a jiných lepivých prvků. Také ve zmiňovaném Ebersově papyru nacházíme chirurgické zákroky jako trepanace lebky, obřízky, přikládání čerstvého masa na rány, které mělo za úkol urychlení hojení. Kouzla a magie se využila pouze tehdy, když nebylo možné léčení chirurgické (Růžička, 2004).

Jak bylo výše nastíněno byla zde velká úroveň hygieny, Vávra (1958) hovoří o hygienických pravidlech Egyptanů. Ty se zaměřovali na osobní hygienu: holení, které probíhalo každé tři dny; omývání vodou dvakrát denně; každodenní výměnu oděvu. Bylo zde zavedeno i povinné mytí rukou před jídlem. Dále byla zavedena pravidla v oblasti stravování: před jídlem již zmíněné mytí rukou, také aplikace vonných mastí do vlasů; jejich strava byla velmi pestrá leč velmi závisela na postavení a bohatství. Pila se zásadně Nílská voda, voda ze struh nebo rybníků. Ta se však preventivně převažovala či filtrovala, aby se zbavila parazitů. Egyptané měli povědomí i o vlivu ovzduší na zdraví. Během epidemií tak zapalovali ohně, rozprašovali kyselinu siřičitou, v domech využívali vonná kadidla. Pokud člověk onemocněl infekčním onemocněním byl izolován, aby nedocházelo k šíření nemoci. Vznikala zde izolovaná střediska pro nemocné, ty spravoval stát. Schott a Bureš (1994) však uvádějí, že nemocný v Egyptě naopak nesměl být vystaven izolaci či dokonce posměchu.

Starověké Řecko

V nejstarších dobách bylo řecké lékařství velmi ovlivněno náboženstvím, které přisuzovalo různým bohům moc, díky které mohli uzdravovat nemocné. Později se začalo rozvíjet i lékařství racionální, díky kterému vzniklo povolání lékaře (Růžička, 2004).

Řecká města se vyznačovala vysokou úrovní hygieny, byly zde vodovody, kanalizace či dokonce lázně. V mnoha místech byly zavedeny přísné předpisy výchovy dětí k osobní hygieně, eugenicе a také tělesné výchově, jelikož ideálem athénského aristokrata byla duševní a tělesná rovnováha dokonalosti neboli kalokagathie (Niklíček a Štein, 1985).

Ve starořeckém lékařství se setkáváme s Asklépiovci, což bylo společenství, které ochraňovalo lékařské umění jako rodinný odkaz, toto označení však později bylo užíváno pro celý lékařský stav. Toto společenství se během 5. století př. n. l. rozšířilo a vzniklo tak 320 Asklépií neboli chrámů boha Asklépia. Tyto chrámy byly stavěny zejména na místech s příznivými klimatickými podmínkami, např. minerální zřídla, která se mohla využít pro lázně. Do těchto chrámů mohl nemocný vstoupit teprve po pečlivé očištění a modlitbách, na které dohlíželi kněží. Ti jim pak následně přidělili místo pro spánek neboli inkubaci, která byla vrcholem cesty. Kněží v noci obcházeli nemocné a ošetřovali je obvazy, mazáním a léky. Jelikož v noci nemocný neviděl, co přesně se dělo, bylo jeho ošetření vnímáno jako ošetření ve snu, tato ošetření museli následně specialisté nemocnému odborně vyložit. Pokud se nemocný uzdravil tak obětoval bohu dary, pokud bylo léčení neúspěšné vina byla přisuzována nemocnému (Pollak, 1976). Růžička (2004) dále uvádí, že toto ošetřování bylo následně omezeno, nemocnému se ve spánku dávaly pouze pokyny a rady nikoli přímo ošetření. Mezi léčebné procedury patřily koupele, cvičení, dieta, psychická léčba poslechem písní či divadlo. K léčbě nemocí přispělo i lázeňské klima. Nemocní do těchto chrámů chodili prosit bohy o zdraví.

Se starořeckou medicínou je dále spojován Hippokratés, který byl toho názoru, že je nemoc přirozený stav a proces, který má své přirozené příčiny. Nemoc vykládal jako nerovnováhu čtyř základních tělesných šťáv (Niklíček a Štein, 1985). Růžička (2004) uvádí, že hippokratovci své lékařské vědomosti získávali z pozorování nemocného i zdravého člověka a jeho prostředí. Dále také pozorováním nemocí, průběhu jejich léčení a také samozřejmě jeho výsledku. Hippokratovci byli významnými autory chirurgických postupů a technik. Byli znalí v léčbě zlomenin a jejich fixaci dlahami, dále drénovali

tekutiny z hrudní dutiny a také drénovaly abscesy z jater, ledvin. Mimo jiné byli zběhlí v operacích lebky, kdy prováděli trepanace a léčili nitrolební krvácení. Racionální lékařství zde bylo založeno na léčbě pomocí bylin a léků. Ve spisu „Materia medica“ jenž pochází z 1. století n. l. se nachází stovky léčivých bylin. Při jejich sběru bylo nutno dodržovat různé rituály a postupy. Řecko svým značným rozvojem poskytlo velmi bohatou terminologii, základy medicínského myšlení, základy o postavení lékaře ve společnosti a základy lékařské etiky.

Ve starověkém Řecku lidé předcházeli nemocem prostřednictvím správné životosprávy v oblasti lidského těla i duše. Později zde vznikl i pojem dietetika. Základem pro udržení zdraví a léčby byl správný životní styl a denní režim. Základním kamenem byl spis *De victu* neboli *O životním stylu*, jehož autor není znám. Spis se zabýval podrobnými návody a účinky pokrmů a nápojů. Dále k upevnění zdraví a prevenci nemocí patřila tělesná hygiena, cvičení a otužování (Schott a Bureš, 1994).

Starověký Řím

Dle Niklíčka a Šteina (1985) lékařstvím antického Říma byl završen vývoj starověké medicíny. Římané byli v oblasti lékařství dlouho ovlivňováni empirickým léčitelstvím Etrusků, od kterých získali poznatky o léčivých účincích rostlin a minerálních pramenů. Dle Růžičky (2004) bylo tehdejší léčitelství kombinací magie a medicíny. Ošetřování nemocných rodinou patřilo k ošetřování magickému, opíralo se o modlitby, obětní dary, zařikávání. Pravděpodobně se zde také vyskytovali zařikávači a šarlatáni. Také zde existovalo léčitelství poskytované při chrámech, kde se o léčbu pokoušeli kněží (Adkins, 2011). Racionální ošetřování nemocných neexistovalo, až během 3. století př. n. l. začali do Říma přicházet řečtí lékaři, kteří zde šířili své lékařské znalosti. Jejich vliv se zde uplatnil kolem 2. století př. n. l. a prestiž lékařů následně nejvýrazněji vzrostla během doby císařství, kdy největší vliv pro pozdější vývoj medicíny měl Galénos. Velmi známým byl také Hérofilos, v jeho spisech se nachází záznamy o anatomii těla, vyskytují se zde informace i o nervové soustavě a mozku včetně míchy (Schott a Bureš, 1994).

Římané v té době začali budovat i své první nemocnice tzv. *valetudinaria*, která zpočátku fungovala pro ošetřování nemocných otroků. Později se zde začali ošetřovat ranění vojáci a nemocní. Během konce císařské doby vznikaly křesťanské nemocnice a charitativní zařízení pro chudé, kteří onemocněli (Adkins, 2011).

Starověký Řím byl známý svými lazarety, které se nacházely po celém římském impériu. Součástí lazaretů byly samozřejmě i proslulé římské lázně, které nesměly chybět, jelikož byly neodmyslitelnou součástí léčení (Růžička, 2004). Římské lázně byly využívány především pro hygienické a sociální potřeby. Byly však také významnou složkou prevence a léčby. V lázních Římané podstupovali teplé a studené koupele, potírali si těla oleji a mastmi, aplikovaly se zábaly a využívali i pitnou kúru (Schott a Bureš, 1994).

Dále Římané budovali tzv. leprosária, jednalo se o osady, které měli za funkci oddělovat zdravé a nemocné, jednalo se v podstatě o první druh karantény za účelem, aby se zdravý lid nenakazil (Růžička, 2004).

Jak jsme se výše v této kapitole mohli dozvědět, v období starověku se již začaly vyskytovat i první prvky preventivní péče, která byla zaměřena zejména na oblast hygieny, životosprávu, cvičení i stravu. Prevence i léčba byla spjata s náboženstvími a duchovnem, proto se v oblasti prevence setkáváme s pojmem rovnováhy duše i těla. Růžička starověkou prevencí shrnuje následovně: „*Důležitou kapitolou starověkých medicín je i prevence. V Indii například spočívala v životosprávě a cvičeních, v Číně ve včasném odhalení projevů disbalance principů jinu a jangu. Vedle Číny, která je snad původkyní tělesných a dechových cvičení, vedle Indie, kde byla domovem jóga, tělesná cvičení a masáž, patřila tělesná cvičení a sport ke každodennímu životu také například v Egyptě a zejména v Řecku a Římě, kde byla pěstována i léčebná gymnastika. V Řecku byly dokonce vydány předpisy pro tělesnou výchovu, neboť cílem Řeků bylo dosáhnout tělesné a duševní harmonie*“ (Růžička, 2004, s. 340-341). Nicméně v textech nebylo podrobně nalezeno, jakou roli zde v oblasti prevence hráli osoby, které pečovali a ošetřovali nemocné.

1.3 Středověk

Středověk nám označuje období mezi starověkem a novověkem, kdy za počátek středověku považujeme okamžik konce starověku, čímž byl pád říše Západořímské, r. 476 n.l.. Naopak konec středověku se v publikacích datuje odlišně, nejčastěji však datem objevení Ameriky Kryštofem Kolumbem, r. 1492 (Němec, © 1997–2022 b).

Vojtová et. al (1970) uvádí, že úroveň zdravotnických opatření a lékařství byla dána společensko-hospodářskými podmínkami a velkým vlivem tehdejší církve. Dle Farkašové (2010) se ve středověku rapidně zhoršily hygienické podmínky, chyběla zde

pitná voda, nebyl zajištěný odvoz odpadu, nebyla zde vysoká úroveň péče o své zdraví a začaly se vyskytovat infekční nemoci. Tehdejší zdravotní péči zajišťovali ranhojiči, léčitelé a členové charitativních řádů. V té době bylo označování nemocí velmi vágní, často bylo označováno mnoho různých nemocí pod jedním názvem. Důvodem byly velmi podobné příznaky, příčiny byly však různé. Typickým označením nemocí byl tzv. mor, kterým byly označeny nemoci, které se šířily hromadně (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

V oblasti lékařství se v českých zemích objevují velmi podobné tendence jako v okolní Evropě. Lékařské vědomosti na počátku středověku byly velmi nízké. Po pádu Říma došlo k úpadku vědy i kultury, a tím i racionálních prvků lékařství, proto starověká díla na nějakou dobu upadla v zapomnění (Vojtová et al., 1970).

Středověké lékařství i ošetřovatelství nejvíce ovlivnilo křesťanství. V blízkosti klášterů začaly vznikat první špitály formou útulků pro nemocné. Zde byla více ceněna nadpřirozená pomoc nežli ta racionální, vyskytovaly se zde prvky lidového léčení a magie. Dle Kutnohorské (2010) začalo vznikat tzv. charitativní ošetřovatelství, které se zaměřovalo na uspokojení základních potřeb nemocných. Šlo o poskytnutí přístřeší, stravy, hygieny, duchovní podpory a v pozdější době i lékařskou péči. Pospíšilová a Tóthová (2014) charitativní ošetřovatelství definují jako péči, která se nezaměřuje pouze na tělesnou stránku ale i na stránku duševní.

Vliv na to, jak vypadalo ošetřování nemocných měly ve středověku hlavně charitativní organizace a církevní řády. Péče o nemocné probíhala v domácnostech či církevních špitálech. Ošetřující personál zde nebyl nijak odborně připravován, šlo zejména o samouky, mnichy a kněží, neboť uměli číst a psát (Plevová et al., 2011). Kafková (1992, s. 4) o ošetřujícím personálu uvádí následující: „*V nemoci poskytovali lidem pomoc vycvičení holiči, lázeňští, porodní báby, různí kořenáři, mastičkáři, potulní lidoví chirurgové i další osoby*“. Svobodný a Hlaváčková (2004, s. 24) popisují ošetřovatelskou a léčebnou péči během této doby následovně: „*V dobách a oblastech, do kterých ještě nedošly vymoženosti středověké učené medicíny s antickými kořeny, a k těm české země až do 12.-13. století patřily, ležela hlavní tíha léčebných postupů na venkovských léčitelkách (léčitelích) a kořenářkách, většinou pokročilého věku, který zaručoval jejich zkušenost. V roli terapeutů vystupovali také kněží ve smyslu hesla „věř, a víra tvá tě uzdraví“ a v rámci svého pastýřského poslání pečovat nejen o duše, ale i o těla.*“ Neopomenutelnou profesí zde byly i porodní báby, které zajišťovaly pomoc při

porodech. Dále zde byly velmi důležité i lékárny, které začaly vznikat s rozvojem měst a obchodu, který přinesl exotická léčiva (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

Svobodný (2009) uvádí, že počátky špitálnictví v českých zemích jsou velmi nejasné díky nedostačujícímu množství zdrojů. Prvním špitálem, který byl doložen byl špitál Panny Marie v Týně z období poloviny 12. století. Nejznámějším špitálem byl však ale špitál založený Anežkou Českou, ta dle zdrojů nejspíše založila roku 1231 klášter Klaristek v Praze, jehož součástí byl i špitál o který později pečoval Řád křižovníků s červenou hvězdou (Svobodný, 2009). Podrobněji se však činností církevních řádů budeme zabývat v samostatné kapitole práce.

V Evropě během 12. a 13. se století začala velmi rychle rozšiřovat lepra a počet zařízení pro nemocné osoby se tak značně navyšoval. Niklíček a Štein (1985) uvádějí, že rozšíření lepry měli na vině zejména křižáci, kteří se vraceli ze svých cest. Rosenkranzová (2009) naopak uvádí, že lepra se do Evropy dostala vlivem obchodního styku s asijským východem, kdy mor zřejmě zavlekly italské lodě a nemoc se následně z Itálie šířila dále do Evropy. Proti šíření moru se zapalovali ohně, vykuřovalo se jalovcem a pelyňkem, pouštělo se žilou, pokožka se potírala octem a také se stavěly morové sloupy.

Gill (2013) uvádí, že malomocní byli vylučováni ze společnosti. Jako vyvrženci byli označeni zvoncem, kterým oznamovali svou přítomnost a měli také povinnost nosit žlutý kříž. Nemocní též nesměli sahat na předměty, kterých se mohl dotknout jiný člověk, nosili z toho důvodu rukavice. Žili v úplném odloučení, a to i od svých blízkých, nemoc tak nesla utrpení nejen tělesné ale hlavně i duševní (Vašek, 1941). V roce 1179 církev udělila povinnost knězi rozpoznávat nemocné s leprou. Byly pro ně budovány útulky tzv. leprosária, kde se malomocní separovali od nemocných s jinou chorobou (Niklíček a Štein, 1985). Zpočátku byla leprosária prostou chatkou z hlíny a slámy, která se po smrti nemocného se vším včetně zesnulého spálila, aby se nemoc nešířila. Později byly domy lepší a stavěly se hlavně v blízkosti silnic, kde nemocní žebřali. V lepších zařízeních byla poskytována péče ošetřovateli. Ošetřující poskytovali stravu, dbali na hygienu a pečovali o ložní prádlo (Vašek, 1941). Následně pak po roce 1300 přešla odpovědnost rozpoznávání nemocných na lékaře. Po tomto roce výskyt malomocných výrazně klesl, a to zřejmě díky izolaci nemocných, omezeném cestování nebo úbytku obyvatelstva díky morům (Gill, 2013).

Během středověku se epidemie vyskytovaly ve velké míře, se kterými bylo spojováno veřejné zdravotnictví a vznik funkce městského lékaře. Ten měl za úkol řídit boj proti epidemiím. Tuto funkci na místech, kde nebyl městský lékař řídila městská rada, která vydávala protiepidemická nařízení. Nařízení pojednávala zejména o tom, jak se mají lidé během epidemie chovat. V době 14. století, kdy byly rozsáhlé morové epidemie došlo k zavedení systému karantény (Niklíček a Štein, 1985).

Karanténa dle Jančákové (2008) byla první efektivní prevencí proti moru. Bylo zde mnoho opatření. Například lodě musely čekat až 40 dní, než byly vpuštěny do přístavů. Lékaři a ošetřující nosili dlouhé ochranné obleky, rukavice, brýle a masku s dlouhým zobákem, který byl naplněný bylinami – ty měli zabránit přenosu a zmiřňovali zápach. Nástroje, které se využívali k léčbě a ošetřování byly nasazeny na dlouhé tyči to, aby byl lékař či ošetřující co nejdále od nakaženého. Do domu, kde nemocný pobýval nesměl nikdo vstoupit, potřebné věci dostávali oknem. Na těchto domech bylo označení s velkým křížem. Pokud nemocný zemřel byl večer přemístěn na hřbitov a dům byl následně tzv. očišťovací komisí vydezinfikován pomocí zapáleného jalovce, roztokem soli ve vodě a lihovině.

Dle Svobodného a Hlaváčkové (2004) neměla opatření velkou účinnost, jelikož problémům nepředcházela, ale pouze je zmiřňovala. Mezi epidemiemi bylo však ve snaze těchto výše zmiňovaných městských rad odstranění znečištění veřejného prostranství. Jednalo se zvláště o odstranění odpadků z ulic a dláždění ulic. Později ve 14. století se začaly předepisovat zásady stavění budov, provozu obytných i veřejných prostor. Pokud i přesto došlo k průběhu epidemie, tato opatření se velmi radikálně zpřísnila. Nejúčinnější opatření ale přišla až s opatřeními policie. Tato opatření hlavně zakazovala žebrání a volný pohyb, jejich porušením následovali tvrdé tresty. Ke zlepšení epidemické situace též přispělo organizované pohřbívání mrtvých.

Ve středověku se rovněž zřizovaly ústavy pro slepé a choromyslné, důvodem byla potřeba zvláštní ošetrovatelské péče. Dále se budovaly sirotčince a nalezince pro děti (Vašek, 1941).

Z textu je zřejmé, že se lidé během středověku potýkali s několika epidemiemi moru a také leprou. Tyto nemoci můžeme říci, byly velmi časté a měli za následek velký úbytek obyvatel díky vysoké úmrtnosti. V rámci prevence rozšiřování nemocí reagovali vytvářením opatření zejména v oblasti hygieny, pohybu obyvatel, provozu veřejných i

neveřejných budov a pohřbívání zesnulých. „*Význam tělesné hygieny jako prevence proti nemocem si lékaři uvědomovali již v antice a hygienická pravidla byla zdůrazňována i ve středověku. V proslulé lékařské škole v Salernu byla již na konci 12. století sestavena pravidla dietetických rad a hygienických předpisů, Regimen sanitatis Salernitanum. Návod se stal v Evropě všeobecnou příručkou pro laiky i pro lékaře.*“ (Cuřínová, 1996, s. 28). Můžeme zde také opět vidět využívání karantény a oddělování nemocných od ostatních, které se vyžívalo již v období starověku. V rámci ošetřování nemocných můžeme zaznamenat snahu dbát o čisté prostředí a prádlo, což můžeme také zařadit do oblasti prevence. Obecně byl ošetřující personál zaměřen hlavně na základní péči o nemocné (hygiena, strava, péče o lůžko, psychická podpora, ošetřování ran a duchovní péči), můžeme tedy usoudit, že určitou roli v prevenci zde již měli kromě městské rady, lékaře a fysika i ošetřující osoby.

1.4 Novověk

Němec (© 1997–2022 c) novověk rozděluje na dvě etapy, a to na raný a vrcholný novověk. Počátek novověku je dle něj spojován s objevením Ameriky, tedy rokem 1492 a počátkem reformace církve, rokem 1517. Mezní datum, které rozděluje raný a vrcholný novověk bývá uváděna polovina 17. století. Jeho konec je opět datován různě

Během novověku a zejména v období Třicetileté války (1618 – 1648) většina špitálů začala zanikat. V období války a také hlavně po válce došlo k velkému živoření obyvatel, opět se zde začaly vyskytovat epidemie cholery a moru (Kafková, 1992). K šíření epidemií velmi napomáhal pohyb armád vojáků, válečných uprchlíků a velmi špatné hygienické podmínky.

Svobodný a Hlaváčková (2004) zmiňují během novověku několik vln epidemií moru, cholery, neštovic a také hladomoru. Toto období mělo za následek nejdrastičtější úbytek obyvatelstva, který je odhadován okolo 30 %. Později se vyskytovaly pouze lokální epidemie, které neměli tak značný dopad. Vyskytly se pouze dvě celozemské epidemie moru, které byly zavlečeny zvenčí, poslední morová epidemie se tak datuje v letech 1713–1715.

Jako reakce na šíření epidemií byly na hranicích zavedeny místní karantény. V roce 1680 vznikl návrh infekčního řádu, který obsahoval instrukce, jak čelit epidemii. Jednalo se o opatření k prevenci šíření a vzniku epidemií, které se zabývali: ochranou hranic; vstupem

do měst a vesnic; pohybem osob; chováním obcí a jednotlivců během propuknuté epidemie; zásadami organizace lékařské a ošetrovatelské péče; provoz morových lazaretů a špitálů atd. Svátek (1898) o infekčním řádu uvádí, že byl vydán lékařskou fakultou v Praze, a to pouze v německém jazyce. Doporučovaly se v něm modlitby, odříkávání žalmů a chvalozpěvy patronům proti moru. Dále v řádu byla uvedena doporučení kněžím, jak se mají oblékat, pokud jdou ošetřovat nemocného. Uváděna zde byla i léčiva pro bohaté a chudé, a také vykuřovadla pro bohaté a chudé. Během morových epidemií vznikala i literatura, která se zaměřovala svým obsahem na morové epidemie. Byl to důležitý zdroj informací o moru pro lid (Surá, 2020). Informace o moru a poučení, jak by se měl člověk chovat či jak může předcházet nemoci nalezneme ve spisu Ezechiela Bauschera. Dle spisu se člověk má vyhýbat místům, kde se vyskytuje nemocný, dále jak postupovat při úklidu obydlí a jeho vykuřování. Také je zde uvedeno, jaké jsou příznaky moru a jaké jsou léčebné prostředky (Bauscher, 1680). Další informace o moru lze najít v knize Františka Polentzi. Zde však můžeme najít informace zaměřené i na prevenci a také o zdravé životosprávě. Uvedeny jsou recepty na posilňující prostředky proti moru včetně receptů a následné aplikaci. Recepty jsou upraveny dle možností člověka, uvedeny jsou jak pro chudé, tak i pro lid bohatší. Nalezneme zde obecná pravidla v oblasti hygieny. Ty se zaměřují na postupy vykuřování směsí bylin a rozdělávání ohňů. Uvedena jsou opět doporučení k předcházení nakažení morem a postupy v případě onemocnění, jsou však na rozdíl od předchozího spisu rozdělena dle různých kategorií lidu – například: těhotné ženy, děti, rodiče apod. (Polentzi, 1708).

Během vlády Marie Terezie můžeme zaznamenat počátky veřejného zdravotnictví. Ta za své vlády zřídila státní zdravotní službu. Ustanovila předpisy v oblasti hygieny a sanitárních opatření. V tomto období byl největším problémem infekční nemoci, špatné životní a hygienické podmínky chudších obyvatel mezi kterými se infekční nemoci šířili nejčastěji (Hamplová, 2020).

Kafková (1992) uvádí, že během 17. století nedošlo k výraznému pokroku v lékařství a zdravotnictví. Pokrok těchto věd zmiňuje během osvícenského období, kdy byly Marií Terezií a Josefem II. zavedeny reformy, tzv. tereziánské a josefínské reformy. V roce 1753 byly Marií Terezií uděleny funkce krajských a městských fysiků. Na základě jejich podnětů městská správa zřizovala opatření hlavně pro zlepšení úrovně hygieny. V této době zdravotnický personál spadal pod jednu osobu, předsedu zdravotní říšské komise.

V letech 1753 byly vydány základní zdravotní normy tzv. generální zdravotní řády, které se zabývaly zejména preventivní a veřejnou zdravotní složkou zdravotnických pracovníků. Také stanovil práva a povinnosti fyziků, kteří dohlíželi na zdravotnické pracovníky a protiepidemická opatření.

Kutnohorská (2010) uvádí, že stát začal budovat další zdravotnické instituce, jednalo se o nemocnice, porodnice, nalezince a další druhy zařízení. Tehdy nemocnice nezačaly působit nejen jako azyl, ale jejich hlavním zaměřením oproti špitálům byla léčebná činnost. Ze zavedených změn začala následně vznikat první ucelená teorie o zdravotnictví, které měly napomoci řešit obtíže státu v oblasti spokojenosti obyvatel, zdraví vojáků, pracovní síly a medicínských problémů. Touto snahou tak vznikl útvar nazvaný zdravotní policie.

Josef II. na základě svých reforem přesunul špitály, které nebyly doposud zrušeny do všeobecných nemocnic. V roce 1791 se tak například do všeobecné nemocnice v Praze přesunula i praktická škola pro lékaře, která byla dříve součástí nemocnice Milosrdných bratří. Díky Marii Terezii se na lékařské fakultě v Praze mohli vzdělávat nejen lékaři, ale také ranhojiči a porodní báby. Později zde Václav Joachim Vrabec prosadil také přednášky určené opatrovnickému personálu, zaměřovaly se na hygienické požadavky pokojů, podávání stravy, koupele, ošacení nemocných, klystýry a mnoho dalších výkonů, které byly u nemocných prováděny. Tyto přednášky byly dvorským dekretem roku 1789 zrušeny a opatrovnický personál se tak nemohl dále vzdělávat. Ve stopách Vrabce později pokračoval mezi lety 1799 – 1808 Antonín Holý, který na lékařské fakultě obnovil přednášky o opatrování nemocných, fyzické výchově dětí, udržování zdraví a umění. Těchto přednášek se však nemohly účastnit ženy a vzdělávali se zde pouze muži. Získané znalosti tak byly využívány pouze v některých špitálech církevních řádů, v ostatních špitálech a nemocnicích byli opatrovníci pouze v roli hlídačů nemocných (Kafková, 1992).

Epidemie pravých neštovic – průlom v moderní preventivní péči

Dle Scherera a Gutha (1910) byly neštovice jednou s nejstarších nemocí. Znali je již v Číně a Indii okolo 1000-2000 l. př. n.l. Neštovice se poté šířily z Indie do západní Asie a odtud do Afriky a Evropy. Do Evropy byly neštovice poprvé zavlečeny zřejmě kolem roku 166 n.l. římskými vojáky. Z Evropy se poté neštovice zavlekly do menších ostrovů

a kolonií, a poté i do Ameriky dovážením černošských otroků. Během 16.-18. století se Evropa potýkala s několika epidemiemi neštovic, které se do českých zemí dostaly v roce 1794 a 1799-1801. Neštovice byly jednou z těch lépe identifikovatelných nemocí, díky typickým příznakům. Úmrtnost byla však velmi vysoká, i když se jednalo tehdy o jedinou nemoc, proti které se mohlo preventivně zasahovat díky očkování (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

Zásadním objevem však bylo očkování pomocí kravských neštovic, které se vyskytovaly na vemeni skotu, odkud se přenášely na ruce osob, který skot dojel. „*Jest tudíž zcela přirozeno, že obyvatelstvo skot pěstující v různých krajinách této choroby si zvláště všímalo a během doby dospělo na základě dlouholeté zkušenosti k náhledu, že odbytí této choroby kravské chrání před onemocněním neštovicemi pravými.*“ (Scherer a Gutha, 1910, s. 20). Nám známou vakcínu objevil lékař Edward Jenner v roce 1796 (Svobodný a Hlaváčková, 2004). Později vydal v Londýně v roce 1798 publikaci o svých zkušenostech s uvedeným způsobem očkování neštovic, který poprvé nazval jako vakcinaci. Scherer a Guth (1910) očkování popisují jako chirurgický výkon který se musí provádět za aseptických podmínek (příloha č. 5), aby nedocházelo k infekcím.

