



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Význam vybraných mezinárodních aktivit pro
ošetřovatelství současnosti**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lenka Varlamovičová, DiS

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Význam vybraných mezinárodních aktivit pro ošetrovatelství současnosti*“ 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 diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 8. 2023

.....

Bc. Lenka Varlamovičová, Dis.

Poděkování

Poděkování za ochotu, trpělivost a inspirativní podněty patří vedoucí předkládané diplomové práce PhDr. Věře Staskové Ph.D. Poděkování náleží také vysokoškolským pedagogům, kteří v průběhu studia ovlivnili můj odborný rozvoj. V neposlední řadě poděkování patří mým nejbližším za podporu, vstřícnost a pochopení při tvorbě této práce.

Význam vybraných mezinárodních aktivit pro ošetřovatelství současnosti

Abstrakt

Diplomová práce „Význam vybraných mezinárodních aktivit pro ošetřovatelství současnosti“ má teoretický ráz a jejím cílem je analyzovat vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu a poukázat na jejich přínos pro současné ošetřovatelství. Práce je zpracována jako historicko-analytická studie primárních a sekundárních zdrojů s následnou interpretací textu a má odpovědět na otázky: Které skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu? Jaký význam mají vybrané mezinárodní aktivity pro ošetřovatelství současnosti?

První kapitola práce uvádí jednotlivá pojetí mezinárodních aktivit, mezinárodních organizací a ošetřovatelství v souvislosti s tématem diplomové práce. Následující kapitoly se věnují historii mezinárodních aktivit a ošetřovatelství v období 19. a 20. století jak v zahraničí, tak v Čechách. Poslední kapitola se zabývá ošetřovatelstvím a ošetřovatelskými procesy v 21. století.

Podnětem pro rozvoj ošetřovatelství byly významné historické události, například války či působení významných osobností. Díky tomu započalo budování nových nemocnic či lazaretů, s důrazem na hygienu a větší uspokojování základních životních potřeb pacientů. Mezinárodní aktivity ovlivňovaly ošetřovatelství v historii a nadále je ovlivňují i v současnosti. Sestry se začaly více začleňovat do společnosti a mohly se lépe vzdělávat.

Mezinárodní aktivity přinesly pro ošetřovatelství současnosti kritéria ošetřovatelských postupů, na jejich základě se později vytvořily standardy ošetřovatelské péče. Měly a mají význam pro inovace technologií nebo mobilitu studentů do zahraničí, důležitá je i jejich snaha o kvalitnější vzdělání sester a pro sestry vytváření možností podílet se na výzkumech či politice.

Klíčová slova

Historie ošetřovatelství, ošetřovatelství, sestra, inovace v ošetřovatelství, vzdělávání, vzdělávání zdravotníků, mezinárodní aktivity, zdravotnictví.

Significance of selected international activities of current nursing

Abstract

The diploma thesis "Significance of selected international activities for nursing today" has a theoretical character, and its goal is to analyze selected international activities in historical context and point out their contribution to today's nursing. The thesis is written as a historical-analytical study of primary and secondary sources with subsequent interpretation of the text and intends to answer the questions: Which facts influenced the selected international activities in the historical context? What is the significance of selected international activities for nursing today? The first chapter of the thesis presents individual concepts of international activities, international organizations and nursing, relating to the topic of the diploma thesis. The following chapters are devoted to the history of international activities and nursing in the period of the 19th and 20th centuries, both abroad and in the Czech Republic. The last chapter deals with nursing and nursing processes in the 21st century.

As incentive for development of nursing served important historical events, for example wars or the influence of important personalities. Thanks to these, the construction of new hospitals and infirmaries began with emphasis on hygiene and greater satisfaction of the basic life needs of patients. International activities have influenced nursing throughout history and continue to influence it today. Nurses began to integrate more into society and were able to gain better education.

International activities have brought the criteria of nursing procedures for nursing today, on the basis of which the standards of nursing care were later created. They were and still are important for technological innovations or the mobility of students abroad. Their pursuit of better education of nurses and creating opportunities for nurses to participate in research and politics are important as well.

Keywords

History of Nursing, Nursing, Nurse, Innovations in Nursing, Education, Health Professional Education, International Activities, Healthcare

Obsah

Úvod	7
Cíl práce.....	9
Metodika	10
1 Pojetí mezinárodních aktivit, mezinárodní organizace a ošetřovatelství.....	11
2 Historie mezinárodních aktivit a ošetřovatelství.....	12
2.1 Mezinárodní aktivity v ošetřovatelství 19. století v zahraničí.....	13
2.1.1 Vliv krymské války na ošetřovatelství	14
2.2 České ošetřovatelství v 19. století	18
3 Ošetřovatelství a mezinárodní aktivity ve 20. století	22
3.1 Ošetřovatelství a vybrané mezinárodní aktivity 20. století v zahraničí	22
3.1.1 Aktivity Organizace spojených národů	23
3.1.2 Vliv Evropské unie na vývoj ošetřovatelství.....	25
3.1.3 Americké sdružení sester	26
3.1.4 Mezinárodní aktivity světové zdravotnické organizace	27
3.1.5 Koncepce ošetřovatelství v evropských zemích.....	33
3.1.6 Vysokoškolské vzdělávání	35
3.2 České ošetřovatelství ve 20. století	36
3.2.1 Česká účast v Mezinárodní organizaci sester.....	42
3.2.2 České zapojení v Evropské asociaci sesterských asociací	43
4 Ošetřovatelství a ošetřovatelské procesy v 21. století.....	47
4.1 Ošetřovatelství v zahraničí v 21. století a mezinárodní aktivity	48
4.1.1 Mnichovská deklarace.....	48
4.1.2 Strategie NUR/WHO/EURO 2000.....	50
4.1.3 Evropská strategie WHO.....	50
4.1.4 Další významné deklarace.....	51
4.1.5 Program Zdraví pro růst (2014-2020)	54
4.1.6 Zdraví 2020	55
4.1.7 EU pro zdraví 2021-2027	57
4.2 Ošetřovatelství v 21. století v České republice a mezinárodní aktivity	58
4.2.1 Pražská deklarace	60
4.2.2 Bílá kniha	60
4.2.3 Zdraví pro všechny.....	61
4.2.3.1 Strategické cíle a jejich priority v dokumentu Zdraví pro všechny.....	63
4.2.4 Národní strategie zdraví 2020	68
4.2.5 Národní strategie zdraví 2030	69
4.2.6 Příprava vzdělávání sester v ČR.....	70
Závěr	75
Seznam literatury a zdrojů.....	78
Seznam příloh a obrázků.....	92
Seznam použitých zkratk.....	93

Úvod

Od 19. století lze v ošetrovatelství sledovat posun od laické ošetrovatelské péče k profesionální. Na tuto změnu měly a mají velký vliv mezinárodní organizace a jejich aktivity. Mezinárodní aktivity zdravotnických organizací jsou nedílnou součástí rozvoje ošetrovatelství, samotné poskytování ošetrovatelské péče nevyjímaje. V historickém kontextu se ošetrovatelství neustále vyvíjelo, a mezinárodní aktivity je tak mohly profilovat na profesionální úroveň. V rozvoji ošetrovatelství sehrály významnou roli i historické osobnosti, jako Florence Nightingalová, Ivan Nikolaj Pirogov, Jaen-Henri Dunant nebo spolky na národní úrovni.

Záměrem předkládané diplomové práce je analyzovat vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu a poukázat na jejich přínos pro současné ošetrovatelství. Mezinárodní aktivity v oblasti ošetrovatelství jsou prezentovány výsledky výzkumů a novými trendy v oblasti poskytování ošetrovatelské péče a vzdělávání v ošetrovatelství na mezinárodní úrovni. Zaměřují se na podporu a prezentaci v oboru ošetrovatelství, a to z hlediska samotné péče i z hlediska vzdělávání. Práce se dotýká i ošetrovatelského procesu, vzdělávání zdravotnických pracovníků a kvality poskytované péče.

Struktura předkládané práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je zaměřena na vymezení významu základních pojmů, se kterými budeme nadále pracovat. V dalších podkapitolách je pojednáváno o mezinárodních aktivitách, které historicky ovlivnily nejen obor ošetrovatelství s přesahem do současnosti. Ve druhé kapitole se věnujeme aktivitám 19. století, které pomohly zlepšit ošetrovatelskou péči, době, kdy byl kladen velký důraz na hygienu a kdy došlo i ke zvýšení postavení žen ve společnosti. V kapitole třetí, věnované 20. století, je pojednáno o mezinárodních organizacích, které si kladly za cíl zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči pro všechny obyvatele, vytvářely ekonomické a pracovní podmínky pro sestry a podporovaly jejich odborný růst. Jedenadvacátému století se věnujeme ve čtvrté kapitole, která pojednává o mezinárodních aktivitách, které kontinuálně navázaly na aktivity 20. století.

Mezinárodní aktivity lze postupně sledovat jako vývoj a směr ošetrovatelství, úlohu sester jako nedílnou a současně důležitou součást ošetrovatelství. Samotné aktivity ve vztahu ke vzdělávání sester poukazují na vzájemné uznávání kvalifikovaných zdravotníků a jejich celoživotní vzdělávání. Je zřejmé, že díky mezinárodním aktivitám tak

ošetřovatelská péče povýšila na odbornou úroveň, prošla mnohými inovacemi a samotné ošetřovatelství získalo větší prostor pro vzdělávání.

Výběrem tohoto tématu jsem chtěla poukázat na důležitost mezinárodních aktivit, jejich vliv na ošetřovatelství v historickém a současném kontextu, a na profesní růst sester. Domnívám se, že téma diplomové práce „Význam vybraných mezinárodních aktivit pro ošetřovatelství současnosti“ má své opodstatnění a najde uplatnění např. u studentů ošetřovatelských oborů.

Cíl práce

Cílem předkládané diplomové práce je analyzovat vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu a poukázat na přínos vybraných mezinárodních aktivit pro současné ošetrovatelství. V této souvislosti byly položeny otázky: Které skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu? Jaký význam mají vybrané mezinárodní aktivity pro ošetrovatelství současnosti?

Metodika

Předkládaná diplomová práce je teoretického charakteru a je zpracována jako historicko-analytická studie sekundárních zdrojů s následnou interpretací textu. V práci byla využita metoda textové hermeneutiky pro analýzu dokumentů.

Pojem „hermeneutika“ vystihuje teorii výkladů, teorii interpretace (Pokorný, 2006). Hermeneutika dala základ teoriím a určovala předmět i rozmanitost možných interpretací, porozumění řeči a umění výkladů (Konečná, 2007).

Význam pojmu „analýza“ je možné chápat jako metodu nebo přístup ke zkoumání v oblastech lidského bádání (Schneiderová, 2015). V podstatě jde o rozbor problému na jednotlivé složky za účelem porozumění a pochopení (Hanzelková, 2013).

Způsob aplikace této metody spočívá především ve vhodném výběru textu obsahujícím odpověď na předloženou otázku, ve využití citátů textu a jeho vlastním vysvětlení. Důležité je porovnání s jinými textovými zdroji téhož autora a komparace interpretací textů ostatních autorů k existující problematice.

Bibliografická rešerše byla získána prostřednictvím databázi EBSCO, Web of Science, Science Direct, Google Books, volného internetu a katalogů knihoven. Mezi tyto knihovny patřila především Akademická knihovna v Českých Budějovicích a Národní knihovna v Praze. Rešerše byla prováděna v období od října 2022 do července 2023. Hledané dokumenty byly nejprve shromážděny, dále analyzovány a poté interpretovány s nasměrováním k hledání odpovědí na zadané otázky. Posuzovány byly jak primární, tak sekundární zdroje, například knihy, časopisy, rozhovory a webové stránky s pokusem propojit dobové události mezinárodních aktivit s ošetrovatelstvím.

1 Pojetí mezinárodních aktivit, mezinárodní organizace a ošetrovatelství

V první části diplomové práce si nejdříve ukotvíme pojmy mezinárodních aktivit v oblasti ošetrovatelství, a tím lépe pochopíme jejich význam. V průběhu psaní textu budeme hledat odpovědi na otázky: Které skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu?

Mezinárodní aktivity jsou činnosti, které vykonávají mezinárodní organizace, do nichž se začleňují státy jak v Evropě, tak i v Americe. (Slovník cizích slov, 2022).

Aktivity mají svůj účel, když mají stanovené cíle nebo myšlenkové cíle. Lidé se zabývají psychickými aktivitami, duševním životem, jeho podstatou, a neustálými změnami kdykoliv v životních událostech (Hartl, 1993). Tak pracují i mnohé organizace v tomto spojené.

Mezinárodní organizace v ošetrovatelství jsou konfederace minimálně tří států, které spolupracují na základě právního aktu neboli mezinárodní smlouvy. Organizace pracují pod vlastním jménem a pomocí svých orgánů pro členské státy vydávají určité úkoly (Malenovský, 1997). V ošetrovatelství je mnoho organizací. Mezi nejznámější patří Světová zdravotnická organizace, která je koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví. Jejím hlavním cílem je pomáhat vládám v zodpovědnosti za zdraví svých občanů a zvyšování podílu široké veřejnosti na péči o své zdraví (WHO, 2022).

Ošetrovatelství lze tak chápat jako profesi v rámci zdravotnického sektoru, která je zaměřená na péči o jednotlivce, rodiny a komunity takovým způsobem, aby mohli dosáhnout, udržet nebo obnovit optimální zdraví a kvalitu života (WHO, 2022). V souvislosti s tímto pojmem se nabízí položit otázku: Jakým způsobem role sester ovlivňovaly ošetrovatelství? Sestry přebírají zásadní roli v oblasti vzdělávání, hodnocení situací a podpory. Mohou se od ostatních poskytovatelů zdravotní péče odlišovat svým přístupem k péči o pacienta, školením a rozsahem praxe. Sestry praktikují v mnoha specializacích s různou úrovní preskripční autority. Napříč všemi odlišnými způsoby v ošetrování pacientů mají sestry společný cíl. Pomoci pacientům, aby se uzdravili a mohli opět žít svůj vlastní plnohodnotný život.

2 Historie mezinárodních aktivit a ošetrovatelství

Pro snazší pochopení kontextu mezinárodních aktivit a ošetrovatelství je potřeba krátce připomenout vývoj ošetrovatelství v 19. století. Především v tomto století se udály nejvýznamnější pokroky v mezinárodních aktivitách. Důležité je věnovat se i osobnostem této doby. Proto bude prostor věnován především vývoji ošetrovatelství počínaje 19. stoletím.

Historie zdravotní péče je dějinami nemocných a všech, kteří dokázali pro nemocné něco udělat. Jsou to dějiny vztahů mezi lékařem a nemocným i vztahů mezi zdravotníky navzájem a mezi zdravotníky a společností. Je tedy přirozené, že povaha a intenzita vztahů se řídila stupněm kulturního a civilizačního rozvoje a předznamenávala obsah či formy péče o zdraví v různých časových obdobích i geografických celcích (Čeledová, 2018). Rozvoj ošetrovatelství samozřejmě probíhal ještě před 19. stoletím, ale jak bylo zmíněno, text je cílen na toto století a na staletí nadcházející. Po celá léta se ošetrovatelství neustále vyvíjí a vývoj probíhá v jednotlivých zemích rozdílně, byť lze nalézt i řadu společných znaků.

Jak se ošetrovatelství vyvíjelo a co ho ovlivňovalo? Když bychom se zamysleli nad tím, jaké bylo ošetrovatelství před padesáti či více lety, musíme si uvědomit, jaké změny vývoj zaznamenal. Zlepšení technologie, nezávislejší školení, struktura medicíny a nárůst počtu praktických sester jsou jen některé z převratných změn, ke kterým došlo v posledních několika desetiletích.

V 19. století byl stav ošetrovatelství podmíněn kulturními, sociálními a náboženskými faktory, které byly ovlivněny válkami, vědeckými objevy, nelze opomenout ani vliv významných osobností (Jarošová, 2000). Tím, že se plně věnovaly ošetrovatelství, chtěly zlepšit podmínky pro nemocné a potřebné lidi v nelehkých životních situacích. Snažily se těmto lidem pomoci k uzdravení a navrácení znovu do života. Byly si plně vědomy toho, že každý člověk má nárok na zdraví a spořádaný život.

Plevová (2018) uvádí, že v předchozím historickém období existovalo pouze tzv. neprofesionální ošetrovatelství, kde platil tradiční systém ošetrování. Lidé si pomáhali navzájem a jednalo se o laickou pomoc. Laická péče o nemocné začala se rozvíjet kolem 11. století, kdy nemocní lidé rušili klášterní klid, a proto se péče o nemocné předávala do rukou laiků. Znamená to, že v té době člověk ošetřoval sám sebe,

svou rodinu, nebo působil v dané komunitě. Z této iniciativy se později vyvíjela ošetrovatelská společenství. V uvedené době lidé ošetrování nemocných chápali jako morální a humánní pomoc. Uspokojovali základní potřeby nemocných a vycházeli z hlubokých humánních tradic a náboženského přesvědčení. Právě v 19. století se ošetrovatelství počalo stávat profesionálním a rozvíjelo se současně s rozvojem medicíny (Plevová, 2008).

Z uvedeného textu je zřejmé, že v 19. století se ošetrovatelství vyvíjelo k lepším postupům v ošetrování nemocných.

2.1 Mezinárodní aktivity v ošetrovatelství 19. století v zahraničí

V následujícím textu se pokusíme poukázat, na co můžeme považovat za mezinárodní aktivity ovlivňující vývoj ošetrovatelství. V souvislosti s tématem se nabízí položit otázku: Jaké zahraniční mezinárodní aktivity ovlivňovaly ošetrovatelství v 19. století?

Jednou z důležitých rolí ošetrovatelství je charitativní péče. Ekonomický rozvoj a průmyslová revoluce vedly v 19. století ve velkých městech ke zhoršení sociální situace obyvatel a vznikla naléhavá potřeba vytvořit organizovanou síť. Jednou z organizovaných činností byla práce diakonek. Jednalo se o ošetrovatelky, které neměly žádné teoretické vzdělání a byly školeny pouze k domácímu ošetrování nemocných. Za upozornění stojí, že pojem diakonie je odvozen od řeckého slova „*diakonein*“, což znamená sloužit, pomáhat. Dříve šlo o posluhování u stolu, avšak později křesťané začali diakonky označovat jako služebníky Boží. Před 19. stoletím tato organizovaná činnost diakonek postupně zanikala, ale později se začala opět uplatňovat díky reformním nekatolickým církvím, jejichž příslušníci byli označováni za evangelíky (Lynaugh, 1993).

Hlavním představitelem byl německý pastor Theodor Fliedner, který se inspiroval charitativní ošetrovatelskou službou v Nizozemsku i v Anglii a začal provádět organizaci práce diakonek. Theodor Fliedner byl německý luteránský duchovní a zakladatel luteránského školení diakonek. V roce 1836 založil Kaiserswerther Diakonie, nemocnici a vzdělávací středisko diakonek. Jeho práce v ošetrovatelství byla průkopnická pro Florence Nightingalovou, která v roce 1850 strávila několik měsíců v Kaiserswerthu (Lynaugh, 1993).

Z textu vyplývá, že diakonky daly, jako jedny z mnoha dalších, základy ošetřovatelství, a tím vnesly do ošetřovatelství nové poznatky pro další vývoj. V rámci práce diakonek se postupně rozvíjelo ošetřovatelství po celém světě. Dále z textu vyplývá, že pastor Theodor Fliedner dal podnět dalším státům vykonávat ošetřovatelské služby, a díky tomu se vyvíjela charitativní ošetřovatelská péče.

Pro ošetřovatelství bylo zásadní zajistit, aby sestra v 19. století plnila věrně, pilně a řádně své povinnosti. Sestry musely splňovat soubor předpisů, například, aby byly zdravé, čisté, vážně smýšlející, laskavé a profesně osvědčené osoby. Předpisy pro nemocnice byly vydávány lékařskou radou (dříve Imperial Medical College) a sestry dodržovaly pokyny lékaře (Lynaugh, 1993). Diakonky pečovaly o lidi v nemocnici, v jejich domovech a také mohly pečovat na požádání i v jiných nemocnicích (Plevová, 2018). Mimo požadavků na vzdělání měl Theodor Fliedner vůči sestram i další požadavky, jimiž chtěl vyzdvihnout jejich významnou profesní i ženskou roli. Sestry například musely nosit uniformu, protože ta vytvářela obraz úctyhodnosti a kompetence (Lynaugh, 1993). I když diakonky za svoji práci nedostávaly žádné peníze, bylo postaráno o jejich základní potřeby, a to i ve stáří (Plevová, 2018). Důležité je zmínit, že evropskými aktivitami se inspirovali i v USA. V roce 1849 byl v Pittsburghu založen první mateřský dům na území Spojených států amerických a v roce 1861 již bylo takových institucí dvacet osm. Celkový počet činil 1200 diakonek, z nichž 380 patřilo úředně k původnímu domu v Kaiserwerthu (Kutnohorská, 2010).

2.1.1 Vliv krymské války na ošetřovatelství

Ošetřovatelství se rozvíjelo ruku v ruce s rozvojem nemocnic a špitálů. Je známo, že ošetřovatelství ovlivňovaly i války. Důležitý pokrok v ošetřovatelství nastal díky krymské válce a vlivu aktivit několika osobností. V souvislosti s tématem se nabízí otázka: Které osobnosti ovlivnily pokrok v ošetřovatelství?

Jednou z těchto osobností se stala Florence Nightingalová, která se narodila 12. května 1820 ve Florencii a zemřela 13. srpna 1910 v Londýně (Kutnohorská, 2010). Stala se druhou nejslavnější ženou v Británii po královně Viktorii (Nightingale, 2001). Florence Nightingalová byla anglická sociální reformátorka, prováděla statistiku a byla zakladatelkou moderního ošetřovatelství. Nightingalová se proslavila, když sloužila jako manažerka a školitelka zdravotních sester během krymské války, ve které organizovala

péči o zraněné vojáky v Konstantinopoli. Výrazně snížila úmrtnost zlepšením hygieny a životní úrovně (Kutnohorská, 2010). Byla oddána svému povolání, měla ohromnou chuť do práce a byla loajální ke svým spolupracovníkům (Nightingale, 2001). Nightingalová propůjčila ošetřovatelství příznivou pověst a stala se ikonou viktoriánské kultury, zejména v postavě „*Dámy s lampou*“, která v noci obcházela zraněné vojáky.

V roce 1860 položila základy profesionálního ošetřovatelství založením své ošetřovatelské školy v nemocnici St Thomas' Hospital v Londýně. Byla to první sekulární zdravotnická škola na světě a nyní je součástí King's College London. Medaile Florence Nightingalové byla nejvyšším mezinárodním vyznamenáním, kterého může sestra dosáhnout. V den jejich narozenin se každoročně slaví Mezinárodní den sester.

Nightingalová byla průkopnicí ve statistikách. A to konkrétně svou analýzu znázornila v grafické formě, aby usnadnila vyvozování závěrů ze získaných dat. Nightingalová byla úžasnou a všestrannou spisovatelkou. Během jejího života se velká část jejích publikovaných prací zabývala šířením lékařských znalostí. Trvalým přínosem Nightingalové byla její role při zakládání moderní profese ošetřovatelky (Kutnohorská, 2010). Nightingalová prosazovala dobré platové a pracovní podmínky pro sestry, protože ošetřovatelství se stávalo náročnějším povoláním (Nightingale, 2009). Dala příklad soucitu, odhodlání k péči o pacienty a pečlivé a promyšlené správě nemocnice. První oficiální vzdělávací program sester, její Nightingale School for Nurses, byl otevřen v roce 1860 na King's College London (Kutnohorská, 2010).

Další osobnost, která vstoupila do popředí v období krymské války, byl Nikolaj Ivanovič Pirogov. Byl to ruský vědec, lékař, pedagog, veřejný činitel a člen korespondent Ruské akademie věd (1847), jeden z nejuznávanějších ruských lékařů. Byl považován za zakladatele polní chirurgie, byl prvním chirurgem, který použil anestezii při polní operaci (1847) a jedním z prvních chirurgů v Evropě, který použil éter jako anestetikum. Připisuje se mu vynález různých druhů chirurgických operací a vývoj vlastní techniky používání sádrových odlitků k léčbě zlomenin kostí (Kutnohorská, 2010).

