



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Postavení sestry v minulosti, současnosti
a budoucnosti**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Vladimíra Pospíšilová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Postavení sestry v minulosti, současnosti a budoucnosti*“ 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 11. 8. 2021

.....
Bc. Vladimíra Pospíšilová

Poděkování

Poděkování za ochotu, trpělivost, inspirativní podněty a laskavý přístup náleží prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., vedoucí předkládané diplomové práce.

Poděkování patří také vysokoškolským pedagogům, kteří v průběhu studia ovlivnili můj odborný rozvoj.

V neposlední řadě poděkování přísluší mým nejbližším za podporu, vstřícnost a pochopení při tvorbě této diplomové práce.

Postavení sestry v minulosti, současnosti a budoucnosti

Abstrakt

Studium historického postavení sestry souvisí s historickým vědomím, které lze charakterizovat jako uvědomění si souvislostí mezi minulostí, současností a budoucností. Znalost historie pomáhá lépe porozumět společenskému vývoji a jeho vlivu na profesi sestry. Rovněž umožňuje náležitě pochopit tendence a problémy působící na ošetrovatelství. Studium dějin je tak základním předpokladem pro získání orientace v oboru a osvojení si komplexních vědomostí. Názory odborníků na úroveň znalostí se do určité míry liší. Na jedné straně v odborné veřejnosti panuje názor, že zdravotničtí pracovníci znají minulost své profese, na straně druhé se však mnozí odborníci netají tím, že sestry často podceňují význam vědomostí o historii svého oboru. Neuvědomují si totiž, že právě studium historie jim umožní pochopit podstatu profese a jejich úlohu v ošetrovatelství.

Cílem předpokládané diplomové práce je analyzovat postavení sestry v minulosti a současnosti. A na základě této analýzy zpracovat vizi o postavení sestry v budoucnosti. Záměrem je rovněž konkretizovat představu o budoucnosti ošetrovatelské péče. Tato diplomová práce má teoretický charakter a je pojata jako analytická studie. Pro analýzu dokumentů jsou využity metody deskripce a textové hermeneutiky.

Diplomová práce je rozdělena do tří částí. První část se zabývá historickým vývojem postavení sestry. Obsahuje zamyšlení nad aktuálností studia historie ošetrovatelství a zhodnocení vlivu historie na rozvoj ošetrovatelské péče. Druhá část je věnována současnému postavení sestry. Zahrnuje hodnocení ošetrovatelství jako profese, rolí a kompetencí sester. Věnuje také pozornost současnému vzdělávání a obrazu sester na veřejnosti. Třetí část se zabývá předpokládaným postavením sester v budoucnosti. Formuluje vizi budoucnosti a zabývá se budoucími technologiemi. Přibližuje také principy transhumanismus jako sociálního a filozofického hnutí. Predikuje osobnostní předpoklady a vzdělávání sester v budoucnosti.

Přínosem této diplomové práce je především zpracování vize budoucnosti z pohledu předpokládaných společenských změn a jejich vlivu na budoucí vývoj ošetrovatelství a postavení sestry. Výsledky jsou využitelné ve vzdělávání a odborné přípravě sester, ve vytváření objektivního obrazu na veřejnosti a zlepšování postavení sester

ve společnosti. Pro přehlednost jsou v podobě jednotlivých námětů obsaženy v závěru této diplomové práce. Výsledné podněty je možné použít k aktualizaci metodických pokynů, studijních osnov a směrnic pro organizaci a řízení zdravotnických zařízení, stejně tak jako pro zpracování koncepcí a plánů rozvoje ošetrovatelské péče v budoucnosti.

Klíčová slova

Ošetrovatelství; postavení sestry; emancipace; vzdělávání; profese; kompetence; moderní technologie; transhumanismus; osobnostní předpoklady; vize budoucnosti.

The Status of nurse in past, present and future

Abstract

Studying the status of a nurse throughout the history is connected to a historical knowledge, which can be characterized as a realization of connections between the past, present and future. Knowledge of history helps to better understand social development and its influence on the profession of a nurse. It also enables us to properly understand the tendencies and problems affecting nursing care. Studying the history is therefore a fundamental requirement to have an overview of the field and to gain a complex knowledge. The expert's opinions on the level of knowledge differs up to a certain point. On the one hand there is a view among the experts, that medical personnel know the history of their profession, on the other hand many experts let it be known, that nurses often underestimate the importance of knowing their profession's history. They do not realize, that studying history is the very thing to help them understand the essence of their profession and their role in nursing care.

The aim of the presumptive thesis is to analyze the status of a nurse in the past and present. Then, based on this analysis, create a vision of the status of a nurse in the future. The intention is also to concretize the image of the future of the nursing care. This thesis has a theoretical character and is approached as an analytical study. Methods of description and text hermeneutics are used to analyze the documents.

The thesis is divided into three parts. The first part deals with historical development of the status of a nurse. It contains contemplation on the topicality of studying the history of nursing and evaluation of the history's influence on the development of nursing care. The second part is devoted to the current status of a nurse. It contains evaluation of nursing as a profession, the role of a nurse and their competences. It also brings attention to the current education and the view of society on nurses. The third part deals with the expected status of nurses in the future. It formulates a vision of the future and looks into future technologies. It also describes the principles of transhumanism as a social and philosophical movement. It predicts personal requirements and education of nurses in the future.