V 18. století značně prosazovala očkování Marie Terezie, která nechala demonstrativně očkovat své děti. Tento způsob očkování se v českých zemích začal využívat od roku 1800 (Svobodný a Hlaváčková, 2004). Dle Krause (1915), se vydávala zákonná nařízení o očkování proti pravým neštovicím a uvádí, že povinné očkování bylo zavedeno v druhé polovině 19. století. Rovněž uvádí pokyny v případě nakažení, které můžeme podrobně vidět v příloze č. 4.

Během ošetřování nemocných s neštovicemi bylo velmi důležité dodržování určitých opatření, které se týkali zamezení šíření infekce z obydlí nemocného a ochrany osob, které přicházeli do styku s nakaženým. Bylo nutné, aby nemocný měl vlastní příbor a nádoby, které se umývalo zvlášť. V místnosti, kde nemocný pobýval bylo nezbytné dobře větrat a udržovat čistotu. Aby se infekce nepřenášela na ošetřující byly používány dlouhé pláště a zástěry, které se praly. Tento oděv svlékali před odchodem z pokoje a při vstupu oblékali oděv nový. Důležitá zde byla hygiena rukou dezinfekčním mýdlem (Hraše, 1908). Důležitá byla i hygiena prádla, peřin, oděvů a předmětů. Co lze prát se pralo ve vařící vodě a páře, to mělo velmi dobrý vliv na zánik původců nemoci. Ostatní předměty se vystavovaly na čerstvý vzduch, nebo se pečlivě čistily (Vraný, 1880). Dle Šebka a

Szabóové (2014) byly nakažení neštovicemi izolováni a nejčastěji umístováni mimo města do speciálních zařízení pro infekční choroby tzv. pesthausy, kde byli ošetřováni laickými ošetřovateli.

Úspěšnost očkování proti neštovicím se projevila značně později. K úplnému vymýcení pravých neštovic došlo až během 20. století (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

1.5 Období Krymské války – zásadní mezník ve vývoji ošetřovatelství

Kafková (1992) uvádí, že značné změny v ošetřovatelství přineslo období Krymské války v letech 1854-1856, kdy se rozhodlo o potřebě odborně připravovaných žen v oblasti péče o nemocné a raněné. Kutnohorská (2010) toto období označuje jako období profesionalizace ošetřovatelské péče se kterým je spojováno několik významných osobností, kterými jsou: Florence Nightingale, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Jean Henri Dunant.

Krymská válka byl válečný konflikt vedený zejména na Krymském poloostrově mezi Rusy, Brity, Francouzi a osmanskými Turky. Vyvolávající příčinou války byl konflikt velmocí na Blízkém východě. A to přímou příčinnou ruských požadavků na ochranu pravoslavných poddaných osmanského sultána. Dalším významným faktorem, který válku zapříčinil byl spor mezi Ruskem a Francií o výsady ruské pravoslavné a římskokatolické církve na svatých místech v Palestině (Encyclopædia Britannica, Inc., ©2023a).

Míra úmrtnosti během Krymské války byla až děsivá: pro britské armády to bylo 22,7 % vyslaných vojáků, ještě vyšší, konkrétně 30,9 % u francouzské armády a neznámý počet mrtvých pro ruskou armádu. Naprostá většina úmrtí v Krymské válce byla způsobena nemocemi, kterým se dalo předcházet. Zisky dosažené válkou byly zanedbatelné, například volný přístup k obchodu na Dunaji (McDonald, 2014).

Potom co se tyto zprávy o špatných podmínkách na frontě dostaly mezi britskou veřejnost, sestra Mary Seacole zažádala o povolení vstupu na Krym, její žádost byla však zamítnuta. Proto cestu podnikla sama a založila následně tzv. British Hotel jako důstojnický klub a zotavovnu, kde se ošetřovali nemocní a ranění vojáci. Vylepšení této polní nemocnice provedla později sestra Florence Nightingale. Její činnost znamenala velký převrat v léčbě raněných vojáků a také díky své činnosti připravila půdu pro rozvoj vojenské medicíny (Encyclopædia Britannica, Inc., ©2023a).

Florence Nightingale – vývoj moderního ošetrovatelství a základy prevence v ošetrovatelské péči

Florence Nightingale neboli také Dáma s lampou, se narodila 12. května 1820 ve Florencii. Byla to britská sestra, statistička a sociální reformátorka. Florence Nightingale během svého působení dala základy pro filozofii moderního ošetrovatelství (Selanders, 2023). Narodila se do velmi zámožné anglické rodiny, což kromě dostupnosti financí pomohlo Florence Nightingale i k velké možnosti cestování. Vlivem rodinného postavení ve společnosti tak měla velmi dobré vzdělání, učila se cizím jazykům, zajímala se o matematiku, statistiku a četbu. Ve svých 20 letech již čerpala zkušenosti z oblasti péče o nemocné a také v tu dobu nabyla přesvědčení, že chce těmto lidem pomáhat. Během svých cest s rodinou měla možnost navštěvovat nemocnice. Ve svých 25 letech požádala rodiče o svolení k tomu, aby mohla pracovat jako ošetrovatelka v Salisbury, ti však odmítli a byla odeslána na cesty do Itálie (Pohlová, 2010). V Římě, kde pobývala mezi lety 1847-1848 se setkala s ministrem války Sidney Herbertem. Poté se Florence Nightingale vracela domů v roce 1850, kdy navštívila Německo, a to konkrétně nemocnici se školou, kterou založil Theodor Fliedner, kam se vrátila i následující rok, kdy následovně prošla ošetrovatelským kurzem. Kurz trval tři měsíce a jejím pobytem zde se utvrdila v přesvědčení, že chce pracovat jako ošetrovatelka. Navzdory rodičů v roce 1853 navštívila nemocnice v Paříži a během srpna 1853 byla jmenována ředitelkou v zařízení Establishment for Gentlewoman during Illnes (Zařízení pro jemné ženy v nemoci) v Londýně. S jejím působením zde rodiče Florence souhlasili a podporovali ji 500 libry ročně (Staňková, 2001).

Po vypuknutí Krymské války obdržela Florence Nightingale dopis od ministra války Sidneyho Herberta, který ji žádal, aby se vypravila spolu s dalšími ošetrovatelky na frontu. Důvodem jeho žádosti byla zmiňovaná špatná úroveň ošetrování raněných a velká úmrtnost (Tabor, 1936). Ta následovně v roce 1854 odjela společně s 38 sestrami, kde od 4. listopadu 1854 působí v nemocnici Barrack ve městě Scutari v Turecku. Zde se věnovala ošetrování raněných, zavádí zde tzv. sanitární vědu, organizuje a zlepšuje úroveň péče o nemocné a raněné, a to i přes to, že na počátku zde sestry nebyly lékaři vítány.

Následně Florence Nightingale prosadila působení a užitečnost sester, díky jejím změnám zde klesla úmrtnost na 2% pouze za 6 měsíců (Pohlová, 2010). Zavedla zde změny

v oblasti stravy nemocných, hygieny, prostor, zavedla toalety, prádelnu a vytápění lazaretů.

Po válce se vrátila zpět do Anglie a usilovala o zlepšení vojenského ošetřování. Založila také první ošetřovatelskou školu sv. Tomáše (Cuřínová, 1994). Po vzoru této školy začaly vznikat ošetřovatelské školy i v dalších městech Evropy a USA. Vzdělané sestry tak značně ovlivnily kvalitu péče (Jarošová, 2000).

Ze svých bohatých zkušeností z Krymské války Florence Nightingale publikovala „Zápisky o armádě a nemocnici“, kde využívala prvky statistiky pomocí grafů a diagramů. Později vydala „Poznámky o ošetřovatelství“ (Notes on Nursing), kniha byla stěžejním dílem ve vzdělávání a ošetřovatelské literatuře. Kniha pojednávala o zdravém prostředí, čistém vzduchu, funkční kanalizaci, čistotě, světle, teple, tichu a dietě (Wichsová, 2005). Poznámky o ošetřovatelství dle Kutnohorské (2010) byla nejlepší práce Florence Nightingale, byla vydána v roce 1859 a následně byla dále doplňována. Kniha obsahující 13 kapitol představuje podrobný návod k ošetřování nemocných. Stěžejním bodem knihy je hygiena a význam se zde klade na stránku fyzickou i duševní. Uvedla zde 5 základních prvků zdravého obydlí: čistý vzduch; čistá voda; vhodná kanalizace; čistota a světlo (Nightingale, 2010). Zmíněné prvky jsou podkladem ošetřovatelského modelu Florence Nightingale (Kutnohorská, 2010). Dle Jarošové (2000) svou knihou významně ovlivnila vývoj ošetřovatelství a ošetřovatelské profese. Neboť z ošetřovatelství učinila důstojné zaměstnání pro ženy a také popularizovala systematické vzdělávání sester a funkci hlavní sestry.

Z textu je zřejmé že Florence Nightingale přispěla svou činností a tvorbou významných publikací nejen k rozvoji ošetřovatelské péče, ale položila i základy prevence v ošetřovatelské péči. Můžeme tak usuzovat například z její velké reformy během Krymské války v nemocnici, kde působila a z publikace Poznámky o ošetřovatelství. Opět zde byl během Krymské války největší problém úroveň hygieny a infekční nemoci, které měli za následek mnohem větší úmrtnost než poranění z boje. Reformou v oblasti hygieny přispěla k předcházení nemocem jako byla cholera, tyfus a jiné. Můžeme tak Florence označit za osobnost, která svými činy ovlivnila vývoj preventivní péče v ošetřovatelství a také roly sestry v této oblasti.

Jean Henri Dunant – založení Červeného kříže

Jean Henri¹ Dunant byl švýcarský obchodník narozený roku 1828, který se podílel na ošetřování raněných vojáků během bitvy u Solferina v roce 1859 (Cuřínová, 1994). Do této bitvy se dostal během Napoleonského tažení do Itálie, aby mohl získat povolení na stavění mlýnů v Alžírsku. V Solferinu se tak stal svědkem kruté bitvy, kde se setkal s raněnými vojáky, o které nikdo nepečoval, jejich utrpení tak jím velmi otřásl (Švejnoha, 2006). Jeho účastí zde byl značně po celý svůj život ovlivněn, po svém návratu napsal knihu *Vzpomínky na Solferino*, ta svým barvitým a živým obsahem šokovala celou Evropu (Cuřínová, 1994).

Poté, co velmi živě popsal ve své knize velkou bitvu z 24. června 1859, utrpení a umírání mnoha raněných kvůli nedostatku lékařského vybavení a personálu navrhl vytvoření dobrovolnických organizací pro pomoc válečným raněným. Kniha byla přeložena do mnoha jazyků a zároveň byla největším impulzem k založení mezinárodní organizace Červený kříž, je tak považován za jednoho ze zakladatelů (Parsons a Del Vacchio, 1963).

Kutnohorská (2010) uvádí, že předchůdcem organizace Červeného kříže byl Výbor pěti, který byl vytvořen za účelem pomoci raněným vojákům. Výbor byl pojmenován dle počtu členů, kterými byli: generál Guillaume Henri Dufour, lékař Louis Appia, lékař Theodore Maunier, Gustave Moynier a Henri Jean Dunant (Parsons a Del Vacchio, 1963). Výbor Červeného kříže se poprvé sešel v únoru 1863 v Ženevě ve Švýcarsku. Během konce roku 1863 výbor shromáždil vládní zástupce, aby projednali Dunantův návrh národního společenství, které by podpořilo vojenské zdravotní služby. V srpnu 1864 byla přijata první Ženevská konvence, která zavazovala armády k tomu pečovat o zraněné vojáky na jakékoli straně konfliktu. Konvence také zavedla jednotný znak pro zdravotnické služby: červený kříž na bílém pozadí.

Primární úloha Červeného kříže byla koordinační. Postupně se organizace však více zapojovala do polních operací, protože se ukázala potřeba neutrálního prostředníka mezi válčícími stranami (International Committee of the Red Cross, 2016).

Na území českých zemích organizace vznikla v roce 1868. Vznikl zde Vlastenecký pomocný spolek pro království České. V roce 1879 vznikl spolek i pro Moravu

¹ V dostupných zdrojích se lze setkat se jménem Henri i Henry.

(Kutnohorská, 2010). Jejich činnost zpočátku zahrnovala zdravotnické školství, pomoc v době epidemií, pomoc při povodních, charitativní činnost pro sirotky, vdovy a pomocné zdravotní služby pro armádu. V současné době se organizace Červeného kříže zaměřuje na několik služeb. Jedná se například o náhradní ubytování při katastrofách, zajišťování stravy, léků, vody a hygieny, obnovu rodinných kontaktů, připravenost na případné katastrofy, sociální a zdravotní aktivity, výuku první pomoci a také její poskytování. Součástí jejich dobrovolné činnosti je i boj proti nakažám a jejich prevence. Jedná se zejména o prevenci HIV a AIDS (Český červený kříž, 2023).

Jean Henri Dunant je tak opět jednou z významných osobností, která přispěla svou činností k rozvoji preventivní péče. A to zejména tím, že společně s dalšími zakladateli vytvořili organizaci Červený kříž, který se zaměřuje na pomoc při válečných konfliktech, ale také se věnuje oblasti prevence.

Nikolaj Ivanovič Pirogov – zavedení antiseptik, anestezie a prevence nemocí z poranění

Nikolaj Ivanovič Pirogov byl ruský chirurg narozený v roce 1810 v Moskvě. V 11 letech byl umístěn do penzionátu, kde se naučil několika jazykům. V roce 1828 získal titul na lékařské univerzitě (InterSpine, 2005). Pirogov je považován za objevitele anestezie, kdy během operací využíval k tlumení bolesti ether, kterou nejprve testoval na zvířatech. Zároveň jako první využil pevný škrabový obvaz při ošetřování komplikovaných zlomenin. Lze jej rovněž považovat za zakladatele vojenské chirurgie. Byl toho názoru, že amputace končetiny je prevencí následků zranění končetiny z boje (Orlova a Foll, 1954).

Pirogov se do Krymské války zapojil ošetřováním raněných v Sevastopolu během roku 1854, kde využil své bohaté zkušenosti z válek na Kavkazu. Kutnohorská (2010) uvádí, že Pirogov pro ošetřování nemocných vyškolil skupinu sester, kterou jako první organizovaně vedl na bojišti. Zavedl tak sesterskou pomoc o rok dříve než Florence Nightingale. Byl toho názoru že, nejvíce záleží na organizaci ošetřovatelské pomoci než na té lékařské (Československá lékařská společnost J.E. Purkyně, 1960). Během Krymské války a války na Kavkazu zavedl Pirogov antisepsi. Díky které se předcházelo infekcím v ráně. Zavedl využívání jódu, chlorové vody či kafrového líhu. Pirogov následně publikoval knihu „Základy obecné vojenské chirurgie podle poznatků z vojenské nemocniční praxe“. Kniha pojednávala o metodách prevence nákazy a infekcí z poranění

(Orlova a Foll, 1954). Kutnohorská (2010) uvádí, že Pirogov velmi dbal na hygienické zásady jako prevenci epidemií, které jinak měly za následek mnohonásobné počty obětí než samotná poranění z boje.

Pirogov svou činností opět přispěl k rozvoji prevence. Můžeme tak usoudit ze zavedení antiseptiky při operacích, využívání dezinfekčních přípravků a velký zřetel na hygienické zásady. Dále přispěl svou publikací zaměřenou na vojenskou chirurgii a prevenci nákazy z poranění v boji.

2 Rozvoj prevence v ošetrovatelské péči během válečného a meziválečného období v 19. a 20. století

Lenderová et al. (2009) uvádí, že občanské a národní revoluce v letech 1848-1849 ovlivnily vývoj Rakouského císařství. Od roku 1848 bylo zrušeno poddanství a roboty. V období Bachova absolutismu² došlo k hospodářskému rozvoji a přitvrzení v politickém režimu. Po pádu zmiňovaného Bachova absolutismu došlo k politickému rozvolnění, které výrazně ovlivnilo společnost (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

19. století bylo v duchu rozvoje vzdělávání, a to zejména vzdělávání žen o které usilovaly Marie Riegrová, Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Společně založily Ženský výrobní spolek, který měl za cíl poskytnout vzdělání ženám a dívkám. Vzdělávání je připravovalo na rodinný i samostatný život. Jednalo se o obchodnicko-průmyslovou školu (Kutnohorská, 2010). Škola měla 6 druhů zaměření – škola doplňovací, kreslicí, rytecká, obchodní, jazyková a škola ženských ručních prací (Ženský výrobní spolek český, 1876).

V druhé polovině 19. století došlo k velkému rozmachu věd – lékařství, přírodních věd, chemie a fyziky. Došlo zde k mnoha objevům. Např. Robert Koch popsal původce tuberkulózy, George Mendel objasnil zákony dědičnosti a Wilhelm Konrad Röntgen objevil paprsky X. Během druhé poloviny 19. století se zde vyskytla epidemie pravých neštovic, která postihla hlavně neočkované. Dále se zde vyskytovala epidemie záškrtu a velmi častá byla tuberkulóza (Surá, 2021).

Kutnohorská (2010) uvádí, že na rozvoj ošetrovatelské péče měl velký vliv pozitivní vztah k hygieně a uvědomování si její důležitosti v rámci upevňování zdraví a prevenci nemocí. Vznikla zde nová role sestry – pomocník lékaře, jelikož bylo potřeba, aby měl

² Bachův absolutismus neboli neoabsolutismus byla forma vlády během let 1851-1859 v Rakouském císařství.

lékař někoho, kdo bude vykonávat jeho pokyny a bude na nemocného dohlížet. Tímto vznikla zároveň nutnost vzdělaných sester (Staňková, 1991).

Během druhé poloviny 19. století vznikla první ošetrovatelská škola v Čechách, konkrétně v roce 1874 v Praze. Škola nabízela bezplatnou výuku formou krátkodobého kurzu, který zahrnoval teoretickou i praktickou výuku. Kurz byl zakončen řádnou zkouškou a následným získáním diplomu (Kafková, 1992). Škola však v roce 1881 svou činnost ukončila. Kutnohorská (2010) uvádí, že šlo o první organizované vzdělávání ošetrovatelek v Čechách i v Rakousku-Uhersku. Po vzoru této školy následně vznikla ošetrovatelská škola ve Vídni roku 1882.

Tehdejší činnost sester byla zejména v dohlížení na nemocné, jejich hygiena, péče o čisté lůžko a prádlo, podávání medikace a stravy, měření teploty a vykonávání nařízení lékařů. Pečovalo se o prostředí a také o vzduch v pokojích – otevírala se okna, rozprašovaly se roztoky s kyselinou karbolovou, podlahy se ošetrovaly vápnem a umísťovaly se mísy s chlorovým vápnem (Škochová, 2005). Ventrubová (1962) mezi povinnosti ošetřujícího personálu v 19. století řadí zejména udržování čistoty, péče o lůžko a natřepávání slámy ve slammících, roznášení jídla a péči o lůžkoviny.

V období prvního desetiletí 20. století a první světové války došlo k velkému technickému pokroku. Ve městech se zřizovala postupná elektrifikace a došlo ke značnému zlepšení v oblasti komunální hygieny díky vyhotovení kanalizačních sítí. Díky tomu se také značně zlepšil zdravotní stav obyvatelstva (Lendelová et al., 2009). Svobodný a Hlaváčková (2004) uvádějí, že během první světové války se však velmi zhoršila životní úroveň obyvatel a také došlo k nárustu infekčních nemocí, pohlavně přenosných nemocí a také nemocí z nedostatku či nevyhovující stravy. Roku 1918 české země zasáhla i španělská chřipka (Porter, 2001). Války pro naše lidstvo byly velmi těžkým obdobím, zároveň nám však poskytly velmi významný rozvoj v lékařství i ošetrovatelství (Švejdová, 2011), které se během válek potýkalo s mnoha raněnými, nedostatkem jídla, prádla i materiálu, a hlavně špatnou hygienou. Díky těmto trýznivým podmínkám docházelo k rozvoji a šíření infekčních onemocnění (Kafková, 1992)

Dle Kutnohorské (2010), období na přelomu 19. a 20. století a zejména vznikem Československé republiky bylo charakterizované rozsáhlým rozvojem ošetrovatelství, zakládáním nemocnic a také ošetrovatelských škol. V oblasti vzdělávání žen a dívek se dostalo veliké podpory prezidenta T. G. Masaryka a jeho dcery Alice Masarykové. Jejich

podpora přispěla k rozvoji Českého červené kříže, který působil v sociální a ošetrovatelské péči. Alice Masaryková významně ovlivnila pohled na ošetrovatelství, kdy do České školy pro ošetrování nemocných přivedla vzdělané sestry z USA a zároveň umožnila sestrám studium v zahraničí.

V nemocnicích byla ošetrovatelská péče poskytována hlavně řeholními sestrami a také diakonkami (viz kapitola č. 3). Dále byla péče poskytována diplomovanými sestrami, jejich počet byl však velmi nízký. Tyto sestry měly velmi špatné pracovní podmínky a byly ubytovány na pokojích přímo s nemocnými (Kutnohorská, 2010). Kafková (1992) uvádí že, ošetrovatelskou péči poskytovali i opatrovníci, kteří neměli žádné vzdělání v oboru. Nemocničním sestrám vznikla nově možnost specializačního vzdělávání, a to v oborech dietetiky, radiologie, laboratorní diagnostiky či operační instrumentace (Farkašová et al., 2006).

V roce 1927 vyšlo v platnost vládní nařízení č. 22/1927 Sb., o úpravě služebních a platových poměrů světských ošetrovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve Všeobecné nemocnici v Praze. Na základě, kterého se mohlo ošetrojícím personálem stát pouze ten: „1. kdo vyhovuje všeobecným podmínkám předepsaným pro ustanovení ve státní službě, 2. kdo dovršil nejméně 18. rok věku, 3. kdo je ke službám, které má obstarávat, tělesně i duševně způsobilým, upotřebitelným a důvěryhodným, 4. kdo prokázal odbornou způsobilost diplomovou zkouškou podle nařízení ministerstva vnitřní věci ze dne 25. června 1914, č. 139 ř. z.“ (Vládní nařízení č. 22/1927 Sb.).

V dostupných zdrojích a v právní úpravě nebylo nalezeno konkrétní vymezení kompetencí a činností ošetrovatelského personálu, které by se týkalo preventivní péče. Delan a Strong (1920) však uvádějí, že během počátku 20. století pracovní náplní sester v nemocnicích spočívala zejména v zajištění hygieny nemocných, dodržování a zajišťování čistoty, kontrola nad svěřeným majetkem, zajišťování přívetivého prostředí pro léčbu, příprava pacienta na léčebné výkony, provádění lékařských předpisů a dodržování ochranných opatření v oblasti zajištění bezpečí pacientů, jednalo se hlavně o dezinfekci. Sestra také opět pečovala o lůžko pacienta, zajišťovala stravování, dohlížela a prováděla prevenci proleženin, zajišťovala polohování pacientů, pečovala o dutinu ústní, vlasy a nehty. Do jejich kompetencí spadalo i měření tepové frekvence, dechu,

teploty a péče o rány (Kafková, 1992). Nedílnou součástí sesterské práce a povinnosti byla výchova ke správnému životnímu stylu (Kutnohorská, 2010).

V souvislosti se vznikem Protektorátu Čechy a Morava došlo k omezení československého zdravotnictví. Během této nelehké doby došlo ke ztrátě 30–40 % zdravotnických zařízení, které se nacházely v pohraničí (Kutnohorská, 2010). Během období 2. světové války vznikl opět nedostatek zdravotnického personálu, jelikož byly řádové sestry Němci z nemocnic vykázány. Také velká část civilních sester byla odeslána na frontu, kde sbíraly raněné a poskytovaly první pomoc (Staňková 1996). Zdravotnický personál byl doplněn německými sestrami a dobrovolnými sestrami z Československého červeného kříže (Kafková, 1992).

Kutnohorská (2010) uvedla, že v nemocnicích zůstaly pouze diakonky, které ošetřovaly raněné a vracející se vězně z Terezína. Lůžkové části nemocnic sloužily hlavně pro válečnou chirurgii (Kafková, 1992). Sestry mimo nemocnice a zdravotnická zařízení (která nebyla doposud zrušena) působily také v táborech pro uprchlíky. Zde sestry zejména kde prováděly protiepidemická opatření. Během 2. světové války vznikla funkce hlavní sestry, jejíž pracovní náplň byla velmi podobná té dnešní (Plevová et al., 2011), díky vzniku této pozice došlo ke zkvalitnění organizace nemocniční ošetrovatelské péče.

Ve 20. století došlo k zavedení organizačních řádů, pracovní náplně sester, povinností a práv vedoucích sester (Staňková, 1996). Povinností sestry během okupace bylo pečovat o zajištění tělesného a duševního pohodlí, zajistit bezpečí pro nemocné, dodržovat přesně lékařské předpisy, adekvátně hospodařit s časem, energií a materiálem, zodpovědně zacházet s pomůckami. Nedílnou povinností sester byla výchova nemocných ke správné životosprávě (Kafková 1992).

Gebhart a Kuklík (1996), za dob Protektorátu Čechy a Morava mnohá opatření včetně péče o zdraví upřednostňovala německé občany na úkor českého obyvatelstva. Došlo tak ke snížení životní úrovně obyvatelstva, došlo k nedostatku jídla. Potraviny byly nekvalitní a společně se stresem přispěli ke zhoršení zdravotním stavu obyvatelstva. Nemocnost výrazně stoupala, vyskytovala se zejména podvýživa, psychické poruchy, tuberkulóza, tyfus, dětská obrna, spála či hepatitidy (Svobodný a Hlaváčková, 2004). Dle Suré (2023) se jak lékařské, tak zdravotnické spolky snažily o to, aby zlepšily povědomí společnosti o zdrav, hygieně a výživě. Jejich činnost byla však velmi omezena tehdejším politickým režimem a cenzurou vydávaných publikací.

Plevová et al. (2011) zmiňuje, že i během 2. světové války došlo k založení několika ošetrovatelských škol – Kroměříž, Praha a Olomouc. Staňková (1996) však naopak uvádí, že během druhé světové války nebyly založeny nové ošetrovatelské školy, pouze ve výuce pokračovaly stávající ošetrovatelské školy. Kafková (1992) uvádí, že v roce 1942 se nově otevřely civilní ošetrovatelské školy, konkrétně v Praze a v Plzni

Od roku 1951 upravovalo kompetence sestry nařízení vlády č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících. Dle kterého sestra poskytuje ošetrovatelskou péči samostatně, nebo dle pokynů lékaře, se kterým spolupracuje. Při návštěvní službě sestra sleduje zdravotní stav, zajišťuje sociální podmínky, poskytuje cenné rady a zprostředkovává ošetrovatelské intervence. Dále dle nařízení vlády se sestra podílí na výchově mládeže. Od roku 1967 byly kompetence sestry upraveny směrnicí Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 33/1967. Tato směrnice byla v roce 1972 nahrazena směrnicí Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 27/1972, dle které bylo v oblasti preventivní péče mimo zdravotní výchovu a dispenzární péči také zmíněná příprava a organizace u preventivních prohlídek (s ohledem na téma diplomové práce byly vybrány kompetence týkající se preventivní péče).

Vznik komunitní péče a sociálního ošetrovatelství

Farkašová et al. (2006) zmiňuje, že během meziválečného období se zejména diplomované sestry věnovaly primární zdravotní péči, v této oblasti společně spolupracovaly i s Českým červeným křížem. Sestry pořádaly kurzy zaměřené na prevenci nemocí, výživu, péči o dítě. Staňková (1996) zmiňuje i na výuku směřující ke zdravotní gramotnosti a výuku na témata v oblasti rodičovství.

Kafková (1992) uvádí, že zde vzniká nová forma ošetrovatelské péče. Jednalo se na tehdejší dobu o velice moderní typ péče. Od roku 1921 začaly vznikat zdravotní stanice a poradny. Byly samostatným terénním zdravotně-sociálním zařízením, které vedly zejména diplomované sestry (také dobrovolné sestry či sestry odborně vyškolené). Stanice a poradny byly v provozu během celého týdne a jejich spektrum služeb bylo velmi pestré (Farkašová et al., 2006).