Svých zkušeností využil v krymské válce jako vojenský chirurg společně s vyškolenými sestrami, které ošetřovaly nemocné a raněné. Jako první na bojištích organizoval dobrovolné zdravotnice a položil základy vojenské chirurgie. Ošetřovatelství přispěl kladením velkého důrazu na dodržování zásad hygieny. V té době se mu podařilo

vyzdvihnout význam žen ve společnosti, zejména to, jak vynikají svou odvahou, houževnatostí a trpělivostí při plnění svých povinností (Kutnohorská, 2010). Mimo jiné se věnoval organizaci práce sester. Sestry se dle Pirogova dělily do tří kategorií a každá z těchto kategorií měla svou vedoucí sestru. Jedna kategorie sester pomáhala s obvazy i při jejich přípravě. Druhá měla na starosti všechny lékařské přístroje. Třetí kategorie sester měla zajišťovat stravu, čisté prádlo. Tím kladl Nikolaj Ivanovič Pirogov důraz na důležité umístění sester a organizaci práce (Lynn, 2011). Získané zkušenosti z války ovlivnily jeho profesní dráhu. Nutno upozornit, že se podílel na vzniku Ruského červeného kříže v roce 1867 (Kutnohorská, 2010). Nikolaj Ivanovič Pirogov se stal propagátorem uznání práv žen a respektovaným odborníkem (Kelarová, et.al., 2009).

Nabízí se upozornit na další osobnost, která ovlivnila ošetřovatelství. Tou osobností se stal švýcarský obchodník Jean-Henri Dunant, který odcestoval v červnu 1859 do Itálie, aby se setkal s tehdejší francouzským císařem Napoleonem III. s úmyslem projednat potíže s podnikáním v Alžírsku. Do městečka Solferino dorazil večer 24. června po bitvě u Solferina, střetnutí v rakousko-sardinské válce. Během jediného dne zemřelo, nebo bylo zraněno na poli asi 40 000 vojáků na obou stranách. Jean-Henri Dunant byl šokován hroznými následky bitvy, utrpením zraněných vojáků a téměř úplným nedostatkem lékařské péče i základní péče. Zcela opustil původní záměr své cesty a několik dní se věnoval pomoci při ošetřování a péči o raněné. S místními občany pomáhali nemocným, aniž by kohokoli diskriminovali (Kutnohorská, 2010). Naléhal na vybudování organizované pomoci a tím dával podnět k mnoha sbírkám ve prospěch ošetřovatelské péče o raněné (Plevová, 2011). Ve svém domě v Ženevě se rozhodl napsat knihu s názvem Vzpomínka na Solferino. Kopie knihy rozeslal předním politickým a vojenským osobnostem po celé Evropě. Jeho kniha obsahovala živé popisy jeho zkušeností v Solferinu v roce 1859 a výslovně obhajoval vytvoření národních dobrovolných humanitárních organizací, které by pomáhaly ošetřovat zraněné vojáky v případě války. Vyzval k vypracování mezinárodní smlouvy, která by zaručila ochranu zdravotníků a polních nemocnic pro vojáky zraněné na bojišti (Kutnohorská, 2010).

V roce 1863 Gustave Moynier, ženevský právník a prezident Ženevské společnosti pro veřejné blaho, obdržel kopii Dunantovy knihy a představil ji k diskusi na setkání této společnosti. V důsledku této počáteční diskuse společnost ustavila vyšetřovací komisi, která měla prověřit proveditelnost Dunantových návrhů a případně uspořádat mezinárodní konferenci o jejich možné realizaci.

Členy tohoto výboru, který byl následně označován jako Výbor pěti, byl kromě Dunanta a Moyniera lékař Louis Appia, který měl značné zkušenosti s prací polního chirurga, Appiin přítel a kolega Théodore Maunoir z ženevské hygienické a zdravotní komise a Guillaume-Henri Dufour, švýcarský armádní generál velkého věhlasu. O osm dní později se pět mužů rozhodlo přejmenovat výbor na Mezinárodní výbor pro pomoc zraněným (Kutnohorská, 2010).

Další osobností, která ovlivnila ošetrovatelství se stala Ethel Gordon Fenwicková, která byla britská zdravotní sestra. Stala se hlavní rolí v historii ošetrovatelství ve Spojeném království. Vedla kampaň za získání celostátně uznávaného certifikátu pro ošetrovatelství, aby si zajistila titul „zdravotní sestra“. Lobovala v parlamentu, aby schválil zákon o kontrole ošetrovatelství a omezil jej pouze na registrované sestry. V roce 1887 se stala zakladatelkou Royal British Nurses' Association. Podílela se na založení Florence Nightingale International Foundation, přední nadace Mezinárodní rady sester, a prvních pět let byla její prezidentkou. Výrazně prodloužila dobu školení sester a zasadila se o státní registraci sester ve Spojeném království. Toho bylo dosaženo prostřednictvím zákona o registraci sester z roku 1919.

Nesouhlasila s Florence Nightingalovou a Henrym Burdettem ohledně registrace sester. Domnívala se, že je potřeba školení na uznávané úrovni, a to znamenalo omezit vstup do profese na dcery z vyšších společenských vrstev. Byla proti tomu, aby si zdravotní sestry hradily poplatky za školení (Ethel Fenwick's story, 2022).

Jaký vývoj v ošetrovatelství 19. století tedy lze sledovat? Díky osobnostem se ošetrovatelství velmi vyzdvihlo. Sestry se začaly vzdělávat, zakládaly se školy a organizace, aby se dosáhlo lepších podmínek v ošetrovatelství, jak pro obyvatelstvo, tak i pro sestry. Sestry se začaly zviditelňovat na veřejnosti. Kládli se důraz na jejich nepostradatelnou činnost, kterou vykonávaly pro lidi.

Díky významným osobnostem a událostem 19. století začali vznikat organizace. Jedna z významných organizací se stalo Mezinárodní hnutí Červeného kříže. Bylo založeno k ochraně lidského života a zdraví, k zajištění úcty ke všem lidským bytostem, a k předcházení a zmírňování lidského utrpení. V rámci Červeného kříže existují tři odlišné organizace, které jsou na sobě právně nezávislé, ale v rámci hnutí mají společné základní principy, cíle, symboly, stanovy a řídicí organizace (Mezinárodní výbor Červeného kříže, 2023).

Americký Červený kříž a kanadský Červený kříž jsou dvě z přibližně dalších 120 organizací Červeného kříže. Americký Červený kříž je nezisková humanitární organizace, která poskytuje pomoc při mimořádných událostech, pomoc při katastrofách a vzdělávání v oblasti připravenosti na katastrofy ve Spojených státech.

Kanadský Červený kříž školil dobrovolníky v nouzových reakcích, reakcích na katastrofy a pomoci při katastrofách a poskytuje služby prevence zranění, jako je bezpečnost venkovních aktivit a školení první pomoci. Společnost prostřednictvím mezinárodní sítě Červeného kříže pomáhá ohroženému obyvatelstvu světa, včetně obětí ozbrojených konfliktů a komunit zničených katastrofami (Švejnoha, 2008).

Další organizací se stala Mezinárodní rada sester. Je federací více než 130 národních asociací sester. Byla založena v roce 1899 a byla první mezinárodní organizací pro zdravotníky. Cílem organizace je sdružovat organizace sester v celosvětovém orgánu, prosazovat celosvětově sociálně-ekonomické postavení sester a profese ošetrovatelství a ovlivňovat globální i domácí zdravotní politiku (Kutnohorská, 2010).

Členství je omezeno na jednu ošetrovatelskou organizaci za národ. Ve většině případů se jedná o národní asociaci sester jako je Americká asociace sester, Slovenská komora sester a porodních asistentek nebo Asociace sester v Nepálu. Nové struktury však přijalo jen málo členských organizací (Mezinárodní sesterské organizace, 2021).

Z textu vyplývá, že významné osobnosti, které jsou Theodor Fliedner, Florence Nightingalová, Nikolaj Ivanovič Pirogov a další, poznamenali v ošetrovatelství velký pokrok v ošetrovatelské péči. Více se dbalo na hygienu a stravu nemocných, soucit a empatii, byl kladen důraz na sestry, co se týká vzhledu a čistoty. Začali se stavět první ošetrovatelské školy, což měli možnost sestry se vzdělávat. V 19. století vznikali i organizace, některé poskytují pomoc nemocným a raněným v období války. Další organizace zase spojuje sestry a umožňuje se sestrám prosazovat a ovlivňovat zdravotní politiku.

2.2 České ošetrovatelství v 19. století

Charitativní péče se rozvíjela i v českém ošetrovatelství. Pro formování vývoje v 19. století je klíčové se ohlédnout do roku 1652, kdy ve Francii vznikla kongregace

milosrdných sester svatého Karla Boromejského neboli boromejky (Kutnohorská, 2010). Podnět k založení Kongregace dal ještě před svou smrtí mladý advokát Josef Chauvenel, který po třicetileté válce viděl mnoho chudých, zbídačených lidí, dospělých i dětí. Vnímal jejich hrůzu utrpení a bídu nakažených morem. Otec Josefa splnil po jeho smrti přání, a to založit Dům milosrdenství (Kongregace Milosrdných sester, 2022).

Po třicetileté válce začalo v domě pracovat pět sester, které cítily potřebu ošetřovat nemocné lidi. Nemocní byli nakaženi morem, choleroou, nebo souženi hladem a bídou. Zpočátku se boromejky soustředily na návštěvy a péči o nemocné pouze po jejich domovech. Ošetřovaly lidi, kteří byli nejchudší a nejpotřebnější, ale brzy na žádost dalších lidí se jejich ošetrovatelská péče rozšiřovala do nemocnic, sirotčinců a škol pro chudé děti. Boromejky pomáhaly neslyšícím lidem a prováděly služby pro postižené. Jejich činnosti se vyznačovaly pohotovostí a připraveností všude tam, kde bylo potřeba (Kutnohorská, 2010).

Z textu Kutnohorské (2010) je zřejmé, že Milosrdné sestry sv. Karla Boromejského jsou organizovány v řadě ženských katolických řeholních kongregací, sdílejících jedno pravidlo a tradici. Kongregace jsou založené na pravidle svatého Augustina, získaly papežské schválení v roce 1859 a další konstituce byly potvrzeny Lvem XIII. v roce 1892. Jejich činnost zahrnuje řízení všemožných dobročinných ústavů, jako jsou domácí a živnostenské školy, chudobince, ale i péče o nemocné. Před přijetím do kongregace musí kandidáti vykonávat péči o nemocné jeden rok jako postulanti a tři až čtyři a půl roku jako novicové. Pomocné sestry pro péči o nemocné každoročně obnovují své sliby.

V roce 1837 přišly boromejky do Prahy a založily malou komunitu v ústavu pro nevidomé na Klárově. Jeho první generální představenou v Čechách se stala matka Terezie Helvigová. Na popud Boromejek poté na Malé Straně Pod Petřínem kongregace nechaly postavit nemocnici a mateřinec se sídlem své generální představené (Kutnohorská, 2010). V této souvislosti je vhodné zmínit, že sestry postupně přebíraly služby sociálních a zdravotních ústavů a některé z nich postavily od základů. V tomto ohledu se jednalo o nemocnice, léčebny, starobince, sirotčince a také ústavy pro mentálně a tělesně postižené.

Díky této organizaci se činnost rozrůstala a rozvíjela. V Česku se začalo rozvíjet ošetrovatelství, docházelo k propojování zkušeností a znalostí mezi sestrami z různých zemí (Boromejky, 2022). V Českých zemích byly na mnoha místech zakládány špitály

a lazarety, které poskytovaly pro chudé to nejzákladnější, neboli střechu nad hlavou, minimum potravy a hygienu. (Kutnohorská, 2010). Z textu vyplývá, že Boromejky vnímaly potřebu ošetřovat nemocné a nebály se starat o nakažené lidi morem či cholerou. Dále sestry ošetřovaly chudé lidi, které trpěli hladem a bídou. Posun ošetrovatelské péče Boromejek byl, že byly velmi žádané a začaly vykonávat ošetrovatelskou péči v nemocnicích či sirotčinců.

Důležité je zmínit, že v roce 1888 byl vydán pro Království české nemocniční zákon, který upravoval právní postavení léčebných a pečovatelských ústavů. Nemocnice mohly nabýt práva veřejnosti (Boromejky, 2022). Bylo ustanoveno, aby osobám stíženým nemocí, nehledě k tomu, kam přísluší a jakého jsou vyznání, po dobu jejich nemoci poskytovaly lékařskou pomoc a úplné zaopatření (Kutnohorská, 2010).

Nedílnou součástí vývoje ošetrovatelství 19. století byla další kongregace Šedých sester III. řádu svatého Františka z Assisi. Organizace byla založena v Praze v roce 1856 dvěma rodnými sestrami Annou a Marií Plaňanskou a jejich přítelkyní Františkou Grossmannovou, která byla jejich první představenou. Je třeba si připomenout, jaký byl účel založení této kongregace. V roce 1853 se sestry rozhodly založit spolek pro ošetrování nemocných s cílem vyhledávat a ošetrovat všechny opuštěné a zanedbané nemocné bez rozdílu náboženství, národnosti, jen z lásky k Bohu a bez nároků na odměnu. Sestry vyhledávaly opuštěné a umírající a staraly se o jejich pohřbení. V roce 1856 si oblékly řeholní šat, kterým byl černý hábit s šedým límcem a šedým pláštěm. Podle jejich šatu jim lidé začali říkat šedé sestry, i když se chtěly jmenovat Chudé sestry. Zpočátku sestry ošetrovaly nemocné po domech (Šedé sestry, 2022).

To se změnilo v roce 1859, kdy byly poslány ošetrovat raněné vojáky do Itálie a na Balkán (Šedé sestry, 2022). Vlček (2005) uvádí, že raněné vojáky navštívil osobně císař František Josef I. Po dvou měsících usilovného ošetrování zraněných vojáků sestry odcestovaly zpět do Prahy. Jak postupem času sester přibývalo, přijaly výzvu ke službě ve státních nemocnicích. Šedé sestry působily až do odvolání roku 1960. V Hradci Králové měly i svou soukromou ošetrovatelskou školu (Šedé sestry, 2022).

Kongregace Šedých sester měla zvláštní poslání, řeholní sestry podávaly smír za hříchy, udělovaly odpuštění, Boží milosrdenství. Obětovaly se pro Svatého otce, za požehnání kněžské práce a za posílení křesťanského života v lidu. Všemi svými činy sestry konaly

skutky milosrdné lásky, sloužily nemocným, opuštěným, potřebným a pomáhaly v úkolech duchovní správy (Šedé sestry, 2022). Sestry byly velmi oblíbené pro svůj laskavý přístup k nemocným, byly oceňovány jejich zkušenosti a profesionalita (Vlček, 2005). Z textu je zřejmé, že sestry ošetřovaly nemocné bez rozdílu náboženství či národnosti. Též se staraly o umírající a o jejich pohřbení. Šedé sestry byly oblíbené, protože svou péči prováděly s láskou, empatií pro všechny nemocné.

Z dalších českou kongregací byla kongregace sv. Zdislavy sester dominikánek. Byla založena v roce 1889 v Řepčíně u Olomouce. Kongregace sdružovala laické členky české národnosti a čtyři dominikánky povolane ze Štýrska. Měly svoji patronku, svatou Zdislavu, jejímž cílem byla činnost dominikánek v charitativních ústavech a výchova dívek. Dle Kutnohorské (2010) a Plevové (2018) se jejich práce uplatňovala zejména v zařízeních sociální péče a na odborných řádových školách. Organizovaly pečovatelskou službu s docházením do rodin. Jednou z charakteristik této kongregace bylo, že sestry mohly chodit v civilním oblečení, mít civilní zaměstnání a žít soukromým občanským životem. Pojítkem byl slib chudoby, čistoty, poslušnosti a pravidelná setkání. Členkami se často stávaly vzdělané ženy, například lékařky, doktorky přírodních věd a sestry. Silné emancipační ženské hnutí a národní hnutí v českých zemích mělo mimořádný vliv na historii našeho ošetrovatelství. V roce 1874 v Praze vznikla první ošetrovatelská škola (Rakousko-Uhersko), která po 7 letech trvání ukončila svoji činnost (Plevová, 2018). Z textu je zřejmé, že české ošetrovatelství v 19. století mělo své organizace, které pomáhaly chudým lidem či zraněným vojákům a nabízely jim i porozumění a vlídný přístup, bez rozdílu náboženství či národnosti.

Ovlivnily kongregace české ošetrovatelství v 19. století? Kongregace vnesly do ošetrovatelství kladný přístup k ošetrování nemocných bez rozdílu víry i národnosti. Sestry dbaly na čistotu, poslušnost, čerpaly nové zkušenosti a znalosti z jiných zemí. Stavěly se sirotčince, nemocnice, ale také školy. Organizace dbaly na vzdělávání sester a velký pokrok v tomto období nastal, když nemocnice mohly nabýt práva veřejnosti.

3 Ošetřovatelství a mezinárodní aktivity ve 20. století

V této kapitole se pokusíme poukázat na přínos vybraných mezinárodních aktivit pro současné ošetřovatelství v historickém kontextu 20. století. Dvacáté století bylo obdobím dvou velkých světových konfliktů, které měly velký vliv na vývoj jak praktického ošetřovatelství, tak i na vývoj v oblasti chápání lidských práv.

Hledáme odpovědi na otázky: Jaké skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v tomto kontextu? Jaký význam mají tyto vybrané mezinárodní aktivity pro ošetřovatelství současnosti? Filozofickým a etickým základem ošetřovatelství je „láska k lidem“, podle starořeckého slovníku to znamená hledět na koho, dbát na co, mít ohled na koho. Zahrnuje péči o druhé a spojuje moudrost a ohleduplnost. S rozvojem vědění se záběr ošetřovatelství rozšiřuje o odbornou znalost, aktivní zájem, moderní technologie zachraňující život, duševní vnímavost, zručnost, umění komunikace, práce s emocemi a kulturní a myšlenkový nadhled (Mastiliaková, 2008).

3.1 Ošetřovatelství a vybrané mezinárodní aktivity 20. století v zahraničí

Abychom odpověděli na dané otázky, budeme se zmiňovat o mezinárodních organizacích a jejich aktivitách, které se podílely na zlepšení ošetřovatelské péče a o kterých jsme se již zmiňovali v 19. století.

Ve 20. století dále pokračuje činnost Mezinárodní organizace sester (ICN), která měla velký vliv na rozvoj ošetřovatelství ve světě. ICN rozhoduje o významných otázkách činnosti organizace či přijetí členů. Mezinárodní rada sester je federací více než 130 národních asociací sester, které zastupují více než 20 miliónů sester po celém světě. Můžeme konstatovat, že ICN se stala první a nejširší mezinárodní organizací pro zdravotní sestry na světě. Úkolem organizací sester je zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči pro všechny lid (ICN, 2022). Za činnost ICN zodpovídá řídicí výbor 15 členek. Úřad ICN a řídicí výbor sídlí v Ženevě a organizace ICN sdružuje národní sesterské organizace z celého světa. Organizace reprezentuje sestry z cca 160 zemí a její kodex je univerzálním základem etické ošetřovatelské praxe (Kutnohorská, 2010).

Budování pozitivních vztahů na mezinárodní úrovni pomáhá poznávat ICN, sestry i ošetřovatelství (ICN, 2022). Normy, směrnice a zásady ICN pro ošetřovatelskou praxi, vzdělávání, management, výzkum a pracovní podmínky jsou široce přijímány jako základ ošetřovatelské politiky.

ICN podporuje ošetrovatelství, sestry a zdraví prostřednictvím své politiky, partnerství, prosazování, uznávaného vedení, konferencí a speciálních projektů a prostřednictvím své oddané práce v oblastech. První oblast vystihuje ošetrovatelskou praxi, což zahrnuje Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe (CIPSI), Klinické sestry (podnikání), Ošetrovatelství a HIV/AIDS, Zdraví žen, Primární zdravotní péče. Druhá oblast se zabývá regulací ošetrovatelské péče, například další vzdělávání, etika a lidská práva, akreditace. V poslední oblasti se zabývá ICN zaměstnáním a pracovními podmínkami sester, jako je BOZP, odměňování, plánování lidských zdrojů, kariérní rozvoj (ICN, 2022).

Cílem této organizace je zlepšit péči o zdraví a kvalitu ošetrovatelských služeb, zlepšit ekonomické a pracovní podmínky sester či rozšířit ošetrovatelství po celém světě a podporovat národní asociace sester (Kutnohorská, 2010). Prioritním cílem ICN je reprezentovat ošetrovatelství jako celek, podporovat růst profese a celoživotního vzdělávání a ovlivňovat zdravotnickou politiku. ICN se zabývá oblastmi, které zahrnují praxi profesionálů, regulaci a společensko-ekonomické zabezpečení (Plevová, 2018). ICN koordinuje svou činnost ve spolupráci s dalšími organizacemi, jako je Světová zdravotnická organizace, Organizace spojených národů a Mezinárodní organizace práce (Kutnohorská, 2010). Z textu vyplývá, že ICN měla mimořádný vliv na rozvoj ošetrovatelství, tím, že sdružovala národní sesterské organizace z celého světa. Sestrám umožnila se prosazovat v politice, vedení či konferencích. Organizace vytvářela normy, pracovní podmínky, zapojovala sestry do výzkumu, regulovala ošetrovatelskou péči. Vyzdvihla sestrám lepší pracovní podmínky, rozšiřovala kvalitu ošetrovatelské péče a podporovala růst profese a vzdělání sester.

3.1.1 Aktivity Organizace spojených národů

Nemalý význam měla a má pro ošetrovatelství i Organizace spojených národů. Organizace se začala formovat v průběhu první světové války. Ve dvacátých a třicátých letech se ale rozpadla a činnost obnovila až v průběhu druhé světové války. Její zrod byl připravován spojeneckými mocnostmi na mezinárodních konferencích. V roce 1945 na konferenci v San Francisku byla přijata Charta Organizace spojených národů jako základní smlouva této organizace. Stanovené cíle a zásady OSN se do značné míry odrážejí v preambuli Charty (Grinc, 2010).

Dle Grince (2010) bylo základním cílem udržování mezinárodního míru a bezpečnosti, rozvoj přátelských vztahů mezi národy podle zásady rovnoprávnosti, dodržování práva na sebeurčení národů a uskutečňování mezinárodní součinnosti. Dalším cílem bylo podporovat a posilovat úctu k lidským právům. OSN přijímá k členství pouze ty státy, které splňují podmínku, že přijmou zásady Charty. O přijetí pak rozhoduje Valné shromáždění na doporučení Rady bezpečnosti (Grinc, 2010).

OSN (2022) uvádí, že Charta Organizace spojených národů se snaží: „*Uchránit budoucí pokolení metly války, která dvakrát za našeho života přinesla lidstvu nevýslovné strasti. Prohlásit znovu svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti, v rovná práva mužů i žen a národů velkých i malých. Vytvořit poměry, za nichž mohou být zachovány spravedlnost a úcta k závazkům plynoucím ze smluv a jiných pramenů mezinárodního práva. Podporovat sociální pokrok a zlepšovat životní úroveň ve větší svobodě*“ (OSN, 2022, s. 4). Myšlenky Organizace spojených národů se promítly do Všeobecné deklarace lidských práv (Kutnohorská, 2013). Z textu je zřejmé, že základem je, že lze budovat spravedlivou a důstojnou budoucnost pro všechny. Pro lidi na celém světě je hodnotným nástrojem v boji proti útlaku, beztrestnosti a snižování lidské důstojnosti. Práva jsou deklarována až poetickým jazykem: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv*“ (Hussein, 2016, s. 4).

Všeobecná deklarace lidských práv ideově navazuje na humánní myšlenky Červeného kříže, které zmiňují v předchozí kapitole, a dále je rozvíjí.

Na jakém základě se lidé rozhodují v oblasti ošetřovatelství? Lidé se rozhodují na základě mravních principů, kulturních tradic, životních postojů, vlastního vnímání hodnoty lidské bytosti a na základě empatického chování. Úcta k hodnotě lidské bytosti spočívá v toleranci jeho kultury a respektu k ní a úctu vyjadřujeme právě podle toho, jakou hodnotu člověku přisuzujeme. Vnímání lidských práv a lidské důstojnosti se promítá i do oblasti ošetřovatelství. I zde je někdy velmi obtížné zaujmout rovný přístup. Při poskytování péče se mohou vyskytovat odlišnosti v oblasti kultury, náboženství či intelektu, což by ale nemělo vést k riziku neposkytnutí péče, odmítnutí či ponižování. Lidskou hodnotu nelze měřit jen blahobytem a zdravím. Je důležité, aby sestry poskytující ošetřovatelskou péči pracovaly na profesionální úrovni a respektovaly a projevovaly člověku úctu a jeho důstojnost (Kutnohorská, 2013). Můžeme uvést,

že k pracovněprávním vztahům se zabývala Mezinárodní organizace práce (Weidenhofferová, 2007).

3.1.2 Vliv Evropské unie na vývoj ošetrovatelství

Evropská unie vznikla v roce 1993. Důvodem založení Evropské unie bylo sjednotit trh, který je založený na volném pohybu obyvatel, služeb, zboží, peněz (Vznik Evropské unie, 2021). Nabízí se otázka: Má vliv Evropská unie na vývoj ošetrovatelství?

Významný vliv na vývoj ošetrovatelství, byla Rada Evropy. Ta stála za stěžejní změnou ve vzdělávání sester, když dokumenty Rady Evropy vytvořily v šedesátých letech 20. století směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester evropských států. Na základě dohody evropských zemí byly směrnice stvrzeny podpisem dvanácti evropských států (Kutnohorská, 2010).