The merit of this thesis is above all creating a vision of the future from the viewpoint of anticipated social changes and their impact on the future development of nursing care and the status of a nurse. The results of this thesis can be used in education and professional training of nurses, in creating an objective picture for the public and

to better the status of nurses in society. For the sake of clarity, the results are contained in the conclusion of the thesis in a form of individual topics. The resulting initiatives can be used to update methodology guides, curriculums and directives for organizing and managing health care facilities as well as to make conceptions and plans to advance nursing care in the future.

Key words

Nursing; the status of a nurse; emancipation; education; profession; competences; modern technologies; transhumanism; personal requirements; the vision of future.

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍLE PRÁCE.....	12
METODIKA.....	13
1 HISTORICKÝ VÝVOJ POSTAVENÍ SESTRY.....	14
1.1 AKTUÁLNOST STUDIA HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ	14
1.2 VLIV HISTORIE NA ROZVOJ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	17
1.2.1 Ošetřovatelství ve starověku	18
1.2.2 Ošetřovatelství ve středověku	21
1.2.3 Ošetřovatelství v novověku	28
1.2.3.1 Emancipační hnutí	35
1.2.3.2 Počátky organizovaného vzdělávání sester.....	39
1.2.3.3 Postavení opatrovnic, ošetřovatelek, sester	45
2 SOUČASNÉ POSTAVENÍ SESTRY.....	54
2.1 OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO PROFESE.....	54
2.2 ROLE SESTRY	58
2.3 KOMPETENCE SESTER	61
2.4 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	69
2.4.1 Akademická úroveň vzdělávání.....	70
2.4.2 Získávání specifických znalostí a dovedností.....	73
2.5 OBRAZ OŠETŘOVATELSTVÍ A SESTRY	76
2.5.1 Profesní organizace	79
2.5.2 Globální kampaň Nursing Now	80
2.5.3 Vliv pandemie na postavení sestry.....	83
2.5.4 Nedostatek sester jako globální problém.....	84
3 POSTAVENÍ SESTRY V BUDOUCNOSTI.....	86
3.1 VIZE BUDOUCNOSTI.....	86
3.2 TECHNOLOGIE BUDOUCNOSTI A JEJICH VLIV NA SPOLEČNOST.....	89
3.3 VLIV TECHNOLOGIÍ NA OŠETŘOVATELSTVÍ	93
3.4 TRANSHUMANISMUS	97
3.5 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY SESTER.....	100

3.6	VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V BUDOUCNOSTI	102
4	ZÁVĚR	107
5	SEZNAM LITERATURY	110
6	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	137
7	SEZNAM ZKRATEK	138

Úvod

„Sestra je zrcadlem, které odráží postavení žen v průběhu věků.“¹

(Robinson, 1945 in Donahue, 1985, s. 2–3)

Postavení sester se vždy odvíjelo od postavení žen. V průběhu staletí sice doznávalo změn vlivem společenského vývoje, přesto však nebylo v rovnocenném postavení s muži. Historické zobrazení sestry mělo řadu podob. Za nejznámější lze považovat lidový obraz sestry ve starověku, ve kterém se ženy věnovaly péči o děti a stárnoucí členy rodiny. Vzestup křesťanství ve středověku vedl k organizovanější ošetrovatelské péči a zejména svobodným ženám poskytl možnosti jejich zapojení do sociálních služeb. Náboženský obraz sestry vystřídal obraz sestry jako služebnice v novověku od 16. do 19. století. Doba reforem přinesla zásadní sociální změny a nebývalý rozkvět vědy a kultury. Nezaznamenala však prakticky žádné změny v podřízenosti žen vůči mužům. Mužská dominance ve svém důsledku ovlivnila postavení žen v průběhu celé historie.

Současné postavení sester je determinováno především jejich rolemi a kompetencemi. Pro úspěšný výkon profese je důležité, aby se sestry důkladně seznámily s tím, co obnáší výkon povolání a identifikovaly se s požadavky role. Stejně tak podstatné je, aby sestry zlepšovaly své kompetence a průběžně je využívaly v každodenní praxi. Stát se sestrou znamená vytvořit si vlastní identitu. Předpokladem profesionální identity je osvojení si odpovídajících znalostí, dovedností, postojů a chování. Na profesionální identitu sester působí řada faktorů, zejména pracovní prostředí, pracovní hodnoty a úroveň vzdělávání. Sestry jsou připravovány na různé ošetrovatelské role v bakalářských, magisterských a doktorských studijních programech. Jsou také vzdělávány v provádění výzkumné práce a ověřování ošetrovatelských teorií.

Postavení sestry v budoucnosti bude předurčovat dynamický technologický rozvoj v podobě automatizace, digitalizace, robotizace a umělé inteligence. Tyto aspekty ovlivní také ošetrovatelství a změny způsob, jakým bude ošetrovatelská péče prováděna. Využití technologie bude přinášet zásadní výzvy. Má-li ošetrovatelství sloužit lidstvu

¹ „*The nurse is the mirror in which is reflected the position of women through the ages*“ (vlastní překlad)

odpovídajícím způsobem, očekává se, že věda bude považována za hlavní veličinu při prosazování, podpoře a legitimizaci budoucí ošetrovatelské praxe. Proces technologického poznání a participativního zapojení poskytne sestřím příležitost zdokonalit svou činnost. Bude potřebné transformovat ošetrovatelství s důrazem na zlepšení vzdělávacího systému s podporou akademického postupu, aby sestra mohla být partnerem lékaře.