Sestry svou poradenskou a edukační činnost vykonávaly v poradnách pro matky, děti a ve zdravotních stanicích pro nemocné s tuberkulózou, pohlavně přenosnými nemocemi, srdečními nemocemi a revmatem. Sestry pracovaly buďto přímo s praktickými lékaři či samostatně (Kafková, 1992). Hlavním cílem a posláním těchto zařízení byla edukace

hlavně chudé a nevzdělané části společnosti v oblasti výchovy ke zdraví, hygieně, výživě, zdravotně, v boji proti předsudkům a jednak také péči o nemohoucí a zanedbané občany (Hanzlíková et al., 2004).

Činnost poraden a stanic byla koncipována dle určitých aktivit, které se pravidelně během celého týdne opakovaly, během nich byly vymezeny také ordinační doby lékařů. Činnost lékařů zde zahrnovala dispenzarizaci tuberkulózy, pohlavně přenosných chorob, preventivní prohlídky či péči o nemocného v rodině. Sestry v rámci těchto zařízení pořádaly pro veřejnost poradenské a edukační kurzy (péče o nemocné v domácnosti, první pomoc, o hygieně a výživě apod.). Část poraden fungovala jako samostatná zařízení, jiné jako součást zmiňované zdravotní stanice (Staňková et al., 1996). Kafková (1992) uvedla, že důležitou součástí práce sester v těchto zařízeních byla návštěvní služba v rodinách.

V poradně „Naším dětem“ sestra asistovala lékaři v úředních hodinách a v případě potřeby se věnovala návštěvní službě (Městský fysikát, 1928). V poradně byla práce sestry velmi rozsáhlá. Sestra zajišťovala docházku skupin dětí ze škol na prohlídky, od učitelů a rodičů zjišťovala informace o zdraví dětí. Sestra děti vážila a připravovala na zákroky v ordinaci. Edukovala matky o správné péči o dítě, a to včetně praktické ukázky. Edukace byla směřovaná také přímo dětem, se kterými sestra probírala témata o hygieně, první pomoci či péči o mladší sourozence (Zprávy Československého Červeného kříže, 1924).

Veškerá péče byla financována částečně státem a částečně organizací Červený kříž, finančně přispěli také charitativní organizace, bohatší vrstvy společnosti si však péči platily samy. I přes veškerou snahu se nedařilo dostatečně stále rostoucí potřeby tehdejší společnosti dostatečně (Staňková et al., 1996). Přesto došlo jejich činností k rozvoji sociální služby, kdy sestry poskytovaly organizovanou ošetrovatelskou péči v rodinách. Činnost těchto sester byla během druhé světové války podpořena vznikem sociálně-zdravotních oddělení v nemocnicích. Tato oddělení měla za cíl propojovat nemocniční a terénní péči. Následně vznikl na popud MUDr. Bohuslava Alberta sociální ústav ve Zlíně, který měl za cíl sdružit všechny tyto poradny do celistvého komplexu. Jeho činnost byla podpořena Tomášem Bařou. Ve spolupráci tak byla založena Bařova nemocnice ve Zlíně (Staňková, 1996). Součástí této nemocnice byla také sociální sféra, postupně byly přičleněny dispenzáře pro nemocné s tuberkulózou, následně vzniklo i oddělení zaměřené

na péči o nemocné s tuberkulózou. Obdobně tomu bylo později i s pohlavně přenosnými chorobami, alkoholismem či onkologickými onemocněními (Albert, 1929).

Hospodářská krize na konci 20. let přinesla velkou chudobu, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně obyvatel. Díky této situaci vzrostla potřeba komunitní péče. Od 1. dubna 1929 přišla druhá etapa státem kontrolovaného sociálního ošetřovatelství, které započalo vznikem Ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách (dále jen OZSR) (Staňková, 2000). Služby OZSR byly zdarma poskytovány nemajetným rodinám, v případě, kdy některého z členů postihla nemoc. A to v případě, že nemocný nemůže být převezen do ústavu či nemocnice a je tak ošetřován v domácím prostředí (Mánková, 1929).

V čele OZSR byly diplomované sestry. Některé si své vzdělání doplnily na Bedford College v Londýně či na univerzitě v Torontu v Kanadě, získané vědomosti sestry využily při vedení OZSR. Hlavním posláním OZSR byla školní a venkovská hygiena, organizované ošetřování v rodinách a jejich ochrana. Nedílnou součástí jejich služby tvořila edukace matek o výživě a výchově dětí, zajišťování léčby a odborných vyšetření či zajišťování umístění nemohoucích, starých a zanedbaných občanů do ústavů. Služby OZSR se týkaly i zajišťování úklidu, praní prádla a zajištění potravin (Staňková, 2000). Ošetřovatelka se zde dostává do úzkého kontaktu se sociální pracovníci, přebírá zde i několik povinností sociální pracovníce. Nevěnuje se pouze nemocnému, ale musí myslet i na prostředí. Mimo ošetřovatelské péče zde poskytuje i pomocnou službu (Šmakal, 1934). Dle článku Mánkové (1929) se zde činnost sestry řídila třemi směry: péče o nemocného; péče o zdraví a jeho ochranu u ostatních členů rodiny; snaha o výchovu v oblasti zásad zdravé životosprávy.

Součástí OZSR byly například poradna „Našim dětem“, poradna pro ochrany matky a kojenců, poradna pro těhotné ženy, dále také školní a zubní poradna. V roce 1933 pod správou Československého červeného kříže bylo již 87 poraden pro matky a děti, 26 poraden pro nemocné s tuberkulózou a pohlavně přenosnými chorobami a 6 stanic OZSR. Během roku 1952 byla však činnost OZSR i jiných organizací pozastavena a došlo tak k útlumu sociální péče. Během 50. let se sestry přesměrovaly do ordinací praktických lékařů a tím tak na mnoho let terénní péče sester zanikla (Staňková, 2000).

Zdravotnická osvěta

Od druhé poloviny 19. století se rozvíjela zdravotnická osvěta. Ta měla velmi důležitou roli v prevenci nemocí. Zdravotnická osvěta byla dle Suré (2021) v rukou obecních

lékařů. V rámci zdravotnické osvěty se občanům předávaly informace o správné životosprávě, o předcházení nemocem, náležitě osobní hygieně, čistotě bytů a také opět informace o opatřeních během nákazy infekčními nemocemi (Kusý, 1876).

Lužická (1873) uvádí, že v oblasti zdravotnické osvěty mají svou roli i ošetrovatelky. Díky vzdělaným a vyškoleným ošetrovatelkám se dle jejího spisu nejsnadněji rozšíří ve společnosti zdravotní věda a tělověda. Zdravověda by měla vniknout do jádra společnosti, díky tomu lze předejít škodlivým faktorům na lidské zdraví a národního blahobytu. Ošetrovatelky by tak během své služby u lůžka měly poučovat lid o správném chování v nemoci a během epidemií a také jak chránit své zdraví.

Zdravotnická osvěta se nejčastěji šířila prostřednictvím naučné literatury. Mezi publikace o zdravotnické osvětě patří například kniha Stanislava Kodyma (1898) *„Zdravověda čili nejlepší způsob, jakby člověk svého života ve zdraví a vesele užití a dlouhého věku dosáhnouti mohl.“* Autor zde pojednává o správnosti ve stravování a skladbě i obsahu potravin, o osobní hygieně a příznivých účincích lázní na zdraví, o vhodnosti a čistotě oděvu a prádla. Autor neopomenul ani důležitost pohybu jako prevenci nemoci a udržování zdraví. Dále se v knize nachází kapitola, která se věnuje spánkové hygieně a také výchově dětí v oblasti udržování zdraví a péči o své zdraví. Ke zdravotnické osvětě prostřednictvím naučné literatury přispěli i autoři Ammon a Kodym (1852) knihou *„Mladá matka, jak by se před porodem i v šestinedělí zachovati a dítě své v prvním jeho věku ošetřovati měla.“* Zde se autoři zaměřili na zdravotnickou osvětu určenou matkám. Pojednávají zde o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Uvedeno je zde také jak má matka o dítě pečovat, jaké jsou její povinnosti a jaký je vývoj dítěte. Nedílnou součástí je i kapitola o očkování proti neštovicím jakožto prevenci nákazy.

Témata o zdraví a předcházení nemocem se vyskytovala nejen v naučné literatuře, ale také v časopisech. Jedním z časopisů byl například *„Přírodní lékař“* (příloha č. 6) zde se vyskytovaly informace o zdravém životním stylu, očkování, lázních a přírodní léčbě. Nacházejí se zde i reklamy na masáže, vodoléčbu, produkty k osobní hygieně či zdravotnické pomůcky (příloha č. 7) (Spolek Český Kneipp, 1898).

I přestože se lidem prostřednictvím osvěty dostávali informace o správné osobní hygieně a vhodných produktech nebylo snadné ji takto dodržovat, zejména u chudší společnosti. Důvodem byla chybějící voda zavedená do domů, voda se donášela například ze studní. K vybudování vodovodů k domům došlo až během konce 19. století. Pro osobní hygienu

lidé tehdy využíval džbán s lavorem se studenou vodou. Omývali si zejména obličej a ruce, koupel celého těla se prováděla pouze jednou týdně v neckách nebo plechové vaně. Rodina se však většinou koupala ve stejné vodě jako předchozí členové, kteří ji využili (Lenderová et al., 2009). Zdravotnickou osvětu prostřednictvím naučných publikací můžeme zaznamenat opět i ve 20. století. Publikace byly zaměřené na zdraví a nemoc, jednalo se například o měsíčník „*Zdraví lidu*“, který svým obsahem prezentoval témata o zdraví, profylaxe a prevenci nemocí, hygieně, veřejném zdravotnictví a sociální péči (Zdraví lidu, 1923).

Surá (2021) uvádí, že zdravotnická osvěta měla vliv na zlepšení úrovně zdraví obyvatelstva a na snížení morbidity.

Boj proti tuberkulóze a pohlavně přenosným chorobám

Jak jsme na začátku kapitoly uvedli, původce a nakažlivost tuberkulózy objasnil v roce 1881 Robert Koch. Tomayer (1890) uvádí, že tuberkulóza v českých zemích mezi lety 1873-1882 onemocnělo průměrně 100 000 obyvatel (příloha č. 8), jedná se tak o infekční onemocnění, které se mezi veřejností šířilo snadno, zejména u nižších vrstev společnosti.

Předejít této nemoci se dalo zejména vyhnutím se styku s vykašlanými hleny nemocného, které byly jedním z nejčastějších zdrojů nákazy. Autor tak uvedl, že nemocný se nemá líbat na ústa ani na čelo, při kašlání se má přikládat látka před ústa a předměty jako je příbor, nádobí či sklenice se musí řádně omývat horkou vodou. Zdůrazňuje také přísnou čistotu v obydlí. Obydlí nemocného se muselo důkladně vyčistit. Umývala se okna, stěny, podlahy louhem a mýdlem. Dezinfikoval se také nábytek, prádlo i šaty. Tato opatření se dle autora řadila mezi opatření privátní, existovala opatření i veřejná. Ta se vztahovala na veřejná prostranství, školy, ústavy a nemocnice. Zde se tiskla a vyvěšovala opatření a ochranná pravidla, která museli obyvatelé a pacienti dodržovat (Tomayer, 1890).

O tuberkulóze její charakteristice, prevenci a léčbě se lidé mohli dozvědět opět také z naučné literatury. Jedná se například o knihu „*Domácí lékař*“ kde je podrobně popsáno, jak se nemoc projevuje a jak se přenáší. Jako nejdůležitější prevencí bylo uvedeno převažování čerstvého kravského mléka, vyvarování se styku s hleny nemocných nebo také plivání hlenů na zem. V domácím prostředí bylo doporučeno hleny plivat do plivátek, ve společnosti do látkových kapesníků. Doporučení se týkala i hygieny obydlí. Během úklidu se nemělo prášit, před zametáním se voda měla polévat vodou, aby se nevířil prach a tím i zárodky usazené v prachu. Nebyla opomenuta ani osobní hygiena.

Autor uvedl návod, jak se omývat a jak čistit zuby. Důraz byl kladen i na hygienu rukou (Zajíček, 1907). V periodiku Český Kneipp (1902) se naopak můžeme dočíst, že se odkašlávání do látky nedoporučovalo, jelikož zde hlen zaschne a následně se může šířit prachovými částicemi. Doporučuje se tedy spíše odplivovat do uzavíratelných krabiček s vodou. Tato plivátka se doporučovalo pravidelně vylévat a také vyvářet (Haškovec, 1905).

Honl (1904) zmiňuje, že se na prevenci tuberkulózy se zaměřovali i různé organizace. V roce 1899 vznikl Spolek pro zřizování a udržování sanatorií pro tuberkulózní pacienty v zemích Koruny české. Ten byl později v roce 1901 přejmenován na Český pomocný zemský spolek pro nemocné plicními chorobami v království Českém, který se věnoval péči o nemocné s plicními chorobami a jejich léčbu, zakládáním ústavů pro vyléčené a zakládání azylů pro nemocné a také na prevenci nákazy.

První dispenzář pro nemocné s plicní chorobou byl založen v roce 1905 v Praze. Ten byl založen za účelem vyhledávání rodin kde se tuberkulóza vyskytovala, jejich edukaci v oblasti hygienických pravidel, izolaci rodin a péči o ni, dezinfekci domácností a materiální podporu rodin. Dispenzář tak sloužil zejména pro podporu nikoli pro léčbu nemocných (Dvořák, 1916). Ošetřující personál v dispenzářích se zaměřoval mimo diagnostiky a léčby i na edukaci pacientů. V rámci edukace se zaměřovali na bytové a sociální podmínky ve kterých jedinec žil. Dispenzář byl určen i pro osoby, které vyhledávali radu v oblasti prevence, jak se nemoci ubránit či měl obavy, že se nemocní již nakazil (Maixner, 1905).

Maixner (1904) uvedl, že spolek bojoval proti tuberkulóze již výše zmiňovaným tiskem, který měl za snahu poučit širokou veřejnost o podstatě tuberkulózy a její prevenci (příloha č. 9). Spolek rovněž pořádal přednášky a dále zřizoval zotavovny a oddělení pro nemocné s tuberkulózou v nemocnicích (Procházka a Nečas, 1912).

Snaha zamezit šíření tuberkulózy se promítla i do tehdejších zákonů, konkrétně se jednalo o zákon č. 68 z roku 1870, který pojednává o zamezování a potírání lidových nemocí, mezi které patřila i tuberkulóza. V zákoně se můžeme dočíst o opatřeních, která jsme zmiňovali již výše, ale také o povinnostech a roli ošetřujícího personálu (příloha č. 10). Mezi povinnosti ošetřujícího personálu patřilo odstranění a zneškodnění nakažlivých hlenů, zajištění odděleného lůžka pro nemocného, zajištění zvláštního ložního prádla a oděvu pro nemocného, dále také zajištění příboru a nádobí. Jejich povinností bylo také

chránit před nákazou nejen okolí, ale i sebe samotného. Nařízeno bylo mytí rukou a obnažených částí těla či čištění oděvu dezinfekčními roztoky, který byl znečištěný hleny nebo výměšky. Ošetřující personál byl povinný zamezovat nadbytečnému vystavování se rozptýlených částic z hlenů, pro ochranu používali pokrývku na ústa a nos. Nedílnou roli zde měl ošetřující personál a lékař v poučení široké veřejnosti pomocí přednášek, článků apod. o vzniku a prevenci tuberkulózy. Konkrétně o tom, jak by se měli chovat nejen v případě nemoci, ale i během plného zdraví (Bebr a Chaloupka, 1937).

V průběhu 19. a 20. století se mezi pohlavně přenosnými chorobami nejvíce vyskytovala syfilis a kapavka. V oblasti prevence se zde opět nejvíce využilo zdravotní osvěty pomocí publikací (Surá, 2022). V těchto publikacích se podobně jako u tuberkulózy nacházeli informace o tom, jak nemoci předejít (prevenci), jak se nemoc projevuje, jaké mohou být komplikace a jaké jsou možnosti léčby. Tyto informace můžeme například nalézt v publikaci „*Tajné nemoci obého pohlaví jak poznati a léčiti, a jak předejiti zlu.*“, autor zde poskytuje informace o venerologických nemocech jak ženského a mužského pohlaví, ale také o nemocech, které se mohou vyskytovat u obou pohlaví (Kapper, 1876).

Šamberger (1910) uvádí, že mezi preventivní opatření v oblasti pohlavních nemocí patřilo a bylo i lékaři doporučováno umírněnost v sexuálních aktivitách, používání preservativ či vyhnutí se službám prostituce. V případě, že došlo k nakažení pohlavní nemocí bylo nutné, aby nemocný vyhledal lékařskou pomoc. Autor k prevenci a zdravotní osvěty přispěl nejen svými publikacemi, ale také i přednáškami v Praze, konkrétně se jednalo například o přednášku „O chorobách pohlavních a jejich sociálním nebezpečí“. Přednáškami přispěla i profesorka Rubešková s přednáškou „O významu pohlavních nemocí pro ženu, rodinu a společnost.“ (Rubešková, 1917).

Stejně tak, jako u tuberkulózy existovaly poradny, které se zaměřovaly na pohlavně přenosné choroby. Sestra v protivenerologických poradnách měla mimo přípravy pacientů na vyšetření i velkou roli v dispenzární péči, kontrolovala pacienty po ukončení léčby, kdy bylo vyžadováno opakované vyšetření na kultivaci (Mikulecký, 1966).

Dezinfekce, sterilizace a antiseptika

Ošetřovatelství a také samozřejmě lékařství se neobešlo bez dezinfekce a sterilizace. S pojmem antiseptika jsme se mohli setkat již za dob starověku v řecké medicíně, kde byl pojem antiseptika chápán jako látka zabraňující hnisání a rozkladu ran. Již zde využívali dezinfekčních schopností octa, vína nebo jiného alkoholu. Striktního dodržování hygieny

a čistoty v problematice prevence zdůrazňovala i Florence Nightingale. Její zásady se zaměřovaly na dodržování čistoty nemocnic, bílení stěn, pečlivého mytí mýdlem, důraz na výměnu oděvu chirurgů a ošetrovatelského personálu. To vše mělo jediný cíl, zabránit možné infekci a předejít tak možným komplikacím (Porter, 2001).

Jako první komplexní práce „*Prostředky, které ničí nákazy a zlé výpary.*“ pojednávající o dezinfekci vyšla v Čechách jako příloha Časopisu lékařů českých od Josefa Rudy. Autor mezi dezinfekční látky řadí chlor, ozon, jod, brom, kyselinu dusičnou, kyselinu sírovou, manganistan draselný či manganistan sodný V roce 1880 vyšlo v platnost Vyhláška č. 62687. místodržitele pro Čechy. Které pojednávalo o tom, jak lze předejít nakažlivým nemocem. Během 19. století byla dezinfekce zařazena i do výnosu č. 20662 ministerstva vnitra z roku 1887 (příloha č. 11). Bylo tak předloženo politickým úřadům, jakým způsobem se provádí dezinfekce při infekčních nemocech (Preininger, 1900). O dezinfekci a předcházení infekčním nemocem pojednává několik publikací, které svým obsahem přinášejí informace o tom, co dezinfekce je, kdy a při jakých nemocech se využívá, jaké máme infekční nemoci a jak se přenášejí, jak se samotná dezinfekce provádí a jaké máme dezinfekční prostředky. Tyto informace lze nalézt například v publikaci Jaroslava Šťastného (příloha č.12) „O desinfekci při nakažlivých nemocech pro ošetřovatele nemocných, samosprávné a jiné korporace, veřejné podniky a pro domácnosti.“ (Šťastný, 1915).

Přelom 19. a 20. století přinesl rozvoj bakteriologie a tím samotné dezinfekce. Mezi dezinfekční prostředky se začaly zařazovat i látky jako sloučeniny rtuti, aldehydy a louhy. Ve 20. století se mezi dezinfekčními prostředky objevují také chloraminy, kvarterní sloučeniny a organické sloučeniny rtuti. V 50. a 60. letech 20. století došlo k rozvoji virologie a díky tomu došlo k zjištění, že se použitými dezinfekčními látkami viry nezničí. Nově se k dezinfekci zavádějí látky peroxykyseliny a sloučeniny chloru a další (Přívora, 1980).

Během 19. a 20. století je s pojmy dezinfekce, sterilizace a antiseptiky spojováno několik významných průkopníků. Mezi které například patřil maďarský lékař Ignác Filip Semmelweis, ten se během 19. století snažil o odůvodnění příčin epidemii horečky omladnic, která postihovala ženy po porodu a následně často končilo smrtí ženy. Semmelweis se tak domníval, důvodem tohoto onemocnění je přenos infekce z rukou lékařů (Bostlová, 2010). V roce 1847 nařídil personálu nemocnice dezinfekci rukou mezi

vyšetřeními roztokem chlorového vápna. Díky zavedenému opatření během měsíce klesla úmrtnost žen na horečku omladnic z více než 12% na pouhých 2 % (Bencko, 2007). Jeho teorie se však ujala až o čtvrt století později, zásady dezinfekce rukou tak vešly ve všeobecnou platnost (Bostlová, 2010).

Bostlová (2010) uvádí jako dalšího průkopníka v oblasti antiseptiky chirurga Josepha Listera (1827-1912). Ten přispěl k rozvoji svými pravidly pro dezinfekci v oboru chirurgie. Lister doporučoval rány překrývat látkou usmrcující zárodky bakterií a virů které způsobovali infekce. Vypracoval postupy, kdy se odstraňovala sražená krev, rána se omývala kyselinou karbolovou a následně byla překryta netkanou látkou, která byla napuštěna opět kyselinou karbolovou. Takto připravená rána se následně překryla staniolovou fólií. Lister také opět zdůrazňoval omývání rukou v karbolovém roztoku před a v průběhu operačního výkonu, mimo jiné lékařští asistenti rozprašovali na operačních sálech dezinfekční prostředky. Své poznatky a metody publikoval v lékařském periodiku Lancet v roce 1867

V rozvoji sterilizace figuroval jako první Louis Pasteur, který jako první doporučil pro dezinfekci suché horko (1870). Následně bylo v Berlíně na základě Pasteurovi teorie vytvořeno dezinfekční zařízení s teplotou vzduchu 135°C. Následně však Robert Koch v roce 1880 po bakteriologické kontrole dospěl k závěru, že tímto způsobem bakteriální spory nebyly zničeny. Jako účinnější dezinfekce se prokázala proudící pára. První parní sterilizátor byl tak vytvořen v roce 1882 na univerzitní chirurgické klinice v Bonnu (Schott a Bureš, 1994).

Velkou roli zde měli dezinfektoři, kteří se dle zákona č. 332/1920 Sb. řadí mezi pomocný zdravotnický personál. Působili většinou ve službách obce a města, jejich úkolem byla dezinfekce příbytků, škol, internátů, oděvů a předmětů, které byly vystaveny nákaze (Bebr a Chaloupka, 1937).

Z textu analýzy textu z dob mezi 19. a 20. stoletím můžeme usoudit následující. Sestry během 19. století v nemocničním prostředí zaměřovaly hlavně na základní péči o nemocné. Hráli však nedílnou roli v péči o prostředí, v němž se nacházel nemocný. Jak jsme uvedli měly na starosti kromě ošetrovatelské péče i samotnou očistu pokojů a péči o čistou lůžka a prádlo. Můžeme tedy říci, že sestra v rámci prevence v 19. století působila zejména udržováním zdravého a čistého prostředí ve kterém se nemocný nacházel.

Velkou roli v prevenci nemoci během 19. století sehrála také zdravotnická osvěta prostřednictvím naučné literatury a periodik, díky které se poskytovaly potřebné informace o zdraví a nemoci široké veřejnosti. V prevenci nemoci zde sehráli roly i spolky, jednalo se například o zmiňovaný Český pomocný zemský spolek pro nemocné plicními chorobami v království Českém, který se snažil bojovat proti tuberkulóze která v té době české země sužovala a byla jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Osvětová činnost nechyběla ani u sester.

Během 20. století se sestry začaly věnovat edukační činnosti ve zdravotní stanicích a poradnách, které se zaměřovaly hlavně na matky a děti, nemocné s tuberkulózou, pohlavně přenosnými nemocemi, srdečními nemocemi a revmatem. Došlo tak k rozvoji zdravotně-sociální péče. Svou činnost soustředily na výchovu ke zdravému životnímu stylu, péči o děti, chování v nemoci a při epidemiích.

Dále z analýzy textu o dezinfekci, sterilizaci a antisepsi můžeme dojít k závěru, že jedním z významných faktorů, které ovlivnily vývoj preventivní péče byl právě objev antiseptik, dezinfekce a sterilizace. A její následné využívání jako prevence před možnou infekcí po operacích.

Dalším faktorem, který značně ovlivnil vývoj preventivní péče i přesto jak velký měla negativní dopad na zdravotní stav obyvatel byly války, které mely značný vliv na rozvoj jak samotného ošetřovatelství, tak prevence.

3 Rozvoj prevence v ošetřovatelské péči v poválečném období a během 20. století

Po ukončení války se republika začala znovu formovat, nyní však bez Němců na našem území. Vše, co bylo německé bylo zrušeno včetně škol, spolků atd. Začali se osidlovat prázdná území, to však přineslo hospodářské problémy. Během prvních let po válce se začal prosazovat jako politický režim komunismus, který propagoval socialismus a mezinárodní vztahy se tak udržovaly jen s východem. Došlo k postupnému zestátnění podniků, majetek, který byl zabaven se začal přerozdělovat, mnoho lidí tak získalo lepší bydlení. Došlo k zestátnění všech způsobů obživy, jediným zaměstnavatelem byl tak stát. Začal cenzura, nepohodlná díla se stahovala z oběhu, cenzurou byla ovlivněna také kultura. Došlo také k rozsáhlé konfiskaci majetku a snížení životní úrovně – nedostatek zásobování a výroby. V 50. letech byl nedostatek zboží i potravin, fungoval přidělový systém a rozvíjel se tak černý trh. V roce 1953 proběhla měnová reforma, díky které noho

lidí přišlo o úspory. Proběhly tak pouliční nepokoje a lidé ztratili důvěru k bankám a také k vládě. Docházelo k mnoha represím, díky nimž si stát vynutil poslušnost obyvatel, to však vedlo ke snížení přízně občanů. Od roku 1948 byly hlídány západní hranice. V 60. letech došlo k postupnému uvolňování režimu. Lidé mohli cestovat na západ, cenzura se snížila (Emmert, 2012).

Po 2. světové válce se ošetrovatelství zaměřilo hlavně na pomoc jedincům, kteří byli postiženi válkou, šlo zejména o sirotky a osamělé osoby (Farkašová, 2006). V tomto období následovalo zhroucení zdravotnického systému. Byl velký nedostatek materiálu, přístrojů, vybavení. Největším problémem byl však velký nedostatek ošetřujícího personálu. Kafková (1992) uvádí, že všechna snaha státu zaměřila hlavně na obnovování ztrát. Cílem bylo zajistit funkční provoz zdravotnických zařízení, a to zejména v pohraničních oblastech. Dále bylo cílem zajištění a navýšení zdravotnického a ošetřujícího personálu. Po 2. světové válce tak vzrostla poptávka po kvalifikovaném ošetrovatelském personálu, tím následně vzrostl počet ošetrovatelských škol (Staňková, 1996). Došlo např. k založení dvouleté Vyšší ošetrovatelské školy v Praze v roce 1946. Absolventkami byly vrchní sestry, sestry v terénní péči a sestry učitelky (Plevová et al., 2011) Sestry získaly pedagogické vzdělání (Staňková, 1996), škola byla určena pro absolventky dvouletých ošetrovatelských škol se třemi lety praxe (Kutnohorská, 2010). Zlepšením hospodářského postavení sester a také zlepšení jejich úrovně bydlení, úpravou pracovní doby mělo za cíl posílit počty ošetřujícího personálu. A tím tak vybudovat lepší zdravotnictví, péči o nemocné a preventivní péči (Svobodné Československo, 1946).