Kutnohorská (2010) uvádí, že Evropská dohoda o vzdělávání sester byla vyhlášena roku 1972 ve Štrasburku a má stále platnost. K tomuto dokumentu se přihlásily Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní organizace sester a Mezinárodní úřadovna práce. V roce 1995 byla dohoda Rady Evropy doplněna dokumentem Role a vzdělávání sester (The role and education of nurses) (Kutnohorská, 2010). Postupně se k dokumentu Role a vzdělávání sester přihlásily všechny členské státy EU a všechny významné mezinárodní organizace, k nimž patří World Health Organization, Mezinárodní rada sester či Mezinárodní úřadovna práce (Plevová, 2018). Z textu je zřejmé, že cílem tohoto dokumentu bylo dosažení vzájemně srovnatelné úrovně vzdělávání sester v Evropské unii, a tím byl umožněn volný pohyb pracovních sil.

Díky Evropské dohodě se utvářely ošetrovatelské regulace, které byly spojeny s měnící se demografií i ekonomikou, vzděláváním, historií registrace ošetrovatelství, s měnícími se vzory migrace, internacionalizace, s měnící se ošetrovatelskou praxí a politikou (Stievano, 2019).

Ve svých aktivitách se Rada Evropy zaměřuje i na sociální oblast. Doporučení Rady Evropy zahrnuje Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti. Dále zahrnuje práva dětí žijících v ústavech a zásady právní ochrany dospělých nezpůsobilých osob. Směrnice Rady usilují o rovné zacházení v povolání a rovné zacházení pro lidi se zdravotním postižením (Valenta, 2018).

V roce 1971 vznikla Rada sester EU, která reprezentovala nezávislý evropský hlas této profese. (Kutnohorská, 2010). Plevová (2018) a Brykczyńska (2006) se shodují v názoru, že rozvojem a profesionalizací ošetrovatelské péče byly kladeny stále vyšší požadavky na sestry, které ji poskytovaly. Ošetrovatelská péče se rozlišuje na základní, specializovanou a vysoce specializovanou či specifickou, která zahrnuje širokou škálu rozmanitých činností, jež vyžadují různé stupně vzdělání. Změny v politickém a společenském životě přinesly změny v chápání sociální a zdravotní péče. Cílem transformace vzdělávání v oboru ošetrovatelství bylo přispění ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče, a tím pádem ke zlepšení úrovně zdraví (Plevová, 2018). Základní požadavky na odborný vzdělávací program v oboru ošetrovatelské péče musí respektovat aktuální směrnice Evropské unie a též být v souladu se současnými evropskými principy ošetrovatelské péče (Brykczyńska, 2006).

Z uvedeného textu je zřejmé, že Rada sester podporuje a chrání sestry v rámci EU. Rada Evropy vytvářela změny ve vzdělání sester, vytvářela směrnice pro jednotnou kvalifikaci. Evropská dohoda utvářela ošetrovatelskou regulaci.

3.1.3 Americké sdružení sester

Mezi profesionální mezinárodní organizace pro ošetrovatelství patří Americké sdružení sester (ANA). Tato organizace řeší společné úlohy, které by sestry nemohly vykonávat jednotlivě. Americké sdružení sester bylo založeno v roce 1896. Náplní organizace ANA bylo udržení vysokého standardu ošetrovatelské praxe, zlepšení úrovně vzdělávání a odborné kvalifikace sester, tak aby sestry mohly všem lidem poskytovat lepší ošetrovatelskou péči. Můžeme dodat, že ANA zastřešuje sdružení sester 50 států USA. V roce 1982 se organizace stala federálním sdružením sester jednotlivých států (Plevová, 2018).

Plevová (2018) dále poukazuje na nastavení norem ošetrovatelské praxe, vzdělávání a služeb. Organizace ANA sestavila etický kodex chování sester a zabezpečila systém ošetrovatelských oprávnění. Organizace prováděla iniciativu a ovlivňovala legislativu, vládní programy, národní a mezinárodní zdravotní politiku. Dále podporovala systematické studie, které následně vyhodnocovala a zároveň podporovala výzkumy v ošetrovatelství. ANA sloužila jako ústřední orgán pro sběr, analýzu a rozšiřování významných informací v oblasti ošetrovatelství (Plevová, 2018).

Z textu je zřejmé, že organizace zlepšovala a chránila ekonomickou situaci a všeobecné blaho sester. Zastřešovala národní a mezinárodní ošetrovatelství a poskytovala sestřím odborný růst. Poskytovala služby sdružení sester jednotlivých států a zabezpečovala kolektivní výměnné programy pro sestry. Převzala aktivní úlohu ochrany práv pacientů.

3.1.4 Mezinárodní aktivity světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace přijala v roce 1977 dvě základní rezoluce WHO30.43 a WHO30.48. V první historické rezoluci stálo: „*Hlavním sociálním cílem vlád a WHO v následujících desetiletích by mělo být, aby všichni občané světa dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život*“ (Salvage, 1993, s. 17).

První rezoluce zahrnovala formulaci základních cílů na další dvě desetiletí. Publikace *The third ten years of the World health organization* popisuje ve svých kapitolách globální politiku a socioekonomický kontext (World health organization, 2022).

Hlavním cílem bylo dosáhnout takové úrovně zdraví pro všechny obyvatele světa do roku 2000, která umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život. Dalším cílem bylo vyhlášení celosvětové strategie Zdraví pro všechny do roku 2000, která je základní myšlenkou podpory zdraví (Salvage, 1993).

Salvage (1993) uvádí, že druhá rezoluce WHO30.48 se věnovala významu zdravotních sester a pojetí všeobecných sester a porodních asistentek v primární péči 21. století. Druhá rezoluce WHO30.48 se obracela na členské státy, aby prostudovaly role a funkce sester a aby naplánovaly racionální zvýšení jejich počtu dle potřeb primární zdravotní péče v jednotlivých zemích. V souladu s evropskou politikou Zdraví pro všechny se měla praxe sestry zakládat na systému primární péče, čímž se sestra stala důležitým článkem ve zdravotnickém týmu (Salvage, 1993).

Významným počínem pro ošetrovatelství se stal Regionální výbor WHO/EURO, který v roce 1991 uskutečnil jednání, jehož výsledkem bylo přijetí programu Eurohealth. Janečková (2009) a Salvage (1993) se shodují, že Regionální výbor měl priority pro období 1995-2000 směřující k nové zdravotní politice, reformě zdravotní péče, péči o matku a dítě, infekčním a civilizačním onemocněním či k podpoře zdraví a k životnímu prostředí (Janečková, 2009).

Další aktivitou pro ošetřovatelství se stala Mezinárodní konference v Alma-Atě, která se uskutečnila v roce 1978. Jejím cílem bylo definovat základní zdravotní péči, která zahrnovala jeden z nejdůležitějších prostředků pro realizaci zdravotní politiky v oblasti péče o zdraví (Janečková, 2009). Účastníci konference Alma-Aty naléhali na opatření všech vlád a všech pracovníků ve zdravotnictví na ochranu a podporu zdraví všech lidí na světě. Ve světě existovala nerovnost ve zdravotnictví, zejména mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi. Vzhledem k výše uvedeným aspektům, které měly vliv na rozvoj ochrany a podpory zdraví, se nabízí otázka: Jaká opatření využívala konference na dosažení společného cíle? V rámci jednotlivých zemí, jak jsme již zmínili, byla politická, sociální a ekonomická nerovnost, a proto bylo ve společném zájmu všech zemí zlepšit zdravotní péči.

V 80. letech 20. století měla propagace a ochrana zdraví obyvatel zásadní význam pro trvalou ekonomickou a sociální situaci a přispěla k lepší kvalitě života a světovému míru. Rolí vlády každé země bylo a je nést odpovědnost za zdraví svých lidí, které lze dosáhnout pouze poskytnutím odpovídajících zdravotních i sociálních opatření (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Do popředí se dostává primární zdravotní péče a je vyčleněna jako priorita pro rozvoj, která měla být uznána pro skutečné zdravotní potřeby obyvatel ve smyslu podpory zdraví, zabraňování ohrožení zdraví či zajišťování dostupných zdrojů léčby onemocnění (Tóthová, 2019). Klíčem k dosažení cíle se stal program Zdraví populace do roku 2000, který měl umožnit obyvatelům vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče měla být poskytována co nejbližší jedincům, kteří jí právě potřebovali. Ošetřovatelská péče byla realizována jako péče primární, tedy v místě prvního kontaktu, a také jako péče komunitní, která se stala součástí komunitních služeb (Sikorová, 2012).

Nabízí se zmínit Ottawskou konferenci, která se konala v roce 1986 jako první mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví. Cílem konference byl plán vytvořit program Zdraví pro všechny do roku 2000. Veřejnost na celém světě se zapojovala do nového zdravotního hnutí. Posilování a rozvoj zdraví umožňoval obyvatelům rozšířit svůj podíl na ochraně a zlepšení svého zdraví, protože zdraví životní způsob směřuje k vytvoření dobré životní pohody (Čeledová, 2018). Výsledkem Ottawské konference podpory zdraví WHO byla Ottawská charta neboli deklaráce, která se stala základem rozvoje podpory zdraví. Základním posláním podpory zdraví bylo

pomoc obyvatelům usnadňující jim správnou volbu životního stylu, pomoc politikům usnadňující jim přijmout rozhodnutí, která vedou ke zdraví a posledním posláním bylo usilovat o růst zájmu lidí o zdraví a o rozšíření podílu veřejnosti na zdravotní péči (Kukla, 2016).

V službách se kladl důraz na sjednocení základní zdravotní péče v různých zemích, a tudíž na vytvoření standardní péče. Snahou bylo udržet rovnováhu ošetřovatelství mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi. Bylo důležité zajistit zdraví všech obyvatel. Primární péče zahrnovala také vzdělávání ohledně zdravotních problémů a způsobů jejich prevence a kontroly, a tím se stala neoddělitelnou součástí zdravotního systému (Heward-Mills, 2018).

Zodpovědnost za zdraví obyvatel mělo převzít více sektorů, nejen zdravotnictví. V pojetí základní zdravotní péče v roce 1978 bylo důležité vymezení rolí zdravotnických pracovníků, jako je role lékaře. Primární role lékaře znamenala diagnostiku a léčbu pacienta. Pro zdravotníky představovala primární péče velký posun, kdy docházelo k rozdělení kompetencí mezi sestry a lékaře. Pro sestru byla důležitá nejen ošetřovatelská péče, ale i péče preventivní (Janečková, 2009). Dle Jarošové (2007) se primární péče stala koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péčí, která byla a je poskytována sestrami, jak na úrovni prvního kontaktu člověka se zdravotnickým systémem, tak i na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Ošetřovatelská péče začala být poskytována co nejbliže sociálnímu prostředí klienta a sestry respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (Jarošová, 2007). Každý lékař i další zdravotničtí pracovníci by měli chápat a respektovat širší okolnosti zdraví či nemoci. Své znalosti by měli účinně využívat k ochraně a zlepšování zdraví obyvatel (Čeledová, 2018). Z textu je zřejmé, že vývoj v ošetřovatelství zaznamenala rezoluce WHO, která zformulovala základní cíle. Jedním z cílů bylo dosáhnout úrovně zdraví pro všechny obyvatele světa a vést společenský a ekonomický produktivní život. Další cíl rezoluce zahrnoval význam sester v primární péči. Konference Alma-Ata vyzdvihla zdravotnictví na ochranu a podporu zdraví obyvatel. Ottawská deklarace se stala základem pro podporu zdraví a šířila podíl veřejnosti na zdravotní péči. Primární péče se stala prioritou jako celková zdravotně-sociální péče.

V roce 1981 na 34. světovém zdravotnickém shromáždění byl Světovou zdravotnickou organizací přijat dokument Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000. Ivanová

(2005) a Global Strategy for Health for All by the Year 2000 (1981) se shodují, že pro evropský region byly schváleny hlavní oblasti programu, a to životní způsob a zdraví, rizikové faktory, změny ve zdravotní péči a také získání politické, organizační a technologické podpory pro realizaci změn. Program byl zpracován v roce 1984 do 38 regionálních cílů pro Evropu, ve kterých byla obsažena celá zdravotní taktika i náplň globální strategie pro zdraví (Ivanová, 2005). Velký počet zemí i regionů vytvořil národní strategie a všechny regiony vypracovaly regionální strategie, které mají neocenitelný základ pro dosažení cíle Zdraví pro všechny do roku 2000 (Global Strategy for Health for All by the Year 2000, 1981).

Dále Ivanová (2005) uvádí, že dosažením cíle Zdraví pro všechny do roku 2000 byla nutná individuální a kolektivní národní zodpovědnost za zdraví obyvatelstva. Byly vydány jednotlivé metodické dokumenty se zaměřením na kontrolu jednotlivých výsledků programů, řízení rozvoje zdraví či princip hodnocení zdravotních programů. Na základě této metodiky byly zdravotnické profese ze strany ministerstva zdravotnictví a dalších vládních nebo jiných institucí připraveny na kvalitní ošetrovatelskou péči. Nutno upozornit, že tato filozofie vycházela z deklaráce v Almě-Atě (Ivanová, 2005).

Díky uvedeným aktivitám došlo k zaměření pozornosti z nemoci na podporu zdraví. Zodpovědnost v péči o zdraví byla přenesena na lidi samotné, dále na sestry v primární péči a na komunitní péči se zachováním autonomie.

Na rozvoji ošetrovatelství se podílel i Evropský regionální výbor, který v roce 1984 schválil 38 regionálních cílů v oblasti zdraví, seskupených do čtyř hlavních skupin. Například zajištění rovnosti ve zdraví, prodloužení délky života, zlepšení zdravotního stavu obyvatel a zvýšení kvality života. World Health Organization (1998) uvádí, že při dosahování hlavních cílů programu, jako je životní způsob a zdraví, rizikové faktory, změny v soustavě zdravotní péče a získání politické, organizační a technologické podpory pro realizaci změn v ošetrovatelství, bylo navrženo sledování globálních indikátorů. Světová zdravotnická organizace se snaží zajistit rovnost ve zdraví, zlepšit kvalitu života, zlepšit průměrné délky zdraví a zkrátit střední délky života (World Health Organization, 1998).

V západní Evropě nastala změna systému zdravotní péče. Poprvé v historii EU došlo k přijetí společných zásad zdravotní politiky a bylo přijato několik kritérií. Kritéria zahrnovala hodnocení zdravotní situace, hodnocení společenských zásad při řešení

zdravotních problémů a rozvoj systematické spolupráce. V souvislosti s textem se nabízí otázka: Co se stalo výzvou pro zdravotníky? Výzva pro jednotlivce, zdravotníky, ale i pro politiky a další resorty péče o zdraví měla dlouhodobý časový horizont. Výzvou Evropského regionálního výboru bylo usilování například o zlepšení zdraví, zlepšení životního stylu, životního prostředí či nalezení_vhodné péče o zdraví (Janečková, 2009). Salvage (1993) uvádí, že byla započata nová éra zdravotního vývoje. Členské státy se dohodly na intenzivnějším úsilí o zlepšení zdraví a na tom, že si své poznatky a pokroky v duchu mezinárodní solidarity budou vyměňovat s jinými zeměmi v rámci WHO (Salvage, 1993). V těchto cílech byla zahrnuta celá zdravotní taktika a náplň globální strategie pro zdraví (Ivanová, 2005).

Je zřejmé, že evropský regionální výbor měl význam politický, docházelo ke zlepšení zdravotní politiky, a dále měl význam systematický v tom, že sdružoval nejčastější onemocnění a na základě těchto informací se upravovala preventivní i ošetrovatelská péče.

Další mezinárodní aktivitou, která ovlivnila ošetrovatelství, konkrétně měla za následek změny v sesterské profesi, byla I. evropská konference o ošetrovatelství pod záštitou WHO (Špirudová, 2015). V roce 1988 se ve Vídni konala konference, která podpořila změny

ve vzdělávání kvalifikovaných sester. O rok později, na 42. světovém zdravotnickém shromáždění, byla v roce 1989 vydána rezoluce O posílení ošetrovatelství a porodní asistenci. Jaký vliv měla rezoluce na členské státy? Rezoluce podporovala a podněcovala členské státy, pokud jde o jmenování sester a porodních asistentek do řídicích funkcí, čímž se zabývala i nová koncepce profesionálního ošetrovatelství. Špirudová (2015) dále uvádí, že nová role sestry spočívala v tom, že sestra měla působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních i národních služeb. Dále rezoluce podporovala jednotlivce, rodiny či komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o zdraví. Pro sestry rezoluce definovala nezbytnost poskytování jasných a správných informací o rozličných typech chování lidí, o výhodách a nákladech konkrétní ošetrovatelské péče (Špirudová, 2015).

Komise Evropského společenství doporučila v roce 1989, aby sestry byly v 21. století vzdělávány na vysokoškolské úrovni (Stasková, 2019). Byla zdůrazněna

úloha ošetrovatelské péče v primární zdravotnické péči, bylo akcentováno, že se inovované zdravotnické služby mají více zaměřovat na zdraví než na nemoc.

Byla podporována primární zdravotní péče u všech vzdělávacích programů pro sestry a rozšíření jejich dalšího vzdělávání. Státy přijaly změny nařízení a právní předpisy, které mají usnadnit zapojení sester do všech aspektů primárního zdraví. Státy měly poskytnout nezbytný dohled a podporu sestřím, zejména těm v okrajových oblastech, aby jim bylo umožněno účinně přispívat k propagaci a ochraně zdraví, zejména zdraví nejzranitelnějších skupin obyvatel (Resolution of the world health assembly, 1989).

Z textu je zřejmé, že se zlepšila vstřícnost zdravotnických zařízení díky akceptování patientských práv, otevření se veřejnosti, a hlavně se začaly řešit bezbariérové úpravy. Změna nastala i u sester, které začaly být důležitou součástí zdravotnického týmu, postupně se stávaly partnerkou lékaře a rozšiřovaly se jim kompetence v oblasti ošetrovatelské péče a rozhodování.

Tyto aktivity umožnily sestřím přehodnotit svoji roli, vzdělávání a praxi a upevnily tím postavení ošetrovatelství jako síly napomáhající k dosažení 38 regionálních cílů. Díky těmto aktivitám postupně docházelo k vytváření managementu v ošetrovatelství.

Nutno upozornit, že ve 20. století dochází na mezinárodní úrovni ke sjednocení metodických dokumentů, které stanovují záměry a priority v oblasti zdravotnictví. Díky metodice dostalo ošetrovatelství určitý řád a došlo ke změnám ve vzdělávání zdravotníků. Mezinárodní dokument, ze kterého metodicky vycházela koncepce zdravotní péče, byl přijat Světovou zdravotnickou organizací na 51. světovém shromáždění v květnu 1998. Tato deklarace zněla „*My, státy WHO, potvrzujeme věrnost principům deklarovaným v Ústavě a tomu, že výsada nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého lidského jedince: aby toto bylo dosaženo, přiznáváme každému člověku důstojnost, jeho hodnotu a stejná práva a povinnosti a společnou odpovědnost za zdraví*“ (Ivanová, 2005 s. 88).

Z deklarace plyne, že každý má právo na nejvyšší úroveň vlastního zdraví, za něj sám nese zodpovědnost, a každý by se tak měl podílet na udržení zdraví celé populace.

Mezinárodní aktivity ošetrovatelství ovlivnilo 51. světové zdravotnické shromáždění, které se uskutečnilo v Ženevě v květnu 1998, kde byla přijata nová strategie, a to Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století (Healthforall in the 21st century). Strategie

znamena pro obyvatelstvo rozšíření programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Jak uvádí Čevela, jednalo se o intenzivní spolupráci Evropské komise a Světové zdravotnické organizace (Čevela, 2009). Na tomto shromáždění se členské státy WHO usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Ministerstvo zdravotnictví (2022) a Ivanová (2005) se shodují, že zdraví, jak uvedeno v deklaraci, bylo stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování bylo vytyčeno jako hlavní cíl sociálního a hospodářského vývoje. Pro uskutečňování této zásady bylo žádoucí dodržovat spravedlivost, solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám, které byly založené na vědeckých poznacích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Hlavními cíli byla ochrana a rozvoj zdraví obyvatel po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Z tohoto důvodu státy WHO potvrzovaly věrnost principům deklarovaným v Ústavě a tomu, že výsada nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví byla jedním ze základních práv všech obyvatel. Aby toho bylo dosaženo, je přiznána každému člověku důstojnost, hodnota a stejná práva a povinnosti i společná odpovědnost za zdraví. Světová zdravotnická organizace přiznala a považovala právo na zdraví za jedno z nejzákladnějších práv člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, hospodářského či sociálního postavení (Ivanová, 2005).

3.1.5 Koncepce ošetřovatelství v evropských zemích

Ve vztahu k Organizaci spojených národů, WHO, směrnici Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizaci práce, Mezinárodní radě sester a Mezinárodní radě porodních asistentek se nabízí zmínit koncepci ošetřovatelství v České republice z roku 1998, která respektovala zásady výše uvedených organizací.

Nabízí se otázka: Jak ovlivnila koncepce ve 20. století ošetřovatelství? Mezinárodní aktivity ovlivnily vznik koncepce ošetřovatelství v České republice r. 1998. Jejich koncepce měly cíle, které byly zaměřené na zdraví nebo na nemoc. Cílem zaměřeným na zdraví bylo pomáhat jednotlivci, rodině či skupinám nebo komunitám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekonomickým prostředím. Koncepce byla rovněž zaměřená na podporu jejich pozitivního zdraví, čímž byla myšlena podpora člověka jako aktivního účastníka ošetřovatelské péče o vlastní zdraví (Plevová, 2018). Špaček (2020) uvádí, že koncepce

kladla důraz na náročnější a samostatnější práci sester. Zdůrazňovala nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu, který byl řádně veden v zdravotnické dokumentaci, jako základním metodickým postupem sester při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím (Špaček, 2020).

Plevová (2018) uvádí, že koncepce otevřela cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelských standardů, které stanovily kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Pacient byl tímto směrem vzdělán, byl poučen, a hlavně byl ochoten o své zdraví pečovat. Vyzdvihl se tím lidský potenciál v péči o sebe sama a provádění prevence onemocnění (Plevová, 2018). Cíle koncepce, které byly zaměřené na nemoc, zahrnovaly snižování negativních vlivů onemocnění na celkový stav člověka, to znamenalo předcházení komplikacím. Dále nacházely a uspokojovaly potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a lidí nevyлéčitelně nemocných. V kontextu mezinárodních programů Světové zdravotnické organizace se vymezilo, jak pomoci lidem při určování a dosahování vlastního potenciálu v rámci životních a pracovních podmínek. Tím se otevírá možnost k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování i hodnocení (Špaček, 2020).

Koncepce v Polsku byl mnohem pozdější vývoj v ošetrovatelství oproti Velké Británii, Spojeným státům nebo Německu. Polsko čelilo obtížným podmínkám. Po dvacetiletém období vývoje mezi lety 1918-1939 se během války vývoj téměř zastavil. Ošetrovatelství se začalo intenzivněji rozvíjet až v šedesátých letech. Na přelomu 21. století došlo k rozsáhlému profesnímu rozvoji a možnostem školení sester. Tato změna byla způsobena politickými, sociálními a ekonomickými otázkami, rovněž tak i požadavky na zdravotní péči a rozvojem vědy, medicíny, zrodem humanitarismu, růstem feministického hnutí, neboli Evropskou dohodou o výuce a vzdělávání sester (Majda, 2015). Zaoralová, et. al., (2015) uvádí, že sestry v Polsku měly na výběr studovat v některé z pěti ošetrovatelských škol. Na rozdíl od Československé republiky, kde byla stále jen jedna ošetrovatelská škola. Studium trvalo 28 měsíců, a do osnov byly začleněny jak teoretické přednášky, tak i praktická cvičení pod vedením kvalifikovaných diplomovaných sester. Polský Červený kříž vedl administrativu ošetrovatelských škol. Pořádal doplňovací kurzy pro nižší personál, vedoucí sestry v nemocnicích i diplomované sestry v oblasti sociální péče. V Polsku byla pro budoucí vývoj ošetrovatelské profese důležitá podpora hlavních zdravotních a sociálních úřadů

a širší veřejnosti (Zaoralová, et. al., 2015). Ke změně ošetrovatelství v Polsku přispěla i Evropská strategie WHO pro ošetrovatelství a porodní asistenci, činnost Evropské Unie, Mezinárodní rady sester, amerického a polského červeného kříže, Rockefellerovy nadace, Polské asociace sester a profesionální samosprávný orgán. Transformaci ošetrovatelství v samostatnou profesi podpořili lékaři, kteří se zabývali touto problematikou (Majda, 2015).