Z výše uvedených pohledů vzrůstá potřeba zhodnotit postavení sestry v minulosti a současnosti a konkretizovat představu o postavení sestry v budoucnosti. Motivem pro výběr tématu diplomové práce byla snaha o zodpovězení zadaných otázek a pokus o predikci předpokládané budoucnosti ošetrovatelství jako vědy.

Cíle práce

Cílem předkládané diplomové práce je analyzovat postavení sestry v minulosti a současnosti a na základě této analýzy formulovat vizi o postavení sestry v budoucnosti. Záměrem této práce je také definovat představu o budoucnosti ošetrovatelské péče pohledem probíhajících společenských změn a předpokládaného vývoje ošetrovatelství jako vědy.

V této souvislosti byly položeny otázky: Jaké je postavení sestry v současnosti? Jak se změní postavení sestry v budoucnosti? Jaké znalosti, dovednosti a osobnostní předpoklady budou požadovány pro práci sestry v budoucnosti? Jak se změní možnosti lepšího vzdělávání, odborné přípravy a sdílení výzkumu a důkazů efektivní praxe sester v budoucnosti?

Metodika

Předkládaná diplomová práce má teoretický charakter. Je koncipována jako analytická studie s následným vypracováním interpretativního textu. Pro analýzu dokumentů a navazující interpretaci textů jsou využity metody deskripce a textové hermeneutiky. Deskripce za účelem popisu a utřídění analyzovaných jevů byla zvolena jako předstupeň analýzy a interpretace. Hermeneutiku lze označit za umění výkladu vycházejícího z vysvětlení, porozumění a interpretace textu. Text je považován za otevřené dílo, které je interpretováno na základě vlastní znalosti a životní zkušenosti. Porozumění textu však v této souvislosti musí být chápáno jako vytvoření komunikačního vztahu tradice a procesuálního čtení s určitým časovým odstupem, nikoliv jako proces reprodukce originálu.

Za účelem získání zdrojů byly provedeny bibliografická rešerše prostřednictvím katalogů knihoven a databází. Rešerše byly zpracovány bez omezení z minulosti prostřednictvím katalogu Národní lékařské knihovny v systému Medvic. Byly vyhledány publikace ke studiu zvolené problematiky, včetně pramenů zahraniční provenience, s využitím mezinárodních meziknihovních výpůjček zprostředkovaných Akademickou knihovnou v Českých Budějovicích. Rovněž byly využity knihy, články a kvalifikační práce. Zdroje byly rozšířeny prostřednictvím knihovních katalogů, pomocí digitálních médií a archívů světových knihoven s přístupem ke knihám a vědeckým článkům v online prostředí. Byly také využity digitalizované zdroje Národní knihovny České republiky, ProQuest, Bayerische Staatsbibliothek Muenchen, Deutsche Nationalbibliothek, Harvard Library. Získané prameny byly nejprve shromážděny a analyzovány. Podrobeny zkoumání byly jak primární zdroje, tak sekundární dokumenty, a to předmětná data (knihy), výstupy masových médií (časopisy) a virtuální data (internetové stránky). Následná práce s dokumenty byla zaměřena na hledání odpovědí na zadané otázky a vypracování interpretativního textu (Hendl, 2005).

1 Historický vývoj postavení sestry

1.1 *Aktuálnost studia historie ošetrovatelství*

Studium historie lze definovat jako studium informací z minulosti, které vedou do přítomnosti, jako činnost, která se zaměřuje nejen na chronologii událostí, ale také na jejich dopad v určitém období. V průběhu času se události vyvíjejí a současně vyvolávají nové trendy, které ovlivňují nebo formují osud jednotlivce či skupiny, často celé společnosti. Jiří Šubrt et al. (2013) shrnul potencionální důvody studia historie dle Miroslava Hrocha, předního českého historika, takto: historie je zdrojem inspirativních příběhů, její studium je výzvou ke vzdělávání se, lze se z ní poučit či pochopit sled událostí ve vztahu k přítomnosti, pomáhá identifikovat současné nároky jedince či skupiny, je zdrojem hodnot k pochopení života a argumentů, k sebeidentifikaci v rámci jednotlivce i skupiny a posiluje soudržnost ve skupině. Studium historie úzce souvisí s historickým vědomím, které můžeme definovat jako uvědomění si souvislostí mezi minulostí, přítomností a budoucností. Historické vědomí je úzce spojeno s náboženstvím, světovým názorem, morálkou, hodnotovým systémem či kolektivní mentalitou (Šubrt et al., 2013).

Jak uvádí Kutnohorská (2010), právě studium historie slouží k tomu, abychom pochopili její vliv na současnost. Tím, že pochopíme např. chování, postoje či organizaci práce, můžeme snáze předvídat další vývoj. Plevová et al. (2011) vyzdvihuje nutnost studia historie a jejího vlivu na změny v profesi zdravotní sestry, které v rámci vývojové linie vedou k modernímu ošetrovatelství. Znalost historie je pak základním východiskem pro snazší orientaci a ucelenost vědomostí vysokoškolských studentů a zdravotnických pracovníků. Dle Pospíšilové a Tóthové (2014) je důležité se věnovat studiu historie v ošetrovatelství nejen z výše citovaných důvodů, ale také proto, aby se neopakovaly chyby z minulosti. Studium historie ošetrovatelství pomáhá lépe porozumět společenskému vývoji a jeho vlivu na profesi sestry.