Ošetrovatelskou péči v té době poskytovaly diplomované sestry a sanitářky (Farkašová et al., 2006). Během počátku socialismu dle Staňkové (1996) byla sesterská práce sester spíše zaměřena na techniku diagnostických a terapeutických výkonů, šlo o tzv. biomedicínský model zdraví. Péče postrádala holistický a partnerský přístup. Nebyla zde odpovědnost ani samostatnost sester.

Nástupem komunistického režimu v roce 1948 došlo ke změnám, které se promítly i do sféry pečovatelské a ošetrovatelství. Rozvoj českého ošetrovatelství čerpal zejména ze zkušeností západních zemí, díky politickému režimu však byla spolupráce přerušena, jelikož představovala riziko (Niklíček a Štein, 1998).

V oblasti zdravotnictví došlo k personálním „čistkám“, které byly zaměřeny zejména na osoby, které nesouhlasily s politickou ideou. Mnoho významných osobností bylo z jejich funkcí odvoláno (Krejčí, 1974).

Komunistický režim rovněž podnikl četné represe proti církvi, a tím i církevnímu ošetrovatelství, které se projevily na charitativní ošetrovatelské péči. Postupně se začaly církevní školy a špitály zavírat, docházelo ke konfiskaci církevního majetku (Škubová a Chvátalová, 2004). Dle Kutnohorské (2010) zrušení církevních škol proběhlo na základě zákona č. 45/1948 Sb., o základní úpravě jednotného školství, kterým byl uznáván pouze jediný systém školy a samotného vzdělávání. Instituce, které zabezpečovali vzdělávání ošetrovatelského personálu přešly pod společenství středních zdravotnických škol, tím došlo k centralizaci vzdělávání v ošetrovatelství. Mezi vyšší školy se zařadily ošetrovatelské školy v rámci sociálně zdravotních škol, kde bylo umožněno studentkám v posledním ročníku zvolit si specializaci v oboru obecného ošetrovatelství, pediatrie, porodnictví či zdravotní laborantky, zdravotnická pracovníce a dentální laborantka.

V průběhu 50. a 60. let stále docházelo ke změnám ve vzdělávání. Změny se prováděly hlavně v délce studia a byly zřizovány kurzy k doškolení. Kutnohorská (2010) uvádí, že změny ve vzdělávání vycházely z potřeby kvalitnějšího a delšího procesu přípravy sester. Krausová (2010), uvádí že během 50. a 60. let se po značných změnách vzdělávání sester ustálilo. České vzdělávání sester však oproti jiným zemím stagnovalo. Vlivem uzavřených hranic a mizející zahraniční spolupráce zaostávalo nejen jejich vzdělávání, ale i samotné ošetrovatelství.

Palec et al. (1966) zmiňuje, že v roce 1951 došlo ke sjednocení zdravotnictví. Všechny poradny a ostatní zdravotnická zařízení byla nyní pod kontrolu státu. Péči o zdraví obyvatel se věnoval také Československý Červený kříž (dále jen ČSČK), zaměřoval se zejména na výchovu ke zdraví, zkvalitňování životního a pracovního prostředí, poskytování zdravotních služeb, první pomoci během některých akcí a také zajišťování pečovatelské služby. ČSČK zavedl tzv. zdravotnické hlídky. Jejich úkolem bylo provádět dozor nad hygienou a poskytování první pomoci. V rámci ČSČK dobrovolné sestry působily při preventivních akcích či pečovatelské službě v rodinách.

Poledník (1953) ve svém spise uvedl, že prevence je základním kamenem socialistického zdravotnictví. Začal vznikat obvodní systém zdravotní péče, kde pracovní náplň lékaře a sester začala obsahovat kromě léčby i preventivní péči. Sestra v obvodě se tak měla

zaměřit na vyhledávání nemocných a ohrožených nemocemi, u kterých prováděla praktická školení v oblasti zdravého životního stylu. Sestry také svou činnost vykonávaly samostatně v ošetrovatelských stanicích, kde prováděly jednoduchá vyšetření, ošetrování a léčebné úkony, ke kterým byla vyškolená. I zde sestra mimo jiné musela vykonávat činnosti hygienické a protiepidemické péče a zdravotnickou osvětu.

Adámková (1951) uvádí, že od roku 1945 začaly velmi rychle vznikat závodní ošetrovny, a to díky hnutím dělníků, kteří vyžadovali lepší zdravotní péči. Z předchozích zařízení, která dříve poskytovala spíše první pomoc nově vznikla léčebná střediska. Vedoucím střediska byl lékař, který zde poskytoval služby společně s pomocným personálem, kterým byla sestra. Sesterskou úlohou zde bylo kromě léčebné péče i péče preventivní, která spočívala v následujících činnostech: pomoci s organizováním preventivních prohlídek a kontroly lékařských opatření; odstraňování závad, nečistot a zajišťování vhodné teploty v pracovním prostředí a bezpečnostních pomůcek; dohlížení na vhodné stravování, kde se zaměřovala na špatné stravovací návyky, kontrolu obsahu živin ve stravě a dietní opatření. Společně s lékařem dohlížela na zdravotní, sociální a provozní zařízení (umývárny, záchody, kuchyně, prádelny apod.). Dále organizovala a zajišťovala zdravotní výchovu, besedy o zdravotnických otázkách.

Od roku 1957 se začala rozvíjet také školní zdravotní služba. Ta se věnovala péči o chronicky nemocné děti a také především preventivní činnosti. Ve větších městech byly školní ordinace, kde působil lékař i sestra. Na venkově působil v této sféře obvodní lékař se sestrou. Služba zabezpečovala očkování, zdravotní výchovu dětí a rodičů (Šlosarová, 1964).

Dále se provozovala tzv. návštěvní služba, kterou zajišťovala sestra společně s lékařem. Nejčastěji během návštěvní služby byla sledována úroveň života a bydlení. Do jejich činnosti spadal také dohled nad hygienou v obcích, závodech, obchodech a školách (Palec et al., 1966). Práce sestry tak probíhala mimo klasická zařízení jako byly nemocnice i v terénu. Věnovala se zejména zmiňované návštěvní službě v rodinách, hygienické kontrole, osvětové činnosti a spolupráci s ČSČK. Jejich péče byla cílena hlavně na rizikové skupiny, na jedince nedostavující se k preventivním prohlídkám a preventivní akce, jako např. hromadné očkování zaměstnanců či dětí (Živná, 1964).

Zajícová (1951) ve svém spise z dob socialismu vyzdvihuje výše zmiňovanou zdravotnickou osvětu. Bylo zapotřebí aby osvěta probíhala systematicky, nepřetržitě a

masově. Cílem bylo, aby osvěta pronikla mezi všechny vrstvy společnosti. Široké pole působení zde měly ošetřovatelky, porodní asistentky a také zdravotnické pracovnice. Jejich práce prošla značnou změnou, nyní byly zapojovány do celého zdravotnického dění. Staly se nositelkami a také širitelkami zdravotní výchovy společnosti. Dle spisu by měly chápat význam kolektivní preventivní péče, kterou musí při své práci denně provádět. Ošetřovatelský personál by tak měl osvětovou činnost zaměřenou na prevenci provádět během všech ošetřovatelských činností, např. během rozdávaní léků. Podrobně lze nalézt v příloze č. 13.

Od srpna roku 1968 se politická situace významně nezměnila, politika byla stabilní a docházelo k pozvolnému zvyšování životní úrovně obyvatel. Na počátku 80. let se změnil postoj k emigrantům, ti již opět mohli jezdit na návštěvy do země. Naopak se objevila snaha dostat „nepohodlné“ občany pryč ze země. Stupňovala tzv. studená válka, panovaly obavy z atomové války. Postupně docházelo k výraznému budování těžkého průmyslu a infrastruktury. V roce 1988 se opět začala konstruovat nezávislá občanská společnost, došlo k protestům a lidé volali po svobodě. V roce 1989 se tlak obyvatel stupňoval, demonstrace však byly potlačovány policejními silami. Po pádu Berlínské zdi, 18. listopadu došlo ke stávce divadel, vysokých škol a celostátní generální stávce. Započala revoluce, během které probíhaly masové demonstrace. 29. listopadu padla komunistická vláda, následně 10. prosince byla jmenována nová vláda a 29. prosince byl zvolen nový prezident Václav Havel (Emmert, 2012).

Celkovému úspěchu se ošetřovatelství dočkalo během 60. let 20. století, kdy vznikl status samostatného vědního oboru. Dle Švejdové (2011) se dynamicky vyvíjela také medicína. A začaly růst i sesterské kompetence, navýšením kompetencí se sestry mohly více specializovat ve své profesi.

Návštěvní služba sester fungovala ve stejném duchu jako dříve. Sestry např. navštěvovaly matky s novorozenci a kojenci. Věnovala se pozornost sociální problematice. Pravidelné prohlídky v poradnách, očkování, či návštěvy v rodinách se staly běžnou součástí sesterské péče. Sestry při své práci nejen kontrolovaly dodržování ordinací a zdravotní stav, ale i sociální podmínky. Edukovaly např. rodiče v oblasti péče o dítě, čerpání příspěvků a pomáhaly s nápravu nesprávných postupů. V případě velkých nedostatků sestry spolupracovaly se sociální správou (Dubská et al., 1982). Sestry společně s lékaři ve školní zdravotní službě poskytovali žákům pravidelné prohlídky zaměřené na celkový

stav. Prováděli fyzikální vyšetření, dispenzární činnost a hygienicko-epidemickou péči (Horanský et al, 1982). Malichová (1989), dětské a ženské sestry se věnovaly výchově ke zdraví a rodičovství, pořádaly různé přednášky. Zaměřovaly se na děti školního věku, studenty, mladé anebo nastávající rodiče (Mucinová a Tyburcová, 1989).

Rozšířila se také péče o staré a chronicky nemocné tzv. geriatrické sestry. Sestra během návštěvní služby prováděly preventivní činnosti. Jednou za půl roku prováděly kontrolní měření tlaku, pulzu, kompletní vyšetření moče a sledovaly stav dolních končetin. Zaměřovaly se i na informovanost o svém zdravotním stavu, nebo na dodržování doporučených opatření. Sestry také ověřovaly, zda správně užívají léky. Jejich návštěvy byly zaměřené i na vyhledávání zdravotních obtíží. Dále se sestry zaměřovaly na kontrolu sociálních podmínek a hygieny, pokud byly zjištěny obtíže spolupracovaly s pečovatelskou službou, lékařem anebo sociální pracovníci. (Kopáčková, 1982).

V roce 1966 vešel v platnost zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, dle kterého mělo zdravotnické zařízení a jeho zdravotničtí pracovníci rozhodující úlohu ve zdravotní výchově společnosti, kterou provádí ve spolupráci s rodinou, školou, hospodářskými organizacemi a občanskými sdruženími, jako součást jejich každodenní činnosti.

Aktivity mezinárodních organizací

Během 70. let 20. století se začaly organizovat mezinárodní aktivity a konference zaměřené na ošetřovatelství. V roce 1976 a 1977 se projednávala koncepce ošetřovatelství. Poté Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) na základě evropského výzkum lidských potřeb definovalo novou roli ošetřovatelství (Vorlíčková, 2005). Hlavním cílem ošetřovatelství se tak stalo komplexní uspokojování lidských potřeb s ohledem na jeho individualitu. Ošetřovatelská péče tak měla vést k navrácení a udržování zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti při umírání (Kutnohorská, 2010). Nedílnou součástí práce sester se stala také edukace, kromě které by sestry měly ovládat také řízení a poskytování ošetřovatelské péče, aktivní začleňování pacientů, klientů, kolegů, podílet se na rozvoji ošetřovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu (Farkašová et al., 2006).

Roku 1977 WHO přijala dvě základní rezoluce. První rezoluce se týkala základních cílů na další dvě desetiletí. Kterými bylo: dosáhnouti takové úrovně zdraví pro všechny do roku 2000, které umožní vést společenský a ekonomicky produktivní život; a následné vyhlášení celosvětové strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000.“. Druhá rezoluce se

týkala významu sester a porodních asistentek v primární péči. Ta měla za cíl zajistit jejich roli a funkci a také naplánovat navýšení počtu sester a porodních asistentek, které se budou zaměřovat na primární péči (Krause, 2018). Dále deklarace z Alma-Aty z roku 1978 byla významným milníkem 20. století v oblasti veřejného zdraví. Deklarace označila primární zdravotní péči za klíč, kterým lze dosáhnout cíle strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Deklarace potvrzuje, že zdraví, je stavem úplné fyzické, duševní a sociální pohody nikoli pouze absencí nemoci nebo slabosti. Je také základním lidským právem a dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je nejdůležitějším celosvětovým sociálním cílem, jehož uskutečnění vyžaduje činnost mnoha dalších sociálních a hospodářských sektorů mimo zdravotnictví (WHO, © 2023).

Sestry by tak dle této strategie měly zaměřovat svou činností na upevňování a ochranu zdraví a prevenci, také by měli umožnit jedincům a rodinám se aktivně podílet na péči a umožnit jim tak odpovědnost za své zdraví. Dále by měly uspokojovat potřeby populace a zejména těch osob, které mají nedostatečnou péči. Dle deklarace se sestry mají zapojovat do multidisciplinární spolupráce a zabezpečovat správné používání technologií (Svačina a Bártlová, 1999).

V roce 1981 byl přijat dokument „Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000“, po přijetí dokumentu vzešla v platnost národní odpovědnost za zdraví populace a také na vydávání metodických materiálů, které se zaměřovaly na kontrolu výsledků tohoto celosvětového programu, rozvoje péče o zdraví a na principy hodnocení zdravotnických programů. Dokument upravoval také roli zdravotnických pracovníků, kteří by měli svou činností podněcovat jednotlivce i rodiny k péči o své zdraví. Do výuky zdravotnických pracovníků by tak měla spadat i výuka zaměřenou na problematiku prevence (Krause, 2018). V souladu s evropskou politikou a strategií „Zdraví pro všechny do roku 2000“ se práce sestry měla zakládat na systému primární péče. Sestra tak byla důležitým členem zdravotnického týmu (Salvage, 1993).

Regionální výbor WHO - EURO, který v roce 1991 na svém jednání přijal program „Eurohealth“, který vycházel z programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Výbor stanovil priority pro období v letech 1995-2000. Priority směřovaly k vytvoření nové zdravotní politiky, reformě zdravotní péče, péče o matku a dítě, infekční a civilizační onemocnění a také k podpoře zdraví a životního prostředí (Krause, 2018) WHO dále

iniciovala a podpořila několik dalších celoevropských strategií, mezi které patřily např. „Zdravá města“, „Zdravé školy“ a „Zdravé nemocnice“ (Albrecht, 1995).

Od konce 20. století se ošetrovatelství stalo samostatnou moderní vědní a společenskou disciplínou, která se rozvíjela na základě výzkumu v ošetrovatelství. Ošetrovatelství tak nezbytně vyžadovalo kvalifikační vzdělávání, samostatnost a také odpovědnost sester (Plevová et al., 2011).

Z analýzy textu lze říci, že 20. století znamenalo pro ošetrovatelství mnoho změn, které se týkaly hlavně vzdělávání ošetrovatelského personálu a také samotné koncepce ošetrovatelství.

Z textu se můžeme dozvědět, že se sestry preventivní péči věnovaly nejčastěji prostřednictvím návštěvní služby v rodinách či zdravotní služby na školách. Věnovaly se zejména výchově ke zdraví, oblasti očkování a měly také dohled na hygienickými podmínkami v rodinách a jejich bydlení. Můžeme tedy říci, že vznik těchto nových zdravotnických služeb ovlivnil vývoj preventivní péče a také roli sestry.

Dále můžeme z textu usoudit, že mezinárodní aktivity, které během 20. století podniknula mezinárodní organizace WHO měly značný vliv na rozvoj primární a preventivní péče a samozřejmě také péče o zdraví lidu. Díky přijatým rezolucím a strategiím se sestry během této doby začaly věnovat oblasti primární péče a byly tak velmi důležitými aktéry v primární a preventivní péči. Sestry tak opět působily zejména prostřednictvím edukace a výchovy o zdraví, jeho udržování a péči o rodinu. Můžeme tak dále říci, že WHO svými strategiemi ovlivnil vývoj role sestry v primární a preventivní péči a tím i její kompetence.

4 Úloha církevních řádů v rozvoji preventivní péče

Během středověku vznikalo mnoho mužských i ženských ošetrovatelských řádů. Budeme se zde tedy snažit nastínit činnost v oblasti preventivní péče těch nejznámějších.

O vývoji ošetrovatelských řádů se zde zasloužil biskup Wolfgang, který v roce 972 získal povolení k založení pražského biskupství a kláštera Benediktinek (Lacina, 1893). Kafková (1992) uvádí, že členky církevních řádů a jejich potřeba činit skutky milosrdenství je zaváděla do domů k nemocným za účelem jejich opatrování. V rámci této činnosti zmiňuje spolek Bekyň, na který dohlížel farář, stejnou službu vykonávaly také řeholnice, těm však byla zakázána činnost ve špitálech roku 1292. Ve špitálech tak

působili zejména muži, a to do vydání dekretu koncilem tridentským v roce 1545, který zarazil opatrovnictví formou návštěv a určil ženským spolkům působení v kláštorech.

Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského

Kutnohorská (2010) označuje tento řád za jeden z těch nejstarších, jeho historie však není zcela úplně jasná. Špitální řády mají svou historii již během zmiňovaných křižáckých výprav, jedním z nich byl právě Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, který se dle Máňkové (1934) proslavil během 8. století.

Řád byl vybudován před hradbami Jeruzaléma a poprvé je zmíněn již v roce 125 př.n.l., jeho vznik je popsán následovně: „*Za zakladatele je pokládán Jan Hyrcanus, syn Šimona Makabejského. Normanský vévoda Jan (pozdější francouzský král Jan II. Dobrý) uvádí v roce 1343, že řád byl založen roku 72 po Kristu za vlády císaře Vespasiána. Papež Pius IV. se v bulle Inter Assiduas v roce 1565 zmiňuje o charitativních rytířích, především z řádu sv.Lazara, jejichž společenství se od sv. Basila Velikého, papeže Damasa I., císařů Juliana Apostaty a Valentiniana I. rozšířilo po celém světě.*“ (Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, © 2019). Po svém vzniku se řád díky obětavému úsilí pomoci nemocným začal úspěšně rozvíjet ve 13. století i v Evropě. Zde v různých zemích začal zakládat špitály (Brix, 1991).

Vlivem mnoha dlouhých bojů a mnoho zámořských plaveb. Řád získal specifické znalosti z oblasti cestovního lékařství, hospicové péče, lodního lékařství, provozu lazaretních lodí, infekční medicíny, vojenské medicíny a karantény. Řád poskytoval také formu záchranné služby při zemětřeseních v oblastech Středomoří (Mikulášová, 2006).

Vlčková-Kuncová (1925) uvádí, že řád poskytoval ošetrovatelskou péči nemocným a raněným křižákům a pohostinství pro křesťanské poutníky. Během dobytí Jeruzaléma byla křižáckými vojáky objevena zdravotnická zařízení, špitál sv. Lazara a špitál sv. Máří Magdalény. Dle Švejdrové (2011) bylo hlavním posláním řádu poskytovat péči nemocným s leprou. Jejich péče ale byla poskytována i nemocným s jinými chorobami, např. malárií, tyfem, cholerou a morem (Řehořová, 2014).

Nemocné vyšetřoval kněz tím způsobem, aby se jich nedotýkal. Nemocní ve špitálech žili odděleně a pouze v určitých dnech mohli vyjít ven. Církev se snažila o zpracování jednotných pravidel zaměřené na to, jak se chovat k malomocným. Ta však byla dodržována pouze ve velkých městech (Švejdrová, 2011).

Do českých zemí řád vstoupil během 12. století, za vlády Vladislava II., první špitál vznikl v Praze a později Kutné Hoře. Následně byla činnost během husitských válek pozastavena a jeho činnost byla obnovena až během devadesátých let 20. století (Kutnohorská, 2010). Ve 20. století se díky postupnému vymýcení výše uvedených chorob změnilo působení řádu. Jejich práce byla zaměřena také na humanitární pomoc. (Staňková, 2003). V rámci charitativní činnosti se zaměřovali na pomoc nemocným v rozvojových zemích. Podpořili tak v mnoha zemích vznik zdravotních středisek a nemocnic např. v Senegal, Kamerunu a Sýrii. (Řehořová, 2014).

V Čechách se Řád sv. Lazara věnuje podpoře Dětské psychiatrické nemocnice v Opařanech (Řehořová, 2014). Řád také založil hospic Štrasburk v Praze v Bohnicích (Vaničková, 1999). Členové řádu organizují odborné přednášky věnované osobám, které pečují o dlouhodobě nemocné či umírající. Také dále v rámci Lazariánské pomocné služby pomáhají seniorům, nemocným či rodinám s postiženými dětmi (Řehořová, 2014). Dále zakládají a podporují nemocnice po celém světě, mezi nimi také i leprosária v rozvojových zemích. Poskytují potřebnou materiální i finanční pomoc (Brix, 1991).

Suverénní maltézský rytířský řád

Oficiální název řádu je Suverénní vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty, který se vyvinul z řádu johanitů. Centrum řádu bylo v Jeruzalémě. Po jeho dobytí a následném pádu Svaté země se však přestěhoval na Kypr a následně na Rhodos. Zde členové tohoto řádu chránili Středozeří před vpádem muslimů a zakládali zde také nové špitály, kde se starali o nemocné. Během 16. století jim španělský král Karel I. daroval Maltu a ta se tak stala novým sídlem řádu. Řád se později poměrně rychle rozšířil do velké části Evropy, kde zakládal kláštery a poskytoval pomoc nemocným a potřebným. Péče zde byla na velmi dobré úrovni, snažili se zejména o udržení čistoty prostředí i prádla. Oddělovali zde nemocné dle charakteru nemoci a léčili se zde i psychicky nemocní (Kutnohorská, 2010).

Řád se tak proslavil právě již zmíněnou úrovní ošetřování, ale také předpisy, kterými se následně řídily téměř každé nemocnice v Evropě (Vlčková-Kuncová, 1925). V nemocnicích byl zaveden velmi propracovaný zmiňovaný systém zdravotních předpisů ochrany zdraví společnosti. Předpisy zahrnovaly opatření pro: karanténu; systém hlášení infekčních chorob; opatření pro pohřbívání zesnulých; dohledu nad leprou; přidělování licencí pro praktikování medicíny a chirurgické praxe; kontrolu potravin; vymezení

plateb za léčbu a prodej léků (Švejnová, 2011) Lůžka se zde upravovala každý večer a lůžkoviny se měnily, jak jen bylo potřeba. Pokud bylo prádlo velmi znečištěno, tak se dále nepoužilo, ale bylo spáleno. K zajištění soukromí měla lůžka závěsy. Příliš znečištěné lůžkoviny se spalovaly a dále se neužívaly (Mikulášová, 2006).

Pracovní náplň a povinnosti ošetřujícího personálu byly upraveny pravidly. Která se zachovala pouze v italském originále. Soubor obsahoval 23 pravidel. (Mikulášová, 2006).

Řád se do českých zemí dostal během první poloviny 12. století během vlády Vladislava II., zde na území Čech i Moravy vlastnil několik pozemků, vesnic i měst. Řád se zde soustředil na pomoc potřebným (Řád Maltézských rytířů – České velkopřevorství, 2022).

Řád sv Jana z Boha (Milosrdný bratři)

Nejproslulejším řádem dle Vlasáka (1902) byl řád sv. Jana z Boha, tzv. Milosrdní bratří, který poskytoval bezplatnou lékařskou a ošetrovatelskou péči chudým, opuštěným a nemocným lidem.

Kutnohorská (2010) o řádu Milosrdných bratří uvádí, že šlo o špitální řád, který pochází ze Španělska, jehož zakladatelem byl Jan Ciudad. Ten v roce 1538-1539 začal budovat útulky pro nemocné. Zde nemocné dokonce rozdělovali podle onemocnění a zaměřovali se i na péči o duševně nemocné, dbali zde také na přísné hygienické podmínky. Posláním tohoto řádu bylo snižování lidského utrpení, řád se také dále zaměřoval na vzdělávání členů řádů k profesi lékaře a ošetrovatele.

Sobel (1892, s.31) Milosrdné bratry popisuje následovně: „*Vstupuje do řádu každý zavazuje se k životu duchovnímu; v tomto směru děj se vychování každého v noviciátě; na konec skládá dobrovolný slib poslušnosti, čistoty, chudoby a doživotního ošetřování nemocných. Ať pak později zastává v řádu jakýkoliv úřad, zůstává ošetrovatelem a musí v tomto speciálním odboru co nejlépe býti obeznámen.*“.

Tento řád do českých zemí vstoupil v roce 1605 a to konkrétně do Valtic, přivedl jej sem kníže z Lichtenštejna. Kníže tak řádu předal špitál s kaplí sv. Barbory, kde bylo šest lůžek pro nemocné a díky jejich rodu pak následně vybudovali konvent a nemocnici, v pozdější době také kostel sv. Augustina. Zde poskytovali potřebnou péči nemocným, raněným během válek a obyvatelům během epidemií a o bez rozdílu národnosti, náboženství či věku (Milosrdní bratři Čechy a Morava, © 2023).

Kafková (1992) uvádí, že Milosrdní bratři působili zejména v Praze Na Františku a při ošetřování nemocných vycházeli ze zkušeností již zmíněného špitálu ve Valticích. Později se v rámci konventů zakládaly další špitály, kde se následně propracovávaly zásady ošetřování nemocných. Milosrdní bratři se vyznačovali zejména tím, že si sami vychovávali vlastní ošetřovatele, za tímto účelem byla v roce 1718 založena ve Valticích škola pro ošetřovatele a ranhojiče (Svobodný a Hlaváčková, 2004). V roce 1754 zde byla založena i dvouletá medicínsko-chirurgická škola, zde se bratři připravovali na působení v nemocnici a na další studium (Milosrdní bratři Čechy a Morava, © 2023). Na fungování kláštera a také nemocnice dohlížel tzv. převor či jeho zástupce podpřevor. Ke každému konventu byl určen jeden či dva bratři, kteří směli složit kněžské sliby, jako kněží mohli následně vykonávat funkci tzv. spirituála nemocných. Spirituál poskytoval nemocným zpověď a zaopatřoval je svátostmi v případě nastávající smrti nemocného. Konvent měl také alespoň jednoho chirurga a bratry, kteří působili v lékárnách (Svátek, 1970).

Řád se vyznačoval tím, že velmi dbal na vysokou úroveň hygieny a také na pohodlí nemocných. V nemocnicích nemocné rozdělovali dle jejich potřeb a druhu onemocnění. Jejich ošetrovatelská péče se také zaměřovala na pozorování duševně nemocných (Švejsová, 2011). V nemocnicích, kde působili milosrdných bratří pacienti oblékali do jednotného úboru. I zde byly u lůžek závěsy pro zajištění soukromí. (Hlaváčková, 2009).

Chudé sestry sv. Kláry: Klarisky

Během 13. století, kdy František z Assisi vyvolal hnutí Třetího řádu, který sdružoval muže i ženy v bratrstva a sesterstva řehole sv. Kláry, poskytovali ošetřování nemocným a malomocným a jejich myšlenku později převzali ostatní náboženské řády. V roce 1234 tak Anežka Česká založila v Praze první klášter Klarisek, při kterém byla zbudována i nemocnice. První Klarisky sem poslala sv. Klára v roce 1234 z Tridentu (Mánková, 1934).

Kutnohorská (2010) uvádí, ženský klášter, který Anežka Česká založila nesl jméno klášter sv. Františka a následně se tak stal prvním domem ženské řehole řádu minoritů a klarisek. Zmiňovaná Anežka Česká zároveň roku 1234 do řádu sv. Kláry vstoupila jako abatyš. Špitál sv. Františka ležící u sv. Haštala, byl místem pro ošetřování nemocných a chudých. Špitál následně papež Řehoř IX. předal bratrstvu sv. Františka (Wiesner, 1925).

Křížovníci s červenou hvězdou

Řád Křížovníků s červenou hvězdou vznikl v souvislosti působení Anežky České. Tento řád vznikl z bratrstva, který působil ve špitálu a pečoval o nemocné, Řehoř IX. jej později povýšil na samostatný řád, který sídlil na konci Juditina mostu dle Svobody (2009) se tak jednalo o velmi strategickou polohu s dobrým zázemím v rámci hygieny a zdrojem vody.