Sestry se posunuly na profesionální úroveň svou aktivní prací v sesterských organizacích společně s lékaři. Dále z textu vyplívá, že koncepce kladla důraz na náročnější a samostatnější práci sester, řádně vedly zdravotnickou dokumentaci. V Polsku nastal vývoj koncepce ošetrovatelství později, která se pak věnovala profesnímu rozvoji sester a získávala podporu zdravotních a sociálních úřadů.

3.1.6 Vysokoškolské vzdělávání

Vývojem ošetrovatelství se postupně měnilo i vzdělávání sester. Na vysokoškolské vzdělávání byl kladen důraz více než během minulých let. S rozvojem ošetrovatelství ve 20. století byla potřeba, aby se sestry vzdělávaly na vyšší úrovni. Podstatnou roli pro vzdělávání měla Sorbonnská deklaráce, která se zaměřila na vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání (EHEA). Před Sorbonnskou deklarácí se v ošetrovatelství vysokoškolské systémy lišily a každý stát měl jinou představu v otázkách vysokoškolského vzdělání (Průcha, 2012). Dle Průchy (2014) evropský prostor vysokoškolského vzdělávání vytvořil možnost mobility studentů a akademiků a uznávání zahraničního akademického vzdělávání a kvalifikace. Sorbonnskou deklaráci v roce 1998 podepsali čtyři ministři školství z Francie, Itálie, Velké Británie a Německa. Ministři školství těchto významných evropských zemí, jejichž vysokoškolské systémy se výrazně lišily, se přesto dokázali shodnout na zcela konkrétních zásadách a cílech. Ministři společně vytvořili reformy vysokoškolských systémů ve všech evropských zemích (Průcha, 2014).

V návaznosti na text se nabízí otázka: Jak vysokoškolské vzdělání změnilo sestřím práci?

Díky reformám nastalo období zásadních změn ve vzdělávání a práci. Vznikla možnost růstu profesní kariéry a možnost celoživotního vzdělávání. Studentům umožnila poskytnout nejlepší příležitosti k hledání své profese. Otevřený evropský prostor pro vysokoškolské vzdělávání přinášelo pozitivní perspektivy, ale také velké úsilí

při odstraňování překážek a vytváření rámce pro výuku, což posílilo mobilitu a užší spolupráci (Sorbonne Joint Declaration, 1998).

Po podepsání Sorbonnské deklarace byla o rok později v roce 1999 přijata Boloňská deklarace. Boloňský proces se netýkal pouze všeobecných sester, proces zavedl systém kreditů jako ECTS (The European Credit and Accumulation System). Ve většině studijních programů došlo k zavedení třístupňové struktury studia, a to bakalářské, magisterské a doktorské (Slavík, 2012). Vysokoškolské pregraduální a postgraduální cykly byly uznávané a rovnocenné na mezinárodní úrovni. Studenti z vysokých škol měli přístup k rozmanitosti programů, mohli se věnovat se multidisciplinárnímu studiu, rozšiřovat si znalosti v cizích jazycích a byli schopni používat informační technologie. V postgraduálním cyklu je možnost volby mezi kratším magisterským studiem a delším doktorským. V těchto stupních byl kladen důraz na výzkum a samostatnou práci. Důležité také je, proč studenti v těchto cyklech byli vedeni k absolvování alespoň jednoho semestru na univerzitách v zahraničí. Řada zemí začala podporovat vývoj ve vzdělávání. Vzhledem k možnostem vysokoškolského vzdělávání v evropských zemích začalo v EU existovat vzájemné uznávání vysokoškolských titulů pro profesionální účely prostřednictvím využití příslušných směrnic Evropské unie (Sorbonne Joint Declaration, 1998). Dále Slavík (2012) uvádí, že státy se podílely na rozvoji mezinárodní a evropské spolupráce, jako podstatný rozměr svých činností podporují společné projekty v zahraničí, vzájemné uznání studia a diplomů a také výměnu akademických pracovníků a studentů (Slavík, 2012).

Z uvedeného textu je zřejmé, že dochází k rozdělení kompetencí podle dosaženého vzdělání, nastává i regulace povolání sester. Sestry by měly rozumět hodnotám lidí, kterým slouží, a chápat rozdílné postoje jednotlivých lidí ke zdraví. Při péči o nemocné by měly být akceptovány pacientovy potřeby, názory na zdraví, kultura, spolupráce s rodinnými příslušníky. Lidé by měli mít dostatek informací o zdraví a nemoci a podílet se na své péči, kterou mohou ovlivňovat. Ošetřovatelství se rozvíjelo i v rámci materiální stránky, rozvoj nastával i v ošetřovatelských procesech.

3.2 České ošetřovatelství ve 20. století

V Českém ošetřovatelství se nabízí zmínit o vzdělávání sester, protože začátkem 20. století bylo na našem území málo kvalifikovaných ošetřovatelek. Nabízí se otázka: Ovlivnily vzdělané sestry ošetřovatelství? O nemocné se převážně staraly ženy

bez odborné kvalifikace. Začaly se zřizovat laické ošetrovatelské školy, které byly při větších nemocnicích. Osobností této doby byla Františka Fajfrová, která se angažovala v emancipačním hnutí žen a ošetrovatelské problematice. Byla jednatelkou Spolku pro povznesení stavu a snažila se podpořit vznik české ošetrovatelské školy v Praze při Všeobecné nemocnici (Dingová, 2018). Fajfrová sice nebyla ošetrovatelkou ani lékařkou, ale měla velký zájem o ošetrovatelství. Připravovala otevření české ošetrovatelské školy, která byla založena v roce 1916. Poté se Fajfrová doškolila v ošetrovatelství, a práci sester tak rozuměla. Byla si vědoma, že je zapotřebí vzdělaných a zkušených sester. Vypravila se proto do Vídně, kde získávala zkušenosti, které předávala ostatním. (Staňková, 2001).

Cílem spolku bylo vzdělávání žen pro ošetrování nemocných. Vznik Československé republiky znamenal zcela novou kvalitativní změnu společenského života. V roce 1918 byl v parlamentu projednáván široký okruh návrhů, které se týkaly vzdělávání a výchovy dívek. Zejména poslankyně si uvědomovaly souvislost mezi úrovní vzdělávání žen a jejich emancipací (Kutnohorská, 2010). Vzdělané sestry získávaly více zkušeností a informací o ošetrovatelské péči. Tím sestry poskytovaly nemocným lepší ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelství se postupně rozvíjelo v nové mezinárodní politické situaci, kterou charakterizovalo nebezpečí nové světové války, a sestry potřebovaly dostupné ošetrovatelské vzdělávání. V roce 1925 vznikla škola na Slovensku. Na jejím otevření měly zásluhu spisovatelka Elena Maróthy Šoltéssová a Alice Masaryková, která pomohla v rozvoji sociální péče (Kutnohorská, 2010). Alice Masaryková byla jednou z prvních žen, která studovala vysokou školu. Nastoupila na lékařskou fakultu, kde nebyla spokojená, a proto přešla na filozofickou fakultu. Na této fakultě se věnovala historii a filozofii. Po studiích Alice Masaryková založila vyšší školu pro sociální péči v Praze v Holešovicích, která byla později přejmenovaná na Vyšší školu sociálního zabezpečení. V této škole bylo studium na dva roky, Alice Masaryková na ní dokonce učila (Mlýnková, 2010). Především mezinárodní aktivity Červeného kříže ovlivnily práci Alici Masarykové, která v roce 1919 založila Československý červený kříž a následujících 20 let v něm působila jako předsedkyně (Plevová et al., 2018). Nutno zmínit, že s Alicí Masarykovou podporoval práci Československého červeného kříže i prezident T. G. Masaryk a s jeho pomocí rozvíjeli sociální a ošetrovatelskou péči. Spolupracovali s americkým a britským Červeným křížem a hledali pomoc při řešení

sociálních podmínek v Československé republice a hlavně na Slovensku. Kvůli politické situaci Alice Masaryková nemohla zůstat ve své zemi a v roce 1938 se vzdala funkce předsedkyně Červeného kříže a odjela do ciziny (Mlýnková, 2010).

V zahraničí dále pracovala ve prospěch naší republiky a ČSČK (Mlýnková, 2010). Alice Masaryková přenesla z USA do Československé republiky nové pohledy na ošetřovatelství a přivedla do České školy pro ošetřování nemocných lidí americké vzdělané sestry v čele s M. G. Parsons, které školu dobře vybavily a rozšířily v ní osnovy výuky (Kutnohorská, 2010).

Aktivity Alice Masarykové vedly k založení Československého Červeného kříže. Alice Masaryková se jako jeho předsedkyně zásadně zasadila o rozvoj vzdělávání v ošetřovatelství, zejména díky spolupráci ČSČK a mezinárodního Červeného kříže. Prostřednictvím ČSČK byly vysílány diplomované sestry na studia do zahraničí, zvláště do Londýna. Neméně cenné pro české ošetřovatelství byly mravní zásady, které Alice Masaryková kladla při své činnosti.

Červený kříž, jako jedna z mezinárodních aktivit mezi dvěma světovými válkami, nahrazoval nedostatky státní zdravotní správy a doplňoval ji. Členové Červeného kříže budovali zdravotní ústavy a dětské prázdninové osady, jesle, ambulance, zřizovali porady pro matky atd. Organizovali dopravní zdravotní službu, posílali nemocné do ústavů a také pomáhali při živelných pohromách a rozvíjeli zdravotnickou osvětu (Kutnohorská, 2010).

Avšak v roce 1940 gestapo obsadilo budovu ČSČK a zničilo jejich majetek. Mnoho členů bylo na celém našem území zatčeno (Mlýnková, 2010). Členové, kteří zůstali na svobodě, se nadále zapojovali do odbojové činnosti, pomáhali v místech, kde byly zničeny budovy, a zachraňovali vězně z transportů. Za podpory ČSČK byla v Moravskoslezské oblasti v roce 1937 otevřena ošetřovatelská škola v Ostravě (Kutnohorská, 2010). Z textu je zřejmé, že zakládáním ošetřovatelských škol, tím se rozvíjela sociální a ošetřovatelská péče. Prostřednictvím Červeného kříže sestry měly možnost studia v zahraničí.

Další velký vliv na rozvoj ošetřovatelství na našem území měly především americké sestry. Na jejich popud absolventky České zemské školy pro ošetřování nemocných založily Spolek absolventek školy ošetřovatelské (Kutnohorská, 2010). Spolek

spolupracoval se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1928 byl přejmenován na Spolek diplomovaných sester. Aktivita spolku se zaměřovala na postupné zvyšování prestiže ošetrovatelského povolání. Spolek organizoval přednášky, pokračovací kurzy a byl nápomocen zakládat další ošetrovatelské školy (Kelnarová, 2015). Z návaznosti textu se nabízí otázka: Jaký vliv měl Spolek diplomovaných sester na ošetrovatelství?

Spolek se snažil vzbudit zájem sester a usilovat o jejich odborný růst pořádáním přednášek a kurzů (Kutnohorská, 2010). Ve spolku diplomovaných sester byly definovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče, a to úkol ošetrovatelský, sociální a lidovýchovný. Tím byla nastíněna náplň práce sestry včetně jejího postavení mezi rodinou a sociálně zdravotními institucemi, úřady i školami (Jarošová, 2007). Dále se Spolek se snažil o uveřejnění článků v odborných časopisech. Spolek diplomovaných sester zorganizoval tři sjezdy (Kutnohorská, 2010).

První sjezd SDS v Československé republice se konal v roce 1927. V té době diplomované sestry zastupovaly všechny ročníky ošetrovatelské školy. V rezoluci sjezdu byl dán podnět na založení Svazu sester Československé republiky a dále zde byl vysloven požadavek pořádání pravidelných konferencí, které se měly konat alespoň jednou za dva roky. Druhý sjezd SDS se konal v roce 1931, tentokrát byl organizátorem SDS. Na sjezdu byl vysloven požadavek na další vzdělávání sester, aby sestry byly seznámeny s novými vědeckými poznatky. SDS samozřejmě usiloval o vyšší počty diplomovaných sester a o otevření dalších ošetrovatelských škol. Sestry se zmiňovaly o potřebě dalšího vzdělávání ve speciálních úsecích, jako je dietetika, rentgen, radioterapie, nervové, duševní a jiné choroby, jednaly o pracovních a sociálních otázkách, o koordinaci jejich práce se sociálními pracovníci. Poslední, třetí sjezd SDS se konal v roce 1936, kdy bylo na pořadu důležité jednání o rozšíření vzdělání sester. Tento sjezd zdůraznil několik požadavků, a to vybudovat další ošetrovatelské školy a vzdělání rozšířit na tři roky, dále akcentovat spolupůsobnost na úpravách osnov ošetrovatelských škol, systematizovat místa DS (diplomovaných sester), také zřídit postavení představených a vrchních sester ve všech ústavech a veřejných nemocnicích. Sjezd SDS lpěl na rozšíření specializačních kurzů a požadoval zřízení ošetrovatelského referátu na ministerstvu zdravotnictví (Kutnohorská, 2010). Klíčovým se stal rok 1933, kdy Mezinárodní organizace sester přijala Spolek diplomovaných sester (Kelnarová, 2009).

Sestrám se tak otevřel prostor pro usilování o povznesení ošetrovatelského stavu, možnost hájit zájmy svých členů po stránce etické, sociální či hospodářské a dosáhnout vyšší odborné úrovně, přičemž se nabízela změna pohledu sester na ošetrovatelskou péči jako na samostatný obor (České profesní organizace sester, 2022). V roce 1937 spolek vlastnil svůj časopis Diplomovaná sestra. Časopis vycházel do roku 1941, kdy byl spolek rozpuštěn, a tím zanikl i časopis. Během 2. světové války se členové spolku scházeli a připravovali se pro poválečné období, a především připravovali reformu ošetrovatelství a vzdělávání sester (Kutnohorská, 2010).

Spolek přispěl k rozvoji ošetrovatelství v České republice založením registračního systému diplomovaných sester, sestry obdržely legitimaci s evidenčním číslem, pod níž byly ve spolku evidovány. Dále byly zavedeny záznamy o jejich vzdělání a odbornosti. Po únoru 1948 byl vývoj ošetrovatelství poznamenán tím, že všechny významné osobnosti byly odvolány ze svých funkcí. Spolek diplomovaných sester se sjednotil s Revolučním odborovým hnutím a ztratil nárok na členství v Mezinárodní organizaci sester (Kutnohorská, 2010). Tím došlo k pozastavení rozvoje ošetrovatelství, vysokoškolsky vzdělané sestry nemohly studovat v zahraničí, nemohly předávat své zkušenosti ostatním kolegyním z jiných zemí (Kutnohorská, 2010). V návaznosti textu je zřejmé, že Spolek diplomovaných sester vyzdvihl roli sester veřejnosti. Pořádaly se pravidelné konference, zveřejňovaly se články odborných časopisech a mohly si sestry předávat nové zkušenosti mezi sebou.

Do dalšího rozvoje československého ošetrovatelství se zapsaly také německé ošetrovatelské školy, na Slovensku v Košicích, ve Znojmě a v Ústí nad Labem. Do roku 1939 vznikla státní ošetrovatelská škola v Brně. (Kutnohorská, 2010). V témže roce byla potřeba ošetrovatelek tak naléhavá, že ministerstvo sociální a zdravotní správy dalo souhlas k otevření civilní české ošetrovatelské školy. V tomto roce došlo k otevření dalších tří ošetrovatelských škol v Praze, Kroměříži a Olomouci. V Praze 1946 byla otevřena i Vyšší ošetrovatelská škola, která připravovala sestry-učitelky pro ošetrovatelské školy, vrchní sestry a sestry pro terénní péči. Tento vývoj základního vzdělávání sester byl po socialistické revoluci zastaven. Československá republika v roce 1948 kompletně přejala vzdělávací systém ze Sovětského svazu. Rodinné, sociální a ošetrovatelské školy byly přejmenovány na střední zdravotnické školy (Plevová, 2008). České ošetrovatelství se i nadále rozvíjelo pomocí Československého červeného kříže (ČSČK) (Kutnohorská, 2010).

Po 2. světové válce pokračoval ČSČK v duchu tradic první republiky. Obnovil přípravu ošetřovatelek a dopravní zdravotní službu. Byla obnovena tradice mírových slavností Červeného kříže. V Československu byla organizace velmi populární a byla jednou z nejsilnějších ve světovém měřítku (Kutnohorská, 2010). Organizace ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách zajišťovala ošetřovatelskou péči prostřednictvím nově vzniklého Ústavu národního zdraví. Dle zákona 103/1951 Sb. se odpovědným za poskytování domácí péče stal tento segment zdravotní péče. Ke změně pak došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy začaly vznikat agentury domácí péče (Jarošová, 2007).

Domácí péče byla definována i organizací WHO jako forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech, k níž patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb. Domácí péče má své cíle, má pomáhat jednotlivci či jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody. Dále je cílem zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu své rodiny ve svém domácím prostředí a zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí. K dalším cílům patří udržovat a zvyšovat soběstačnost nemocného v běžných denních činnostech, edukovat klienta i jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví a samozřejmě i zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav nemocného i rodiny. Základem domácí péče je, když nemocný spolu se svou rodinou vykonávají aktivní péči svépomocí, s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů klienta.

Další milník v oblasti vzdělávání v ošetřovatelství lze zaznamenat v roce 1960, kdy vznikl Institut pro vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (Plevová, 2008). Instituty v Bratislavě a v Brně se zaměřily na specializační studium sester, které mělo za cíl větší rozvoj profesní a specializační přípravy (Zelinka, 2014). Tento krok měl velký význam pro další praxi sester. Se zvyšující se profesní osvětou sester narůstaly nároky na pedagogickou činnost. Na to, aby se mohly sestry speciálně vzdělávat, bylo zapotřebí mít i vzdělané a kvalitní pedagogy. V tomtéž roce 1960 se v Praze na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy otevřelo vysokoškolské magisterské studium sester (Plevová, 2008).

Filozofická fakulta otevřela obor pro sestry Pedagogika – péče o nemocné. Studium bylo určeno především pro vzdělávání budoucích učitelek středních zdravotnických škol, ale

i pro hlavní sestry v nemocnicích a kvalifikované ošetřovatelky v jiných zdravotnických zařízeních (Stasková, 2019). Díky tomuto oboru se zvýšila úroveň pedagogů, vzdělaných sester, a tím byla ovlivněna kvalita ošetřovatelské péče o nemocné. Z textu vyplývá, že sestry si mohly zvyšovat vzdělání na profesní a specializační úrovni. Tím se ošetřovatelství vyzdvihlo díky vzdělaným sestřám a kvalitním pedagogům.

3.2.1 Česká účast v Mezinárodní organizaci sester

Vrátíme-li se zpět k Mezinárodní organizaci sester, která sdružovala různé organizace sester, tak i české sestry byly členy v mezinárodních organizacích. Mimo jiné mělo členství v ICN velký význam pro české ošetřovatelství. Československá republika byla přijata do ICN prostřednictvím Spolku diplomovaných sester v roce 1933 na mezinárodním kongresu sester-ošetřovatelek v Paříži. ICN žádala, aby všechny začleněné sesterské organizace byly organizacemi nepolitickými, celostátními, správnými a aby zastupovaly co nejvyšší úroveň ošetřovatelského stavu a usilovaly o minimálně tříleté vzdělání. Členství v ICN bylo pro Diplomované sestry velkou ctí a závazkem. Následkem 2. světové války byla činnost spolku ukončena a až v roce 1947 byla na krátkou dobu obnovena, a ošetřovatelství se tak mohlo znovu rozvíjet (Plevová, 2018). V návaznosti na text se nabízí otázka: Jak Československá společnost sester ovlivnila ošetřovatelství? V roce 1968 se naskytla možnost k vytvoření Československé společnosti sester, která sice nemohla samostatně vykonávat své činnosti, ale mohla se stát jednou z odborných společností sdružených v Československé lékařské společnosti, a tím získala autonomii jako jiné odborné lékařské společnosti. Pro ošetřovatelství to znamenalo velký pokrok a naději pro budoucnost (Plevová, 2018). V roce 1973 se podařilo představitelkám Československé společnosti sester založit samostatnou ČSS a začaly aktivním způsobem pracovat, čímž se navázalo na tradici Spolku diplomovaných sester (Kutnohorská, 2010). Vznikala řada hodnotných výzkumných prací a během několika let došlo v českém ošetřovatelství k řadě změn. Tyto změny navazovaly na všechny dobré tradice a stále více českých sester mělo možnost pracovat v zahraničí a své zkušenosti pak mohly importovat do ošetřovatelství v ČSSR. Sestry měly příležitost se vzdělávat na univerzitách v bakalářském a magisterském studiu ošetřovatelství (Plevová, 2018).

Československá společnost sester byla znovu přijata do ICN v roce 1982 (Kutnohorská, 2010). Pro sestry bylo přijetí do ICN pozitivní, členství přineslo větší možnost

zahraničních kontaktů, jedenkrát za rok organizovaly společnou konferenci. Dále mohla ČSS vyvíjet velkou aktivitu v oblasti odborného růstu sester. Bylo podporováno vysokoškolské vzdělávání a sestry mohly pořádat celostátní konference na aktuální témata ošetrovatelství (České profesní organizace sester, 2022). Z daného textu je zřejmé, že Československá společnost sester získala autonomii odborné lékařské společnosti. V českém ošetrovatelství docházelo k řadě změn, tím, že sestry měly možnost se vzdělávat na univerzitách, mohly pořádat celostátní konference na aktuální témata ošetrovatelství.

Především etický kodex ICN měl velký vliv na českou ošetrovatelskou praxi. Etický kodex sester vypracovalo ICN a zveřejnilo v roce 1953. Kodex se stal základním mezníkem ve vývoji profese sester. I přesto, že byl několikrát novelizován, v úvodu kodexu je uvedeno: „*Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti*“ (Kutnohorská, 2010, s. 154).

S ošetrovatelskou a zdravotní péčí je spjat respekt k lidskému životu, důstojnosti a lidským právům. Důležité je poznamenat, že etický kodex českých sester vychází z principů kodexu ICN. Důraz etického kodexu je kladen na vzdělávání sester. Dle tohoto kodexu je sestra odpovědna za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši kontinuálním studiem (ČAS, 2017). V českých zemích v roce 1991 vznikly dva návrhy národní verze etického kodexu sester. Jeden návrh vychází z iniciativní skupiny České asociace sester, který je signován Růžnou Wagnerovou a jejími spolupracovnicemi. Druhý návrh byl zhotoven účastnicemi vzorového kurzu v problematice vzdělávání a ošetrovatelství. Tento druhý návrh byl zpracováván pod patronací organizace Hope v Modré u Bratislavy. Oba návrhy respektují požadavky ICN, jakož i jejich společenské podmínky (Kutnohorská, 2010).

3.2.2 České zapojení v Evropské asociaci sesterských asociací

Nabízí se zmínit organizaci, která byla velmi důležitá pro rozvoj českých sester, která se nazývala Evropská asociace sesterských asociací (European Federation of Nurses Associations). Evropská asociace sesterských asociací vznikla v roce 1971 a zastupovalo ji přes milion evropských sester (Kutnohorská, 2010). Evropská federace sester měla sídlo v Bruselu (Belgie). Nabízí se otázka: Jak tato organizace měla vliv na ošetrovatelství? Evropská asociace sesterských asociací měla za cíl podpořit

a ochránit sestry i jiné ošetrovatelské profese v rámci EU prostřednictvím prosazení v institucích Evropské unie. Vydávala zásadní doporučení pro ošetrovatelství, hlavně požadavky na kvalifikační přípravu sester v členských státech, což umožnilo dosahovat vysoké a vzájemně srovnatelné úrovně jejich vzdělání a volný pohyb pracovních sil (Plevová, 2018). Českým sestrám se dostalo významného ocenění, když byla Hilda Vorlíčková jmenována do funkce viceprezidentky Stálého výboru sester Evropské unie (Kutnohorská, 2010). EFN se sídlem v Bruselu usilovala o pozitivní změny na poli ošetrovatelství. České asociace sester byla přijata do členství (Plevová, 2018). Mnohdy sestry narážely na nepochopení, protože kulturním vzorcem byla sestra podřízená lékařům, nařízením a směrnicím (Kutnohorská, 2010). Z uvedeného textu je zřejmé, že organizace měla vliv na ošetrovatelství tím, že podporovala a chránila sestry i ošetrovatelské profese pomocí institucí Evropské unie. Sestry měly možnost dosahovat vysoké úrovně a srovnatelné úrovně vzdělání a volný pohyb pracovních sil.

Důležitou roli v ošetrovatelství hraje organizace Česká asociace sester (ČAS), která vznikla 1991 a sdružovala sestry a další zdravotnické pracovníky. Tato organizace je dobrovolná samosprávná nepolitická profesní organizace zdravotnických pracovníků se středoškolským, vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním. Je profesní organizací nelékařských pracovníků v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství a ve všech oblastech soukromého nebo jiného podnikání bez ohledu na národnost nebo náboženské vyznání, s působností po celé České republice (Česká asociace sester, 2022). ČAS je tedy národní organizace, která se zapojuje do mezinárodních organizací. Zakladatelkami ČAS byly tehdejší sestry Růžena Wagnerová, Blanka Misconiová a Alena Müllerová. Sestry usilovaly o vytvoření jednotné profesní organizace. Jejich myšlenkou bylo mít komoru sester, ale tu neprosadily.