Historický výzkum jako součást studia historie poskytuje zdroj profesního porozumění, často na podkladě teoretického či klinického výzkumu. Znalost historie pomáhá sestře řešit kritické problémy současnosti (Hein, 2001). Výzkumník může hledat podstatu problému a prostřednictvím analytického přístupu sledovat jaké změny ovlivňují složité klinické a profesní otázky, na které hledá odpověď. Zdravotní sestry se mají hodně učit z minulosti, protože současnost je silně zakořeněna právě v historii (Hein, 2001).

Lynaugh (1996, in Lewenson, Herrmann, 2008) konstatuje, že historie je zdrojem naší identity jako naše kulturní DNA. Nestačí studovat historická fakta, data a čísla, ale mnohem důležitější je studovat, jak a proč se co událo, analyzovat způsoby řešení problémů a vlivy, které působily v danou chvíli na situaci (Smith, Brown et al., 2015). Hlubší pochopení ovlivňujících faktorů a souvislostí vede k propojení minulosti přítomnosti a budoucnosti. Americká asociace pro dějiny ošetřovatelství² (AAHN, 2001) je toho názoru, že studium historie rozvíjí dovednost kritického myšlení a poskytuje studentům pocit identity. Od 80. let 20. století byla historie ošetřovatelství propagována převážně ve Spojených státech amerických (USA) a postupně se rozvíjela také na mezinárodní úrovni. V této souvislosti byla založena Evropská asociace pro historii ošetřovatelství³ (EAHN, 2012). A historie ošetřovatelství se stala vědeckou disciplínou také v rámci Evropské unie (EU).

Pokud jde o studium historie ošetřovatelství v České republice (ČR) není situace přes zřetelná zlepšení v posledních třiceti letech zcela uspokojivá. Farkašová et al. (2010) se domnívá, že ošetřovatelství nemá dokonale zpracovanou historii, neboť je mladou vědní disciplínou. Goodnow (1916) shodně tvrdí, že historie je mladá, přestože je prastará jako lidstvo samo. Příčinu nedostatečnosti však spatřuje v tom, že ošetřovatelství bylo vždy považováno za samozřejmost, která není hodna popisu. Význam studia historie oboru výstižně popisuje Říhová (2005), když uvádí, že „*dějiny oboru by měly tvořit integrální součást oboru samotného, stejně jako „čistá filosofie“ nutně vyžaduje studium dějin filosofie, umění znalost dějin umění, technika přehled o vývoji techniky*“ (Říhová, 2005, s. 5). Stejně tak tomu je i v případě ošetřovatelství, které si jako jedna z nejstarších činností člověka zaslouží docenit své dějiny.

V této souvislosti je potřeba připomenout, že studium historie vede k historickému vědomí a propojení koncepce minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Pomáhá pochopit, jak minulost formulovala současnost a zároveň poskytuje informace o osvědčených postupech do budoucnosti. Pokud ztratíme svou historii, ztratíme zčásti sebe sama (Liston, Rahini, 2017). Farkašová et al. (2010) uvádí, že historická paměť podněcuje současnost a podílí se na vytváření budoucnosti, proto je si třeba připomínat důležité

²AAHN (American Association for the History of Nursing) – od roku 1978 mezinárodní profesionální organizace pro zájemce o historii ošetřovatelství.

³EAHN (European Association for the History of Nursing) – od roku 2011 podporuje rozvoj historie ošetřovatelství pomocí vědecké práce a její propagace. Sdružuje akademiky a sestry evropských zemí (EAHN, 2012).

historické milníky. Podle této autorky je důležité znát a interpretovat minulost, analyzovat přítomnost, ale také zároveň předvídat budoucnost.

Autoři odborných publikací doporučují, aby ošetřovatelství čerpalo z historie, neboť její znalost vyvolává profesní hrdost vedoucí ke kolektivní moci, která pomáhá budovat odolnost, kritické myšlení a silnou identitu (McAllister, 2009 in Ó Lúanaigh, 2017). Forrester (2016) dospívá k závěru, že historie je naší kolektivní pamětí a jejím studiem v ošetřovatelství získáváme potenciál rozvíjet rozhled a snad i moudrost. Právě tyto atributy mohou umožnit lépe dosáhnout zamýšlených cílů v rozvoji ošetřovatelství, zdraví, zdravotní péče a také společnosti (Forrester, 2016).

Studium historie poskytuje studentovi ošetřovatelství příležitost porozumět oboru v rámci Evropské unie 21. století, stejně tak rozvíjí základní dovednosti potřebné k tomu, aby se student stal odborníkem v ošetřovatelství a vzdělanou zdravotní sestrou. Proto je také historie začleněna do studia ošetřovatelství, které se netýká jen historie a minulosti, ale také výuky historie a historie ošetřovatelské praxe, tedy toho, co jí ve svém důsledku ovlivnilo (Madsen, 2008). Jen tak lze pochopit, čím je ošetřovatelství a kým jsou zdravotní sestry. Historie ošetřovatelství se Kutnohorská (2010) je toho názoru, že studenti si jsou vědomi bohaté a rozmanité minulosti profese, pevného základu pro další studia. Naproti tomu Madsen (2008) uvádí, že zdravotní sestry často nedoceňují odkazy významných osobností a neuvědomují si, že právě studium historie přispěje k pochopení profese zdravotních sester a jejich úlohy v ošetřovatelství.