Anežka Česká tak byla první ženou, která založila mužský řád. Zároveň také byla první ženou, která založila český ošetřovatelský řád. Anežka Česká také vypracovala pokyny pro ošetřování nemocných, kterými se bylo nutno řídit. Jedná se tak o první etický kodex a zásady ošetřovatelské péče v době středověku (Krausová, 2010). Anežka Česká v Čechách položila základy ošetřování nemocných, je tak právem považována za zakladatelku a také patronku českého ošetřovatelství (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Během 14. století se do jejich správy dostalo několik dalších špitálů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. Dle Kutnohorské (2010) bylo posláním řádu ošetřování chudých a nemocných. Do řádu také vstupovalo několik šlechticů, kteří se následně věnovali charitativní činnosti. V roce 1832 řád založil v Praze opatrovnu pro děti, která byla dokonce první v Čechách (Vaníčková, 1999). V 50. letech 20. století bylo řádu znemožněno pokračovat ve své činnosti. Po roce 1990 mohl řád svou činnost obnovit, příslušníci řádu již ve zdravotnických zařízeních nepracují (Kutnohorská, 2010).

Diakonky

Slovo diakonie je řeckého původu a je odvozeno od slova diakonein, které znamená sloužit či pomáhat. Původně se tak jednalo o posluhování, zejména u stolu (Holý, 1996).

Diakonky v 15. století začaly provozovat návštěvní ošetřovatelství v domech nemocných (Krchovová, 1978). Diakonky také provozovaly opatrovnictví a byly pro něj školeny. Jejich činnost později zanikla a znovu začala působit až během 19. století (Kutnohorská, 2010).

Jejich práce zahrnovala zejména sociální služby, které zahrnovaly především vyučování žen, dětí a výchovu sirotků. Péči diakonek poskytovaly vdovy, později také mladé dívky. Prvopočátky novodobé České diakonie se datují od druhé poloviny 19. století. Diakonky během této doby nebyly moc známy, postupně si však získali během své činnosti pozornost. Diakonské spolky svou činnost rozvinuly nejvíce ve 30. letech 20. století, kdy

byly zakládány tzv. domy diakonie. Česká diakonie se podílela na ošetřování raněných z období válek a na péči o první pacienty z koncentračního tábora v Terezíně (Holý, 1996)

Dále v Čechách působily diakonky, které byly služebnice církve. Ty pečovaly o nemocné, chudé a opuštěné. Působily v dobročinných ústavech, ale i přímo v domech nemocných. Jejich práce se zaměřovala na veškerou péči o nemocné od umytí, podání stravy, úpravy lůžka, ošetření ran až po psychickou oporu (Marek, 1903).

Z analýzy textu je zřejmé, že v období středověku měli hlavní roli v ošetřování nemocných církevní řády. V textu jsme tak mohli zaznamenat jejich činnost během zakládání prvních lazaretů, špitálů a nemocnic. Mohli jsme zde zaregistrovat oddělování nemocných dle charakteru onemocnění, což můžeme chápat jako součást prevence k tomu, aby se onemocnění nešířilo mezi ostatní, jelikož jejich péče nespočívala jen v ošetřování nemocných ale také chudých. Můžeme zde dále pozorovat vznik prvních ošetřovatelských pravidel a opatření, která měla zejména za cíl udržovat dobré hygienické podmínky.

Z analýzy textu o ošetřovatelských řádech tak můžeme konstatovat, že role ošetřujícího personálu v oblasti prevence byla promítnuta hlavně v péči o prostředí, zajišťování správné hygieny a čistoty. Dále můžeme říci, že křesťanstvím a církevními řády byl ovlivněn vývoj ošetřovatelské péče a tím i preventivní péče.

5 Role sestry v prevenci v ošetřovatelské péči ve 21. století a současnosti

Na přelomu 20. a 21. století dle Kutnohorské (2010) ošetřovatelství prošlo několika významnými změnami: ošetřovatelství jako obor má jasně definované kompetence v oblasti zdravotní péče; ošetřovatelství se začalo orientovat na péči ve zdraví (prevenci) i nemoci; došlo ke zvyšování kvality ošetřovatelské péče; ošetřovatelství se stalo vědní disciplínou s vlastním výzkumem v ošetřovatelství, který se stal součástí výbavy profese nelékařských zdravotnických pracovníků; sestry a další nelékařské zdravotnické profese získaly roli edukátorky.

V oblasti vzdělávání sester bylo největší změnou přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Způsobilost k vykonávání povolání v oboru ošetřovatelství se tak získala absolvováním bakalářského studijního programu na 3 roky se 4600 hodinami odborné výuky, nebo absolvováním tříletého studia na vyšší odborné

škole. Zákon upravoval také postgraduální studium (specializační studium, certifikované kurzy či kontinuální vzdělávání sester). V roce 2017 vešel v platnost zákon č. 201/2017 Sb., který nahradil zmiňovaný zákon č. 96/2004 Sb. Zákonem se nově stanovil obor praktická sestra, který nahradil dřívějšího zdravotnického asistenta, který měl však nižší kompetence než sestra všeobecná, která pracuje bez odborného dohledu (Havelková, 2017).

Sestry tvoří nejdůležitější skupinou zdravotnických pracovníků v primární péči. Právě ony podporují a také udržují spojení mezi jednotlivci, rodinami, komunitami a zdravotnickým systémem. Jejich cílem je předcházet nemocem a podporovat, zlepšovat, posilovat a obnovovat zdraví populace. Jejich činnost zahrnuje péči o zdraví obyvatelstva, podporu zdraví, prevenci nemoci a péči o nemocné v průběhu celého lidského života. Je tedy nutné, aby práce sestry v primární péči a její role zde byla vnímána jako legitimní a zásadní (Mezinárodní den sester, 2008).

Úkolem sester v dnešní společnosti je dle Koncepce ošetrovatelství (2021) preventivní péče, péče v nemoci a pomoc při navrácení zdraví. Na současnou roli sestry a její postavení má v dnešní době vliv náboženství, kulturní, sociální, ekonomické a politické faktory, rozvoj techniky, digitalizace, demografické změny, stárnutí populace a epidemiologické faktory.

Dle etického kodexu sester, který vydala Mezinárodní rada sester, je sestra povinna pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmiřňovat utrpení (Česká asociace sester, © 2017).

Cílem ošetrovatelské péče je podpora při zvládání strachu a úzkostí, a také předávání důležitých informací. Nedílnou součástí sesterské úlohy je pomoc pacientovi pochopit svou roli v péči o své zdraví. Sestra by tak pomocí edukační činnosti měla umět ohleduplně sdělit proč je potřeba např. změna pacientova chování v případě špatného životního stylu, nedodržování léčebných opatření apod. Sestra zde působí nejen na samotného pacienta, ale také na prostředí. Ošetrovatelský tým, a tedy i sestra by měla také vytvářet a předávat vzdělávací materiály pro pacienty a rodiny, které jsou zaměřené na podporu zdraví a prevenci onemocnění s ohledem na individualitu a sociální a profesní determinanty zdraví populace. Dále by se sestra měla podílet na zvyšování zdravotní

gramotnosti a podpoře sebeřízení pacientů v oblasti prevence negativních rizikových faktorů a onemocnění (Koncepte ošetrovatelství, 2021).

Mezinárodní a národní aktivity k podpoře zdraví

V České republice byl v roce 2002 schválen dokument „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky“, který byl součástí mezinárodní strategie „Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století“, který vznikl opět po záštitou WHO. Program byl rozšířením dřívější zmiňované strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“ (Krause, 2018).

„Zdraví pro všechny znamená zajistit, aby byly zdravotní služby dosažitelné pro všechny obyvatele dané země. Zdraví v tomto kontextu znamená nejen dostupnost zdravotních služeb, ale komplexní stav fyzického a duševního zdraví, který lidem umožňuje vést společensky a ekonomicky produktivní život.“ (Mezinárodní rada sester, 2019). Zdraví pro všechny v 21. století (příloha č. 14) představoval racionální a velmi dobře strukturovaný model komplexní péče o zdraví naší společnosti a jejím rozvoji. Tato mezinárodní strategie byla podnětem pro členské státy k řešení otázek v oblasti péče o zdraví a dosažení 21 cílů. Jedná se o rozsáhlý soubor aktivit, které se zaměřují na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva (MZČR, 2008). Na přípravě a realizaci se podíleli všechny resorty. Úkolem ministerstva zdravotnictví byla příprava ročních zpráv o naplňování aktivit programu Zdraví 21 (Rážová, 2008).

V září 2012 Evropský regionální výbor WHO schválil nový regionální program „Zdraví 2020“, který se realizoval v letech 2014-2020 (Krause, 2018). Zdraví 2020 se zaměřuje na zdraví a životní pohodu obyvatel. Jedná se o osnovu zdravotní politiky, která je založená na hodnotovém přístupu a na vědecky ověřených důkazech. Program se zaměřuje na čtyři hlavní priority: „*Prioritní oblast 1: Celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví. Prioritní oblast 2: Čelit největším zdravotním problémům Evropy – neinfekčním a infekčním nemocem. Prioritní oblast 3: Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích. Prioritní oblast 4: Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.*“ (MZČR, © 2014, s. 7).

Mašková (2023) uvádí, že v roce 2016 byla schválena „Národní strategie digitalizace zdravotnictví“. Jedná se o strategický dokument, který formuluje na období pěti let strategické cíle a program na jejich podporu. Strategie vychází z programu Zdraví 2020. Digitalizace zdravotnictví napomáhá zajištění dostupnosti zdravotnických informací, které mohou vést k záchraně života, řeší i oblast dostupnosti informací v přeshraničním pohybu občanů. Digitalizace také může přispět ke zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče ve společnosti, dále podporuje a rozvíjí zapojení občanů do péče o své zdraví. Strategie obsahuje čtyři strategické cíle (příloha č. 18): zvýšení zainteresovanosti občana v péči o své zdraví a prevenci; zvýšení efektivity zdravotnického systému; zvýšení kvality a dostupnosti zdravotních služeb; vytvoření a rozvoj informační infrastruktury a správa elektronického zdravotnictví (MZČR, 2016).

V roce 2019 Ministerstvo zdravotnictví přijalo program „Zdraví 2030“, který navazuje na program „Zdraví 2020“. Program má tři dílčí cíle (příloha č. 15). Jedním z nich je rozvoj primární a sekundární prevence se zaměřením na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva České republiky. *„Zdravotní stav populace je významným ukazatelem kvality života v ČR. S ohledem na zkušenosti s řešením pandemie COVID-19 vzrůstá význam potřeby podpory a rozvoje systému epidemiologické bdělosti. Je třeba se zaměřit rovněž na zájem občanů o vlastní zdraví prostřednictvím aktivit ke zvyšování zdravotní gramotnosti, podporovat zdravý životní styl a prevenci nemocí. Součástí snahy o naplnění tohoto cíle bude také reforma stávajícího modelu primární péče, kdy by měla být posílena role praktických lékařů, což by mělo přispět k zvýšení dostupnosti zdravotní péče.“* (MZČR, 2019, s. 11).

22. června 2022 schválila vláda České republiky „Národní onkologický plán České republiky 2030“ jedná se o dokument, který nastavuje budoucí rámec rozvoje oboru onkologie. Česká republika se tímto přihlašuje k Evropskému plánu boje proti rakovině. Plán stanovuje cíle v oblasti prevence a zvýšení kvality života onkologických pacientů (příloha č. 16). Jejich důležitost roste společně se stárnutím populace a nárůstem počtu onkologicky nemocných. Do roku 2035 by měla onkologická onemocnění představovat hlavní příčinu úmrtí obyvatel v Evropské unii. To hlavně v důsledku stárnutí populace, nedostačující zdravotní gramotnosti a špatného životního stylu (NOPL ČR 2030, 2022).

Screeningové programy a preventivní prohlídky

Screeningové programy jsou metody, které využívají lékařská vyšetření k včasnému záchytu onemocnění. Díky včasnému odhalení onemocnění lze často onemocnění vyléčit. Screeningová vyšetření se tak zaměřují na zdánlivě zdravé osoby s cílem zmiňovaného včasného záchytu nemoci (Národní screeningové centrum, 2023). Skovajsová a Svobodník (2007) uvádějí, že sestry jsou nezastupitelné ve své schopnosti oslovit laickou veřejnost v oblasti informovanosti o screeningových programech.

V současné době v České republice probíhají screeningové programy zaměřené na rakovinu prsu, děložního hrdla, tlustého střeva a konečníku. Tyto screeningové programy jsou součástí preventivních prohlídek (Národní screeningové centrum, 2023). Oblast preventivních prohlídek upravuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Pomocí těchto prohlídek lze odhalit časný výskyt onemocnění a lze jej tak i v případě včasného záchytu vyléčit. V České republice má každý dospělá občan nárok na všeobecnou preventivní prohlídku (příloha č. 17) u praktického lékaře 1x za dva roky, u dětí do 3 let se prohlídky provádějí častěji. Dále nárok na gynekologickou preventivní prohlídku jednou ročně od 15 let a stomatologickou prohlídku jednou ročně. Na tyto prohlídky navazují zmiňované screeningové programy (VZP ČR, © 2023).

Od roku 2022 byl nově zaveden populační pilotní program časného záchytu karcinomu plic. Ministerstvo zdravotnictví společně se zdravotními pojišťovkami od roku 2014 zahájilo informační kampaně, které se zaměřují na širokou veřejnost a kladou si za cíl zajistit větší účast na screeningovém programu. Za účelem zlepšení kvality a řízení vzniklo Národní screeningové centrum (Národní screeningové centrum, 2023).

Nejefektivnějším opatřením proti nádorovým onemocněním je prevence, ve které sestra hraje důležitou roli. Sestra je v rámci prevence nádorového onemocnění schopna pacienta nejen edukovat v oblasti rizikových faktorů, ale také informovat o prvotních příznacích, které mohou rozvoj onkologického onemocnění poukazovat. Sesterská úloha zde spočívá již ve výše zmíněné informovanosti o preventivních opatřeních a prvních příznacích onemocnění. Důležitou úlohu však hraje také ve vzdělávání veřejnosti, spoluúčasti na preventivních programech a šíření zdravotnické osvěty. Základní kámen sesterské činnosti v preventivní péči tvoří její komunikační dovednosti sestry, díky kterým může poskytovat a doporučit odborné poradenství (Vorlíček et al., 2012). Dle Zacharové (2016)

se v prevenci nejvíce uplatňuje rozhovor prostřednictvím edukace. Sestra se tak pomocí rozhovoru s pacientem snaží o motivaci a neměla by chybět ani empatie.

Očkování

Očkování se provádí účelem aktivace imunitního systému a navození obranyschopnosti proti dané nemoci. Očkování se řadí mezi nejúčinnější preventivní opatření v oblasti boji proti infekčním onemocněním. Hlavním cílem je ochrana společnosti před život ohrožujícími infekčními nemocemi a jejich následky (Národní zdravotnický informační portál, 2023a). S očkováním jsme se na českém území setkali již v 19. století (viz podkapitola č. 1.4).

V současné době máme povinná a nepovinná očkování. Všechna povinná očkování jsou v České republice hrazena z veřejného zdravotního pojištění (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, © 2020).

V České republice je očkování zahrnuto v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a vyhláškou č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Očkování se dle těchto předpisů člení na očkování pravidelná (tuberkulóza, záškrť, tetanus, dávný kašel, *Haemophilus influenzae b*, dětská obrna, virová hepatitida B, spalničky, zarděnky, pneumokokové nákazy, příušnice), dále na očkování zvláštní (virová hepatitida A, B a vzteklna), mimořádné očkování, očkování při úrazech, poraněních a před operačním výkonem (tetanus a vzteklna) a na očkování na žádost fyzické osoby (Národní zdravotnický informační portál, 2023b).

Chlíbek et al. (2018) roli sestry v oblasti preventivní péče směřované k očkování označuje za velmi důležitou. Sestra zde zodpovídá zejména za správné skladování vakcín, objednávání vakcín, kontrolu expiračního datumu vakcín a jejich možné poškození či narušení. Role sestry v oblasti očkování se objevuje hlavně v ordinacích pro děti a dorost či praktického lékaře pro dospělé. Sestra zde dohlíží na aplikace jednotlivých vakcín dle očkovacího kalendáře a také zve pacienty na případné přeočkování. Do kompetencí sestry spadá i samotná aplikace očkovací látky, zodpovídá tak za správnou aplikaci a správný druh vakcíny. Hlavní a také nejdůležitější úlohou sestry v oblasti očkování je opět edukace pacientů (Machová a Suchanová, 2013).

V současnosti jsou činnosti zdravotnických pracovníků právně upravené vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Oblast prevence, konkrétně u všeobecné sestry můžeme zaznamenat ve vyhlášce v §4. Kdy všeobecná sestra bez odborného dohledu a indikace, ovšem v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblasti podpory zdraví, zdravého způsobu života, a to včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění. Dále může připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se jejich realizace, opět v rozsahu její odborné způsobilosti.

Z analýzy textu lze usoudit, že 21. století a současnost přinesla mnoho mezinárodních a národních aktivit, které se zaměřovali na podporu zdraví společnosti, prevenci nemoci a také hlavně na zvyšování zdravotní gramotnosti společnosti.

Z textu dále usoudit, že sesterskou profesi a zejména její vzdělávání a tím i její kompetence zde ovlivnil nově vzniklý zákon č. 96/2004 a zákon č. 201/2017 Sb. a také nová Koncepce ošetrovatelství z roku 2021, která definovala současnou roli sestry v ošetrovatelství a také v preventivní péči. Sestra zde tak působí zejména pomocí edukační činnosti u pacientů a klientů či v podpoře zvyšování zdravotní gramotnosti společnosti, její činnost je upravena vyhláškou č. 55/2011 Sb.. Můžeme tak říci, že v současné době je preventivní péče velmi důležitou složkou ošetrovatelství a také celého oboru zdravotnictví, věnuje se jí tak velká pozornost.

Závěr

Cílem předkládané diplomové práce bylo popsat vývoj preventivní péče a vývoj role sestry v preventivní péči v České republice. Práce je členěna celkem do pěti kapitol dle časového horizontu, z nichž první kapitola je dále členěna do pěti podkapitol. První kapitola se zabývá rozvojem preventivní péče v ošetrovatelství od období pravěku do období Krymské války. Druhá kapitola pojednává o rozvoji prevence v ošetrovatelské péči během válečného a meziválečného období v 19. a 20. století. Třetí kapitola práce je věnovaná rozvoji prevence v ošetrovatelské péči během poválečného období ve 20. století. Čtvrtá kapitola byla věnovaná církevním řádům a jejich úloze v rozvoji preventivní péče. Poslední kapitola pojednává o roli sestry v prevenci v ošetrovatelské péči během 21. století a v současnosti.

V průběhu psaní práce bylo snahou prostřednictvím interpretace a následné analýzy dostupných primárních a sekundárních zdrojů odpovědět na následující výzkumné otázky:

Jak se vyvíjela preventivní péče v České republice?

Z celkového pohledu je zřejmé že preventivní péče se začala vyvíjet společně s ošetrovatelskou a lékařskou péčí, která má své kořeny již v pravěku, během kterého bylo možné zaznamenat snahu pečovat o sebe i o druhé. Ošetrování zde probíhalo na podkladě instinktu a metodou pokus omyl. Již zde vznikala první náboženství, ze kterých vznikala první přírodní léčitelství. V tomto období se takřka nevyskytovaly žádné epidemie nemocí, nebylo jim tedy zapotřebí nikterak předcházet. Náznaky prevence zde však můžeme i přesto vidět v době, kdy se první civilizace začaly usazovat a začaly vznikat první osídlené oblasti. Za prvky preventivní péče můžeme usuzovat budování prvních pohřebišť z důvodu hygienických podmínek.

Během starověku můžeme zaznamenat nový pohled na zdraví a nemoc. Zde se již začaly objevovat tendence k zachování svého zdraví, tedy prevenci nemocí. Např. ve starověké Číně prevenci tvořili hlavně alternativní metody jako je apukunktura, moxování či teorie rovnováhy jinu a jangu. Ve starověké Indii to byla filozofie Ajurvédy, které položila základní prvky preventivní péče. Během starověku můžeme zaznamenat první preventivní zásahy v oblasti hygieny, první hygienická nařízení, doporučení vhodného stravování, a dokonce i první izolační opatření (karantény) v případě infekčních

onemocnění. Lze tedy starověk označit za období, ve kterém se preventivní péče začala vyvíjet a byly zde položeny její první základy.

V období středověku se začalo utvářet veřejné zdravotnictví, vznikla zde funkce městského lékaře, který řídil boj a preventivní opatření proti epidemiím. Začala vznikat první protiepidemická nařízení, která měla za cíl kontrolovat chování a pohyb obyvatel. Opět zde můžeme vidět využívání karantény. Pečovalo se o veřejné prostranství, odstraňovaly se odpadky z ulic. Začala vznikat první opatření zaměřená na zásady stavby budov a jejich provozu. Mimo špitálů začaly vznikat sirotčince, nalezince a ústavy pro choromyslné a slepé. Ve středověku měli hlavní roli v ošetřování nemocných církevní řády. Jejich činnost jsme mohli vidět během zakládání prvních lazaretů, špitálů a nemocnic. Zde bylo možné zaregistrovat oddělování nemocných dle charakteru onemocnění, jako preventivní opatření v šíření nákazy. Také zde můžeme pozorovat vznik prvních ošetřovatelských pravidel a opatření, která měla zejména za cíl udržovat dobré hygienické podmínky. Preventivní péče se zde ukázala hlavně v péči o prostředí, zajišťování správné hygieny a čistoty.

Během novověku se hojně rozšiřovaly epidemie, bylo nutné na ně tedy reagovat opatřeními v oblasti prevence. Na hranicích se zaváděly karantény, vznikl infekční řád, který obsahoval instrukce, jak čelit zmiňovaným epidemiím. Začala také vznikat literatura, který se zabírala morovými epidemiemi, jednalo se o velmi důležitý zdroj informací pro obyvatele. Během vlády Marie Terezie byly velkým problémem infekční nemoci, špatné životní a hygienické podmínky, z preventivního hlediska tak vznikla státní zdravotní služba, která řídila předpisy směřované k hygieně a sanitárním opatřením. Období novověku přinesl velký objev pro prevenci, očkování proti pravým neštovicím, které v českých zemích významně prosazovala Marie Terezie. Které bylo později ošetřeno zákony a stalo se tak povinným očkováním, a to již v druhé polovině 19. století. V oblasti ošetřovatelské péče vznikaly zásady ošetřování nemocných s neštovicemi, které měly za cíl zamezit šíření a ochranu dalších osob, tedy prevenci.

Rozvoj preventivní péče lze vidět i během období Krymské války, která přinesla velmi vysokou úmrtnost. Úmrtnost zde byla však zapříčiněna nemocemi, kterým se dalo předcházet. Objevují se zde tři významné osobnosti: Florence Nightingale, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Jean Henri Dunant, kteří svými činy přispěli k rozvoji preventivní péče. Florence Nightingale přispěla zejména k rozvoji ošetřovatelské péče, ale položila i

základy prevence v ošetrovatelské péči. A to hlavně prostřednictvím její velké reformy během Krymské války v nemocnici, kde působila. Nikolaj Ivanovič Pirogov v Krymské válce zavedl antisepsi, díky které se předcházelo infekcím v ráně. Pirogov následně publikoval knihu „Základy obecné vojenské chirurgie podle poznatků z vojenské nemocniční praxe“, která pojednávala o metodách prevence nákazy a infekcí z poranění. Jean Henri Dunant na podkladě svých zkušeností z bitvy u Solferina navrhl vytvoření dobrovolné organizace v oblasti pomoci raněným ve válečných konfliktech, vznikl tak Červený kříž.

V období 19. století došlo k velkému rozvoji vzdělávání, hlavně na podkladě emancipačního hnutí žen, které prosazovali Marie Riegrová, Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Došlo ke značnému rozvoji věd a několika objevům v oblasti zdravotnictví. Velkým rozvojem prošlo i ošetrovatelství, vznikal pozitivní vztah k hygieně a zvyšovalo se uvědomování si důležitosti upevňování zdraví a prevence nemoci.

Od druhé poloviny 19. století můžeme zaznamenat rozvoj zdravotnické osvěty, díky které se předávaly společnosti informace o správné životosprávě, prevenci nemoci, osobní hygieně, čistotě bytů a opatřeních v případě infekční nákazy.

Na počátku 20. století se díky zlepšení komunální hygieny a zhotovení kanalizačních sítí a elektrifikaci zlepšil zdravotní stav obyvatelstva, který se pak ovšem vlivem první světové války rapidně zhoršil. Byl nedostatek stravy, narůstaly infekční nemoci, pohlavně přenosné choroby a nemoci z důsledků špatné stravy. Byla zde tedy opět nutná preventivní péče.

Od roku 1921 začaly vznikat zdravotní stanice a poradny, kde působily sestry společně s lékaři. Hlavním cílem a posláním těchto zařízení byla edukace chudé a nevzdělané části společnosti v oblasti výchovy ke zdraví, hygieně, výživě, zdravotvědě, v boji proti předsudkům a jednak také péči o nemohoucí a zanedbané občany.

Hospodářská krize na konci 20. let 20. století přinesla velkou chudobu, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně obyvatel. Vzrostla potřeba komunitní péče, přišla druhá etapa státem kontrolovaného sociálního ošetrovatelství, které započalo vznikem Ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Hlavním posláním této organizace byla školní a venkovská hygiena, organizované ošetrování v rodinách a jejich ochrana, edukace matek o výživě a

výchově dětí, zajišťování léčby a odborných vyšetření či zajišťování umístění nemohoucích, starých a zanedbaných občanů do ústavů.

Zaznamenat jsme zde mohli velkou snahu v prevenci tuberkulózy a pohlavně přenosných chorob, bylo zde opět nejvíce využito zdravotnické osvěty. V preventivní péči během 19. – 20- století lze registrovat také vznik dezinfekce, antiseptiky a sterilizace, která se začala využívat v prevenci infekcí po operacích.

V poválečném období se oblasti péče o zdraví obyvatel věnoval Československý Červený kříž, který se zaměřoval zejména na výchovu ke zdraví, zkvalitňování životního a pracovního prostředí, poskytování zdravotních služeb, první pomoci během akcí a také zajišťování pečovatelské služby. ČSČK zavedl zdravotnické hlídky. Jejich úkolem bylo provádět dozor nad hygienou a poskytování první pomoci.

V socialistické republice začal vznikat obvodní systém zdravotní péče, která se kromě léčby zaměřovala i na preventivní péči. Vznikly také závodní ošetrovny, které se opět začaly zaměřovat mimo léčby i na preventivní péči. Rozvíjela se zdravotní služba ve školách a návštěvní služba. Zde byla péče cílena hlavně na rizikové skupiny, na jedince nedostavující se k preventivním prohlídkám a preventivní akce, jako např. hromadné očkování zaměstnanců či dětí.

Opět se zde neopomenulo ani na zdravotnickou osvětu, kde působily hlavně ošetrovatelky, porodní asistentky a zdravotnické pracovnice. Na konci 20. století vešel v platnost zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, dle kterého mělo zdravotnické zařízení a jeho zdravotničtí pracovníci rozhodující úlohu ve zdravotní výchově společnosti. Začaly se organizovat mezinárodní aktivity zaměřené na zdraví společnosti a také na prevenci nemoci, mohli jsme zaznamenat například celosvětovou strategii „Zdraví pro všechny do roku 2000“

Na přelomu 20. a 21. století prošlo ošetrovatelství několika změnami. Ošetrovatelství nyní mělo definované kompetence ve zdravotní péči, začalo se orientovat na péči ve zdraví, tedy prevenci a na péči v nemoci. Kvalita ošetrovatelské péče se začala zvyšovat. Ošetrovatelství se stalo samostatnou vědní disciplínou s vlastním výzkumem. Od roku 2002 můžeme zaregistrovat další aktivity k podpoře zdraví obyvatelstva, prevenci nemoci a také zvyšování zdravotní gramotnosti společnosti.