ČAS měla touhu se stát silnou organizací, která by hájila zájmy sester. Když se Československo v roce 1993 rozdělilo, ČAS se stala členem ICN. Členstvím ICN získala ČAS prestiž a řadu výhod, ale i povinností. České sestry se mohly zúčastňovat mezinárodních konferencí, bohužel z důvodu finanční náročnosti tyto konference nevyužily. Postupem času sestry mohly navštívit většinu zemí Evropské unie, což znamenalo přínos pro české ošetrovatelství. Poznatky uplatňovaly v ČR a oceňovaly

překladatelské a profesionální schopnosti tehdejší prezidentky ČAS Hildy Vorlíčkové (Kutnohorská, 2010).

Česká asociace sester se poté stala největší odbornou profesní organizací sester a současně stavovskou, dobrovolnou, neziskovou organizací s právní subjektivitou, organizací, která je otevřena pro všechny sestry působící v resortu zdravotnictví. ČAS svou činností podporovala rozvoj ošetrovatelství, a to prostřednictvím vydávání odborných publikací, pomocí mezinárodní i mezioborové spolupráce. Hlavním cílem organizace je vytvářet podmínky pro zvyšování odborné, morální a etické úrovně, spolupracovat na změnách systému zdravotnických služeb, vytvářet účinné nástroje k zajištění bezpečně a kvalitně poskytovaných ošetrovatelských služeb, podporovat aktivity vedoucí ke zvyšování nelékařských profesí, zastupovat poskytovatele ošetrovatelských služeb v domácí péči a prosazovat jejich práva (Kutnohorská, 2010).

Organizace se dále zabývá profesní přípravou a vzděláváním, stejně jako aktivní účastí legislativních procesů, které ovlivňují profesionální přípravu sester. Podporují a realizují národní a mezinárodní programy, které jsou zaměřené na vzdělávání sester, porodních asistentek a dalších zdravotnických pracovníků. Podporují a realizují ošetrovatelský výzkum a projekty, které přispívají ke zvyšování kvality zdravotní péče. Vytvářejí vhodné podmínky v oblasti celoživotního vzdělávání. Vůči ošetrovatelské praxi má za cíl ČAS posilovat a rozšiřovat kompetence zdravotnických povolání v České republice, a to včetně uplatnění sester. Prosazovat navýšení finančních prostředků do oblastí ošetrovatelské péče. Co se týká potřeby populace organizace má za cíl aktivně se podílet na tvorbě zdravotní politiky, dále vytvářet a podílet se na koncepci dlouhodobé péče, spolupracovat s orgány státní správy a profesními i odbornými organizacemi.

Organizace se zabývá postavením zdravotníků ve společnosti. Například podporovat aktivity vedoucí ke zvyšování prestiže zdravotnických profesí, posilovat stav zdravotnických povolání, kdy se provádějí aktivní kroky ke stabilizaci a dalšímu růstu členské základny. Upevnit postavení zdravotnických profesí transformací ČAS na komoru zdravotnických pracovníků, a nakonec obhajovat profesní zájmy (ČAS, 2022). ČAS působí po celé České republice a spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví. Nejvyšším orgánem ČAS je Fórum delegátů, které se skládá z členů ČAS. Sídlo je

v Praze a spolupracuje se zahraničními sesterními profesními organizacemi a odbornými lékařskými společnostmi (Kutnohorská, 2010).

Z textu vyplývá, že organizace na základě legislativních procesů profesionálně připravuje sestry, jejich postavení v systému zdravotní péče i jejich výkonu práce. Podporuje a realizuje ošetrovatelské výzkumy, které přispívají ke zvyšování kvality zdravotní péče. Organizace posiluje a rozšiřuje kompetence sester. S potřebami jednotlivce, skupin či komunit vytvářejí účinné nástroje k zajištění bezpečné či eticky poskytované ošetrovatelské péče. Sestry se mohou podílet na realizaci bezpečnostních cílů v praxi i na rozvoji klinických standardů v ošetrovatelství.

4 Ošetřovatelství a ošetřovatelské procesy v 21. století

Ve 21. století pokračovaly vědecko-výzkumné činnosti sester ve Spojených státech amerických i v Evropě, které byly prováděny již ve 20. století (Stasková, 2019). Díky výzkumům vedeným sestrami se získávaly poznatky, které byly následně aplikovány v praxi. Tímto způsobem se kvalita ošetřovatelské péče významně zvyšovala a dosahovalo se větší bezpečnosti pacientů i sester.

Hledáme odpověď na otázku: Jaký význam mají vybrané mezinárodní aktivity pro ošetřovatelství současnosti? Začneme u sester, které se v 21. století vzdělávají na vysokoškolské úrovni. S tímto vzděláváním souvisí i otevření nově koncipovaného jednooborového bakalářského studia ošetřovatelství pro sestry a postupně se zavádí i magisterské navazující studium. Vysokoškolské vzdělání se výrazně odrazilo v kompetencích sester. Začátkem 21. století nastala změna ošetřovatelství přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví ČR také vydalo Věstník č. 9/2004, který obsahuje koncepci ošetřovatelství a vyhlášku č. 426/2004 Sb., o kreditním systému pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Tím dochází k dalším změnám pracovní náplně sester, k rozšíření jejich kompetencí a ke zvýšení odpovědnosti za kvalitu poskytované ošetřovatelské péče (Stasková, 2019).

Z toho však plyne otázka, zda sestra potřebuje mít vysokoškolské vzdělání či nikoliv. Sama pandemie koronaviru opět nastolila otázku, jak řešit nedostatek sester v nemocnicích. Jaké by sestry měly mít vzdělání a jak je co nejlépe motivovat. Opakovaný problém s nedostatkem sester řešila v minulosti novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, která byla v platnosti od počátku září 2017 (Zdravotní sestry už nebudou muset mít vysokou školu, stačit budou čtyři roky střední a rok studia, 2016). Dle této novely již nebylo nutností, aby sestra měla kompletní vysokoškolské vzdělání. Sestře stačilo rychlejší absolvování vzdělání, čtyřleté studium na střední zdravotnické škole a jeden navazující rok na vyšší odborné škole. V současnosti jsou v České republice dva druhy sester, jednak všeobecná sestra, která má kompletní vysokoškolské vzdělání či vyšší odbornou školu, a jednak praktická sestra, která má střední školu a aby se stala všeobecnou sestrou, musí absolvovat rok vyššího

studia. Dosud nebyla vyřešena otázka, zda je nutné, aby sestra měla vysokoškolské vzdělání. Na tento problém poukázala koronarovinová pandemie. V případě péče o náročné pacienty, u nichž je potřeba nejrůznějších podpůrných přístrojů, je málo sester specialistek a vysokoškolsky vzdělaná sestra je schopna poskytnout bezpečnou ošetrovatelskou péči. Pokud by se snížily nároky na vzdělání pro pozice praktických sester, nevyřešilo by to dlouhotrvající podstav sester v ČR. Jedním z možných řešení by bylo adekvátní finanční ohodnocení sestry, dobré pracovní podmínky a prostředí, zaměstnanecké benefity či možnosti dalšího rozvoje a vzdělávání a omezení přesčasů (Přádová, 2022).

4.1 Ošetrovatelství v zahraničí v 21. století a mezinárodní aktivity

4.1.1 Mnichovská deklarace

Ve 21. století měla velký vliv na ošetrovatelství mezinárodní aktivita, která se nazývá „Mnichovská deklarace 2000“. Na druhém ministerském zasedání WHO Mnichovská deklarace podporovala ošetrovatelství a porodní asistentky: Síla pro zdraví. Tato deklarace se zabývala posílením úlohy sester a porodních asistentek v péči o zdraví lidu. Mezi 5 klíčových oblastí, která tato deklarace řešila, byly:

- 1) Plánování zdravotní péče a politická úloha
- 2) Management zdravotnického personálu se zaměřením na ošetrovatelství
- 3) Zkvalitnění praxe a zdravotnických systémů
- 4) Vzdělávání zdravotnického personálu
- 5) Hospodárnost a řízení.

Na tomto zasedání byla též přijata Strategie NUR/WHO EURO 2000, která pojednávala o vzdělávání na pregraduální a postgraduální úrovni, což následně znamenalo lepší spolupráci a interdisciplinární práci s následným zájmem v oblasti zlepšení kvality péče o pacienty. Státy se snažily vytvořit vhodnou politickou strategii a prováděly taková opatření, aby dosáhly těchto cílů. Více ale o této strategii uvedeme později (Sikorová, 2012). Z uvedeného textu vyplývá, že deklarace se zabývala posílením úlohy sester a tím se ošetrovatelství vyzdvihovalo. Díky strategii NUR/WHO EURO se zlepšila kvalita ošetrovatelské péče.

Péče o zdraví člověka potřebuje od sester neustálou pozornost, koordinaci a integraci. V tomto ohledu zahrnuje týmovou práci a vztah s nemocnými i jejich rodinami,

a to není možné provádět bez kvalitní komunikace. Sestry i ostatní pracovníci v oblasti zdravotnictví dennodenně přicházejí do styku s celou řadou činností, jež tvoří hrozbu pro jejich zdraví a mohou být příčinou nemoci z povolání nebo pracovního úrazu. Velkým rizikem pro pracovníky je i samostatné pracovní prostředí, a proto je nutné, aby zdraví a bezpečnost práce byly hlavními prioritami v této oblasti (Vévoda, 2013).

Dle Kučery (2000) je potřeba provést zkvalitnění základního a kontinuálního vzdělávání a přístup k vysokoškolskému vzdělání sester a porodních asistentek. Mnichovská deklarace usilovala o zlepšení zdraví všeobecných sester a porodních asistentek. Deklaraci podepsalo 48 ministrů zdravotnictví, jejich podpis znamenal zavázání se k plnění jejich obsahu. Klíčové role všeobecných sester a porodních asistentek zahrnují oblast primární péče, oblast rozhodování na politických úrovních a oblast veřejného zdraví s rozvojem komunity. Mnichovská deklarace měla za úkol podporu výzkumu, shromažďování a šíření vědomostí, zkvalitnění základního vzdělávání i umožnění přístupu k vysokoškolskému vzdělání. Měla vést ke zlepšení interdisciplinární spolupráce, strategie zaměstnanosti, což by znamenalo větší adekvátnost vzdělaných a prakticky připravených všeobecných sester, spravedlivou mzdu či kariérní postup. Spoluprací s ministerstvy a dalšími orgány je myšlena spolupráce na mezinárodní úrovni (Kučera, 2000). Z uvedeného textu je zřejmé, aby pro sestry bylo pracovní prostředí bezpečné v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Dále deklarace dbá na rozhodování na politických úrovních a na rozvoj veřejného zdraví.

Jak již bylo zmíněno, tak deklarace obsahuje pět klíčových oblastí, mezi kterými jsou plánování zdravotní péče, politická úloha, management zdravotnického personálu se zaměřením na ošetrovatelství, zkvalitnění praxe a zdravotnických systémů, vzdělávání zdravotnického personálu, hospodárnost a řízení. Všechny body této Mnichovské deklarace nejsou však do dnešních dní splněny. Velmi výraznou změnou v postavení všeobecných sester a porodních asistentek je jejich orientace na ochranu a obnovu zdraví a též zapojení se do primární péče (Kučera, 2000).

Z textu je zřejmé, že Mnichovská deklarace měla velký vliv na ošetrovatelství, že způsobila velké zkvalitnění základního a kontinuálního vzdělávání, změnu v přístupu k vysokoškolskému vzdělávání sester a porodních asistentek. I v současnosti probíhá sběr dat a analýza dotazníků. Závěry použije WHO k rozvoji ošetrovatelství, k zajištění plného

využití pracovního potenciálu sester, umožní sestřám akademické vzdělání a zajistí spoluúčast sester při jednání. Důsledkem by měl být větší dopad deklarace mimo státy EU.

4.1.2 Strategie NUR/WHO/EURO 2000

Strategie NUR/WHO/EURO 2000 je jednou z mezinárodních aktivit, sestry jsou lépe připraveny na vykonávání své práce a jsou plně kompetentní. Jedná se o přijetí základních principů přípravy sester. Bylo vymezeno, že ošetřovatelství musí být jako obor součástí národní legislativy (Vojenské zdravotnické listy, 2004). Nabízí se otázka: Jak ovlivnila strategie vývoj ošetřovatelství? Ošetřovatelské vzdělávání se zabývá podpory a udržování zdraví jednotlivců, komunity a individualizovanou holistickou péčí o nemocné. Dále se zabývá vzděláváním všeobecných sester a porodních asistentek a délka studia nesmí být kratší než tři roky. K výkonu povolání všeobecné sestry či porodní asistentky musí být úspěšně zakončené kvalifikačního vzdělání, a dává tím oprávnění sestře ke kompetentní samostatnosti pracovat v nemocničních zařízeních a zařízeních primární zdravotní péče.

4.1.3 Evropská strategie WHO

V roce 2001 Světová zdravotnická organizace stanovila Evropská strategie základní princip pro vzdělání všeobecných sester (WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education, 2001).

Nabízí se otázka: Byla Evropská strategie WHO prospěšná pro sestry? Kutnohorská (2010) uvádí, že strategie obsahuje základní principy v profesi sestry, přičemž důležitým faktem je, že v každé zemi bude vzdělání sester součástí základní legislativy. Sestřám výrazně pomohla strategie sjednocení vzdělání a praxe, které mají základ v hodnotách a cílech, jež vedou k podpoře a udržení zdraví u jednotlivců i komunit. Praxe bude mít základy v individualizované a holistické péči o nemocné, se zaměřením na individuální potřebu člověka a na respekt, že k člověku patří rodina, partner, sociální skupina či komunita (Kutnohorská, 2010).

Absolvování studijního programu Ošetřovatelství je předpokladem pro dokončení všeobecného středního stupně vzdělání. Minimální akademická úroveň kvalifikace v oboru Ošetřovatelství je bakalářské vzdělání s délkou studia minimálně

na tři akademické roky. Je to jedna z úrovní kvalifikovaných všeobecných sester a obsah vzdělání je založený na nejnovějších poznatcích v oboru (Kutnohorská, 2010).

Z textu je zřejmé, že Evropská strategie WHO velmi akcentuje zdařilé a úspěšné ukončení studia, a tudíž získání kvalifikace, které je pro sestru základem dalšího profesního vzdělávání a nezbytností pro udržení kompetencí. Univerzity nebo vzdělávací programy pro ošetřovatelství i místa pro praktickou výuku musí mít formální akreditace, a proto se studijní obory musí převést na kreditní systém v teoretické i praktické výuce. Výuka ošetřovatelství musí být uskutečněna kvalifikovanými sestrami a univerzity pro ni musí mít adekvátní personální a materiální zdroje, jako jsou knihovny, laboratoře nebo vybavení pro nácvik klinických dovedností.

4.1.4 Další významné deklarace

Význam pro ošetřovatelství mělo i následné sjednocení evropského vysokoškolského a výzkumného prostoru, které se odehrálo v roce 2003 v Berlíně jako Berlínská deklarace. Započalo se kreditním systémem, který se používal v rámci celoživotního vzdělávání k vytvoření evropského vzdělávacího prostoru a rozvojem doktorského studia. Dále Průcha (2014) uvádí, že v Bergenu v roce 2005 se deklarace zaměřila na výzkum a doktorské studium. Došlo k následnému propojení Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání (EHEA) s Evropským výzkumným prostorem (ERA). Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání byl založený na mezinárodní spolupráci a na akademických výměnách. Tyto výměny jsou atraktivní pro evropské i mimoevropské studenty a vysokoškolské pracovníky (Průcha, 2014). V návaznosti textu se nabízí otázka: Měly deklarace význam pro ošetřovatelství?

Další státy kladly důraz na vysokoškolské vzdělání i pro překonání ekonomické krize. V Londýně v roce 2007 byla projednána možnost vysokoškolského vzdělání v jednotlivých zemích. V Lovani v roce 2009 se deklarace zaměřila na umožnění rovného přístupu k vysokoškolskému vzdělání, na celoživotní vzdělávání a na uplatňování absolventů v praxi. Hlavním cílem Boloňského procesu od jeho zahájení v roce 1999 bylo zajištění srovnatelnějších, kompatibilnějších a koherentnějších systémů vysokoškolského vzdělávání v Evropě. V letech 1999 až 2010 bylo veškeré úsilí členů Boloňského procesu zaměřeno na vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání, což se stalo skutečností deklarací z Budapešti a Vídně v březnu 2010. Aby se země mohla připojit k EHEA, musí podepsat

a ratifikovat Smlouvu o Evropské kulturní úmluvě. Cílem EHEA bylo usnadňovat mobilitu studentům, absolventům vysokých škol a vysokoškolským pracovníkům. (European Higher Education Area, 2022) Dále Průcha (2014) uvádí, že je důležité připravovat studenty na jejich budoucí kariéru a život na základě aktivního občanství v demokratických společnostech a zároveň podporovat jejich osobnostní rozvoj. Tím bylo myšleno nabízet široký přístup ke kvalitnímu vyššímu vzdělání, které bylo založené na demokratických principech a akademické svobodě. Dalším cílem bylo vypracování systému kreditů jako vhodného prostředku podpory všestranné studentské mobility (Průcha, 2014).

Kongres v Jerevanu v roce 2015 měl čtyři základní cíle vysokoškolského vzdělávání. Mezi ně patřilo zvyšování kvality a relevance vzdělávání, podpora zaměstnanosti absolventů, implementace reformy pro snadnější uznávání zahraničního akademického vzdělávání a kvalifikace či mobilita studentů a akademiků. V roce 2018 se konala konference Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání v Paříži (Průcha, 2014).

Dle Gurkové (2017) mezinárodní aktivity stanovily základní principy doktorského studia a nutnost všeobecné dostupnosti vysokoškolského vzdělání. Zaměřovaly se na vzdělávání, jež by se orientovalo přímo na studenta, na mezinárodní otevřenost, mobilitu, shromažďování dat a na to, aby nebyla opomenuta transparentnost národních systémů či financování vysokoškolského vzdělávání.

Vzdělávání sester zaznamenalo v mezinárodním kontextu zřetelný modernizační posun a snahu o uplatňování vědeckých přístupů ve výuce neboli evidence-based-education. Změny se promítly v klinické výuce, především v širším využívání simulačních technologií, ale i v rozvoji výzkumu, který se zaměřoval na systematické sledování efektivnosti výukových strategií a metod hodnocení studentů pro rozvoj jejich kompetencí (Gurková, 2017). Z textu vyplývá, že deklarace měla velký vliv na vývoj ošetrovatelství. Prostřednictvím deklarací se sjednotil a propojil evropský vysokoškolský a výzkumný prostor. Deklarace se zaměřila na výzkum a doktorské studium. Dále na umožnění rovného přístupu k vysokoškolskému vzdělání, na celoživotní vzdělávání a na uplatňování absolventů v praxi. Ošetrovatelství, tím získalo velký posun v ošetrovatelství vzhledem vzdělávání sester a podpoře zaměstnanosti absolventů.

Jaký další vývoj ovlivnil ošetřovatelství v 21. století? Ošetřovatelství spočívá na samostatnosti sestry a na týmové spolupráci s lékaři a s ostatními odborníky. Od sestry se tedy očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti samostatného působení. Dle Plevové (2018) je ošetřovatelství vybudováno na nových poznatcích, které se uplatňují a ověřují v praxi. To samozřejmě vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických ošetřovatelských znalostí a dovedností, jež jsou doloženy výzkumem nebo fakty. Ošetřovatelství je multidisciplinární obor s teoretickou základnou i praktickou aplikací. Má svoji vlastní koncepci, která je realizována metodou ošetřovatelského procesu a vychází z vědeckých poznatků. Ošetřovatelství tudíž zahrnuje poskytování aktivní a individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče a poskytování péče ošetřovatelským týmem (Plevová, 2018).

Nesmíme opomenout práva pacientů, jejichž formulaci navrhla a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Prohlášení o právech bylo uvedeno v platnost v roce 1992 a platí do dnešních dní (Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, 1992). V Listině základních práv a svobod je uvedeno, že každý má právo na ochranu zdraví jako na jedno ze základních sociálních práv v ČR. Zaručuje všem obyvatelům na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek stanovených zákonem (Tomeš, 2009).

Z návaznosti textu je zřejmé, že pacienti mají svou autonomii, vyžadují lidskou a odbornou empatii sester, jednotnou spravedlnost zdravotnických služeb nebo odpovídající bezpečnou a účinnou léčbu i péči. Proto musí sestry mít znalosti, dovednosti, schopnost komunikace i etický přístup. Sestry mají být schopné pracovat v týmu i samostatně.

Světová zdravotnická organizace uvedla v roce 2016 Globální strategické pokyny pro posílení ošetřovatelství a porodní asistence. Během globálního fóra WHO se sešla schůze vedoucích představitelů vlády a porodních asistentek z celého světa a společně se zavázali k podpoře globální strategie WHO v oblasti lidských zdrojů Zdraví 2030 (Nkowane, 2016). Strategické pokyny pro posílení ošetřovatelství a porodní asistence zahrnují čtyři témata. Je důležité se zmínit, že každé téma začíná příslušnými kontextovými i podkladovými informacemi založenými na důkazech.

Prvním tématem je zajištění vzdělaných, kompetentních a motivovaných osob, což ve výsledku znamená, že pracovní síly v ošetrovatelství a porodní asistenci fungují v rámci efektivních a pohotových zdravotních systémů na všech úrovních i v různých nastaveních. Druhé téma se zabývalo optimalizací vývoje politiky, efektivního vedení, řízení i správy. Třetí téma zahrnuje spolupráci na maximalizaci kapacit a potenciálu zdravotních sester a porodních asistentek, a to prostřednictvím mezioborové spolupráce, vzdělávání a dalšího profesního rozvoje. Čtvrté téma je mobilizace politické vůle investovat do budování efektivního ošetrovatelství a porodní asistence, a to na základě důkazů. Složitě globální zdravotní trendy budou i nadále pokračovat a role ošetrovatelství se bude vyvíjet tak, aby splňovala potřeby zdravotnických služeb, provedla posílení zdravotnického systému či zlepšovala celkové celosvětové zdraví (Nkowane, 2016).

Z textu je zřejmé, že globální strategie zahrnuje klíčové závazky, jimiž jsou posílení správy a odpovědnosti, maximalizace kapacity a schopností a realizace potenciální pracovní síly v ošetrovatelství a porodní asistenci. Dále ovlivnila tato strategie v ošetrovatelství mobilizaci politické vůle, závazky a investice do ošetrovatelství a porodní asistence. Tím začínají i v zahraničí nové strategické směry pro ošetrovatelství a porodní asistenci.

4.1.5 Program Zdraví pro růst (2014-2020)

V oblasti zdraví zahájila v roce 2014 Evropská unie program Zdraví pro růst 2014-2020. Nabízí se otázka: Jaký cíl má program Zdraví pro růst (2014-2020)? Cílem tohoto programu je podpořit zdraví evropské populace posílením spolupráce mezi zeměmi Evropské unie zkvalitňováním zdravotní politiky jednotlivých zemí. Zdraví pro růst zajišťuje optimální řešení v rozsahu finančních prostředků, které jsou k dispozici. V oblasti ošetrovatelství to znamená, že by zdravotníci měli veřejnost informovat, jak zvládat rizikové faktory, jakými je např. nezdravá strava, sedavý životní styl, kouření, zneužívání drog či alkoholu. Dále by měli zajišťovat ochranu před přeshraničními zdravotními hrozbami, způsobenými častým cestováním do zahraničí, v jehož důsledku jsou lidé potencionálně vystaveni širší škále zdravotních rizik, než tomu bylo v minulosti. Důležitá je i podpora inovací a udržitelnosti ve zdravotních systémech v zemích Evropské unie a nalézání optimálních způsobů budování kapacit ve zdravotnictví. Jedním z dalších cílů, jak uvádí Zdraví pro růst (2022), je zlepšení přístupu ke kvalitní a bezpečné zdravotní péči, zajišťování odborných lékařských

poznatků, které by byly k dispozici za hranicemi států a stimulovaly by vytváření odborných středisek v Evropské unii (Zdraví pro růst, 2022). Další analýzy textu ukázaly, že program Zdraví pro růst 2014-2020 garantuje optimální řešení v rozsahu finančních prostředků a v oblasti ošetrovatelství to znamená, že sestry by měli informovat veřejnost, jak zvládat zdravý životní styl. Vliv na ošetrovatelství tento program má ve zlepšení přístupu ke kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péči.