Připomeňme ještě, že studium historie se však nezaměřuje pouze na chronologii událostí, ale také na dopad těchto událostí na společnost. Znalost historie pomáhá porozumět společenským trendům a problémům, kterým čelí ošetřovatelství i postavení sester. Neopomenutelná je také skutečnost, že znalost historie obvykle vede k pokoře, ukazuje, že i předcházející generace se potýkaly s podobnými problémy, s jakými se setkáváme dnes. Dějiny tak preventivně působí proti opakování stejných chyb (Goodnow, 1916). Jak konstatuje Americká asociace pro studium ošetřovatelství (AAHN, ©2018), historie poskytuje současným zdravotním sestřám obdobné politické a intelektuální nástroje pro formování a prosazování ošetřovatelských hodnot do společenského kontextu současnosti. Asociace současně zdůrazňuje, že dějiny nemají být ozdobou, která se vystavuje při významných výročí, ale mají být svědectvím, jež má podněcovat a inspirovat dnešní sestry. V neposlední řadě je potřebné připomenout, že studium

historie umožňuje zdravotním sestřám získat ocenění role a postavení ve společnosti a v systému zdravotní péče (Donahue, 1985).

1.2 Vliv historie na rozvoj ošetrovatelské péče

Ošetrovatelství je jedním z nejstarších umění. Historicky má péče o druhé kořeny dávno v předkřesťanských kulturách, neboť pomáhat a pečovat o druhého je lidské. Prapůvodně se při léčení vycházelo z pozorování přírody a vzájemného předávání zkušeností. Ošetrování mělo tedy převážně charakter empirický, zakládalo se především na zkušenostech předávaných generacemi (Kutnohorská, 2010). Vždy se vyskytovala bezmocnost toho či onoho druhu, zranění si vyžadovala pozornost, děti a staří lidé potřebovali péči. Velký univerzální instinkt matky nahrazoval to, čemu říkáme ošetrovatelství (Goodnow, 1916). V primitivní společnosti se stal pečovatelem o člověka každý, a to převážně a pouze na základě intuice či znamení shůry. Historicky bylo ošetrování přisuzováno ženám, protože tradičně pečovaly o vlastní děti a měly tak největší předpoklad k péči o nemocné. Jednalo se o neprofesionální péči podle tradice opatrování a péče o sebe sama, o svou rodinu s vědomím vzájemné pomoci (Plevová et al., 2011). Právě ženy, často podřízené ve společnosti, byly povolávány k péči o ostatní, nejen o členy své rodiny.

K tomuto tématu Robinson (1946) uvádí, že žena je instinktivně ošetrovatelkou, kterou učila matka příroda. Lidé si všímali léčivých schopností různých bylin a užívali je k léčbě. Ta byla součástí laické ošetrovatelské péče, která byla poskytována od pradávna (Kozierová et al., 1995). Vycházela z charitativních pohnutek neboli laického ošetrovatelství a zahájila dlouhou epochu historického vývoje péče o nemocné (Staňková, 2003). Ošetrovatelství prošlo dlouholetým vývojem v podobě prosté pomoci druhému a péče o chudé, nemocné či postižené jedince a pomoci trpícím (Kutnohorská, 2010).

V této souvislosti je potřebné uvést, že neexistovalo žádné formální vzdělávání v péči o nemocné, proto se zkušenosti předávaly tradičně ústně, z generace na generaci (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Ti, kteří měli dobrou pověst v ošetrování nemocných s pozitivními výsledky, byli často vyhledáváni přáteli a příbuznými. Byla jim přisouzena důležitá role v laické ošetrovatelské péči. Mezi vlivné osoby se řadili také jedinci, kteří nahromadili více léčitelských zkušeností, tím si získali autoritu a mocenský vliv a zároveň výhodné postavení. Prostý lid se chodil radit ke svému vládci, kouzelníkovi, který vždy dokázal dát odpověď například v tom smyslu, že nakažlivou nemoc způsobilo vniknutí

zlého ducha různými tělními otvory (Bouchal, 1957). V některých komunitách byla laická neprofesionální péče o nemocné přidělena spíše mužům např. šamanům, kteří léčili pomocí různých rituálů a zaháněním zlých duchů (Bouchal, 1957). Goodnow (1916) uvádí, že mezi divokými kmeny, které měly muže medicíny, byla vyvinuta nižší třída, často ženy, které prováděly předepsanou léčbu a ošetřování nemocných. Indiánský medicínman byl v jedné osobě věštcem, kouzelníkem, ranhojičem a také znalcem léčivých bylin, Bouchal (1957) považuje za společný znak tohoto konání spojení každodenního života s přírodou a spiritualitou. V pojetí domorodých kmenů byla jádrem zdraví fyzická a duševní rovnováha v souladu s přírodou (Bouchal, 1957). Nemoc byla pak nerovnováhou se sebou samým. Jako lidé medicíny byli uznáváni léčitelé, porodní asistentky či rovnači kostí (Kafková, 1992). Při léčení byly užívány také alternativní metody, jakými byly masáže, různé rituály, a používání mastí z léčivých rostlin (Plevová et al., 2011). Lidé měli potřebu pozitivně působit na lidskou bolest a utrpení.