V rámci preventivní péče vznikly screeningové programy, které jsou velmi důležitou složkou prevence, jelikož je zde snaha o včasný záchyt nemoci. V současné době v České republice probíhají screeningové programy zaměřené na rakovinu prsu, děložního hrdla, tlustého střeva, konečníku a plic. Tyto screeningové programy jsou součástí preventivních prohlídek.

Nedílnou součástí preventivní péče je očkování, které se řadí mezi neúčinnější preventivní opatření v oblasti boji proti infekčním onemocněním. Hlavním cílem očkování je ochrana společnosti před život ohrožujícími infekčními nemocemi a jejich následky.

Můžeme tedy říci, že preventivní péče v České republice se začala vyvíjet již od dob počátku civilizace a procházela tak mnoha změnami v souladu s rozvojem vědeckotechnického poznání, vývojem společnosti i životní filozofií. Některé prvky preventivní péče, se kterými jsme se mohli setkat již v dávných dobách však fungují i dodnes a současná preventivní péče z nich vychází.

Jaké faktory ovlivnily vývoj preventivní péče v České republice?

Mezi první faktor, který ovlivnil vývoj preventivní péče můžeme zařadit vznik prvních civilizací již během pravěku, které se postupně začali usazovat v osadách a městech. Druhým faktorem, který ovlivnil vývoj preventivní péče byl počátek šíření prvních nemocí, zejména díky zmiňovanému osidlování oblastí a vzniku prvních vesnic a měst. V období starověku můžeme jako ovlivňující faktor zaznamenat náboženství, se kterým byla spjata zejména léčba, ale také prevence nemoci. Náboženství zde ovlivňovalo nejvíce pohled na zdraví a nemoc.

V období středověku mezi ovlivňující faktory preventivní péče můžeme zařadit opět náboženství, církev a společensko-hospodářské podmínky, které měli vliv na zdravotní opatření a také na lékařství. Došlo zde k velkému zhoršení hygienických podmínek, klesla úroveň péče o své zdraví a začaly se hojně vyskytovat morové epidemie a lepra. Opět zde ošetřovatelství a také preventivní péči ovlivnila náboženství a církev.

Během novověku vlivem Třicetileté války zanikaly špitály, došlo k živoření obyvatel a opětovnému šíření epidemií mor, cholery a hladomoru. Můžeme tak válku označit za faktor, který ovlivnil vývoj preventivní péče. Vlivem války, a tedy i pohybem vojsk a armád se hojně šířili epidemie nemocí. Mezi tyto faktory lze zařadit i politickou situaci a

vliv tehdejší vlády. Za vlády Marie Terezie vznikaly první počátky veřejného zdravotnictví, a také vznikly tzv. tereziánské a josefínské reformy. Byly uděleny funkce krajských a městských fysiků, kteří svými podněty směřované městská správa zřizovali opatření hlavně pro zlepšení úrovně hygieny. V letech 1753 byly vydány tzv. Generální zdravotní řády, které se zabývaly zejména preventivní a veřejnou zdravotní složkou zdravotnických pracovníků. Mimo jiné stanovil práva a povinnosti fysiků, kteří dohlíželi na zdravotnické pracovníky a protiepidemická opatření, lze jej tedy také zařadit mezi faktory, které ovlivnily vývoj preventivní péče. Jedním ze zásadních faktorů, který značně ovlivnil vývoj preventivní péče v období novověku byl objev očkování proti pravým neštovicím, objevitelem byl Edward Jenner, kterého lze zařadit mezi významné osobnosti, které svými činy ovlivnili vývoj preventivní péče.

V období Krymské války můžeme mezi ovlivňující faktory zařadit také osobnosti, které ovlivnily vývoj preventivní péče zařadit Florence Nightingale, která svou reformou v oblasti hygieny přispěla k předcházení nemocem jako byla cholera, tyfus a jiné. Další významnou osobností byl Jean Henri Dunant, který tak zapříčinil zejména tím, že společně s dalšími zakladateli vytvořili organizaci Červený kříž, který se zaměřuje na pomoc při válečných konfliktech, ale také oblasti prevence. Jako poslední významnou osobnost z období Krymské války je nutné zmínit chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova, který k rozvoji prevence přispěl prostřednictvím zavedení antiseptiky při operacích, využívání dezinfekčních přípravků a velkému zřetelu na hygienické zásady. Dále přispěl svou publikací zaměřenou na vojenskou chirurgii a prevenci nákazy z poranění v boji. Opět tak lze označit Krymskou válku, za válečný konflikt, který byl ovlivňujícím faktorem vývoje preventivní péče.

Během válečného a meziválečného období 19. a 20. století lze zařadit jako stěžejní ovlivňující faktor první a druhou světovou válku, které měly za následek zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva, nárůst infekčních nemocí a nemocí z nedostatku stravy a její špatné kvality. Válka pro naše lidstvo byla velmi těžkým obdobím, zároveň nám však poskytla velmi významný rozvoj v lékařství, ošetrovatelství a preventivní péči, které se během válek potýkali s mnoha raněnými, nedostatkem jídla, prádla i materiálu, a hlavně špatnou hygienou. Dále byla preventivní péče ovlivněna hospodářskou krizí na konci 20. let, která přinesla velkou chudobu, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně obyvatel. Díky této situace vzrostla potřeba komunitní a sociální péče.

Na přelomu 20. a 21. století jsme mohli zaznamenat značný vliv Světové zdravotnické organizace prostřednictvím mezinárodních aktivit, které se zaměřovali na zdraví, prevenci a zdravotní gramotnost společnosti. Na základě, kterých vznikali další národní strategie pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Lze tedy označit tyto instituce za faktory, které ovlivnily a nadále ovlivňují preventivní péči.

Jak se vyvíjela role sestry v preventivní péči v České republice?

První zmínky o úloze ošetřujícího personálu, která se již týkala částečně preventivní péče můžeme vidět spíše až během středověku, do té doby (pravěk a starověk) se zde vyskytovali první lékaři, kořenáři, ranhojiči apod. Ve středověku se můžeme setkat s prvním ošetřujícím personálem, kterým byly nejčastěji kněží a mniši, kteří působili v prvních špitálech a útulcích. Jejich role v oblasti preventivní péče byla v rozpoznávání nemocných s leprou, jejich povinnost však později přešla na lékaře.

V období novověku se ošetrovatelský personál opět zaměřoval spíše na základní péči o nemocné, jejich úlohou zde však bylo také dodržování opatření při ošetřování nemocných s infekčními chorobami a jejich oddělování od ostatních v rámci prevence nákazy.

Během válečného a meziválečného období jsme mohli zaznamenat v úloze sestry v preventivní péči zejména péči o prostředí a vzduch na pokojích, kterou můžeme pozorovat i během počátku 20. století, během kterého se přidala také úloha ve výchově ke správnému životnímu stylu, dispensární činnosti, výuce směřující ke zdravotní gramotnosti a rodičovství. Dále zde měla sestra roli v edukační činnosti, kterou vykonávala zejména v poradnách a zdravotních stanicích.

Sestra měla také svou roli ve zdravotnické osvětě, díky sestrám se tak měla snadněji rozšířit ve společnosti zdravověda a tělověda. Její úlohou tak bylo během služby u lůžka poučovat lid o správném chování v nemoci, během epidemií a také jak chránit své zdraví.

V poválečném období bylo sesterskou úlohou v obvodní zdravotní péči hlavně vyhledávání nemocných a ohrožených nemocemi. V závodních ošetrovnách bylo její úlohou v oblasti preventivní péče pomoc s organizováním preventivních prohlídek a kontroly lékařských opatření; odstraňování závad, nečistot a zajišťování vhodné teploty v pracovním prostředí a bezpečnostních pomůcek; dohlížení na vhodné stravování, kde se zaměřovala na špatné stravovací návyky, kontrolu obsahu živin ve stravě a dietní opatření. Sesterskou úlohou návštěvní služby bylo zejména sledován úroveň života a

bydlení. Dle strategie „Zdraví pro všechny z roku 2000“ z roku 1981 by úlohou sestry mělo být podněcování jednotlivců, rodin k péči o své zdraví.

Úlohou sestry v preventivní péči ve 21. století dle Koncepce ošetrovatelství z roku 2021 je pomoc pacientovi pochopit svou roli v péči o své zdraví. Úloha sestry spočívá také v informovanosti o preventivních opatřeních a prvních příznacích onemocnění. Důležitou úlohu hraje také ve vzdělávání veřejnosti, spoluúčasti na preventivních programech a šíření zdravotnické osvěty.

Vývoj sesterské role v preventivní péči můžeme také spojit s vývojem jejího odborného vzdělávání a narůstáním kompetencí.

Jak se měnily kompetence sestry v preventivní péči v České republice?

V období středověku ošetrující personál působil hlavně v oblasti základní péče o nemocné, jednalo se zejména o jejich hygienu, podávání stravy, péči o lůžko a prádlo, psychickou podporu, ošetřování ran a duchovní péči. Výrazně zde tedy v oblasti prevence svými kompetencemi nepůsobil, podobné tendence lze pozorovat do doby novověku, tam náznaky kompetencí můžeme již pomalu zachytit.

Během novověku působil ošetrující personál spíše jako hlídači nemocných, mniši měli kompetencí více. V jejich kompetencích lze vidět nutnost zajišťování dobrého a čistého vzduchu na pokojích a také celkovou čistotu prostředí, ve kterém se nemocný nacházel.

Ve válečném a meziválečném období mezi kompetence sester spadalo v nemocničním prostředí zajištění hygieny nemocných, dodržování a zajišťování čistoty, kontrola nad svěřeným majetkem, zajišťování přívetivého prostředí pro léčbu, příprava pacienta na léčebné výkony, provádění lékařských předpisů a dodržování ochranných opatření v oblasti zajištění bezpečí pacientů, jednalo se hlavně o dezinfekci. Sestra také opět pečovala o lůžko pacienta, zajišťovala stravování, dohlížela a prováděla prevenci proleženin, zajišťovala polohování pacientů, pečovala o dutinu ústní, vlasy a nehty. Do jejich kompetencí spadalo i měření tepové frekvence, dechu, teploty a péče o rány. Z oblasti prevence zde můžeme tak vybrat péči o prostředí, hygienu, dezinfekci a prevenci proleženin.

V rámci zdravotnické osvěty do sesterských kompetencí spadalo poučování široké veřejnosti o prevenci vzniku tuberkulózy a pohlavně přenosných chorob prostřednictvím přednášek a odborných článků.

Od roku 1951 upravovalo kompetence sestry nařízení vlády č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících. Dle kterého sestra poskytuje ošetrovatelskou péči samostatně, nebo dle pokynů lékaře, se kterým spolupracuje. V rámci návštěvní služby sestra sleduje zdravotní stav, zajišťuje sociální podmínky, poskytuje cenné rady a zprostředkovává ošetrovatelské intervence a také se podílí na výchově mládeže. Od roku 1967 byly kompetence sestry upraveny směrnicí Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 33/1967., která byla v roce 1972 nahrazena směrnicí Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 27/1972, dle které byla v oblasti kompetencí sestry v preventivní péči mimo zdravotní výchovy a dispenzární péče také příprava a organizace u preventivních prohlídek

V poválečném období sestra působila v obvodní zdravotní péči, kde do jejich kompetencí patřily praktická školení v oblasti zdravého životního stylu, jednoduchá vyšetření, ošetrování a léčebné úkony, ke kterým byla vyškolená. I zde sestra mimo jiné musela vykonávat činnosti hygienické a protiepidemické péče a zdravotnickou osvětu. V závodních ošetrovnách sesterské kompetence zahrnovala také zdravotní výchovu a besedy o zdravotnických otázkách. Sesterské kompetence v návštěvní službě tvořily tyto činnosti: dohled nad hygienou v obcích, závodech, obchodech a školách; návštěvní služba v rodinách, hygienické kontroly a opět osvětová činnost.

Dle Koncepce ošetrovatelství z roku 2021 do kompetencí sestry spadá snaha o změnu pacientova chování v případě špatného životního stylu, nedodržování léčebných opatření apod., tvorba a předávání vzdělávacích materiálů pro pacienty a rodiny, které jsou zaměřené na podporu zdraví a prevenci onemocnění s ohledem na individualitu a sociální a profesní determinanty zdraví populace. Dále by se sestra měla podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti a podpoře sebeřízení pacientů v oblasti prevence negativních rizikových faktorů a onemocnění.

V současnosti jsou činnosti zdravotnických pracovníků právně upravené vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Oblast prevence, u všeobecné sestry jsou kompetence následující: bez odborného dohledu a indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblasti podpory zdraví, zdravého způsobu života, a to včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění. Dále může připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se jejich realizace, opět v rozsahu její odborné způsobilosti.

Kompetence sestry během historie prošly značnou proměnou. V oblasti preventivní péče můžeme zaznamenat fakt, že se některé kompetence vyskytují i v současné době. Můžeme tak říci, že současné kompetence sestry v preventivní péči vycházejí z kompetencí, které měla dříve, jsou již ale modifikované na současné potřeby společnosti.

Předkládaná diplomová práce přináší poznatky o historickém vývoji preventivní péče a roli sestry. Zahrnuje dobové události a její vývojové etapy, během kterých si preventivní péče a role sestry musela projít. Na podkladě dosažených výsledků práce lze usuzovat že role sestry v preventivní péči a preventivní péče samotná se během celé historie lidstva konstitovala na základě dobových událostí, vývoji lékařské a ošetrovatelské péče, vývoji pohledu na zdraví a nemoc a také na základě vzdělávání sester. Preventivní péče se tak stala nedílnou součástí sesterské profese. Výsledky práce mohou posloužit zejména v oblasti vzdělávání studentů ošetrovatelství, kteří se během svého studia s preventivní péčí mohou setkat. Dále může být práce využita k publikaci odborného článku.

Seznam literatury

1. ADÁMKOVÁ, V., 1951. Práce sestry na závodě. *Zdravotnická pracovnice: Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 1(1), s. 36-39. ISSN 0049-8572. [online]. [cit. 2023-07-13]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:0ff167d9-6476-41d3-a34b-f53840cb4178>
2. ADKINS, L., ADKINS, R. A., 2011. *Starověké Řecko: encyklopedická příručka*. Praha: Slovart. ISBN 978-80-7391-580-3.
3. ALBERT, 1929. Lékaři, nemocnice a zdravotně sociální ústavy. *Časopis lékařů českých*. Praha: Vinc. J. Schmied. 68(7), s. 250. ISSN 0008-7335. [online]. [cit. 2023-07-13]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:2365d3f0-e99e-11e7-bbbb-005056827e51>
4. ALBRECHT, V., 1995. WHO vznikla 7. dubna 1948. *Zdravotnické noviny*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. 44(14), s. 3. ISSN 0044-1996. [online]. [cit. 2023-07-13]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:69d62026-79ee-4fd2-8e0f-05c617845d1b>
5. AMMON, A., KODYM, S., 1852. *Mladá matka, jak by se před porodem i v šestinedělí zachovati a dítě své v prvním jeho věku ošetřovati měla*. Praha: Jarosl. Pospíšil.
6. ANDO, V., 1995. *Klasická čínská medicína: základy teorie*. Hradec Králové: Svítání, sv. 1, s. 96. ISBN 80-901788-1-2. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:af9bb300-b1c1-11e6-bf7b-005056825209>
7. BAUTSCHER, E., 1680. Krátká Radda, kterakby se sprostý Člowěk, a chudi lidé v čas Morowé Rány zachowati měli, y také, kdyby někde sobě z nich tau Nemocný od Pána Boha nawsstiwen byl, jakby sobě sspatnými, a takměř wssudy se nacházegjými prostředky pomocy mohl. Kterauž někdy vydal Ezechiel Bautscher Julio Montanus Filossoffie a Uměnj Lekařského doktor, genž w Bohu odpočjwagjcy Marye, Krále Sspanielského Dekrety tehdaž byl Lékařem. Wytisstěná V Jana Joseffa Kyliana. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <http://kramerius.kr-olomoucky.cz/search/i.jsp?pid=uuid:ad82749b-f47d-46c1-abf9-3d2c620055a9>
8. BEBR, R., CHALOUPKA, R., 1937. *Československé zdravotnické zákony s příslušnými prováděcími předpisy, I. díl*. Praha: Československý Kompas.

- [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:399abb00-0ec7-11e4-8e0d-005056827e51>
9. BENCKO, V., 2007. Odkaz I. F. Semmelweisse dnešku, klíčové etapy vývoje a nejzávažnější současné problémy nemocniční hygieny. *Praktický lékař*. 87(2), s. 68-72. ISSN 0032-6739. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2007-2/odkaz-i-f-semmelweisse-dnesku-klicove-etapy-vyvoje-a-nejzavaznejsi-soucasne-problemy-nemocnicni-hygieny-3482>
 10. BOSTLOVÁ, M., 2010. *Antisepse v průběhu věků*. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/antisepse-v-prubehu-veku/>
 11. BRIXI, R., 1991. Rytířské špitální řády v naší historii a současnosti. *Zdraví*. 39(12), s. 14. ISSN 0139-5629.
 12. CUŘÍNOVÁ, L., 1994. Ženevská konvence a její předchůdci. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 4(2), s. 21. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:2d3d65f0-df6c-11e7-adb0-005056825209>
 13. CUŘÍNOVÁ, L., 1996. Onemocnění kůže. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 6(4), s. 28. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:c0a90760-dadd-11e7-8939-5ef3fc9ae867>
 14. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2017. *ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online] [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
 15. ČESKOSLOVENSKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E. PURKYNĚ, 1960. Nikolaj Ivanovič Pirogov. *Zdravotnická pracovnice: Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 10(7), s. 442. ISSN 0049-8572. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:bbc76390-2b1b-11eb-9146-005056825209>
 16. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, 2023. *Stanovy Českého Červeného kříže*. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu/files/files/cz/stanovy/STANOVY-konverze.pdf>
 17. ČESKÝ KNEIPP, 1902. Boj proti souchotinám či tuberkulose. *Český Kneipp: časopis pro šíření přirozeného způsobu života a Kneippova léčení vodou ve všech vrstvách společenských*. V Praze: Cyrillo-methodějská knihtiskárna a nakladatelství V. Kotrba. 10(7), s. 104-106. [online]. [cit. 2023-06-28]. Dostupné

- z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:c344ba99-1310-4033-a383-d9847e689813>
18. DELAN, J., STRONG, A., 1921. *Domáci zdravotní péče a ošetřování nemocných*. Praha: Čs. Červený kříž. 283 s. ISBN neuvedeno.
 19. DUBSKÁ, I. et al., 1982. Úkoly sestry při návštěvách v rodinách s dispenzarizovaným dítětem. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 32 (2), s. 105-107. ISSN 0049- 8572.
 20. DUIN, N., SUTCLIFFE J., 1997. *Historie medicíny: od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, s. 17. [online]. [cit. 2023-03-28]. ISBN 80-85871-04-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a2cf4650-45f0-11e7-9ad3-5ef3fc9ae867>
 21. DVOŘÁK, J., 1916. *Vznik a vývoj organizace boje proti tuberkulóze v Čechách: pamětní spis vyd. na počest otevření Jubilejního sanatoria na oslavu na Pleši*. Praha: Český pomocný zemský spolek pro nemocné plicními chorobami v království Českém.
 22. EBHART, J., KUKLÍK, J., 1996. *Dramatické i všední dny protektorátu*. Praha: Themis. ISBN 80-85821-35-4.
 23. EMMERT, F., 2012. *Průvodce českými dějinami 20. století*. Brno: Clio. ISBN 978-809-0508-101.
 24. Encyclopædia Britannica, Inc., ©2023. Crimean War. Eurasian history [1853–1856]. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/event/Crimean-War>
 25. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
 26. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatelstva: Učebnica pre odbor ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-332-5.
 27. FLORIAN, J., 1992. Prastará léčba Ajurvéda. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie. 2(1), s. 24-26. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:b86471e0-f5ac-11e7-b2c4-005056825209>
 28. GILL, D., 2013. *Kompletní historie medicíny*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0099-8.
 29. HAMPLOVÁ, L., 2020. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5562-5.

30. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo. 1. vyd.* Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 300 s. ISBN 80-8063-155-7.
31. HAŠKOVEC, L., 1905. O ochraně před tuberkulosou. Lidové rozpravy lékařské. *Živa*. 7(1907), s. 208. ISSN 0044-4812.
32. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
33. HLAVÁČKOVÁ, L., 2009. Z historie pražské nemocnice milosrdných bratří. *Medical tribune*. 5(13), B7. ISSN 1214-8911.
34. HOLÝ, J., 1996. Nemocnice "České Diakonie" v Praze. *Časopis lékařů českých*. 135(22), s. 736-738. ISSN 0008-7335
35. HONL, I., 1904. Ochrana a boj proti tuberkuloze jako nemoci lidové: práce poctěná cenou „Společnosti pro veřejné zdravotnictví v Praze“. Praha: Český zemský pomocný spolek pro nemocné s plicními chorobami v království českém.
36. HORANSKÝ, V. et al., 1982. *Pediatric pro praxi: příručka obvodního pediatra a obvodní dětské sestry. 3. přeprac. vyd. (1. české vyd.)*. Praha: Avicenum.
37. HRAŠE, J., 1908. Ošetřování choromyslných: pro ošetřovatele choromyslných. Praha: Brusík & Kohout. [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00164754>.
38. CHLÍBEK, R. et al., 2018. *Očkování dospělých*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4624-4.
39. INTER SPINE, 2005. Николай Иванович Пирогов. [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <http://interspine.narod.ru/Pirogov.htm>
40. INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS, 2016. History of the ICRC. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.icrc.org/en/document/history-icrc>
41. ISAAC, A., 2000. *Dějiny lidstva*. Aylesbury: Larousse. ISBN 80-00-00887-4.
42. JANČA, J., MARTÍNKOVÁ M., 1990. *Alternativní medicína: komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Praha: Eminent, s. 66. [online]. [cit. 2023-03-28]. ISBN 80-900302-1-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:6357ebd0-c006-11e3-93a3-005056825209>
43. JANČÁKOVÁ, M., 2008. Mor – černá smrt hrozí ještě dnes. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 18(2), s. 30-31. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:b5b02d60-dead-11e7-adb0-005056825209>

44. JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. ISBN 80-85866-55-2. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9a2b3990-68a7-11e6-9f9c-001018b5eb5c>
45. JUNAS, J., 1977. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum.
46. JUNAS, J., BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M., 1985. *Dějiny medicíny a zdravotnictví*. Martin: Osveta.
47. KADYROV, A. A., JANOUŠ, P., 1988. *Abú Alí Ibn Síná*. Praha: Avicenum, [online]. [cit. 2023-05-02]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:b8bfd5b0-7d12-11e3-a80c-005056825209>
48. KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-123-3.
49. KAPPER, E., 1876. *Tajné nemoci obého pohlaví jak poznati a léčiti, a jak předejiti zlu*. Praha: Mikuláš a Knapp. [online] [cit. 2023-05-16]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:37463b10-833e-11e7-b92d-005056827e51>
50. KLÍMA, J., 1963. *Společnost a kultura starověké Mezopotámie*. Praha: ČSAV, s. 183. [online]. [cit. 2023-03-29]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:494f1260-c5b8-11e3-85ae-001018b5eb5c>
51. KODYM, F., PREININGER, V., 1898. *Zdravověda, čili, Nejlepší způsob, jakby člověk svého života ve zdraví a vesele užití[sic] a dlouhého věku dosáhnouti mohl*. Praha: J. Otto. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:818338c0-e1aa-11e7-adb0-005056825209>
52. KOPÁČKOVÁ, J., 1982. Zdravotně výchovná činnost v práci geriatrické sestry. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 32(3), s. 157-159. ISSN 0049-8572.
53. KRAUS, J., 1915. *Nebezpečí neštovic: důležitost očkování*. Praha: Družstevní dělnické knihkupectví. [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00170652>.
54. KRAUSE, M., 2018. Mezinárodní aktivity směřující k transformaci ošetrovatelství. [online] [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiE49icuMuAAxUDSuUKHa5vD1EQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Flearning.tul.cz%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D159223&usg=AOvVaw30EyIcrCaBHePj9k0o1cPv&opi=89978449>

55. KRAUSOVÁ, K. 2010. Historie českého ošetrovatelství do roku 1989. *Florence*. 6(3), s.11-13. ISSN 1801-464X.
56. KREJČÍ, M., 1974. *Chirurgie pro ošetrovatelky* Praha: Avicenum. [online] [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc15034085>
57. KRCHOVOVÁ, I., 1978. Staré špitály (o původním opatrování a ošetrování). *Zdravotnická pracovnice*. 28(4), s. 3. ISSN 0049-8572.
58. KUSÝ, E., 1876. *Hygiena, čili, Zdravotnictví: rozprava k poučení všeobecnému*. Brno: Emanuel Kusý.
59. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3224-4.
60. LACINA, J., 1893. *Česká kronika: Od dob nejstarších po rok 1306*. Praha: E. Beaufort.
61. LENDEROVÁ, M. et al., 2009. *Z dějin české každodennosti: život v 19. století*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1683-4.
62. LUŽICKÁ, V., 1873. Dobrovolná služba v nemocech. *Ženské listy: časopis pro záležitosti žen a dívek československých*. Praha: F. A. Urbánek. 1(2), s. 11. ISSN 1802-7237. [online]. [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:60ea9790-1410-11e9-a03f-5ef3fc9bb22f>
63. MACHOVÁ, A., M. SUCHANOVÁ, 2013. Povinné očkování dětí – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 14(2), s. 130-136. ISSN 1213-0494.
64. MAIXNER, E., 1904. *Jak jest nám bojovati s tuberkulosou?: úvaha o nutnosti výpomocných stanic pro souchotináře*. Praha: E. Maixner.
65. MAIXNER, E., 1905. *Tuberkulosa s hlediska sociálního a nynější boj proti ní*. Dvůr Král. n. Labem: E. Maixner.
66. MALICHOVÁ, E., 1989. Zdravotní výchova a psychoprofylaxe v práci terénních ženských sester v NsP ve Vrchlabí. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 39(11), s. 676-677. ISSN 0049-8572.
67. MÁNKOVÁ, A., 1929. Ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách. *Zprávy Československého Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž. 9(6), s. 84. ISSN 1802-9647. [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a4ffed1d-409e-44e3-ad44-694e8b2ff198>

68. MÁNKOVÁ, A., 1934. Dějiny ošetrovatelství. *Československá nemocnice*. Praha: Mladá generace lékařů při Ústřední jednotě československých lékařů. 4(3), 71-79. ISSN: 2694-8206. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:f5dd0de7-331a-4c84-8dfb-e116ce2f4ff5>.
69. MAREK, L. B., 1902. Česká diakonie v Čechách. *Evanjelické listy*. 21(10), 113. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://kramerius5.nkp.cz/view/uuid:591d1f00-588a-11e5-b7d6-5ef3fc9bb22f?page=uuid:d3e95600-5af5-11e5-9a33-5ef3fc9ae867&fulltext=diakonky>
70. MAŠKOVÁ, K., 2019. Čeká nás lépe dostupná zdravotní péče? *Lékařská knihovna*. 24(1-2). ISSN 1804-2031. [online]. [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2019-24-1-2/ceka-nas-lepe-dostupna-zdravotni-pece/>.
71. MC.DONALD, L. (2014). Florence Nightingale, statistics and the Crimean War. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 177(3), 569–586. [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/43965414>.
72. MĚSTSKÝ FYSIKÁT, 1928. *Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti Městského fysikátu v Praze za rok*. V Praze: Nákladem důchodův královského hlavního města Prahy. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:505e3f9b-0398-4917-ab16-c369d3fdf9b2>
73. MEZINÁRODNÍ DEN SESTER, 2008. *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče*. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/17651/2008%20ICN%20_CZ.pdf
74. MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 2019. *Zdraví pro všechny*. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/37452/2019_ICN_CZ.pdf
75. MIKULECKÝ, Z., 1966. Dnešní stav a problémy pohlavních nemocí. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 16(3), s. 128-131. ISSN 0049-8572. [online]. [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:df6f3180-0129-41e7-af7b-3339fb15fa4f>

76. MILOSRDNÍ BRATŘI ČECHY A MORAVA, © 2023. *Valtice*. [online]. [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.milosrdni.cz/mista/valtice/>
77. MILTNER, V. et al., 1986. *Lékařství staré Indie*. Praha: Avicenum. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:994b7a7a85bbdca3f611a43b04909bf3>
78. MUCINOVÁ, M., TYBURCOVÁ, L., 1989. Výchova k rodičovství z pohledu terénní dětské sestry. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 39(4), s. 226-228. ISSN 0049-8572.
79. MZČR, 2008. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>
80. MZČR, 2014. *Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. ISBN: 978-80-85047-48-6. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8526/20842/Zdravi_2020_Osnova%20evropsk%C3%A9%20zdravotn%C3%AD%20politiky%20pro%2021%20stolet%C3%AD.pdf
81. MZČR, 2016. *Národní strategie elektronického zdravotnictví*. [online]. [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: https://ncez.mzcr.cz/sites/default/files/Attachment/Narodni_strategie_elektronickeho_zdravotnictvi_v1.0_1.pdf
82. MZČR, 2019. *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online] [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf.pdf
83. MZČR, 2023. *Koncepce ošetrovatelství*. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
84. NÁRODNÍ SCREENINGOVÉ CENTRUM, 2023. *Informace pro širokou veřejnost. Obecné informace o screeningu*. [online]. [cit. 2023-06-08]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=informace-pro-verejnost>
85. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023a. *Co je očkování proti infekčním onemocněním?* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN 2695-0340. [online] [cit.