4.1.6 Zdraví 2020

Role veřejného zdravotnictví má zásadní vliv na kvalitu zdraví, životní pohodu obyvatel či snížení nerovností poskytovaných zdravotnických služeb. Hlavním cílem programu Zdraví pro všechny je vytvoření udržitelného zdravotního systému, který je založen na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí. Zdraví 2020 má též za cíl zlepšení zdravotního stavu celé populace a snižování výskytu nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. (Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2014)

Realizace této národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí probíhala v letech 2014–2020, vycházela z programu Světové zdravotnické organizace a navazovala na dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel – Zdraví 21. Prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví jsou důležitými prioritami, které mají základ ve vědeckých důkazech a mezinárodních zkušenostech (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Národní strategie Zdraví 2020 je další strategií, která ovlivnila ošetrovatelství. První prioritní oblastí národní strategie Zdraví 2020 je celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich odpovědnosti za vlastní zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2014). Nabízí se otázka: Čím ovlivnila strategie ošetrovatelství? Tato strategie je souhrnem podpory zdraví a prevence nemocí, zdravé stravy během celého života a v neposlední řadě podpory zdraví u nejzávažnějších skupin nemocí jako jsou např. kardiovaskulární onemocnění. Zdraví 2020 se věnuje podpoření duševního zdraví, např. včasnou diagnostikou deprese a prevencí sebevražd, dále se zaměřuje na vazbu mezi duševním onemocněním a nezaměstnaností, bezdomovectvím, užíváním alkoholu a jiných omamných látek (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

V druhé prioritní oblasti je prováděna dokumentace, která se zabývá nejzásadnějšími zdravotními problémy Evropy, jako jsou neinfekční a infekční onemocnění. Tato oblast se zabývá antimikrobiální rezistencí, rezistencí antibiotik a udržováním doporučeného systému preventivního očkování, které se podílí na vymýcení obrny, spalniček, zarděnek či malárie. A dále se věnuje boji se závažnými zdravotními hrozbami, jako je tuberkulóza, HIV nebo chřipka (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Třetí prioritní oblastí v rámci tohoto programu je posilování zdravotnického systému se zaměřením na obyvatelstvo, rozvíjení kapacity veřejného zdravotnictví, zajištění krizové připravenosti, monitoring zdravotní situace a zajištění adekvátní reakce při mimořádných situacích. Důležitou součástí daného programu je také vnímání pacientů jako partnerů. I odborné přípravy, které se zaměřují na týmovou práci, vznikají novou formou poskytování služeb, jako je domácí nebo dlouhodobá péče. Dále je důležité posílení role pacientů či zlepšení schopnosti sebepečce (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Čtvrtá prioritní oblast dokumentu se věnuje vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví. V této oblasti jsou realizovány projekty, jako je Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví nebo projekty věnující se dopadu emisí či klimatických změn na zdraví obyvatel (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Z textu je zřejmé, že národní strategie Zdraví 2020 si klade za cíl podpořit zájem veřejnosti o vlastní zdraví, informovat o prevenci nemocí a pečování o duševní zdraví. Dále se věnuje rozšíření preventivního očkování a zajištění krizové připravenosti.

Zdravotní potenciál je nejvyšší stupeň zdraví, kterého člověk může dosáhnout. Je podmíněn možnostmi, ale i schopnostmi a aktivitami člověka, též podmínkami, které vytvářejí společnost. Jedná se o řízení, kdy Světová zdravotnická organizace zavádí a aplikuje pojem „governance“. Výraz „governance“ znamená snahu a činnost vlády, i dalších komponentů společnosti směřovat populaci jako celek i její podskupiny či jednotlivé občany ke zdraví jako integrální součásti sociální i životní pohody, a to prostřednictvím aktivit vlády a jejích resortů. Jde o posílení tzv. „health literacy“, zdravotní gramotnosti neboli schopnosti populace myslet na své zdraví. O co tedy „governance“ usiluje? Governance klade důraz na rostoucí zapojení občanů, staví ho jak na zákonných normách, tak na výchově a přesvědčování (Čeledová, 2018). Z textu

vyplývá, že nejvyšší stupeň je zdraví, kterého může člověk dosáhnout. Zdraví je nedílnou součástí sociální a životní pohody člověka.

Mezinárodní organizace a s ní spojené aktivity byly a jsou významné pro ošetrovatelství současnosti. V ošetrovatelství se vyzdvihla primární péče a porodní asistence. Dále je to zkvalitnění vysokoškolského studia, jež je rozčleněno na graduální a postgraduální. Týká se to i vylepšení možností zahraničního studia, čímž je myšlena mobilita studentů po Evropě. Tím studenti získávají významné zkušenosti jak v zahraničí, tak i na domácí půdě. Sestry se zapojují do managementu a politiky zdravotnictví.

Důležité je posilování zdravotnických systémů, jež jsou zaměřené na populaci a zajištění dostupnosti zdravotních služeb, soustředění se na ochranu a podporu zdraví a na následnou prevenci nemocí, rozvíjení kapacity veřejného zdravotnictví, zajištění vhodné reakce při mimořádných situacích či průběžné monitorování zdravotní situace.

Podpora zdraví a prevence je důležitou součástí každého života. V prioritách „Zdraví 2020“ je snaha, aby byl jedinec během celého života, pokud možno zdravý a užíval si života dle svého sebeuspokojení, aby naplňoval své životní hodnoty (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

4.1.7 EU pro zdraví 2021-2027

EU4Health je reakcí EU na pandemii COVID-19, která měla velký dopad na lékařský a zdravotnický personál, pacienty a zdravotnické systémy v Evropě. Investice 5,1 miliardy EUR se stane největším zdravotnickým programem v peněžním vyjádření. EU4Health poskytne finanční prostředky zemím EU, zdravotnickým organizacím a nevládním organizacím. Financování bylo umožněno pro žádosti v roce 2021. „*EU4Health, zřízená nařízením (EU) 2021/522, poskytne finanční prostředky způsobilým subjektům, zdravotnickým organizacím a nevládním organizacím ze zemí EU nebo zemí mimo EU přidružených k programu.*“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2023). Europa Publication (2021) se shoduje, že EU4Health poskytne finanční prostředky členským státům EU. Nabízí se otázka: Jaké cíle má tedy EU4Health v 21. století? Dle Ministerstva zdravotnictví (2023) si EU4Health klade za cíl posílit připravenost EU na závažné přeshraniční zdravotní hrozby zajištěním zásob zdravotnického materiálu pro případ krizí a rezervu zdravotnického personálu a odborníků, které lze mobilizovat k reakci na krize v celé EU, dále zvýšit dohled nad ohrožením zdraví

jako je např. posílení zdravotního systému, tak aby mohl čelit epidemiím i dlouhodobým výzvám stimulací, předcházet nemocem a podpořit zdraví u stárnoucí populace. Dalším z cílů je digitální transformace zdravotnických systémů a přístup ke zdravotní péči pro ohrožené skupiny. EU4Health si klade za cíl zpřístupnit a zajistit cenově dostupné léky a zdravotnické prostředky, prosadit obezřetné a účinné používání antimikrobiálních látek a podpořit lékařské a farmaceutické inovace a ekologičtější výrobu (Ministerstvo zdravotnictví, 2023). Z uvedeného textu je zřejmé, že EU4Health umožnil financování zdravotnickým organizacím vzhledem dopadu pandemie. Dále zajišťoval zásoby zdravotnického materiálu pro další krize a klade si za cíl zpřístupnit cenově dostupné léky.

4.2 Ošetřovatelství v 21. století v České republice a mezinárodní aktivity

Zmiňované mezinárodní a národní organizace měly zásadní vliv na naši společnost v oblasti ošetřovatelství. Pokud uvažujeme o budoucnosti zdraví v Evropě, je důležité vědět, že se běžně setkáváme s nejistotou a problémy, jako je migrace a sociální konflikty. I když disponujeme novými technologiemi, mají na nás vliv způsoby komunikace, práce či metody poskytování zdravotnických služeb. Přesto tu vidíme důvod k naději a optimismu. Ačkoli v regionu Evropské unie přetrvávají některé zdroje napětí, je pozitivní, že skončilo mnoho válečných konfliktů, které probíhaly v první polovině 90. let.

Mnozí obyvatelé Evropské unie i dalších států se postupně vyrovnávají s nesnázemi, které jim přinesly nedávné změny, a rozvíjejí se jako občanská společnost. Současný rozvoj komunikačních technologií umožňuje rychlé sdělování poznatků. Tím předznamenává zaměření nových a dokonalejších metod a mechanismů pro rozvoj zdraví. Evropská unie se rozšiřuje a nabízí nové možnosti spolupráce a vzájemné podpory mezi zeměmi (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). V současné době se největší pozornost zaměřuje především na uprchlíky z konfliktu, probíhajícího na Ukrajině. Jaké mezinárodní aktivity měly v 21. století vliv na ošetřovatelství? Velký význam pro ČR měla Evropská oblast WHO vedená Regionálním úřadem WHO pro Evropu, která v České republice pomáhala k uskutečnění evropské zdravotní politiky, jejímž základem je program „Zdraví 2020“. Nejvyšším orgánem je Regionální výbor, který se schází jedenkrát ročně a schvaluje program i rozpočet (Čeledová, 2018). Dále Čeledová (2018) uvádí, že s regionálním

úřadem spolupracuje významná instituce The European Observatory on Health Systems and Policies. Tato instituce publikuje cenné informační i analytické materiály, které se týkají zdravotní politiky a činnosti zdravotních systémů (Čeledová, 2018). Instituce podporuje tvorbu zdravotní politiky založené na důkazech prostřednictvím analýzy a šíření informací o evropských zdravotnických systémech a přímým zapojením politiků s cílem podporovat zdraví, solidaritu, efektivitu, kvalitu, vnímavost, transparentnost a bezúhonnost. Srovnává a využívá zkušenosti z celé Evropy k identifikaci a zdůraznění zdravotních problémů se záměrem podnítit diskusi, zároveň pomáhá evropským mocnostem přijímat rozhodnutí založená na důkazech s cílem řešit problémy ovlivňující veřejné zdraví (Čeledová, 2018). Z textu vyplývá, že EU rozšiřuje a nabízí možnosti spolupráce a vzájemné podpory mezi zeměmi.

Podpora zdraví v ČR byla hodnocena experty Evropské kanceláře Světové zdravotnické organizace ve spolupráci s Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2004. Na základě smlouvy Ministerstva zdravotnictví České republiky a WHO/UERO bylo provedeno vyhodnocení a následovaly základní výtky k následným tématům. Rozpočet dotačního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky na projekty podpory zdraví byl nízký a dále se snižoval. Zdrojem byly prostředky zdravotních pojišťoven, které nevytvářely dostatečný finanční popud pro pojištěnce. Co se týká příspěvku nezdravotnických resortů, jako je podpora bydlení, vzdělávání, zaměstnanosti, rozvoje měst a venkova, nebyl v České republice kvantifikován. Vláda ani resort zdravotnictví nevěnovaly dostatečnou pozornost podpoře zdraví. Dle Janečkové (2009) převládá ve zdravotnictví medicínský přístup, řešení zdravotních problémů, jako je ochrana zdraví, kontrola infekcí, tradiční hygiena hraje větší roli než podpora zdraví. Intervence, zaměřené jen na dílčí aspekty životního stylu, teorie a praxe podpory zdraví málo reflektují sociální i ekonomické determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví. Zpráva expertů Světové zdravotnické organizace proto doporučila věnovat prioritní pozornost odborné a finanční podpoře zdraví na krajské úrovni. Doporučeny byly vzdělávací strategie a zvyšování politického významu a legitimita podpory zdraví (Janečková, 2009).

Z textu je zřejmé, že díky novým technologiím je v případě nových poznatků lepší komunikace mezi organizacemi. Zdravotní politika je založená na důkazech, a tím ovlivňuje veřejné zdraví. Ministerstvo zdravotnictví a WHO/UERO vyhodnotily rozpočet a projekt podpory zdraví, v němž byly zjištěny nedostatky. WHO následně

doporučila větší pozornost odborné a finanční podpoře zdraví a doporučila vytvoření vzdělávací strategie, zvyšování politického významu a podpory zdraví.

4.2.1 Pražská deklarace

Nedílnou součástí rozvoje ošetrovatelství patří Pražská deklarace. Nad Pražskou deklarací se sešli ministři zdravotnictví států Evropské unie v Praze v roce 2003. Deklarací ministři zdravotnictví přistupujících zemí do Evropské unie ztvdili důležitý závazek, v němž sjednotili podmínky pro vzájemné uznávání kvalifikací zdravotníků. Země EU se zavázaly usilovat o vytvoření společných podmínek v oblasti transplantací a zajistit rozvoj speciálních programů. Závěr konference se týkal oblasti vzdělávání, časové lhůtě, ve které bude zavedeno vzájemné uznávání kvalifikace zdravotnických pracovníků a systém registrace pracovníků s cílem poskytovat srovnatelnou úroveň kvality zdravotní péče, která bude jejich prioritou (Pražská deklarace, 2003). Z uvedeného textu je zřejmé, že v 21. století se opět klade velký důraz na vzdělávání a na vzájemné uznávání kvalifikace zdravotnických pracovníků, registrovaných do systému.

4.2.2 Bílá kniha

Souvisí Bílá kniha se vzděláváním a ovlivňuje tím ošetrovatelství? V roce 2008 pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví vydala první verzi Bílé knihy terciálního vzdělávání. V podstatě to byl návrh koncepčního a strategického dokumentu, který poukazoval na možné směry dalšího vývoje vysokých škol. Dokument definoval, že posláním vysokých škol je být institucemi vzdělávacími a vědeckými, ale i sociálními, socializačními, kulturními a politickými. Vysoké školy a univerzity jsou čím dál více nedílnou a významnou součástí národních ekonomik. Jsou významnou součástí migrační politiky a politiky rozvoje lidských zdrojů, a tím umožňují větší míru globalizace (Slavík, 2012).

Díky interakcím lidí, kteří znalosti využívají, se znalosti šíří, aplikují a uchovávají. Dle Slavíka (2012) má Bílá kniha za cíl větší otevření se samostatnému rozhodování jednotlivých institucí o vnitřní struktuře a profilaci, zvýšení národní i mezinárodní mobility akademických pracovníků vykonávajících pedagogickou činnost či lepší definování a rozšíření segmentu studijních programů. Dále je to vytvoření podmínek pro koncentraci výzkumu do výzkumně orientovaných pracovišť. Hlavní podstatou

je i řízení a činnosti vysokých škol, jako zapojení vnějších aktérů, zajištění kvalitnější zpětné vazby a podpoření manažerských prvků řízení, a hlavně posílení odpovědnosti a efektivnosti (Slavík, 2012).

Dále Slavík (2012) uvádí, že do oblasti terciárního vzdělávání je zapotřebí zapojit více soukromých zdrojů, tedy vytvořit příznivější podmínky pro spolupráci s aplikační sférou, zavést vhodný model finanční spoluúčasti studentů, který zvyšuje zainteresovanost vysokých škol, tudíž se zvýší počet přijatých zahraničních studentů. Důležité je i vytvoření účinného systému finanční pomoci studentům nebo zvětšení celkové dostupnosti systému a vytvoření podmínek na úrovni středního vzdělání. Důležité je zapojení institucí terciárního vzdělávání do celoživotního vzdělávání (Slavík, 2012). Mastiliaková (2014) k tomu uvádí, že celoživotní vzdělávání je metodickým nástrojem pro vývoj a zajišťování kvality kvalifikací v terciárním vzdělávání, které nepřekrývají úroveň bakalářskou, magisterskou či doktorskou. Terciárním vzděláváním se sestry následně zdokonalují v odborných znalostech, dovednostech a obecné způsobilosti. Tímto vzděláváním dosahují očekávané míry odpovědnosti a samostatnosti (Mastiliaková, 2014).

Z uvedeného textu je zřejmé, že v ošetrovatelství má Bílá kniha vliv hlavně na vzdělávání sester, díky ní mají větší kompetentnost ve své profesionální práci. S mezinárodními aktivitami souvisí i podpora zvyšování národní a mezinárodní mobility akademických pracovníků i sester. Celoživotním vzděláváním se sestry neustále zdokonalují ve své profesi, a to po celou dobu své působnosti.

4.2.3 Zdraví pro všechny

Na světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 byla přijata nová strategie Zdraví 21 – Zdraví pro všechny ve 21. století. Nabízí se otázka: Jaký měla strategie Zdraví pro všechny ve 21. století vliv na ošetrovatelství? Jednalo se o rozšíření programu zdraví pro všechny do roku 2020, na kterém spolupracovali komise Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. V ČR vznikl dokument Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, který byl schválen v roce 2020 jako mezinárodní program (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Dokument Zdraví pro všechny předkládá soubor metod, díky nimž lze dosáhnout lepší úrovně zdraví pomocí ověřených postupů, které vycházejí ze společných zkušeností

Evropského regionu (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Dokument Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století obsahuje 21 cílů. Všechny cíle, které mají velký význam pro ošetřovatelství, měly být splněny do roku 2020 (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Program Zdraví 21 je určen všem lidem a jeho cílem je dosažení plného zdravotního potenciálu všech obyvatel a ochrana jejich zdraví během celého života. Lidstvo má v tomto ohledu právo na rovné možnosti k rozvoji a udržení svého zdravotního potenciálu, který lze chápat jako nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout.

Program Zdraví 21 je pouze hodnotovou normou, a jeho plnění proto nelze legislativním způsobem, jakkoliv vynutit. Jedním z důležitých prvků programu je tudíž spravedlnost. Spravedlnost ve zdraví a v dostupnosti zdravotnických služeb je jedním z hlavních cílů zdravotní politiky v ČR, ale i v dalších členských státech evropského regionu WHO. Z ekvity neboli rovnosti ve zdraví vyplývá, že každý jedinec by měl mít v ideálních podmínkách stejné příležitosti k dosažení svého plného zdravotního potenciálu. Nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, pokud se vyskytují překážky, které jsou odstranitelné. Právě ekvita neboli rovnost ve smyslu odstranění diskriminace je jednou z nejdůležitějších kategorií lékařské etiky a tím i základním principem celého programu Zdraví 21 (Čeledová, 2010).

Ivanová (2005) se shoduje s Čeledovou (2010), že organizace se snaží pozitivně ovlivnit zdraví obyvatel a zvýšit kvalitu oboru ošetřovatelství na základě solidarity a spravedlnosti a posilovat a chránit zdraví obyvatel během jejich celého života.

Dále Ivanová (2005) uvádí, že posilování a ochrana zdraví obyvatel během jejich celého života a snížení výskytu hlavních nemocí či snížení strádání, kterým lidem přinášejí, je obsaženo ve dvou hlavních cílech této zdravotnické strategie. Etický základní program je tvořen základními hodnotami, jako je zdraví a základní lidská práva. Rovnost ve zdraví by měla být nastolena napříč jednotlivými zeměmi. Další důležitou hodnotou v etickém základu programu je vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví.

K dosažení 21 cílů byly zvoleny čtyři postupy, jejichž smyslem je přispět k realizaci programu využitím vědeckých, ekonomických, sociálních i politických podmínek. Meziřesortní strategie zahrnuje determinanty zdraví (zdravotní, ekonomické, sociální,

kulturní a další okolnosti) a neustále hodnotí zdravotní dopad na jednotlivá opatření. Příprava a realizace programů se zaměřuje na zdravotní výsledky a důsledně hodnotí investice do zdraví z hlediska jejich přínosů. Integrovaná základní zdravotní péče se zaměřuje na rodinu a celé společenství a je podporována pružným a citlivým nemocničním systémem. Do posledního základního postupu spadá participační zdravotnický rozvoj, jenž rozvíjí účast všech, kteří mohou přispět, například školy, rodiny, pracoviště. Jejich smyslem je posílit společenské rozhodování, realizaci i odpovědnost (Ivanová, 2005). Z textu je zřejmé, že program Zdraví 21 má velký vliv na ošetřovatelství. Program se snaží splnit všech 21 cílů, díky nimž jsou obyvatelům dostupné zdravotnické služby a každý člověk má možnost být ošetřen bez diskriminace.

4.2.3.1. Strategické cíle a jejich priority v dokumentu Zdraví pro všechny

První cíl: solidarita ve zdraví v evropském regionu – je zaměřen na snížení současných rozdílů ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu (Zdraví a zdravotnictví, 2000). K plnění tohoto cíle ČR přispívá tím, že zlepšuje výsledky zdravotního stavu svých obyvatel a pomáhá zemím, které jsou na tom hůře než ČR (Cíl 1: Solidarita ve zdraví v evropském regionu, 2022).

Snížení zdravotních rozdílů mezi socioekonomickými skupinami řeší cíl druhý – spravedlnost ve zdraví (Čevela, 2009). Čevela (2009) a World Health Organization Regional Office for Europe (2022) se shodují, že chudoba je velmi významným zdravotně rizikovým faktorem a rozdělení společnosti podle příjmů je závažnou nerovností, což je jedním z nejdůležitějších momentů ovlivňujících zdraví. Další významné nerovnosti jsou v přístupnosti ke vzdělání a v uplatnění na trhu práce.

Zdravý start do života je třetím cílem a pojednává o vytvoření takových podmínek, aby všechny děti od novorozeneckého období do předškolního věku měly lepší zdraví, jež jim umožní zdravý start do života (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Dle Machové (2016) je zřejmé, že první krok života má klíčový dopad na zdravý tělesný a duševní vývoj, a tím pádem i na zdraví během celého života, proto má současná pediatriká péče velmi dobře zavedený systém jednotlivých preventivních prohlídek dětí (Machová, 2016).

Čtvrtý cíl: zdraví mladým – se věnuje dětem a dospívající mládeži, je zaměřen na vedení zdravého životního stylu a získání schopností k rozhodování o svém vlastním

zdraví. Organizací, které pomáhají dětem a mládeži v ČR, tak i v zahraničí, je několik, například Pomozte dětem, Naděje či UNICEF (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Cíl pátý: zdravé stárnutí – se zaměřuje na obyvatele ve věku nad 65 let (Zdraví a zdravotnictví, 2000) a snaží se udržet tyto lidi co nejdéle v domácím prostředí, aby byli zdraví, uchovali si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). V ČR probíhá proces stárnutí populace od počátku 20. století (Machová, 2016).

Cíl šestý: zlepšení duševního zdraví – pojednává o zlepšení podmínek pro psychosociální pohodu lidí i pro lidi s duševními poruchami, má jim zajistit dostupné komplexní služby. (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Tomáš (2014) uvádí, že pro duševní zdraví v EU stanovila Komise Evropských společenství strategii péče a zveřejnila Zelenou knihu zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Jedná se tak o úsilí snížit počet duševních poruch a nežádoucích zdravotních důsledků a posílit schopnost lidí vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Prevence infekčních onemocnění neboli cíl sedmý navrhuje řešení pro snížení výskytu přenosných onemocnění, zlepšení a dodržování hygienických pravidel a léčebné postupy (Zdraví a zdravotnictví, 2000). V ošetrovatelské péči státy zajišťují hromadné očkování a podle očkovacího kalendáře i přeočkování proti infekčním chorobám (Machová, 2016). Dále usilují o zlepšení a udržování základní hygieny, kvality vody a bezpečnosti potravin (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Osmým cílem: snížení výskytu neinfekčních nemocí – je snížit nemocnost, počet zdravotních následků nebo předčasnou úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Dle Machové (2016) je důležitý především zdravý životní styl obyvatel (Machová, 2016).

Devátým cílem je snaha o snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Dle Čevely (2009) je kladen důraz na sociální aspekty soužití a především na příčiny násilí v rodinách se zvláštním zaměřením na alkohol (Čevela, 2009).

Desátý cíl: zdravé a bezpečné životní prostředí – jedná o zajištění bezpečnějšího životního prostředí (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Dle World Health Organization Regional Office

for Europe (2022), by měla být zajištěna všeobecná dostupnost potřebného množství pitné vody. Péče o zdravé a bezpečné životní prostředí je nekončící kontinuální proces, přičemž nároky na kvalitu života se neustále zvyšují (Cíl 10: Zdravé a bezpečné životní prostředí, 2022).

K jedenáctému cíli patří zdravější životní styl. V tomto cíli se jedná o propagaci zdravé stravy a snížení výskytu obezity (Čevela, 2009). Dle Státního zdravotního ústavu (2022) zdravější životní styl je jedním z cílů, který vytváří pozitivní změny, jedním z nejdůležitějších a nejsložitějších cílů společnosti (Státní zdravotní ústav, 2022).

Dvanáctý cíl si klade za úkol snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem. Jedná se o snahu snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol či psychoaktivní drogy (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Kouření hodnotí jako největší hrozbu pro zdraví v evropském regionu. V Evropském akčním plánu byly proti těmto látkám navrženy terapeutické strategie (Čevela, 2009).