1.2.1 Ošetřovatelství ve starověku

V období starověku (pol. 4. až 6. st. př. n. l) vznikaly a rozvíjely se první civilizace na Středním východě, ve Středomoří a v jižní a východní Asii. Docházelo k soustřeďování obyvatel do větších sídel, které mělo za následek změnu životního stylu. Projevovala se také nová onemocnění a v ozbrojených konfliktech rovněž narůstala válečná zranění (Dingová Šliková, 2018). Tyto společenské změny vyvolávaly nové společenské potřeby. Začala se rozvíjet řada oborů, mezi nimi také zdravotní péče. Jak uvádí Dingová Šliková et al. (2018), už ve starověkém Egyptu byla lékařská a ošetřovatelská péče na úrovni do té doby neobvyklé. Svědčí o tom i skutečnost, že zdravotní péči většinou zajišťoval státní aparát. Ošetřovatelství se také často věnovali kněží. Za zmínku stojí existence svatyně, které vznikaly kolem roku 300 př. n. l. Jejich posláním bylo umožnit nemocným, aby se ve spánku spojili s nadpřirozenými bytostmi a zjistili příčinu a způsob léčení jejich nemoci (Porter, 2001). Náboženství sehrávalo podstatnou roli také ve starověkém Řecku. Dokazují to svatyně a kliniky Asklepiova kultu, ve kterých byli léčeni nemocní pomocí věšteb a snů. Z dochovaných medicínských textů je však zřejmé, že lékařské umění v Řecku vycházelo z přírodní filozofie a bylo založeno na vědeckém podkladu bez náboženského vlivu (Dingová Šliková et al., 2018). Za povšimnutí stojí fakt, že válečná poranění lékaři přenechávali ranhojičům. Zranění vojáci byli předáváni do měst nebo Asklepiových klinik. Často byli nuceni se ošetřovat

svépomocí (Dohnal, Král 2008). Řecká medicína do značné míry ovlivnila Římskou říši, neboť řada lékařů řeckého původu působila v Římě. Zdravotní péče byla poskytována bohatým lidem v lékařově domě, chudým pak léčiteli nebo kněžími ve svatyních. Jak uvádí Porter (2001), Římané měli léčebnou a ošetrovatelskou péči dobře organizovanou. Nejprve budovali vojenské nemocnice nazývané valetudinária, následně pak také nemocnice pro obyvatelstvo. V této souvislosti je však potřebné zmínit, že lékařská a ošetrovatelská péče byla většinou poskytována jako placená služba a řada lidí si ji nemohla dovolit. Tato skutečnost se začala měnit až vlivem křesťanství (Porter, 2001).

Ve 4. století se rozpadla Římská říše na říši Východořímskou (Byzantskou) a Západořímskou říši. Tato společenská změna měla za následek na jedné straně významný rozvoj Byzantské říše a naproti tomu značný společenský úpadek Západořímské říše. V Byzantské říši se nadále rozvíjela medicína díky poznatkům řeckých lékařů, naopak západní medicína ustrnula a ocitla se v pozadí (Dingová, Šliková, et al., 2018). Po rozpadu Římské říše se v roce 330 císař přestěhoval do Konstantinopole, biskupové se stali přirozenými vůdci lidu a církve se integrovala v dobře organizovanou instituci. Celé impérium bylo udržováno církví. Rozdělení Římské říše způsobilo velké stěhování národů a rozšiřování nových epidemií. Církev začala postupně zakládat leprosária pro malomocné (Říhová et al, 2005). V Byzantské říši byly zřizovány první útulky, tzv. xenodochia, ambulatoria a hospitale při kláštorech či v církevních sídlech (Svobodný a Hlaváčková, 1999), ve kterých byla poskytována lékařská a ošetrovatelská péče nemocným a poutníkům. Již v roce 325 sněm v Nicaii v dnešním Turecku požadoval xenodochium v každém městě (Matoušek, 2007). Jednalo se o dobročinné akty k institucionalizované pomoci potřebným, která vznikla již ve 4. století na základě Milánského ediktu⁴ v podobě xenodochia s péčí pro poutníky (Tomeš, 2018). Tato zařízení byla budována ve velkém počtu z důvodu potřeby lepší organizace práce, snahy o proškolení pečujícího personálu a hromadného zajištění pomůckami. Tím se dobročinná péče o nemocné společensky povýšila na neobvyklou úroveň (Vašek, 1941). Péče o nemocné se současně stala kající aktivitou jako prostředek očištění, neboť se jednalo o činnost a neustálou dřinu bez pozemské odměny (Donahue, 1985). Péče o nemocné byla jen jednou z mnoha forem dobročinnosti církve. Motivem ošetřování nemocných se stalo právě Kristovo učení lásky a bratrství, které proměnilo nejen

⁴Milánský edikt, z roku 313 jako ujednání o toleranci a svobodě náboženství.

společnost jako celek, ale také ošetřovatelství (Donahue, 1985). V této souvislosti konstatuje Ziervogel (1905) že, „*Ošetřování nemocných je nejzáslužnějším dílem křesťanského milosrdenství*“ (Ziervogel, 1905. s. 7) a ti, kteří pomáhají nemocným, jsou těmi pravými učedníky Kristovými, neboť ošetřování je skutkem jak tělesným, tak duševním.