- 2023-07-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/26-co-je-ockovani-proti-infekcnim-onemocnenim>
86. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023b. Očkování v české legislativě. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN 2695-0340. [online] [cit. 2023-07-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/191-ockovani-v-ceske-legislative>
87. Nařízení vlády č. 22/1927 Sb., o úpravě služebních a platových poměrů světských ošetrovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve Všeobecné nemocnici v Praze.
88. Nařízení vlády č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících. Ve znění pozdějších předpisů.
89. NĚMEC, V., © 1997 – 2023a. *Úvod do pravěku*. [online]. [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://www.dejepis.com/ucebnice/uvod-do-praveku/>
90. NĚMEC, V., © 1997 – 2023b. *Úvod do raného středověku*. [online]. [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://www.dejepis.com/ucebnice/uvod-do-raneho-stredoveku/>
91. NĚMEC, V., © 1997 – 2023c. *Úvod do novověku*. [online]. [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://www.dejepis.com/ucebnice/uvod-do-novoveku/>
92. NIGHTINGALE, F., 2010. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New York: Cambridge University Press., ISBN 978-1-108-02061-9.
93. NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K., 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum.
94. NOPL ČR 2030, 2022. Národní onkologický plán České republiky 2030. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Narodni-onkologicky-plan-Ceske-republiky-2030.pdf>
95. ORLOVA, V., FOLL, D., 1954. *Vyprávění o ruských vynálezcích a objevitelích*. Praha: Svět sovětů. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a50747c9-de77-4d58-b72b-58692e6e65f6>
96. PALEC, R. et al., 1966. *Teorie a organizace zdravotnictví: učebnice pro střední zdravotnické školy - obor zdravotních, dětských a ženských sester*. 5. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
97. PALEC, R. et al., 1966. *Teorie a organizace zdravotnictví: učebnice pro střední zdravotnické školy - obor zdravotních, dětských a ženských sester*. 5. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

98. PARSONS, R., DEL VECCHIO, G., 1963. On the History of the Red Cross. *Journal of the History of Ideas*. 24(4), 577-583. [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/pdf/2707987.pdf?refreqid=excelsior%3A3210eb6696aa79c7921f1c261305819f&ab_segments=0%2Fbasic_search_gsv2%2Fcontrol&origin=&initiator=&acceptTC=1
99. PILKINGTON, J. M., 1994. *Staré a nové způsoby léčení: akupunktura : šiatu : reflexologie*. Brno: Jota, s. 32. [online]. [cit. 2023-03-28]. ISBN 80-85617-35-8. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:60295b8a-4bdf-4622-a005-f43eb9b667cf>
100. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-2473557-3.
101. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I, 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN ISBN 978-80-271-0888-6.
102. POHLOVÁ, A. POHLOVÁ, Z., 2010. Sestra má být vzdělaná, tvořivá a inteligentní bytost. [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/sestra-ma-byt-vzdelana-tvoriva-a-inteligentni-bytost/>.
103. POLEDNÍK, R., 1953. Úkoly sester v obvodech a závodních stanicích. *Zdravotnická pracovnice: Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 3(7), s. 395. ISSN 0049-8572. [online]. [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:2100fc50-595f-11eb-94b4-5ef3fc9ae867>
104. POLENTZI, J. F., 1708. *Krátká Wssak Gruntowná Sprawa, a Naučenj O Moru: W který, gak Podstata, Spůsob, Znamenj, a Příčiny gehu Tak také Dobré, Výborné, a Vžitečné, Prostředky, a Ljky pro vwarowánj, a wyhogenj od něho z řetedlně sau wypsane, a gednoho každého Přirozenj, Létám, Čzasu Roka, Spůsobu Człowěka, předesslým, a přítomným Nemozem podle možnosti přiwlastněné, a z gednocené: Z Neymilostiwégssýho Cýsařskýho, a Králowského Poraučenj: Z Nařjzenj gegich Excellency a Milosti Pánůw Pánůw Králowských, Mjstodržicých: Z Přjpisu Slawného Magistrátu Academického Pražského*. Praha: Dědičůw Jana Karla Geřábka, [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://play.google.com/books/reader?id=cnlgAAAACAAJ&pg=GBS.PP1&hl=c>
105. POLLAK, K., 1976. *Medicína dávných civilizací*. 2. vydání. Praha: Orbis.

106. PORTER, R., 2001. *Největší dobrodiní lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Knižní klub, Obzor. ISBN 80-7260-052-4.
107. PORTER, R., 2013. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*. 2. vydání. Praha:
108. POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5. Prostor. ISBN 978-80-7260-287-2.
Praha: Otto.
109. PREININGER, V., 1900. *Sbírka zákonů a nařízení o zdravotnictví, se zvláštním zřetelem ku zemím koruny české*. Praha: Bursík & Kohout. [online] [cit. 2023-05-16] Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:fc6ae00-0000-11e7-97b4-5ef3fc9ae867>
110. PROCHÁZKA, L. P., NEČAS J., 1912. *Zpráva o zdravotních poměrech král. hlav. města Prahy v letech 1897 - 1909: Rapport sanitaire de Prague 1897-1909 = Sanitäts-Bericht von Prag 1897-1909*. Praha: Důchody obce královského hlavního města Prahy. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné také z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:7c5b5a50-88b6-11dd-b972-0030487be43a>
111. PŘÍVORA, M., 1980. *Dezinfekce, dezinfekce, deratizace*. Praha: Avicenum. [online]. [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7c6eed50-99ab-11e5-b433-5ef3fc9bb22f>
112. RÁŽOVÁ, J., 2008. *Implementace programu Zdraví 21*. Ministerstvo zdravotnictví, Praha. [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2008/88/03.pdf>
113. ROSENKRANZOVÁ, M., 2009. *Mor – historie i hrozba. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 19(4), s. 72. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:d36273d0-deae-11e7-8cdd-5ef3fc9bb22f>
114. RUBEŠKA, V., 1917. *O významu pohlavních nemocí pro ženu, rodinu a společnost. Lidové rozpravy české*. Praha: J. Otto.
115. RŮŽIČKA, R., 2004. *Medicína dávných civilizací*. Olomouc: Poznání. ISBN 80-86606-18-X.

116. ŘÁD MALTEZSKÝCH RYTÍŘŮ ČESKÉ VELKOPŘEVORSTVÍ, 2022. O řádu. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <http://cvp.maltezskyrad.cz/rad-a-jeho-instituce/o-radu/>
117. ŘEHOŘOVÁ, M., 2014. Pomoc ve znamení zeleného kříže. *Sestra*. 24(1), s.21- 23. ISSN 1210-0404.
118. SALVAGE, J., 1993. *Nursing in action: strengthening nursing and midwifery to support health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 123 s. ISBN 92- 890-1312-5.
119. SELANDERS, L., 2023. *Florence Nightingale. British nurse, statistician, and social reformer*. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale>
120. SCHERER, F., GUTH, K., 1910. *Učebnice o očkování pro studující, praktické a úřední lékaře*. Praha: Unie. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:06a9f570-7ecc-11e8-9588-5ef3fc9bb22f>
121. SCHOTT, H., BUREŠ Z., 1994. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, ISBN 80-85873-16-8. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:af98f1d0-0221-11e4-a680-5ef3fc9bb22f>
122. SKOVAJSOVÁ, M., SVOBODNÍK, A., 2007. Screening nádorů prsů v České republice. Role zdravotních sester ve výchově veřejnosti k prevenci. [online] [cit. 2023-07-06]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/abstrakta/BOD2007_117.pdf
123. Směrnice věstníku Ministerstva zdravotnictví Československé republiky č. 33/1967
124. Směrnice věstníku Ministerstva zdravotnictví Československé republiky č. 27/1972
125. SOBEL, J. de D., 1892. *Dějiny a slavnostní spis rak.-české řádové provincie Milosrdných Bratří ke slavnosti ve dnech 28., 29. a 30. srpna konaného vysvěcení nemocnice mateřského domu ve Valčicích v Dol. Rakousích, Munificencí Jeho Jasnosti knížete Jana I. z Liechtenšteina a na Liechtenšteině nově vystavěné*. Vídeň: Řád Milosrdných Bratří. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00163518>.
126. SPOLEK ČESKÝ KNEIPP, 1898. *Přírodní lékař: časopis věnovaný přirozenému způsobu života a přírodnímu léčení vůbec* /. Praha: Antonín Krofta. 3(1), s. 1-18. ISSN 1804-1973. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z:

<https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:7792511b-5d7c-40ed-b466-c92738874006>

127. STAŇKOVÁ, M., 1996. Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
128. STAŇKOVÁ, M., 2000. Obrázky z historie ošetrovatelství. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 10(3), s. 5-6. [online] [cit. 2023-04-28]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:cbfe1920-fff4-11e7-816d-5ef3fc9bb22f>
129. STAŇKOVÁ, M., 2001. Florenece Nightingale. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 11(4), s. 12. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:27014450-81ce-11e7-b92d-005056827e51>
130. STAŇKOVÁ, M., 2003. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče. *Sestra*. 13(2), s. 18. ISSN 1210-0404.
131. STAŇKOVÁ, M., et al., 1996. *LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky : ošetrovatelský proces : klinická ošetrovatelská praxe : glosář*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-234-5. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:fd81b2b0-87a4-11e5-bf6c-005056825209>
132. SURÁ, A., 2020. Zdraví a nemoc v povědomí našich předků od pravěku po současnost – Doba pobělohorská. *Lékařská knihovna*, 25(1-2). ISSN 1804-2031. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2020-25-1-2/zdravi-a-nemoc-v-povedomi-nasich-predku-od-praveku-po-soucasnost-doba-pobelohorska/>.
133. SURÁ, A., 2021. Zdraví a nemoc v povědomí našich předků od pravěku po současnost – druhá polovina 19. století. *Lékařská knihovna* 26(3-4). ISSN 1804-2031. [online] [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2021-26-3-4/zdravi-a-nemoc-v-povedomi-nasich-predku-od-praveku-po-soucasnost-druha-polovina-19-stoleti/>
134. SURÁ, A., 2022. Zdraví a nemoc v povědomí našich předků od pravěku po současnost – první desetiletí 20. století a první světová válka. *Lékařská*

- knihovna*. 27(1-2). ISSN 1804-2031. Dostupné z: [https://casopis.nlk.cz/archiv/2022-27-1-2/zdravi-a-nemoc-v-povedomi-nasich-predku-od-praveku-po-soucasnost-prvni-desetileti-20-stoleti-a-prvni-svetova-
valka/](https://casopis.nlk.cz/archiv/2022-27-1-2/zdravi-a-nemoc-v-povedomi-nasich-predku-od-praveku-po-soucasnost-prvni-desetileti-20-stoleti-a-prvni-svetova-valka/)
135. SURÁ, A., 2023. Zdraví a nemoc v povědomí našich předků od pravěku po současnost – Protektorát Čechy a Morava. *Lékařská knihovna*, 28 (1-2). ISSN 1804-2031. [online] [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2023-28-1-2/zdravi-a-nemoc-v-povedomi-nasich-predku-od-praveku-po-soucasnost-protektorat-cechy-a-morava/>
136. SVÁČINA, P., BÁRTLOVÁ, S., 1999. Vzdělaná sestra na přelomu století. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha, 1999, 9(5), s. 5. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:c6ae6d20-dbab-11e7-adb0-005056825209>
137. SVÁTEK, J., 1898. *Česko-moravská kronika*. Praha: I.L. Kober. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9ff29089-82c6-465c-abfd-f782085f9ab6>
138. SVÁTEK, J., 1970. Organizace řeholních institucí v českých zemích a péče o jejich archiv. *Sborník archivních prací*. 20(2), 503-624. Praha: Archivní správa Ministerstva vnitra ČR.
139. SVOBODNÉ ČESKOSLOVENSKO, 1946. O nový ošetrovatelský dorost. *Za svobodné Československo: deník 1. československého sboru v SSSR*. S. 1.: Oddělení osvěty a propagandy. 3(177), s. 3. ISSN 1805-7403. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:e3a66840-6650-11e7-ace6-005056822549>
140. SVOBODNÝ, P., 2009. Středověké a raně novověké špitály v českých zemích. *Medical Tribune*. 5(11), C6. ISSN 1214-8911. [online] [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://kramerus.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:d8b1f15c-2be9-4624-8905-60d666014fb9/@22&q=st%C5%99edov%C4%9Bk%C3%A9%20%C3%A9ka%C5%99stv%C3%AD&fq=dostupnost:%22public%22>
141. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1.
142. ŠAMBERGER, F., 1910. O chorobách pohlavních a jich sociálním nebezpečí. *Lidové rozpravy lékařské*. Praha: Otto.

143. ŠEBEK, J., SZABÓOVÁ, M., 2014. *Dějiny zdravotnictví v českých zemích*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4762-2.
144. ŠKOCHOVÁ, D., 2005. Od Florence k dnešku. *Florence*, 1(1), s. 15-17. ISSN 1801-464X.
145. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H., 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-407-0.
146. ŠLOSAROVÁ, V., 1964. Vývoj a perspektivy školní zdravotní služby. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 14(5), s. 226-228. ISSN 0049-8572.
147. ŠMAKAL, F., 1944. Ošetrovatelská služba v rodinách. *Časopis lékařů českých*. Praha: Vinc. J. Schmied. 73(23), s. 649-650. ISSN 0008-7335. . [online] [cit. 2023-06-29] Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a1f6c210-b23d-11e4-a357-5ef3fc9ae867>
148. ŠTASTNÝ, J., 1915. *O desinfekci při nakažlivých nemocech pro ošetrovatele nemocných, samosprávné a jiné korporace, veřejné podniky a pro domácnosti*. Praha: E. Weinfurter. [online] [cit. 2023-05-20]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:edd31390-2567-11e4-8413-5ef3fc9ae867>
149. ŠTĚDRÁ L., 2013. *Ošetrovatelství*. Univerzita Hradec Králové. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-306-2.
150. ŠVEJDOVÁ, K., 2011. *Historie ošetrovatelství a medicíny*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-645-4.
151. ŠVEJNOHA, J., 2006. *Červený kříž a Červený půlměsíc*. 3. vyd. Praha: Úřad Českého červeného kříže. ISBN 80-254-4768-5.
152. TABOR, M. E., 1936. *Florence Nightingalová: zakladatelka moderního ošetrovatelství*. Praha: Společnost Československého červeného kříže. [online] [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:91000c41-b08c-4a1a-a865-09d030c26ebd>
153. THOMAYER, J., 1890. *Sbírka přednášek z oboru lékařského*. Praha: Bursík a Kohout. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:2ecd7cf0-ede7-11dd-8177-000d606f5dc6>

154. VANÍČKOVÁ, K., 1999. Církevní řády ve službě nemocným. *Praktický lékař*. 79(5), s. 295-297. ISSN 0032-6739.
155. VAŠEK, B., 1941. *Dějiny křesťanské charity*. V Olomouci: Velehrad. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:2d84b280-9235-11e3-b9bb-5ef3fc9bb22f>
156. VÁVRA, J. R., 1958. *Na březích Nilu: kapitoly egyptské*. Praha: SNDK. [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:f82fd720-c0b3-11e2-9592-5ef3fc9bb22f>
157. VENTRUBOVÁ, M., 1962. Poslání a postavení sester v uplynulých 100 letech. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 12(10), s. 566-577. ISSN 0049-8572. [online] [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:271ea03b-a5d8-4b82-a30d-3adaee7a1ad0>
158. VLASÁK, E., 1902. Krátké poučení pro ošetřovatelky nemocných. *Sbírka přednášek a rozprav z oboru lékařského*. Praha: Bursík & Kohout. [online] [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: https://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00164682#monograph-page_uuid:d17207cb-6a61-11e3-ab2b-d485646517a0
159. VLČKOVÁ-KUNCOVÁ, M., 1925. Dějiny ošetřovatelství. *Zprávy Československého Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž. 5(4), 108-111. ISSN: 1802-9647. [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00012155>.
160. VOJENSKÝ ŠPITÁLNÍ ŘÁD SV. LAZARA JERUZALÉMSKÉHO, © 2019. *Historie řádu*. [online] [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <http://www.st-lazarus.cz/historie/>
161. VOJTOVÁ, M. et al., 1970. *Dějiny československého lékařství*. Praha: Avicenum.
162. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7768-9.
163. VORLÍČKOVÁ, H., 2005. Evropský zápisník. *Florence*. 1(10), 5-6. ISSN: 1801- 464X.
164. VRANÝ, E., 1880. *Léčení přirozené nemocí nakažlivých jako jsou obzvláště neštovice, spála (Scharlach), osyčky (Masern), jáhlíny (Friesel): jak těmto nemocím lze předejít, na čem se zakládají a jak se bezpečně léčí*. Praha:

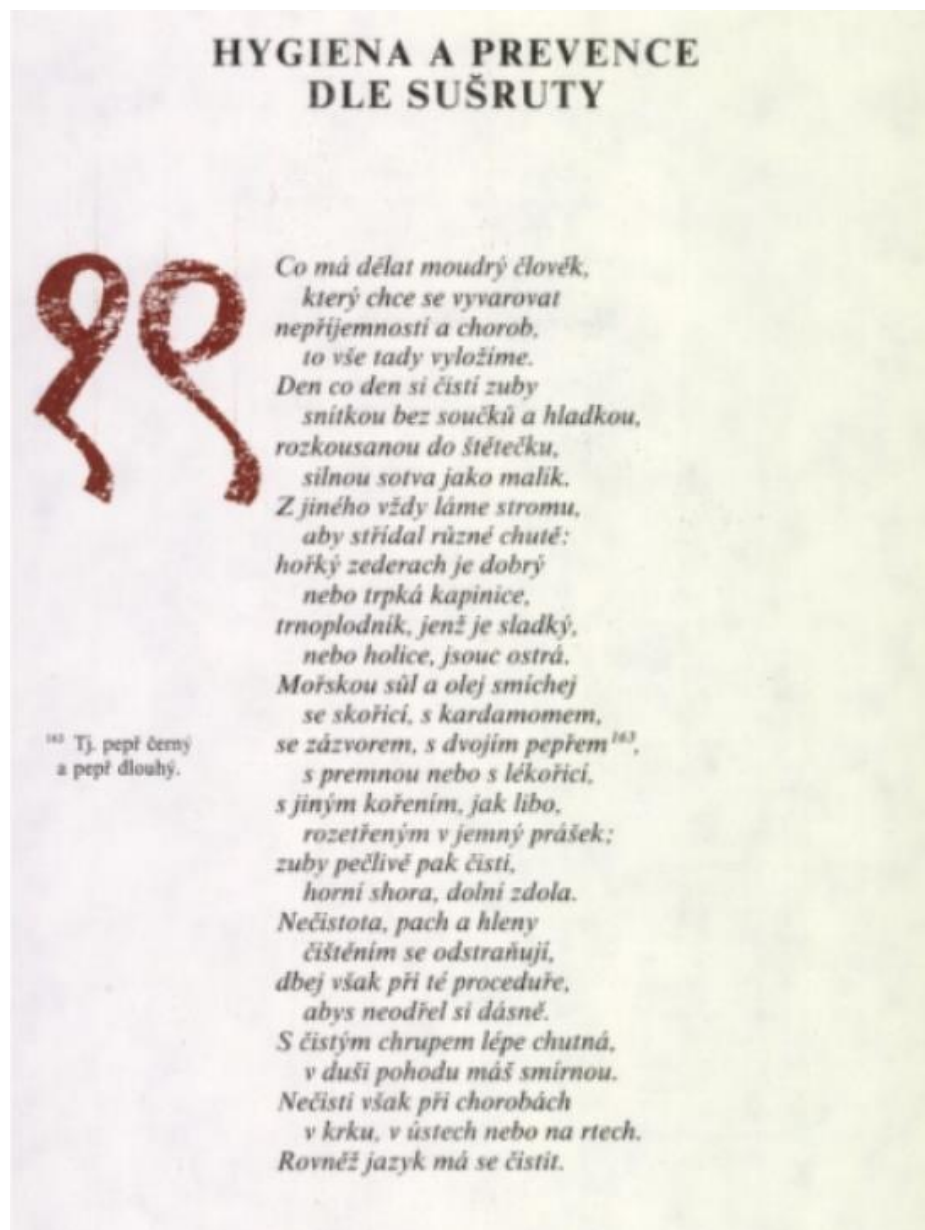
- Nákladem Aloise Hynka. [online] [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a155c324-3d32-4f1e-bf56-09741927b037>
165. Vyhláška č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.
166. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
167. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
168. VZP ČR, ©2023. Preventivní prohlídky. [online] [cit. 2023-06-04]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>
169. WHO, © 2023. *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. [online]. [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
170. WIESNER, A., 1925. Dějiny nemocnic s jiných léčebných ústavů v Československu. *Věstník českých lékařů*. 37(9), 105-116. ISSN: 0231-5009. [online] [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00011586>.
171. WICHSOVÁ, J., 2005. Florence Nightingalová - dáma s lampou: [nar. 12.5.1820, zakladatelka moderního ošetrovatelství]. *Sestra*. 15(9), s.14-16. ISSN 1210-0404.
172. WICHSOVÁ, J., 2005. Z historie. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha. 15(9), s. 16. ISSN 1210-0404. [online] [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:ae668e20-deab-11e7-bbbb-005056827e51>
173. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
174. ZAJÍCOVÁ, B., 1951. Ošetrovatelství na Losinské konferenci. *Zdravotnická pracovnice: Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 1(1), s. 48-52. ISSN 0049-8572. [online] [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:ad187dd8-f696-4539-adc0-e7ac1638616e>
175. ZAJÍČEK, J., 1907. *Domácí lékař: pomoc v každé nemoci*. České Budějovice: Jar. Zajíček. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:1b411df1-7b72-11e7-94b3-005056825209>
176. Zákon č. 201/2017 Sb., zákon, kterým se mění 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, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

177. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
178. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
179. ZBAVITEL, D., 1985. *Starověká Indie*. Praha: Panorama. ISBN 11-038-85.
180. ZDRAVÍ LIDU, 1923. Domácí zdravověda. *Zdraví lidu: Zdravotnický měsíčník Čsl. Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž. 1(1), s. 1-8. ISSN 1802-9655. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:e2736c1c-40d8-41c8-a075-f37b8dbd4fa2>
181. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR, © 2020 . Očkování. [online]. [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/prevence/ockovani>
182. ŽENSKÝ VÝROBNÍ SPOLEK, 1876. Výroční zpráva Ženského výrobního spolku českého v Praze. Praha: Ženský výrobní spolek český v Praze, 5(8), s. [132b]. ISSN 1803-3601. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:801283c4-437c-4c62-97e5-3c11022d10ae>
183. ŽIVNÁ, R., 1964. Návštěvní služba a práce sestry v terénu. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. 14(7), s. 360-363. ISSN 0049-8572.

Seznam příloh a obrázků

Příloha č.1 – Hygiena a prevence podle Ajurvédy Sušruta



Hygiena dutiny ústní podle Ajurvédy Suśruta

Zdroj: MILTNER, V. et al., 1986. *Lékařství staré Indie*. Praha: Avicenum. s. 119
[online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z:
<https://ndk.cz/uuid/uuid:994b7a7a85bbdca3f611a43b04909bf3>

Příloha č. 2 – Ebersův a Smithův papyrus



Část Ebersova a Smithova papýru

Zdroj: SCHOTT, H., BUREŠ Z., 1994. Kronika medicíny. Praha: Fortuna Print, ISBN 80-85873-16-8. s. 28 [online] [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:af98f1d0-0221-11e4-a680-5ef3fc9bb22f>

Několik pokynů pro případ onemocnění neštovicemi.

Každý nemocný musí být ihned zvláštním vozem, jež po řádném oznámení poskytne obecni správa, převezen do oddělené nemocnice.

Všichni, kdož s nemocným v počátku choroby se stýkali, buďtež okamžitě očkováni a aspoň 10 dní podrobeni lékařské kontrole.

Z příbytku, kdež nemocný po dobu nemoci se zdržoval, nesmí se nic odnáseti, nýbrž všecky předměty buďtež podrobeny odborné desinfekci. Stejně nutno zacházeti i s předměty a šaty, jichž užívali při styku s nemocným příbuzní či jiní spolubydlitelé v době počátku nemoci.

Jakmile vznikne podezření, že může se jednat o počátek neštovic, ihned nemocného, pokud lze, izolujte a volejte lékaře. Dbejte o naprostou čistotu a řádné větrání místnosti, kde leží. K omývání užíjte desinfekčních roztoků (draselnatého mýdla nebo lysitolu, či jiného vyzkoušeného prostředku lučebního).

Pamatujte, že i v období inkubačním, kdy člověk nakažený neštovicemi ještě nejeví žádných příznaků chorobných, jest nemoc nakažlivou a buďte opatrní při styku s lidmi, kteří se stýkali s osobou nemocnou.

Poučujte své okolí o zdravotnické ceně ochranného očkování.

Zdroj: KRAUS, J., 1915. Nebezpečí neštovic: důležitost očkování. Praha: Družstevní dělnické knihkupectví. s.19 [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00170652>.

Příloha č. 5 – Podmínky aseptického očkování

1. Jest nutno použiti při očkování bezvadné, spolehlivé očkovací látky, jež jest úplně prosta aspoň pathogenních mikrobů.

2. Jest nutno, aby lékař očkující přímo před očkováním se důkladně desinfikoval.

3. Jest nezbytno používat při očkování nástrojů, jež aseptické provedení operačního výkonu v plné míře unožňují. Jedná se tu speciálně o exaktní možnost naprosté sterilisace očkovací lancetty, buď vyvařením neb vyžiháním nástroje přímo před očkováním každého jednotlivce zvlášť.

4. Jest nutno pole operační každého očkovanice přímo před očkováním spolehlivě asepticky očistiti.

5. Konečně jeví se naléhavou nutností opatřiti hned po očkování vykonané řezy očkovací ochranným, přesně přiléhajícím aseptickým obvazem, který by aspoň po dobu prvých 24 hodin řezy pokrýval a který by látku očkovací v řezech těchto spolehlivě fixoval.

Zdroj: SCHERER, F., GUTH, K. 1910. Učebnice o očkování pro studující, praktické a úřední lékaře. Praha: Unie, s. 90. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:047f4d40-7ecc-11e8-9588-5ef3fc9bb22f>

Ročník III. Praha-Smíchov, 1. ledna 1898. Číslo 1.

Přírodní Lékař

Casopis

věnovaný přirozenému způsobu života a přírodnímu léčení vůbec.



Organ společnosti „Chrudimský Kneipp“ v Chrudimi, „Český Kneipp“ v Pardubicích, „Český Kneipp“ v Poděbradech a „Český Kneipp“ v Praze.