Třináctý cíl: zdravé místní životní podmínky – se zaměřuje na sociální a ekonomické životní podmínky, snahu, aby lidé měli více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti nebo v místním společenství (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Dle Čevely (2009) to znamená, že domov má mít bezpečné prostředí a zdravé stravování, kde se děti učí základům zdravého životního stylu. Z mého pohledu je v současné době pro některé rodiny problém zajistit zdravé prostředí po ekonomické stránce, a to i přesto, že se stát snaží v době inflací a zdražování lidem pomoci, například snížením daní, příspěvků na bydlení a energie, příspěvků na děti, navýšením rodičovského příspěvku a důchodů.

Čtrnáctým cílem dokumentu je společná odpovědnost různých odvětví za zdraví, kde zdraví je důležitým hlediskem v činnosti všech resortů. Tento cíl je zaměřen na společenské složky, jejich odpovědnost za dopad zdravotní politiky a programů a přijetí odpovědnosti za zdraví (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Čevela (2009) uvádí, že zodpovědnost spočívá především na vládních činitelích, kteří vytvářejí politiku, rozdělují finanční prostředky a provádějí návrhy legislativní úpravy. Za oblast zdraví tedy nese hlavní odpovědnost stát.

Patnáctý cíl: integrovaný zdravotnický sektor – zdravotnictví a zdravotní služby mají velkou finanční nákladnost. Proto se zde prosazuje snaha o zajištění lepšího přístupu

k zakládání zdravotní péče, která se orientuje na rodinu a na místní společenství (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Organizace mají podle Čevely (2009) snahu zajistit vyšší integraci zdravotnického sektoru a kladou větší důraz na primární péči. Nemocniční péče by měla navazovat na primární a sekundární ambulantní péči (Čevela, 2009).

V šestnáctém cíli: řízení v zájmu kvality péče - je nezbytné nalézt jednodušší koncepci, která bude provádět stimulaci k hledání vyšší kvality (Čevela, 2009). Hodnocení kvality péče je měření výsledků pomocí standardů, programů, z nichž se dá kvalita péče měřit a navzájem porovnávat s ostatními. World Health Organization Regional Office for Europe (2022) uvádí, že systematické měření zdravotních výsledků v klinické péči za použití mezinárodně standardizovaných indikátorů je nepostradatelným novým nástrojem pro kontinuální rozvoj kvality v péči o pacienty.

Sedmnáctý cíl: financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů – se zabývá zajištěním mechanismu financování a rozdělováním zdrojů pro zdravotnictví. Dodržuje zásady rovného přístupu, efektivity, solidarity i optimální kvality (Čevela, 2009). Konkrétně systémy financování zdravotní péče garantují všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Cíl osmnáctý: příprava zdravotnických pracovníků na udržitelnost a rovnost – by měl zaručit financování zdravotnictví. Vláda tím zaručuje všeobecný přístup k ošetrovatelské péči a pokrytí veškerých nákladů (Zdraví a zdravotnictví, 2000). Státy podporují sestry, aby byly odborně vzdělané, měly pregraduální vzdělání, nabízejí odborné semináře, konference daných problematik z oblasti zdraví. Sestry mají být připraveny provádět svoji pracovní náplň odborně, samostatně a holisticky (Čevela, 2009).

Výzkum a znalosti v zájmu zdraví je devatenáctým cílem, který prosazuje zavedení zdravotního výzkumu a informačního i komunikačního systému. To umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví celé populace. Jak Čevela (2009) uvádí, podstatou cíle je posílení komunikace, která je důležitá v oblasti ošetrovatelství a pro spolupráci mezi vědci a vládními institucemi.

Ve dvacátém cíli: mobilizace partnerů pro zdraví – je stanoveno využívání prostředku mediálního a komunikačního sektoru, především internetu a televize (Čevela, 2009).

Cíl je tedy na mezinárodní, národní, regionální i místní úrovni a rozvíjí instituce a aktivity, usnadňující harmonickou spolupráci občanů, organizací a všech odvětví při úsilí o rozvoj zdraví (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny jsou posledním neboli 21. cílem dokumentu. Jedná se o cílenou politiku v ošetrovatelství, která je založená na programu Zdraví pro všechny (Čevela, 2009). Zdraví a zdravotnictví (2000) uvádí, že program motivuje a předkládá politické rámce a rámcové aktivity v regionech, městech a místních komunitách.

Další analýzy textu ukázaly, jak program Zdraví 21 se snaží splnit všech 21 cílů. Usiluje o posilování a ochraně zdraví obyvatel během jejich celého života a snaží se snížit výskyt hlavních nemocí.

Jaké principy tedy měl program Zdraví 21? Čevela (2009) uvádí, že program Zdraví 21 má své základy dány na pěti principech. Spravedlnost je první zásadním principem programu Zdraví 21. Říká, že všichni obyvatelé mají právo na rovné možnosti k rozvoji a udržování svého plného zdravotního potenciálu. Druhým principem je solidarita, jejímž smyslem je pomoci těm, jejichž možnosti jsou nějak omezeny nebo jsou přímo ohroženi nepříznivými podmínkami. Trvalá udržitelnost je třetím principem Zdraví 21, je vlastně rozšířením principu spravedlnosti o časový rozměr. Znamená to tedy, že uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo, jakkoliv ohrozit volby budoucích generací k uspokojení jejich vlastních potřeb. Čtvrtý princip je vlastní účast, v tomto kontextu jako jedno ze základních lidských práv, podmínka existence a rozvoje občanské společnosti. Posledním principem je etická volba, která je obecnou zásadou. Z textu je zřejmé, že konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění výše jmenovaných principů, protože vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní období lidské existence (Čevela, 2009). Konkrétně má tento cíl za úkol v rámci programu Zdraví pro všechny na celostátní úrovni motivovat a nabízet inspiraci pro budoucí rozvoj projektů a akcí konaných v kraji, městech, v jednotlivých místech a v zařízeních, jakými jsou školy, pracoviště nebo domácnosti.

Na všech úrovních jsou k dispozici instituce a metody, které sdružují důležité partnery ve státní i soukromé sféře. Partneři institucí jsou tímto pověřeni k formulaci, zavádění, monitorování a hodnocení přínosu společně realizovaných opatření. Důležitá je i příprava a zavádění přiměřených metod, spočívajících na hodnotách programu Zdraví

pro všechny. Také je třeba průběžně sledovat a pravidelně hodnotit plnění krátkodobých, střednědobých či dlouhodobých cílů a priorit za pomoci schválených ukazatelů (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Zdraví 21 je novou příležitostí, jak naplnit smysl sociální existence. Program Zdraví pro všechny nabízí široké možnosti, jak zvládnout obtížná rozhodnutí, jak vhodně rozmístit dostupné prostředky nebo jak podpořit všechny, kteří prospívají zdraví, i jak varovat ty, kteří zdraví ohrožují a poškozují. K realizaci změn ve zdravotnictví jsou zapotřebí vedoucí osobnosti, které dovedou naslouchat a jsou schopné vnímat hlasy lidí, vypovídající o jejich starostech, musí si vážit názorů poskytovatelů zdravotnických služeb a respektovat jejich odbornost. Populace v celé Evropě musí cítit, že jejich zdraví je v bezpečí a že pro ně bude po celý život k dispozici vhodná a kvalitní zdravotní i ošetrovatelská péče (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Z textu je zřejmé, že pozitivní vliv na populaci program Zdraví pro všechny určitě má. Obyvatelé se díky těmto programům a cílům informují o možnostech změny životního stylu, zlepšení podmínek pro své prostředí, jsou informováni o preventivních prohlídkách či o tom, jaká organizace pomáhá při odvykání návykových látek nebo poskytuje pomoc v sociální sféře. Všech 21 cílů programu je stále aktivních a je zájem o jejich kompletní naplnění. Sestry v ošetrovatelství se seznamují s inovacemi a využívají je v praxi. Je zřejmé, že se sestry musí nadále vzdělávat a předávat si zkušenosti mezi sebou, jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni.

4.2.4 Národní strategie zdraví 2020

K výše uvedeným strategiím, které ovlivnily ošetrovatelství, patří i Národní strategie zdraví 2020. Jaký vývoj zaznamenala tato strategie v ovlivňování ošetrovatelství? K prevenci zdraví sloužila i další mezinárodní aktivita, Národní strategie zdraví 2020, s akčními plány pro následnou implementaci. Ministerstvo zdravotnictví (2014) uvádí, že strategie obsahovala podporu pohybových aktivit, správné výživy a zdravých stravovacích návyků, podporu péče o duševní zdraví, omezení zdravotně rizikového chování, snižování zdravotních rizik z životního a pracovního prostředí, regulování infekčních onemocnění, podporu rozvoje programů zdravotního screeningu v ČR, zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče, zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb, dále podporu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, elektronizace zdravotnictví, rozvoje zdravotní

gramotnosti a rozvoje ukazatelů zdravotního stavu obyvatel (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014). Dle Valenty (2014) je hlavním cílem Národní strategie stabilizace systému prevence nemocí i ochrany a podpory zdraví či aktivování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů, jež slouží ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel, dostupnosti a principu rovnocenného postavení obyvatel jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny. Může sloužit jako inspirace k úvahám a rozhovorům a ve svém dopadu může být i motivem ke společnému úsilí v oblasti péče o zdraví. Nejde jen o zdraví, ale především o pochopení hodnoty zdraví a přijetí sdílené odpovědnosti jak za své zdraví, tak za zdraví těch, kterým se ho nedostává.

Tato strategie byla rámcovým souhrnem všech opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a je nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020. Národní strategie zajišťovala stabilizaci systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví a udržovala mechanismy k následnému zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Daný systém veřejného zdraví je dynamický subjekt na všech úrovních společnosti, a je tak určen institucím veřejné správy nebo jedincům, komunitám, neziskovému či soukromému sektoru nebo vědeckým a vzdělávacím institucím (Valenta, 2014). Z textu vyplývá, že Národní strategie zdraví 2020 ovlivnila ošetrovatelství tím, že se zajímala o prevenci zdraví obyvatel. Dále si zakládala o rovnocenném postavení obyvatel jako partnerů při dosahování lepšího zdraví obyvatel.

4.2.5 Národní strategie zdraví 2030

Nabízí se zmínit o vládě České republiky, která schválila Strategický rámec rozvoje péče o zdraví do roku 2030, který je základním koncepčním materiálem Ministerstva zdravotnictví. Strategický rámec obsahuje mnoho specifických cílů. Například se jedná o ochranu a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizaci zdravotnického systému a podporu vědy a výzkumu. Z návaznosti textu se nabízí otázka: Jak ovlivnila Národní strategie zdraví 2030 ošetrovatelství? Cíle strategie jsou rozděleny na specifické cíle, které splňují investiční a neinvestiční priority Ministerstva zdravotnictví. Dané cíle jsou realizovány pomocí implementačních plánů. Mezi ně patří reforma primární péče, prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti, implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví, dále personální stabilizace resortu zdravotnictví, digitalizace zdravotnictví a optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Dle Ministerstva

zdravotnictví (2022) je zdravotní péče považována za nedílnou součást základních vládních dokumentů. Daný strategický rámec Zdraví 2030 plynule navazuje na Strategický rámec Zdraví 2020. Základním cílem pro oblast zdravotnictví je zlepšování zdraví všech skupin obyvatel. Tento rámec Zdraví 2030 je koncepčním materiálem s meziresortním přesahem, jenž udává směr rozvoje péče o zdraví občanů ČR (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Z textu vyplývá, že strategie má plán rozvíjet péči do roku 2030. Strategie má vliv na ošetřovatelství, protože jedná o ochranu a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizaci zdravotnického systému a podporu vědy a výzkumu.

Jakým způsobem ovlivňuje strategie Zdraví 2030 kvalitu života obyvatel? Nedílnou součástí základních strategických materiálů a vládních dokumentů je problematika zdravotní péče obyvatel. Rozvoj kvality života obyvatel a udržitelnost potřeb jednotlivců, rodin, komunit v ČR a dále potřeba ekonomického rozvoje jsou hlavními podmínkami zdravotního zabezpečení obyvatel, které musí být na nejvyšší možné úrovni. Kvalita života je hlavním předpokladem investice do lidského potenciálu, který uspokojuje potřeby nejen současných generací, ale i těch budoucích. Národní strategie zdraví 2030 předpokládá dlouhodobé rozhodování a zvažování nejrůznějších dopadů, které jsou známkou dobrého řízení státu.

4.2.6 Příprava vzdělávání sester v ČR

S příchodem nového století byly provedeny změny v mnoha oborových paradigmatech a zesílily hlasy, které usilují o inovace ve vzdělávání sester. Nynější požadavky na změny plynou z nespokojenosti teoretiků i praktiků, a zároveň z faktorů společenských změn i technologického pokroku. S rostoucím objemem poznatků a informací tak narůstá požadavek na úpravu studijní náplně a kurikul (Plevová, 2011).

Dále Plevová (2011) uvádí, že reforma kurikul je nezbytná, protože některé informace jsou ve výuce studentů opomíjeny nebo zůstávají nepovšimnuty. Pokud by se zdravotnictví chtělo vyvarovat těchto pochybení, je zapotřebí vést sestry k větší osobní odpovědnosti, procítěnému humanismu a proaktivnímu, tvůrčímu přístupu k práci. Používané testy studijních předpokladů však nedávají žádnou záruku, že ke studiu ošetřovatelství budou přijati lidé, již se k této profesi hodí jak charakterově, tak i emočně. Na druhou stranu praxí lze člověka, ale i jeho chování a myšlení při poskytování péče do určité míry ovlivnit. Inovace, které se právě chystají

v ošetrovateľskom vzdelávaní, musí byť provedeny s vedomím proměny doby, technologií, generací i klientské populace (Plevová, 2011).

V souvislosti s textem se nabízí otázka: Jak je v 21. století ovlivňováno vzdělávání sester v ošetrovateľství? Hradecká (2010) uvádí, že kvalita vyučujících se neodvíjí od množství vlastněných titulů a publikací, ale hlavně závisí na použitelné znalostní výbavě, osvojených praktických dovednostech a zručnostech, pracovních zkušenostech, osobnostních kvalitách, odpovědnosti a náklonnosti k lidem a v neposlední řadě i na vlastní práci vyučujících (Hradecká, 2010). Evropská komise doporučila, aby bylo sestřám v 21. století poskytováno vzdělávání na vysokoškolské úrovni (Hradecká, 2010). Diplom i titul sester by měl mít akademickou platnost a sestry by mohly mít možnost studovat a popř. i získávat další akademické hodnosti k svému následnému rozvoji. Vzdělávání zaznamenalo před vstupem ČR do Evropské unie zásadní změny. Hlavně z důvodu nutnosti naplnění směrnic Evropské unie, která provádí regulaci ve vzdělávání tak, aby bylo možné uznávat kvalifikace, a tím byly dány možnosti volného pohybu po jednotlivých zemích Evropské unie (Plevová, 2011).

Mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sester byla vydána Radou Evropy, která sestavila souhrn daných kritérií do určitých požadavků. Světová zdravotnická organizace vydala princip základní přípravy organizací v rámci programu Strategie NUR/WHO EURO 2000 neboli Evropské strategie pro vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek. Daný princip byl přijat ministry zdravotnictví členských zemí Evropské unie i zemí mimo ni. Další dokumenty jsou Oborové směrnice pro všeobecné sestry, které mají odpovědnost za všeobecnou péči. Jednotlivé přílohy dokumentu dávají možnost vzájemného uznávání formálních kvalifikací sester a zaměřují se na koordinaci právních a administrativních ustanovení, týkajících se činnosti odborného pracovníka. Teoretická a praktická výuka má být vyvážená a koordinovaná (Plevová, 2011). Z textu je zřejmé, že s rostoucím objemem poznatků a informací narůstá požadavek na úpravu studijních kurikul, která je nezbytná, protože některé informace jsou ve výuce studentů opomíjeny. Inovace v ošetrovateľskom vzdelávaní ovlivňuje vývoj ošetrovateľství, musí být provedeny změny na vysokoškolské úrovni. Oborové směrnice pro všeobecné sestry mají odpovědnost za všeobecnou péči poskytované pacientům.

Pohyb sester mezi jednotlivými zeměmi vyžaduje systém uznávání vzdělání, výchovy a kvalifikací. V tomto duchu to znamená, že sestra jako odborník v jednom členském státě

musí být uznána jako odborník v jiném členském státě EU za předpokladu, že její profese patří k regulovaným oborům. Kvalifikační vzdělávání v oboru je podřízeno právními normám Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Kvalifikační příprava všeobecných sester je od roku 2004/2005 poskytována jen na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách či univerzitách v souladu s příslušnými sektorovými a oborovými směnicemi Evropské unie. Současná právní úprava získání způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání byla již v nevyhovujícím stavu a neodpovídala aktuálním potřebám zdravotnictví či některým předpisům EU, proto dne 1. dubna 2004 vstoupil v platnost 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 č.96/2004 Sb., 2004).

Tímto je dána podmínka pregraduálního i postgraduálního vzdělávání sester. Podstatnou a důležitou změnou zákona je vymezení výkonu zdravotnického povolání. Je to výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, nebo výkon povolání pod odborným dohledem či výkon povolání pod přímým vedením (Plevová, 2011).

Česká asociace sester podporuje a realizuje národní a mezinárodní programy, které se zaměřují na vzdělávání sester a Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje jejich specializační vzdělávání. Mezinárodní rada sester v daném směru podporuje růst profese a celoživotního vzdělávání (Plevová, 2018). Z textu vyplívá, že volný pohyb sester mezi zeměmi potřebuje uznávat vzdělání i mezi zeměmi EU. Organizace ČAS podporuje vzdělávání sester a Ministerstvo zdravotnictví vzdělání zajišťuje. Dále ICN podporuje růst profese sester.

Zdravotnické profese jsou náročné a mohou být vykonávány pouze lidmi, kteří odpovídají přísným kritériím, vymezeným zákonnými a podzákonnými normami. Obory ošetrovatelství patří mezi regulovaná povolání, jejich výkon je spojován s možným ohrožením zdraví a životů jiných lidí (Plevová, 2018). Pro sestry je významný Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/2004 Sb., Koncepce ošetrovatelství, která byla nově schválena (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Dle Ministerstva zdravotnictví (2022) má Koncepce za cíl detailnější popis současného stavu českého ošetrovatelství a nástin jeho vývoje v následujících letech. Pomocí strategických cílů má být navržen postup, který dá směr poskytování efektivní

ošetřovatelské péče a posílení postavení sester ve společnosti. Hlavní cíle koncepce se zaměřují na vzdělávání a praxi a staví na základech spolupráce všech zainteresovaných stran, bezpečné úrovni personálního obsazení, kvalitě ošetřovatelské péče a na posílení postavení sester. Nová koncepce je konečným výsledkem spolupráce Ministerstva zdravotnictví České republiky se všemi zainteresovanými stranami (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

O čem tedy pojednává koncepce? Koncepce pojednává o současném stavu českého ošetřovatelství a pomocí strategických cílů navrhuje postupy k poskytování efektivní ošetřovatelské péče obyvatel a k posílení postavení sester ve společnosti. Koncepce je zaměřena na vzdělávání a praxi a staví na základech spolupráce zainteresovaných stran, bezpečné úrovni personálního obsazení a kvalitě ošetřovatelské péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. ustanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vyhláška č. 413/2006 Sb. podává seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku. Poslední vyhláškou je vyhláška č. 129/2010 Sb., která udává minimální požadavky, nutné pro studijní programy k následnému získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Specializační vzdělávání sester je též opatřeno nařízením vlády č. 31/2010 Sb., v němž odbory stanovují specializační vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Zákony pro lidi, 2023).

Ošetřovatelství se v 21. století v České republice vyvíjelo díky rozvoji komunikačních technologií a novým, dokonalejším metodám. České republice se po vstupu do Evropské unie naskytly nové možnosti spolupráce, docházelo k vzájemné podpoře mezi zeměmi. Aktivity Světové zdravotnické organizace přispívaly k trvalému rozvoji zdraví obyvatel ČR. Ministerstvo zdravotnictví vydalo první verzi Bílé knihy terciárního vzdělávání, která poukázala na možné směry dalšího vývoje vysokých škol. Vysoké školy a univerzity se staly nedílnou a významnou součástí profesionální ošetřovatelské péče. Velký význam pro ošetřovatelství měla Pražská deklarace, jíž si ministři zdravotnictví dali závazek vzájemného uznávání kvalifikací zdravotníků. Jejich úsilí také cílilo na vytvoření společných podmínek v oblasti transplantací

a na rozvoj speciálních programů. Strategie Zdraví pro všechny usiluje o posílení a ochranu zdraví obyvatel po dobu celého jejich života. Tato strategie se opírá o 21 cílů, které mají velký význam pro ošetřovatelství a pro populaci. Národní strategie Zdraví 2020 je přínosná tím, že přispívá ke stabilizaci systému prevence nemocí i ochrany a podpory zdraví, dostupnosti a principu rovnocenného postavení obyvatel. Národní strategie 2030 plynule navazuje na předešlou strategii. V současnosti je vyžadována příprava vzdělávání sester pro ošetřovatelství, sestra v ošetřovatelské péči je odborníkem na profesionální úrovni a je uznávána jak v České republice, tak i v ostatních členských státech Evropské unie. Sestra má ve své profesi vysokou zodpovědnost a musí dodržovat koncepci ošetřovatelství i zákony, které jsou s touto profesí spojeny.

Vlivy mezinárodních aktivit v ošetřovatelství v daných stoletích prezentuje Příloha 1.

Závěr

Předkládaná diplomová práce pojednává o mezinárodních aktivitách, které do určité míry měly a některé stále ještě mají vliv na rozvoj ošetrovatelství v 19., 20. a 21. století. Ve čtyřech hlavních kapitolách jsou analyzovány vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu, což bylo prvním cílem této diplomové práce. V první kapitole jsou definovány základní pojmy spojené s hlavními tématy práce. Následně navazuje pojednání o vzniku mezinárodních aktivit v kontextu rozvoje ošetrovatelství v 19. století a jejich vlivu na ošetrovatelskou péči, a to jak v laické, tak později i v profesionální rovině. Druhým cílem diplomové práce bylo analyzovat význam vybraných mezinárodních aktivit pro ošetrovatelství v současnosti.

V návaznosti na cíle diplomové práce byly položeny i výzkumné otázky: Které skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu? Jaký význam mají vybrané mezinárodní aktivity pro ošetrovatelství v současnosti? Na tyto otázky byly hledány odpovědi v teoretické části s využitím literatury a dostupných pramenů. V druhé hlavní kapitole, která je věnována 19. století, je analyzováno ošetrovatelství v historickém kontextu. V této době začala být v nemocnicích poskytována charitativní péče, vyzdvihla se tak profesní a ženská role sester, a tím celkové postavení žen ve společnosti. K mezinárodním aktivitám té doby patřily činnosti Diakonek a Šedých sester. V období Krymské války vyzdvihli ošetrovatelství Florence Nightingalová a Nikolaj Ivanovič Pirogov, kteří usilovali o zlepšení hygienických podmínek pro nemocné. Další významnou osobností byl Jean-Henri Dunant, který se podílel na založení Červeného kříže. V tomto století ošetrovatelství významně ovlivnilo založení první ošetrovatelské školy v Londýně. Na rozvoji ošetrovatelství se též podílela Mezinárodní rada sester, která usilovala o zlepšení pracovních podmínek sester.

Třetí kapitola pojednává o 20. století, kdy měla Mezinárodní rada sester snahu o zdokonalení kvality ošetrovatelských služeb a zlepšení péče o zdraví. Organizace spojených národů měly za cíl udržovat mezinárodní mír, stejně tak jako zásady rovnoprávnosti, a posilovat úctu k lidským právům. I v tomto století zaznamenáváme snahu o vývoj vzdělávání sester. Organizace Rada Evropy prosazovala jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester evropských států. O navýšení úrovně vzdělávání a odbornou kvalifikaci sester usilovala organizace Americké sdružení sester, která současně dbala na vysoký standard ošetrovatelské praxe. Světová zdravotní organizace

prosazovala, aby všichni občané světa dosáhli takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život. Velký vliv na ošetřovatelství 20. století měla koncepce ošetřovatelství, která kladla důraz na náročnější a samostatnější práci sester. V historickém kontextu posunuly vybrané mezinárodní aktivity rozvoj ošetřovatelství

na profesionální úroveň tím, že se sestry začaly vysokoškolsky vzdělávat, měly otevřený přístup do zahraničí, kde mohly získat zkušenosti a následně je aplikovat po návratu zpět do své země.

Čtvrtá kapitola pojednává o vybraných mezinárodních aktivitách pro ošetřovatelství současnosti. Současnost ošetřovatelství ovlivnila Mnichovská deklarace, díky níž došlo k navýšení kompetencí sester a porodních asistentek, ochraně, obnovení zdraví a zapojení do primární péče. Další aktivitou je strategie NUR/WHO/EURO 2000, která jednala o přijetí základních principů přípravy sester. Program Zdraví pro růst – Zdraví 2020 se snažil podporovat zdraví a prevenci nemocí. Na tento program navazuje 21 cílů, které dodnes slouží dostupnosti a rovnocennosti ošetřovatelství pro veškerou populaci. Národní strategie zdraví 2020 dbá na osvětu správné výživy a duševního zdraví. Tyto zmiňované aktivity a mnohé další vždy měly a budou mít snahu o neustálou inovaci ošetřovatelských postupů.