Křesťanská církev velmi brzy založila instituce, jejichž úkolem byla péče o nemocné a bezmocné pod dohledem duchovenstva. Péči v nich poskytovaly diakonky (Goodnow, 1916). Diakonky dle (Ellis, Hartley, 2004) představovaly jednu z nejdůležitější skupin v historii ošetřovatelství. Diakonkou se mohla stát svobodná nebo ovdovělá žena. Často se jednalo o ženy římských bojovníků, které měly slušné vychování a dobré společenské postavení. Jejich ošetřovatelským ideálem byl ideál lásky k bližnímu. Tyto ženy byly vybrány církevním biskupem, aby mohly navštěvovat nemocné a ošetřovat je v jejich domovech. Diakonky praktikovaly milosrdenství formou krmení hladových, oblékání nahých, navštěvování vězňů, poskytování úkrytu bezdomovcům a pohřbívání mrtvých. Diakonky byly prvními hostujícími sestrami a pečovaly o chudé a nemocné v jejich domovech, ale také v nemocnicích (Goodnow, 1916). Historicky první sestrou diakonkou byla Poibé (Phoebe), která byla poprvé zmíněna v písmu apoštola Pavla v Listu Římanům. V úvodu 16. kapitoly o ní sv. Pavel píše: *"Poroučímť pak vám Fében, sestru naši, služebnici církve Cenchrénské. Abyste ji přijali v Pánu, tak jakž sluší na svaté, a abyste ji pomocni byli, jesližeby vás v čem potřebovala. Nebo i ona mnohým hostem ochotně posluhovala, až i mně také"* (Římanům, 16:1–2). Přepokládá se, že Poibé žila kolem roku 55 v Kenchrejích u Korintu v Řecku. Historikové tvrdí, že právě Poibé byla první sestrou jáhenkou, která poskytovala utěšující návštěvní ošetřovatelskou péči v domovech nemocných a hospicích (Dolan, 1973, s. 50, in O'Brien, 2003). Za pozornost stojí názor Goodnow (1916), který Poibé považuje za první komunitní sestru.

Další nejznámější diakonky, které aktivně působily v Římě, byly římské matrony Fabiola, Marcella a svatá Paulla. Fabiola konvertovala ke křesťanství po ovdovění. Postavila první nosocomii v roce 399 a o nemocné se sama obětavě starala. Svůj život obětovala dobročinnosti, nejen ve formě peněžitého daru, ale také v podobě obětavého ošetřování nemocných, a to i těch s těmi nejodpornějšími nemocemi (Vašek, 1941). Jak uvádí tento autor, Fabiola sloužila s neúnavnou obětavostí. To dokazují slova sv. Jeronýma v posmrtné vzpomínce na Fabiolu: *„Často nosila Fabiola na ramenou ubožáky a přemáhajíc přirozený odpor, omývala rány, obvazuje rány P. Ježíše“* (List 84,

in Poul, 1946, s. 99). Další známá diakonka Marcella, římská bohatá matrona, vytvořila ze svého luxusního sídla klášter pro ženy, ve kterém se Fabiola a také svatá Paulla zapojily do studia křesťanství (Ellis, Hartley, 2004). Marcella zasvětila svůj život výuce a charitě a interpretaci biblických citací. Pomáhala také svatému Jeronýmovi s překladem svatých biblických veršů (Ellis, Hartley, 2004). Další diakonka, svatá Paulla, po smrti svého muže odcestovala do Palestiny a věnovala své jmění na zřízení nemocnic a hostinců pro poutníky v Jeruzalémě. Někteří historici ji pokládají za zakladatelku výuky ošetrovatelství (Nutting, Dock, 1907). V této souvislosti Goody (2006) upozorňuje, že právě neprovdané vdovy byly často církví zneužívány. Jako příklad uvádí, že „*Paulla věnovala tolik peněz na chudé a klášteru v Betlémě, že připravila vlastní děti o dědictví a naopak jim zanechala velké dluhy*“ (Ep. 108 in Goody, 2006, s. 51). Dále pak „*Marcella by rozdala chudým všechno, co měla, kdyby se proti tomu nepostavila její matka*“ (Ep. 107 in Goody, 2006, s. 51–52). Ženy tak sehrály důležitou roli a upevňovaly postavení aristokratů ve městech prostřednictvím darů církvi. Církev však tyto dary často nevěnovala městům, která naopak pustla, zatímco kostely prosperovaly a rozvíjely se (Goody, 2006). Z interpretace textu jednotlivých autorů vyplývá, že ošetrovatelská péče měla po celou dobu starověku vzestupnou úroveň. Ptáme-li se po důvodech pozitivního trendu, je zřejmé, že rozhodující roli sehrály první civilizace, rozdělení Římské říše a v jeho důsledku velké stěhování národů. Zásadním impulsem bylo šíření křesťanství, které ovlivnilo vývoj společnosti i ošetrovatelství.

1.2.2 Ošetrovatelství ve středověku

Do raného středověku (6.–11. století) se datuje zrození charitativní ošetrovatelské péče, které je úzce spojeno s hlásáním a šířením křesťanství (Staňková, 2003). V této souvislosti Kutnohorská (2010) konstatuje, že charitativní ošetrovatelství spočívalo převážně v uspokojování základních potřeb člověka zejména v podobě přespání, hygieny a duchovní podpory (Donahue, 1985). Vývoj medicíny a péče o nemocné zásadně ovlivňovalo křesťanství. „*Mělo však zcela jinou filozofii a odlišný duchovní rozměr*“ (Říhová, 2005, s.49). Ideou se stala charita, tedy „*křesťanská láska ke každému bližnímu, pomoc chudému a soucit s trpícím*“ (Říhová, 2005, s. 50). Tyto aspekty byly zcela nové, v antice neznámé a v následujícím období zásadně ovlivnily pohled na lékařství i ošetrovatelskou péči. Zcela se změnil pohled na život, nemoc a také na smrt. (Říhová, 2005).