Tyčkář každého I. v měsíci — Předplatné obzobě celoroční I st. 30 Kč., přílohou 75 Kč., do říznovníka I st. 30 Kč., přílohou 75 Kč. — K dotacím budí přílohou: známka na odpověď. Inzerky účují se levně. — Reklamacce se nepožádá a neřekují. — Redakce i administrace nachází se v Praze-Smíchově č. p. 16.

— Příklad přírodního léčení rozšiřuje jediný svůj list mezi svými známými. —

Po dvou letech.

Věděli jsme dobře, co za těžkou práci nás čeká, chtějíce i v našem českém národě opětně pochodeň přírodního léčení vznítiti, právě že jsme na možné překážky připraveni byli, které se nám snad i později v cestu stavěti budou, přece jsme je překonali a dalších se nebojime. A proč? To jest zásluhou i našich ctěných P. T. čtenářů, jichž počet nám stále vzrůstá; mnohý nám arcif také odpadl, neporozuměv směru našemu, však takovito jednotlivec najde se vřede. My podporováni jsouce inteligentními, do budoucna jasně vidícími předplatiteli, chceme s tímto vojem a pomocí jeho dosáhnouti cíle našeho, slov to na praporu našem: „Vraťme se k přírodě“.

K tomu účeli arcif musime i nadále se podporovati a poučovati; v ohledu tom nešetřili jsme ani tentokráte, chtějíce našim velectěným pp. čtenářům vstříci přijiti, jak na úpravě tak na bohatosti obsahu, kterým doufáme i tentokráte, seč síly naše stačí, uspokojiti.

Prosime však, což nejblavnější, by P. T. pp. předplatitelé snahy naše i nadále laskavě podporovali a tím spíše chuti dostaneme k dalším činům, když nám každý, co od loňska dluhuje i s novým předplatným na III. ročník zasle, neb kdo rychle dá, mnohdy i dvakrát dá.

Malá tato vředej umožni každému, že v roce mnohého zla se uvaruje, které jinak draze zaplatiti by musil.

V nastávajícím převém roce pak ještě přejeme všem našim P. T. pp. příznivcům **vše dobré a-s** pozdravem: „Vraťme se k přírodě“
trváme v oddanosti

Redakce a Administrace.

Zdroj: SPOLEK ČESKÝ KNEIPP, 1898. Přírodní lékař: časopis věnovaný přirozenému způsobu života a přírodnímu léčení vůbec /. Praha: Antonín Krofta. 3(1), s. 1. ISSN 1804-1973. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:7792511b-5d7c-40ed-b466-c92738874006>

Příloha č. 7 – reklama v periodiku Přírodní lékař zaměřená na produkty k hygieně dutiny ústní a zdravotnické pomůcky

Insertní příloha k číslu 1 „Přírodního Lékaře.“

Humpolecká

antisepticky preparovaná sukna a
modní látky zasilá

J. Skorkovský v Humpolci.

Za trvanlivost veškerých látek se ručí.

Vzorky v hojném výběru.

Dle faráře Kneippa léčí

F. KOHOUT,

obvodní lékař, Zichovice (pošta) u Horažďovic,
ve vlastním domě, se tři stran v květinové
zahradě, s místem od stanice příjezd dráhy
Zichovice-Řábí, zdravý čistý vzduch, blízko lesy,
na úpatí Šumavy.

Pohodlné byty, levně zaopatrění.

Pravý vinný
ocet

pouze z přírodního vína vyrobený
dodává

Jind. Achatz,

maj. firmy: Jos. Suk,
Praha, Václavské nám.

Kupujte přímo u výrobce.

Nejdokonalejší průtržní pásy
pro kýly tríslní i pupoční, sus-
pensoria, dolže přiléhající pásy
léčící pro tlamy, pančochy a ob-
máčka pro křeč. žíly, vložky pro
ploché nohy, přímida a orthop.
šněrovačky pro zakřivené pá-
teře. Umělé části těla a han-
dáže všeho druhu. Jen osobně
pracované. Se zárukou. Na renk
dle přání na výběr s bez dobříky

BOHUSLAV PECKA,
bandážista a orthopedista

v Praze, Jungmannova tř. 34 n.
Jediná česká dílna tohoto druhu.

Uhli

hnědé bitluské a buštěhradsko-klá-
denské kamenné, v nejnižších ce-
nách dodává až do domu

Jindřich Hilbert,

sklad uhlí
Smíchov-Buštěhradské nádraží,
část spolku „Český Kneipp“ v Praze.



Kupujte výhodně u našich pp. inserentů!

O výchově dítek a nemoci dětské

Cena 90 kr., váz. 1 st. 30 kr.
Knihapec
Frant. A. Urbanek, v Praze u Naroč. dvorů.

Antiseptická voda z rostlinných
látek na zuby a k čistění úst

M. U. Dr. G. Stehlik,

zubní lékař
v Praze - Malá Strana
Mostecká ul. č. 58.

Umělé zuby, plomby a bezbolestné
tahání zubů. Ordinuje dopoledne
od 8—12, odp. od 2—5 hodin.

Vodoléčebna

Otty Ebenhechta v Schärdingu

Horní Rakousy,
zařizena ve vlastním domě uprostřed
zahrady.
Přesné léčení vodou dle faráře Kneippa.
Byty a strava levná.
Na požádání prospekty franko.

Zdroj: SPOLEK ČESKÝ KNEIPP, 1898. Přírodní lékař: časopis věnovaný přirozenému způsobu života a přírodnímu léčení vůbec /. Praha: Antonín Krofta. 3(1), s. [a]. ISSN 1804-1973. [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:7792511b-5d7c-40ed-b466-c92738874006>

Příloha č. 8 – Statistika úmrtnosti dle nemoci

	v Čechách	na Moravě	ve Slezsku	úmrtí,
z čehož připadá	2891	3002	2977	na <i>souchotiny</i>
" "	403	426	388	na vrozenou slabost (děti do 1. r.)
" "	320	401	329	na neštovice
" "	83	105	93	" spalničky
" "	41	46	52	" spálu
" "	62	71	60	" tyfus
" "	46	62	88	

5

	v Čechách	na Moravě	ve Slezsku	
z čehož připadá	8	9	12	na dysenterii
" "	2	—	2	" cholery
" "	77	91	125	" zád. kašel
" "	128	211	158	" croup a dipht.
" "	230	288	275	" zánětl. pochody dýchadel
" "	127	128	95	" střevní katarh
" "	75	65	82	" apoplexií
" "	42	29	24	" rakovinu
" "	338	303	270	" sešlost věkem
" "	957	857	955	" na různé.

Zdroj:

THOMAYER, J., 1890. Sbírká přednášek z oboru lékařského. V Praze: Bursík a Kohout, 1890, s. [55-56]. Dostupné z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:2ebcb410-ede7-11dd-bfdc-000d606f5dc6>

Příloha č. 9 – Boj proti tuberkulóze prostřednictvím tisku

Spolek snažil se čeliti tuberkulóze tiskem, poučuje širé vrstvy lidu o podstatě tuberkulózy a o ochraně proti ní. Vydal r. 1901 dva tiskopisy sepsané MUDrem. Er. Vlasákem: leták »Zřizujte léčebny pro nemoce plicní« ve 25.000 výtiscích a spisek »Boj proti tuberkulóze« v 10.000 exemplářích. R. 1904. byl vydán leták »Poučení o tuberkulóze a pokyny k ochraně proti ní« v počtu 370.000 exemplářů, z nichž 220.000 bylo zdarma rozdáno mezi lid. Téhož roku byla vytištěna 40stránková populární brožura, sepsaná prof. drem. Ivanem Honlem v množství 50.000 exemplářů, z nichž 20.000 bylo rozšířeno jednotlivými místními odbory. Rovněž r. 1904. publikovaná úvaha prof. dra. Maixnera »Jak jest nám bojovati s tuberkulosou«. Dále byl šířen umělecký plakát akad. malíře Frant. Urbana, který obsahuje vedle výstižné allegorie také »Zdravotní desatero proti tuberkulóze«. Plakát byl vytištěn v počtu 5000 exemplářů a rozdávan zdarma do všech veřejných místností.

Zdroj: PROCHÁZKA, L. P., NEČAS, J., 1912. Zpráva o zdravotních poměrech král. hlav. Města Prahy v letech 1897 - 1909: Rapport sanitaire de Prague 1897-1909 = Sanitäts-Bericht von Prag 1897-1909. Praha: Důchody obce královského hlavního města

Prahy. s. 546. Dostupné z: <https://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:7c56c670-88b6-11dd-af02-0030487be43a>

Příloha č. 10 – Povinnosti ošetřujícího personálu v boji proti tuberkulóze

Při každém onemocnění tuberkulosou jest povinností ošetřovatelů nemocného a jeho samotna, aby nakažlivý chrchel a případně jiné tuberkulosní výměšky (odměšek vředů) spolehlivě neškodnými učinili a tím zabránili dalšímu se šíření zárodků tuberkulosy.

K tomu cíli šetřiti jest bezpodmínečně těchto pravidel:

Jakmile u některého případu onemocnění ošetřující lékař má podezření tuberkulosy, budiž mikroskopicko-bakteriologické vyšetření diagnosticky důležitých výmětů co nejrychleji opatřeno.

Je-li tuberkulosa zjištěna, postarati jest se dle možnosti o to, aby nemocnému — bez újmy nejhumannějšího ošetření — přikázána byla oddělená ložnice, rozhodně však zvláštní lůžko, zvláštní prádlo a povlaky ložní, zvláštní oděv, příbory mycí a jídelní.

Zdroj: BEBR, R., CHALOUPEK, R., 1937. Československé zdravotnické zákony s příslušnými prováděcími předpisy, I. díl. Praha: Československý Kompas, s. 1049. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:0d1e5fe0-0ec8-11e4-8e0d-005056827e51>

Příloha č. 11 – Dezinfekce během 19. století a její zakotvení v zákonech

Návod, jak se má dezinfekce při nemocech nakažlivých konati.

A. Poznámky úvodní. — 1. Chceme-li zameziti, aby se nemoci nakažlivé nerozšířovaly, musíme nejen zároveň pečovati o to, aby opatřeny byly zdravý vzduch, čistá voda, čistá půda a aby jizba, v níž se nemocný nachází, jakož on sám i jeho okolí co možná v největší čistotě držáni byli, nýbrž je třeba i co nejbezpečněji užívati prostředků, kterými se nákaza, jež z těla nemocného vycházející může na zdravé lidi přenesena býti a u těchto stejnou nemoc zploditi, buď ničt, buď tak měnit, aby se stala neškodnou, aneb, kde to možno není, zbavuje se své škodlivosti aspoň na tak dlouho, až by přenesena byla na místo, kde uškoditi nemůže.

Jaká je podstata nakažlivin.

2. Bádáním doby nejnovější bylo dokázáno, že většina nakažlivin dosud blíž známých jsou organismy rostlinné, náležející k plísňím dělivým. Zda-li tak zvané beztvárné kvasy (fermenty) působí také jako nakažliviny, nelze té doby ještě pokládati za zjištěné; nicméně však na základě toho, co bylo pozorováno, možno míti za to, že prostředky, kterými nakažliviny rostlinné se ničt nebo působností se zbavují, také dostačují, aby beztvárné kvasy jimi pozbyly nakažlivosti své.

Čím se přenáší nákaza.

3. Nakažliviny, jež vešly do organismu lidského a tam se během nemoci rozmnožují (kokky, bakterie, bacilly), opouštějí tělo spolu s různými tekutinami odměšovanými a látkami výmětnými. Dle toho, ve kterém ústrojí se usadily, nalézáme je brzo ve výmětech střeva (při choleře, tyfu, úplavici), brzo v odměšcích žláz a sliznic (při mázdřivce, nakažlivém zánětu očním, horečce omladnic, zádušném kašli, tuberkulose atd.), brzo v obsahu výkvětků kůže a na šupinkách pokožky (neštovice, spalničky, spála, při poslednější také v moči), v povrchu ran a vředů (při ržti, sněti slezinné, ozhřivce).

Jak se nakažliviny chovají.

4. Nakažliviny, které vyšly ven, lpějí na nemocném a na všech věcech, s kterými nemocný neb výměty jeho ve styk přišly. Plísňě

Jak máme při desinfekci před se jíti.

6. Prostředky desinfekční a způsob, jakým s nimi zacházeti máme, neřídí se tak dle způsobu nemoci nakažlivé, jako spíše dle předmětu, jenž desinfikován býti má. Způsob desinfekce zůstává tudíž pro tytéž předměty při různých nemocech nakažlivých stejným.

Naproti tomu říditi se bude rozsah desinfekce a užití jí při různých předmětech, na něž se vztahovati má, v každém jednotlivém případě jak dle způsobu nemoci, tak i dle zevnějších okolností a životních poměrů nemocného, a určí je tudíž od případu k případu

II. Prostředky desinfekční.

7. Jako prostředků desinfekčních budiž užito:

a) Spálení. Toto smí nařízeno býti pouze při věcech bezcenných, obvazcích a hadrech k utřání, jež jsou chrchlemi, výkaly aneb vydáveným obsahem značně znečištěny, podobně při smetí, slámě z postele, aneb svolí-li strana k tomu, při předmětech zvláště pokálených, avšak ještě cenných.

β) Proudící přehřáté páry vodní v zařízených k tomu přístrojích a ústavěch desinfekčních.

Poněvadž proudící pára vodní jest jedním z nejúčinnějších prostředků desinfekčních, jehož užití lze při velmi mnoha věcech, jimiž nejčastěji nakažliviny se přenášejí a zavlékají, jako šatstvo, prádlo, pokrývky vlněné a vatové, žiněnky, ano i papír a knihy, a to bez poškození materiálu, bude třeba působiti k tomu, aby v každém větším městě, avšak také v nemocnicích, trestnicích a pracovnách a pod. zřízeny byly takové stálé ústavy desinfekční, dle potřeby zařízené.

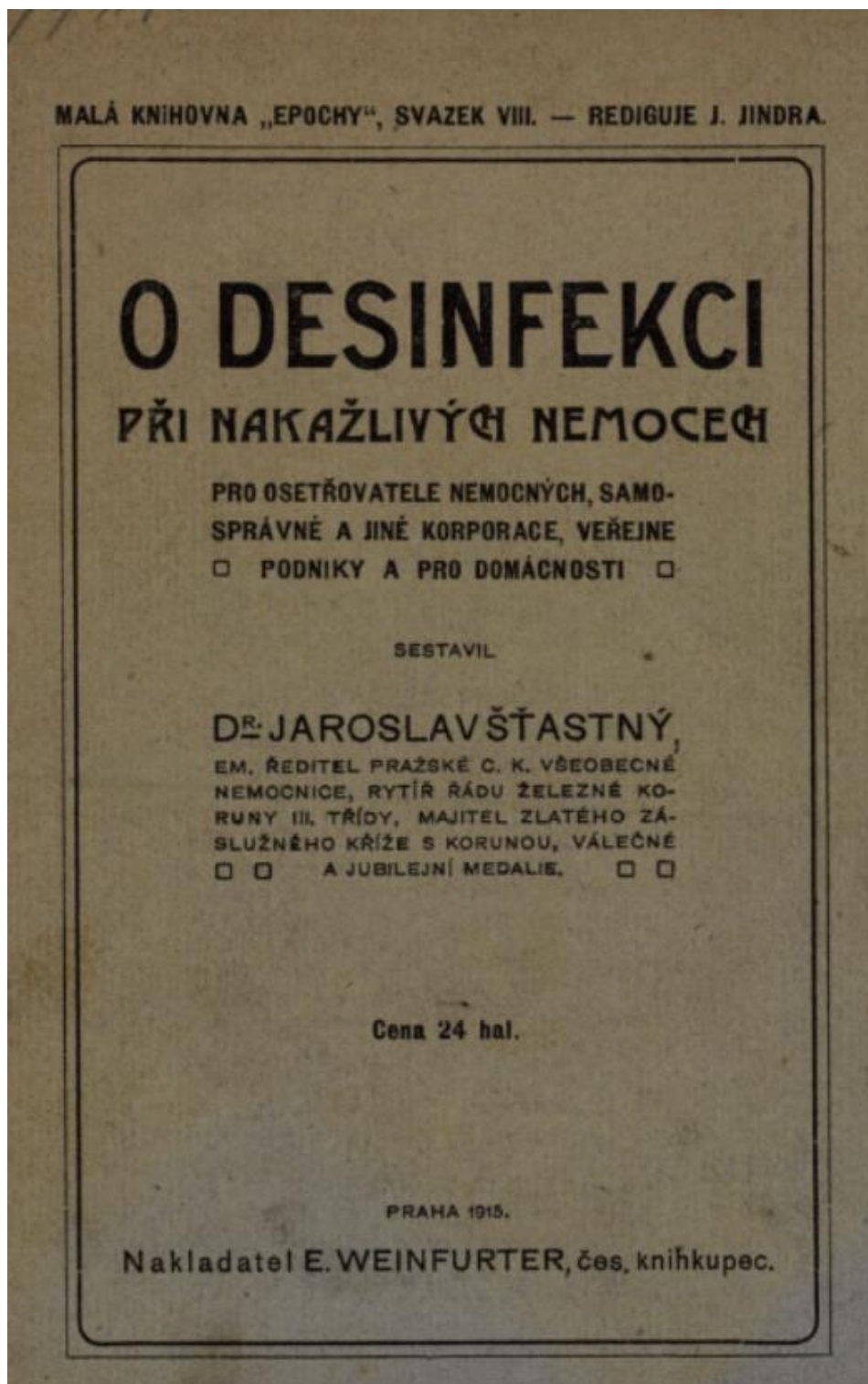
Ke společnému užívání pro obce menší doporučovalo by se zřízení přístrojů, které se dají přenášeti.

Dokud přístrojů takových není po ruce, budež pro potřebu učiněna opatření, která uvedena byla ve výnosu minist. ze 5./VIII. 1886 č. 14 067. ²²⁵⁾

V případě potřeby lze užití uzavřené nádržky, do které se předměty zavěsí aneb na mřížové dno postaví. Spodní dno opatřeno buď rourou, do níž se přivádí pára z kotle parního. Hořejší část nádržky opatřena buď víkem těsně přilehajícím, v němž jest roura, kterou pára proudí ven, která však nesmí býti širší, než ona, kterou pára se přivádí.

Zdroj: PREININGER, V., 1900. Sbírká zákonů a nařízení o zdravotnictví, se zvláštním zřetelem ku zemím koruny české. V Praze: Bursík & Kohout, s. 398-400 VI. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7db28160-0000-11e7-97b4-5ef3fc9ae867>

Příloha č. 12 – Publikace zabývající s dezinfekcí od autora Jaroslava Šťastného z roku 1915



Zdroj: ŠŤASTNÝ, J., 1915. O desinfekci při nakažlivých nemocech pro ošetřovatele nemocných, samosprávné a jiné korporace, veřejné podniky a pro domácnosti. Praha: E. Weinfurter, s. [1a]. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:edd31390-2567-11e4-8413-5ef3fc9ae867>

Příloha č. 13 – Zdravotnická osvěta poskytovaná ošetřujícím personálem za dob socialismu.

Kolik příležitostí má k tomu zdravotní personál! Může nemocné poučovat a vychovávat při jeho ranní úpravě, při úpravě lůžka, při rozdávání léků, jídla, při měření teploty, dávání injekcí, krátce při všech ošetřovatelských výkonech. Bude mluvit o nejzákladnějších pravidlech hygieny, o hygieně osobní, hygieně prostředí, o správné životosprávě. Každé poučení musí ovšem umět řádně zdůraznit — co může to a ono zanedbání hygieny způsobit, čemu se může naopak dodržováním hygienických pravidel zabránit.

Zdravotnický personál nebude ovšem jenom poučovat, bude učit a vychovávat. Bude dbát toho, aby nemocní jeho rady uskutečňovali, aby udržovali hygienu osobní i hygienu svého nemocničního a domácího prostředí. Sestra musí nejen vědět, že jsou všichni nemocní ráno důkladně umyti, že si všichni čistí zuby, že se alespoň jednou za týden koupají, za 14 dní myjí hlavy atd. Musí je i vidět tyto výkony dělat. Sestra musí vidět nemocné jíst a vychovávat je k tomu, aby se naučili jíst všechna jídla a aby jedli slušně. Při výchově musí vycházet ze skutečnosti, ze sociálních poměrů nemocného a učit ho tomu, co může doma skutečně provádět. Byl by nesmysl, aby mu doporučovala denní sprchování, nemá-li nemocný doma koupelnu. Sestra naučí nemocného všem hygienickým zásadám tak, aby se mu tyto staly denní povinností, ale zároveň mu poradí, jak to a ono hygienické zařízení improvizovat.

1. Zdroj: ZAJÍCOVÁ, B., 1951. Ošetřovatelství na Losinské konferenci. Zdravotnická pracovnice: *Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. Praha: Avicenum. 1(1), s. 49. ISSN 0049-8572. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:ad187dd8-f696-4539-adc0-e7ac1638616e>

Příloha č. 14 – Zdraví pro všechny



Zdroj: MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 2019. *Zdraví pro všechny*. s.7 [online] [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/37452/2019_ICN_CZ.pdf

Příloha č. 15 – Cíle Zdraví 2030

Specifické cíle č. 1	Specifické cíle č. 2	Specifické cíle č. 3
<p>1.1 Reforma primární péče</p> <p>1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti primární péče</p>	<p>2.1 Implementace modelů, integrovaná péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví</p> <p>2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví</p> <p>2.3 Digitalizace resortu</p> <p>2.4 Organizace systému úhrad ve zdravotnictví</p>	<p>3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví</p>

Zdroj: MZČR, 2019. *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. s.9 [online] [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf.pdf

Příloha č. 16 – Cíle Národního onkologického plánu ČR 2030

SC 1	Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění
1.1	Zvýšení pozitivní motivace ke změně životního stylu obyvatel, zvýšení zdravotní gramotnosti a prevence rakoviny způsobené infekcemi
1.2	Zvýšení efektivity včasného záchytu nádorů
1.3	Zvýšení efektivity terciární onkologické prevence
SC 2	Péče orientovaná na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu
2.1	Zajištění časové a místní dostupnosti léčebně rehabilitační a následné péče pro onkologické pacienty ve všech stádiích nemoci
2.2	Zajištění dostupnosti všech forem paliativní péče
2.3	Zvýšení zapojení pacientů a patientských organizací
2.4	Nastavení systému celoživotní péče o vyléčené dětské pacienty
SC 3	Koordinace celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů
3.1	Nastavení integrace systémů prevence, protinádorové péče a návazné péče
3.2	Zajištění rozvoje personalizované medicíny
3.3	Zlepšení plánování a zvýšení dostupnosti péče
SC 4	Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích
4.1	Zajištění dostatečného počtu kvalitního, kvalifikovaného a motivovaného lidského kapitálu v oblasti onkologie
4.2	Zlepšení stavu infrastruktury jednotlivých poskytovatelů onkologické a hematoonkologické péče
4.3	Sledování kvality péče u jednotlivých poskytovatelů onkologické péče
4.4	Zajištění přístupu k inovativním postupům a udržení vysoké kvality v onkologické péči
4.5	Podpora výzkumu a mezinárodní spolupráce v oblasti onkologie
4.6	Využití přínosů digitalizace

Zdroj:

Zdroj: NOPL ČR 2030, 2022. Národní onkologický plán České republiky 2030. s. 20 [online] [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Narodni-onkologicky-plan-Ceske-republiky-2030.pdf>

Příloha č. 17 – Preventivní prohlídky VZP

Preventivní prohlídky plně hrazené VZP												
věk pojistěnce	0	1	2	3	15	18	30	40	45	50	55	60
preventivní prohlídka praktickým lékařem pro děti a dorost	9x				1x za 2 roky							
preventivní prohlídka praktickým lékařem							1x za 2 roky			**		
preventivní prohlídka ženským lékařem						1x za rok						
preventivní prohlídka zubním lékařem		1x	2x za rok				1x za rok *	(těhotné ženy 2x v průběhu těhotenství)				
Některá vyšetření prováděná v rámci preventivních prohlídek a plně hrazená VZP												
vyšetření EKG										1x za 4 roky		
vyšetření koncentrace tuků v krvi												
vyšetření hladiny cukru v krvi										1x za 2 roky		
vyšetření moči diagnostickým papírkem										při každé preventivní prohlídce		
vyšetření funkce ledvin ¹⁾												1x za 4 roky
Screeningová vyšetření pro včasné odhalení onkologických onemocnění												
screeningové mamografické vyšetření										1x za 2 roky		
screening karcinomu dýchacího traktu ²⁾						1x za rok	***			***		
screening karcinomu tlustého střeva a konečníku ³⁾											1x za rok	1x za 2 roky

* plus 1x za rok další hrazená prohlídka (s odstupem alespoň 5 měsíců od preventivní prohlídky)


¹⁾ u pacientů trpících diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi

²⁾ neprovádí se u žen, které dosud neměly pohlavní styk

³⁾ vyšetření stolice na přítomnost krve v uvedených intervalech nebo 1x za 10 let screeningová kolonoskopie

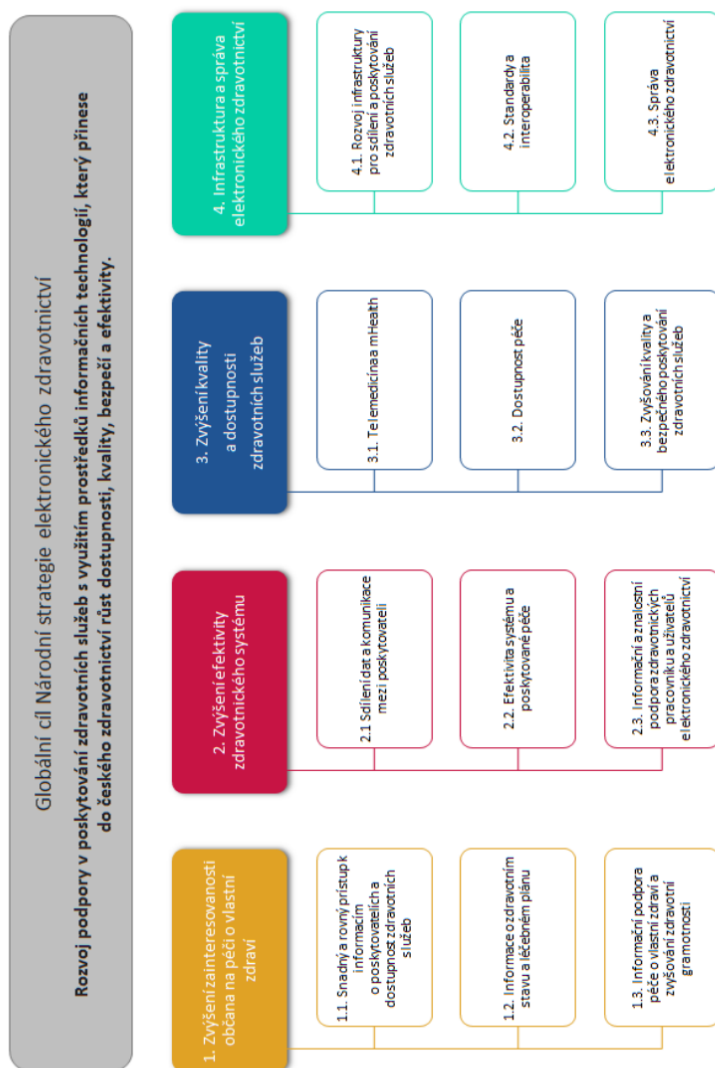
** od 45 do 61 let doporučeno preventivní vyšetření očí ve čtyřletých intervalech

*** ve věku 35 a 45 let screeningový HPV test při negativním výsledku cytologie



Zdroj: VZP ČR, ©2023. Preventivní prohlídky. [online] [cit. 2023-06-04]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>

Příloha č. 18 – Cíle digitalizace zdravotnictví



Graf 3 Soustava cílů Národní strategie elektronického zdravotnictví

Zdroj: MZČR, 2016. *Národní strategie elektronického zdravotnictví*. s. 38[online]. [cit. 2023-07-28].

Dostupné

z:

https://ncez.mzcr.cz/sites/default/files/Attachment/Narodni_strategie_elektronickeho_zdravotnictvi_v1.0_1.pdf