Na základě analýzy textů s podporou textové hermeneutiky lze uvést odpovědi na výzkumné otázky. Na první výzkumnou otázku: *Které skutečnosti ovlivnily vybrané mezinárodní aktivity v historickém kontextu?* je možno odpovědět, že v 19. století započalo poskytování charitativní ošetřovatelské péče v nemocnicích, zakládání špitálů a lazaretů, čímž došlo ke zlepšení pracovních podmínek sester, ale především ke zlepšení podmínek hygienických. Vyzdvihla se tak role sester a celkově žen ve společnosti. V Londýně byla založena první ošetřovatelská škola. Ve 20. století se potom usilovalo o zajištění kvalitní ošetřovatelské péče, vzdělávání sester, mobility sester do zahraničí. Projevila se snaha o zastřešování národního a mezinárodního ošetřovatelství a zajištění rovnosti ve zdraví, zlepšování kvality života. V tomto století se již sestry stávaly samostatně pracujícími odborníky v oblasti ošetřovatelství. Druhá výzkumná otázka zní: *Jaký význam mají vybrané mezinárodní aktivity pro ošetřovatelství v současnosti?* Za významný počín mezinárodních aktivit 21. století lze považovat například snahu o vzájemné uznávání kvalifikací zdravotníků. Prioritou je bezpečnost práce a podpora výzkumných aktivit. Každý má právo na ochranu zdraví, na možnost pečovat o své zdraví

a podílet se na rozhodování o něm (Příloha 1). Mezinárodní aktivity měly a mají další význam pro ošetřovatelství prostřednictvím nejrůznějších inovací technologií a přístrojů. Tím jsou kladeny vyšší nároky na vzdělávání sester a ošetřovatelskou péči. Sestry nesmí zapomenout, jak velmi důležitý je jejich přístup k pacientovi. Pacient by měl být vnímán jako holistická a jedinečná bytost.

V závěru práce lze uvést, že vybrané mezinárodní aktivity, jako jsou WHO, ICN, Národní strategie zdraví 2020 a další, mají zájem svou činností zlepšit kvalitu péče o pacienty, poukazují na bezpečnost práce jako svou prioritu. Přijímají základní principy přípravy sester, které jsou založeny na hodnotách a cílech, které vedou k podpoře a udržení zdraví jak jednotlivců, tak komunit.

Přínosem diplomové práce je analýza ošetřovatelství od 19. století do 21. století a analýza vlivu mezinárodních organizací v těchto stoletích na ošetřovatelství, shrnutí informací o mezinárodních aktivitách, o ovlivnění ošetřovatelství profesionální ošetřovatelskou péčí, díky níž mají sestry více možností a prostoru se vzdělávat.

Seznam literatury a zdrojů

1. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika: 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-2474-824-X.
2. BOLOŇSKÝ PROCES, 2022. *Boloňský proces*. [online]. [cit. 2022-09-21]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/bolonsky-proces-2>
3. BOLOŇSKÝ PROCES, 2022. [online]. [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/bolonsky-proces-2>
4. BOROMEJKY, 2022. *Historie kongregace*. [online]. [cit. 2022-09-11]. Dostupné z: <https://www.domovrepy.cz/index.php/boromejky/historie-a-poslani>
5. BRUGGER, W., 1994. *Filozofický slovník*. Praha: Naše vojsko. 640 s. ISBN 80-206-0409-X.
6. BRYKCZYŇSKA, G., 2006. *Podpůrná a ošetrovatelská péče v onkologii*. [online]. [cit. 2022-07-09]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vzdelavani-zdravotnich-sester-jejich-volny-pohyb-v-ramci-evropy-a-uznavani-jejic/>
7. CÍL 1: SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU. 2022. [online]. [cit: 2022-05-07]. Dostupné z: https://www.ped.muni.cz/z21/texty/rozpracovani_programu_zdravi_pro_vsechny_21_cr/pdf/001-cil_1.pdf
8. CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ. 2022. [online]. [cit: 2022-05-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/priloha_11.pdf/b81af0eb-2ab5-2bac-9ccd-10fb0045aa32

9. CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM. 2022. [online]. [cit: 2022-05-11]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/6148362-Cil-12-snizit-skody-zpusobene-alkoholem-drogami-a-tabakem.html>
10. ČAS, 2017. *ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. © 2017 ČESKÁ ASOCIACE SESTER [cit: 2022-05-21]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
11. ČELEDOVÁ, L. et. al., 2010. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 80-2473-213-0.
12. ČELEDOVÁ, L. et. al., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Charles University in Prague, Karolinum Press. 204 s. ISBN 80-2463-809-6.
13. ČELEDOVÁ, L. et. al., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Učební texty, Univerzita Karlova. Charles University in Prague: Karolinum Press. 110 s. ISBN 80-2463-996-3.
14. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2022. *Cíle*. [online]. [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/cile/>
15. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2022. *O nás*. [online]. [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/>
16. ČESKÉ PROFESNÍ ORGANIZACE SESTER, 2022. [online]. [cit.2022-02-24]. Dostupné z:https://www.google.cz/search?q=1948+spolek+dipломovan%C3%BDch+sester&hl=cs&sxsrf=ALeKk00qEascjV2UwzdJLhuEhEsTYVseQ:1614161473105&source=Inms&sa=X&ved=0ahUKEwiVn9uJpILvAhVW3IUkHeSbAOUQ_AUICigA&biw=990&bih=590&dpr=1.25
17. ČESKÉ PROFESNÍ ORGANIZACE SESTER, 2022. [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/34596600-Ceske-profesni-organizace-sester.html>

18. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, 2023. *Mezinárodní výbor Červeného kříže*. [online]. [cit: 23-08-02]. Dostupné z: <https://www.cervenkykriz.eu/mezinarodni-hnuti-ck-a-cp>
19. ČEVELA, R. et. al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha:Grada. 108 s. ISBN 80-2472-860-5.
20. DECLARATION OF ALMA-ATA, 1978. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12*. [online]. [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
21. DEFINICE A VÝZNAM OŠETŘOVATELSTVÍ, 2022. [online]. [cit. 2022-11-01]. Dostupné z: <https://www.vyznam-slova.com/o%c5%a1et%c5%99ovatelstv%c3%ad>
22. DINGOVÁ, M. et. al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 80-2712-324-0.
23. DINGOVÁ, Š. et. al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 80-2712-325-9.
24. DUNANT, H., 2020. *The Origin of the Red Cross: "Un souvenir de Solferino"*. Good Press. 246 s. ISBN neuvedeno.
25. ECTS, 2020. *Kreditový systém ECTS (The European Credit Transfer and Accumulation System)*. [online]. [cit. 2020-09-21]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/bolonsky-proces-2>
26. EUROPEAN NURSING COUNCIL, 2020. *European nursing council*. [online]. [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <http://enc-eu.org/>
27. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2020. *European Observatory on Health Systems and Policies*. [online]. [cit. 2020-09-16]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us>

28. EUROPA PUBLICATION., 2021. *European Union Encyclopedia and Directory 2022*. Routledge. 606 s. ISBN 10-0053-812-5.
29. GLOBAL STRATEGY FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000, 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. [online]. [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf
30. GORDON, F., 2022. *Formation of the International Council of Nurses*. [online]. [cit.2022-09-11]. Dostupné z: <https://icntimeline.org/1899-1909/0002.html>
31. GRINC, J., 2010. *Právo pro politology*. Praha: Grada.147 s. ISBN 80-2472-921-0.
32. GURKOVÁ, E. et. al., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 80-2710-583-8.
33. HANZELKOVÁ, A., 2013. *Personální strategie: krok za krokem*. Brno: Nakladatelství C H Beck. 159 s. ISBN 80-7179-564-X.
34. HARTL, P., 1993. *Psychologický slovník. 3. vydání*. Praha: Jiří Budka. 297 s. ISBN 80-9015-490-5.
35. HEWARD-MILLS, D., 2018. *Ti, již jsou lhostejní Věrnost a Nevěrnost*. Dag Heward-Mills. Strany neuvedeny. ISBN 16-4134-981-6.
36. HRADECKÁ, L., 2010. *Vzdělávání sester v 21. století*. [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2022-08-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzdelavani-sester-v-21-stoleti-452645>
37. HUSSEIN, Z., 2016. *Všeobecná deklarace lidských práv*. [online]. [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: https://www.osn.cz/wp-content/uploads/UDHR_2016_CZ_web.pdf
38. ICN, 2020. *Who we are*. [online]. [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/who-we-are>

39. INTERNATIONAL LABOR OFFICE, 2007. *Gender Equality Around the World: Articles from World of Work Magazine 1999-2006 ILO publications*. Geneva: International Labour Organization. 152 s. ISBN 92-2119-317-9.
40. IVANOVÁ, K. et. al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-2471-212-1.
41. JANEČKOVÁ, H. et. al., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 80-7367-592-7.
42. JAROŠOVÁ, D., 1999. *Vybrané kapitoly z teorie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 122 s. ISBN 80-7042-318-8.
43. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Organizace studia ošetrovatelství*. [online]. [cit: 2020-09-14]. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace_studia_osetrovatelstvi.pdf
44. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 80-2476-542-X.
45. KARLHEINZ, B., 1985. *Filozofický slovník a-n*. Praha: Svoboda. 481 s. ISBN neuvedeno.
46. KARLHEINZ, B., 1985. *Filozofický slovník o-z*. Praha: Svoboda. 481 s. ISBN neuvedeno.
47. KEDRON, K., 2014. *Genderové aspekty ve slovanské frazeologii (na materiálu běloruštiny, polštiny a češtiny)*. Praha: Karolinum Press. 166 s. ISBN 80-2462-221-1.
48. KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. Ročník*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

49. KELNAROVÁ, J. et. al., 2015. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 80-2479-856-5.
50. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 549 s. ISBN 80-2472-548-7.
51. KOLEKTIV AUTORŮ, 2018. *Alternativní medicína (CAM) ve světě: O čem se mlčí*. Praha: Dimenze 2+2. 414 s. ISBN neuvedeno.
52. KONEČNÁ, M., 2007. *Řeč a rozumění: poznámky k filozofické a teologické hermeneutice H.-G. Gadamera, G. Ebelinga a E. Fuchse*. Praha: Marek Konečný. 118 s. ISBN 80-9035-169-7.
53. KONGREGACE MILOSRDNÝCH SESTER, 2022. *Dějiny Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského*. [online]. [cit. 2022-09-11]. Dostupné z: <http://www.boromejky.cz/11.htm>
54. KOZIEROVÁ, et al., 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta. 21 s. ISBN 80-2170-528-0.
55. KUKLA, L. et. al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Grada Publishing a.s. 456 s. ISBN 80-2719-224-2.
56. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 80-2472-713-7.
57. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 80-2473-224-6.
58. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 80-2478-582-X.

59. LYNAUGH, J. E., 1993. *Nursing History Review, Volume 2: Official Journal of the American Association for the History of Nursing*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press. 208 s. ISBN 08-1221-451-X.
60. LYNN, M., 2011. *Florence Nightingale on Wars and the War Office: Collected Works of Florence Nightingale, Volume 15*. Ontario: Wilfrid Laurier Univ. Press. 1056 s. ISBN 15-5458-382-9.
61. MACHOVÁ, J. et. al., 2016. *Výchova ke zdraví: 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. 312 s., ISBN 80-2710-993-0.
62. MAJDA, A. et. al., 2015. A consistent course of events or a series of coincidences: nursing in Poland from the 19(th) to the 21(st) century. *Nursing Inquiry* 22(4), 359-70, doi: 10.1111/nin.12110.
63. MALEIS, A. I., 1997. *Theoretical nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins. 832 s. ISBN 10-078-173-6730.
64. MALENOVSKÝ, J., 1997. *Mezinárodní právo veřejné*. Brno: Právnická fakulta Masarykovy univerzity. 180 s. ISBN nevedeno.
65. MASTILIAKOVÁ, D., 2008. *Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7248-467-6.
66. MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 80-2479-268-0.
67. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 1992. *Práva pacientů*. [online]. [cit: 2022-09-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
68. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2001. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Bílá kniha*. Praha: Tauris. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.

69. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2022. *Zdraví 21 – cíle*. [online]. [cit: 2022-09-21]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2461/7180/Zdraví 21 - Cile 1-9.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2461/7180/Zdraví_21_-_Cile_1-9.pdf)
70. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2023. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. [cit: 23-08-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>
71. MISCONIOVÁ, Blanka. *Metodika vykazování domácí péče*. Národní centrum domácí péče České republiky 2006. [online]. [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/metodika-vykazovani-domaci-pece>
72. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 1. díl: Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost – Svazek 1*. Praha: Grada. ISBN 80-2473-184-3.
73. NCO NZO, 2022. *Stručná historie a vývoj centra v datech*. [online]. [cit: 2022-06-30]. Dostupné z: <http://old.nconzo.cz/web/guest/125>
74. NIGHTINGALE, F. et. al., 2001. *Florence Nightingale: Collected Works of Florence Nightingale*. Wilfrid Laurier Univ. Press. 908 s. ISBN 08-8920-387-3.
75. NIGHTINGALE, F. et. al., 2005. *Florence Nightingale on Women, Medicine, Midwifery and Prostitution: Collected Works of Florence Nightingale*. Ontario: Wilfrid Laurier Univ. Press. 1085 s. ISBN 08-8920-466-7.
76. NIGHTINGALE, F. et. al., 2009. *Florence Nightingale: Collected Works of Florence Nighingale*. Wilfrid Laurier Univ. Press. 950 s. ISBN 08-8920-520-8.
77. NKOWANE, A. M., S. L. FERGUSON., *The World Health Organization Launches the 2016-2020 Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery*. *Nursing economic\$* [online]. 2016, 34(4), 206-7 [cit. 2022-08-31]. ISSN 0746-1739.

78. OSN, 2022. *Charta Organizace spojených národů a Statut mezinárodního soudního dvora*. [online]. [cit: 2022-09-13]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/charta-organizace-spojenych-narodu-a-statut-mezinarodniho-soudniho-dvora.pdf>
79. PETR, T. et. al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-2474-236-5.
80. POKORNÝ, P., 2006. *Hermeneutika jako teorie porozumění od základních otázek jazyka k výkladu Bible*. Albatros Media a. s. 512 s. ISBN 80-7021-779-0.
81. PLEVOVÁ, I., 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-506-5.
82. PLEVOVÁ, I. et. al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 80-2473-557-1.
83. PLEVOVÁ, I., et. al., 2018. *Ošetřovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-2712-327-5.
84. PRAŽSKÁ DEKLARACE, 2003. *Pražská deklarace*. [online]. [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4720>
85. PRŮCHA, J. et. al., 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-2478-182-4.
86. PRŮCHA, J., et. al., 2014. *Andragogický slovník: 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 80-2478-993-0.
87. PTÁČEK, R. et. al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 80-2479-597-3.

88. RESOLUTIO OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1989. *Strengthening nursing and midwifery in support of strategies for health for all*. [online]. [cit. 2022-09-21].
Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172195/WHA42_R27_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. SALVAGE, J., 1993. *Ošetrovatelství v akci. Podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu „Zdraví pro všechny“*. Regionální pobočka Světové zdravotnické organizace pro Evropu. 119 s. ISBN 92-8901-312-5.
90. SCHNEIDEROVÁ, S., 2015. *Analýza diskurzu a mediální text*. Charles University in Prague, Karolinum Press. 166 s. ISBN 80-2462-884-8.
91. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-2477-992-7.
92. SLAVÍK, M. et. al., 2012. *Vysokoškolská pedagogika: Pro odborné vzdělávání*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 80-2478-074-7.
93. SLOVNÍ CIZÍCH SLOV, 2022. [online]. [cit. 2022-08-09]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/>
94. SORBONNE JOINT DECLARATION, 1998. *Joint declaration on harmonisation of the architecture of the European higher education system*. [online]. [cit. 2022-09-21].
Dostupné z: http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/61/2/1998_Sorbonne_Declaration_English_552612.pdf
95. STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství praktické příručky pro sestry 7. Galerie historických osobností*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
96. STASKOVÁ, V. et. al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 80-2712-206-6.

97. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2022. *Zdravější životní styl*. [online]. [cit: 2022-05-08]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zdravejsi-zivotni-styl>
98. STIEVANO, A. et al., 2019. Shaping nursing profession regulation through history – a systematic review. *International NursingReview*. 66(1), 17-29, doi: 10.1111/inr.12449.
99. ŠEDÉ SESTRY, 2020. *Duchovní poslání kongregace*. [online]. [cit: 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.sedesestry.cz/poslani/duchovni-poslani-kongregace/>
100. ŠEDÉ SESTRY, 2022. *Šedé sestry*. [online]. [cit: 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.sedesestry.cz/historie/od-zalozeni-do-r-1950/>
101. ŠPAČEK, M., 2004. *Věstník č. 9 – MZ ČR Metodická opatření. Koncepce ošetřovatelství*. [online]. [cit: 2022-09-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osestrovatelstvi.pdf
102. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-2475-710-9.
103. ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 80-2472-068-X.
104. ŠVEJNOHA, J., 2008. *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Úřad Českého červeného kříže. 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0.
105. TOMÁŠ, P. et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-2474-236-5.
106. TOMEŠ, I., 2009. *Sociální správa: Úvod do teorie a praxe. 2. rozšíření a přepracované vydání*. Praha: Portál. 304 s. ISBN 80-7367-483-1.
107. TÓTHOVÁ, V. et. al., 2019. *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 80-2712-197-3.

108. VALENTA, V., 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. [cit. 2022-08-19]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdraví_2020_Národní_strategie_ochrany_a_podpory_zdraví_a_prevence_nemocí...pdf
109. VALENTA, M. et. al., 2018. *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 80-2710-378-9.
110. VAŠŤATKOVÁ, J. 2016. *Proměny české a polské pohraniční školy poskytující povinné vzdělávání po r. 1989*. Univerzita Palackého v Olomouci. 246 s. ISBN 80-2444-892-0.
111. VÉVODA, J. et. al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 80-2478-662-1.
112. VĚSTNÍK č. 9 – MZ ČR. Metodická opatření (Koncepce ošetřovatelství), 2004. [online]. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce%20osetrova_telstvi.pdf
113. VLČEK, V., 2005. Procesy s řeholicemi v 50. letech. In: Vlček, V., (ed.), *Ženské řehole za komunismu (1948–1989)*. Sborník příspěvků z konference pořádané Konferencí vyšších představených ženských řeholí v ČR a Českou křesťanskou akademií dne 1. října 2003 v kostele sv. Voršily v Praze. Olomouc: MCM. s. 59–91. ISBN 80-7266-195-7.
114. VLČEK, V. 2005. *Sto let české kongregace Šedých sester. 1856–1956. Matice cyrilometodějská*. 447 s. ISBN nevedeno.
115. VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY ROČNÍK LXXIII, 2004. *Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské Unii*. [online]. [2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/05.pdf>

116. VZNIK EVROPSKÉ UNIE, 2023. *Jak vznikla EU?* [online]. [cit: 23-08-02].
Dostupné z: <https://eurolike.cz/vznik-evropske-unie/>
117. WEINDENHOFFEROVÁ, I., 2007. *Zpráva o zahraniční politice České republiky: za období od ledna 2006 do prosince 2006*. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. 448 s. ISBN 80-8634-558-0.
118. WHO, © 2022. *Who we are* [online]. [cit. 2022-02-08]. Dostupné z:
<http://www.who.int/about/who-we-are/en>
119. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2022. *Health 21 – health for all in the 21st century*. [online]. [cit. 2022-03-18].
Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf
120. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *The third ten years of the World health organization: 1968–1977*. [online]. [cit. 2022-09-21]. Dostupné z:
https://www.who.int/global_health_histories/who-3rd10years.pdf
121. WORLD HEALTH ORGANIZATION. et. al., 1998. *Health in Europe 1997: Report on the Third Evaluation of Progress Towards Health for All in the European Region of WHO (1996-1997)*. WHO Regional Office Europe. 90 s. ISBN 92-8901-347-8.
122. ZÁKON č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů. 1998. [online]. [cit. 2020-09-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 5388-5419. ISSN 1211-1244.
123. ZÁKONY PRO LIDI, 2023. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.* [online]. [cit: 23-08-02].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
124. ZAORALOVÁ, R. et. al., 2015. *Zahraníční kontakty československých diplomovaných sester v letech 1920–1938 (studenský příspěvek)*. [online]. [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2015/01/07.pdf>

125. ZELINKA, P., 2014. Florence. *Historie ošetrovatelských škol*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-osetrovatelskych-skol/>

Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 – Vliv mezinárodních aktivit ošetřovatelství

Seznam použitých zkratek

- ANA – Americké sdružení sester
ČAS – Česká asociace sester
ČR – Česká republika
ČSČK – Československý červený kříž
ČSS – Československá společnost sester
ČSSR – Československá socialistická republika
ČSR – Československá republika
ECTS – Evropský systém přenosu a akumulace kreditů
EFN – Evropská asociace sesterských asociací
EHEA – Evropský prostor vysokoškolského vzdělání
ENFR – Organizace evropských sester pro výzkum
ERA – Evropský výzkumný prostor
EU – Evropská Unie
HFA – Zdraví pro všechny
HIV/AIDS – Virus lidské imunitní nedostatečnosti/Syndrom získaného imunodeficitu
ICN – Mezinárodní organizace sester
ILO – Mezinárodní organizace práce
MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NEHAP – Národní akční plán zdraví a životního prostředí
NLN – Národní liga pro ošetřovatelství
NUR/WHO EURO – Evropská strategie pro vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek
OSN – Organizace spojených národů
SAŠO – Spolek absolventek školy ošetřovatelské
SDS – Spolek diplomovaných sester
UNICEF – Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci
USA – Spojené státy americké
WERN – Pracovní skupina evropských sester pro výzkum
WHO – Světová zdravotnická organizace
WHO/EURO – Světová zdravotnická organizace pro Evropu

Příloha 1 – Vliv mezinárodních aktivit ošetrovatelství

19. STOLETÍ	
ZAHRANIČÍ	ČESKÁ REPUBLIKA
<ul style="list-style-type: none">• ošetrovatelská péče poskytována v nemocnicích• založení první ošetrovatelské školy• zlepšení hygienických podmínek• rozvoj ošetrovatelství• vyzdvižení role sester a žen ve společnosti• zlepšení pracovních podmínek sester	<ul style="list-style-type: none">• ošetrovatelská péče poskytována v domech nemocných• rozšiřování ošetrovatelské péče do nemocnic a sirotčinců• dodržování hygienických zásad• rozvoj ošetrovatelství• zakládání špitálů a lazaretů

20. STOLETÍ	
ZAHRANIČÍ	ČESKÁ REPUBLIKA
<ul style="list-style-type: none">• úsilí organizace o zajištění kvalitní ošetrovatelské péče• zlepšení ekonomických a pracovních podmínek sester• reprezentace ošetrovatelství jako celku• podpora a posilování úcty k lidským právům• umožnění volného pohybu sester po Evropě• zavedení standardů pro zajištění bezpečnosti ošetrovatelské péče• snaha o zlepšení úrovně vzdělávání a odborné kvalifikace sester• zastřešování národního a mezinárodního ošetrovatelství• poskytování odborného růstu• snaha o zajištění rovnosti ve zdraví a zlepšení kvality života• důraz kladen na samostatnější a náročnější práci sester	<ul style="list-style-type: none">• vzdělávání sester• ošetrovatelství jako samostatný obor• vznik řady výzkumných prací• mobilita sester v zahraničí a předávání zkušeností do ošetrovatelství• etický kodex sester• aktivity sester vedoucí ke zvyšování prestiže zdravotnických profesí• usilování o zlepšení zdravotního stavu celé populace• realizace vzdělávacích akcí pro veřejnost• zajištění dostupnosti všech úrovní vzdělávání• sestry se stávají samostatně pracujícími odborníky v oblasti ošetrovatelství

21. STOLETÍ

ZAHRANIČÍ	ČESKÁ REPUBLIKA
<ul style="list-style-type: none">• bezpečnost práce jako priorita• podpora výzkumných aktivit a shromažďování a šíření vědomostí• základní principy pro vzdělávání sester• poskytování aktivní ošetrovatelské péče• každý má právo na ochranu zdraví jako na jedno ze základních sociálních práv• podpora zdraví a prevence nemocí	<ul style="list-style-type: none">• vzájemné uznávání kvalifikací zdravotníků• významná součást migrační politiky a politiky rozvoje lidských zdrojů• zvýšení národní a mezinárodní mobility akademických pracovníků• populace má právo na rovní možnosti rozvoje a udržování svého plného zdravotního potenciálu• populace mají možnost pečovat o své zdraví a podílet se na rozhodování