Raný středověk odhalil rozpadající se svět s morálním úpadkem, vysokými daněmi, epidemiemi, válkami. To vše znamenalo bezprostřední dopady na pokles populace, zvýšení kriminality a narůstání chudoby. Toto období je často nazýváno temným věkem v důsledku sociálního úpadku. Civilizace jako by se vrátila zpět a vyspělá řecko-římská kultura se zastavila. Nejdůležitější hodnotou se tak postupně stávala ochrana zdraví a snaha vrátit lidem pocit bezpečí. K tomu přispěl feudalismus, mnišství a islamismus (Donahue, 1985). Pro feudalismus bylo typické silné pouto loajality mezi pánem a podaným. Toto společenské uspořádání však znamenalo značné nevýhody. Ženy se ocitly v podřízeném postavení. Byly nuceny se vdávat mladé a často nedobrovolně. Jejich společenským posláním byla starost o domov, péče o muže a děti, obstarání obživy a ošetřování nemocných a raněných. Medicína a ošetřovatelská péče byla v rukách žen (Donahue, 1985).

Počátkem středověké společnosti byly dominantní tři sociální třídy. Většinu tvořili poddaní žijící v primitivních podmínkách. Nad nimi byli aristokraté a páni. Nejvyšší postavení zaujímal duchovní, kteří byli svázáni celibátem. Tím byla zajištěna jejich plná oddanost náboženskému životu. Církev byla otevřená i ženám, které si tak často zajistily důstojnost jako jeptišky (Donahue, 1985). Středověk se vyznačoval těžkými životními poměry a střídáním doby nekonečné víry s krutostí a nelidskostí.

Středověký život byl nebezpečný, duchovně smýšlející lidé či lidé hledající bezpečí se často uchýlovali do kláštera. Asketismus a přísná disciplína byly znakem zbožného života (Donahue, 1985). Muži a ženy tak mohli budovat kariéru v křesťanství. Do ženských klášterů ve zvýšeném počtu vstupovaly ženy bohaté a vlivné, a to převážně z důvodu ochrany a svobodné volby povolání. Nejznámější z nich byla svatá Radegunda, dcera durynského krále, která založila klášter s 200 řeholnicemi, jejichž hlavní činností bylo ošetřování nemocných (Dock, Stewart, 1920). Jedním z nejvýznamnějších zakladatelů klášterů byl Benedikt z Nursie (480-550). Sepsal slavnou Řeholi svatého Benedikta, která zajišťovala mnichům vyrovnaný život (Suchánek, Drška, 2013). Mnich měl mít přiměřenou stravu a dostatek spánku. Pro Benediktinské kláštery a domy byl příznačný pevný řád, pokoj a klid (Woods, 2008). Tyto kláštery byly centrem vědy a medicíny, svou činností přispěly k uchování poznatků o péči a zdraví z klasického období (Niklíček, Štein, 1985).

Vlivem šíření křesťanství sílilo přesvědčení, že je důležité pomáhat druhému v nouzi. Pomoc trpícímu se stala základní mravností a povinností spojenou s vírou. Na

nemoc bylo pohlíženo jako na trest za hříchy nebo nutnou boží zkoušku. Proto byla nutná léčba vírou (Porter, 2001). V církevních zařízeních byla poskytována převážně opatrovnická a ošetrovatelská péče. Role opatrovnice, později ošetrovatelky, postupně získávala respekt. Ošetrovatelství se rozšířilo, a to převážně díky vlivným ženám, které zřídily nemocnice pro péči o chudé a nemocné. Během středověku se vyvinuly tři druhy organizace řádů sester a to vojenské, náboženské a světské (Kutnohorská, 2010). Všechny řády byly inspirovány Kristovým učením se zaměřením na pomoc bližním a lidem v nouzi, zejména pak při epidemiích. Ošetrovatelská péče v Evropě se značně proměnila v důsledku snahy katolické církve o lékařskou péči. Ve středověku došlo k mnoha pokrokům a inovacím a tím byl podpořen základ moderního ošetrovatelství.

Křesťanství se vyznačovalo rozsáhlou pomocí v oblasti sociální a charitativní. Bylo zaměřeno na zabezpečení základních potřeb a získání důstojného postavení sociálně slabých, žen a otroků (Suchánek, Drška, 2013). Od střední vrstvy obyvatel křesťanské obce, která byla převážně tvořena řemeslníky a obchodníky, se očekávala připravenost k pomoci strádajícím (Suchánek, Drška, 2013). Základní hodnotou křesťanství bylo starat se nesobecky o druhé, být solidární a být na blízku potřebným. Charakteristickým rysem křesťanství byla sociální a charitativní pomoc, kterou byly zajišťovány základní životní potřeby a také vytvářeny podmínky pro lidskou sebeúctu. „*Princip všeobecné rovnosti umožňoval důstojné postavení i sociálně vyloučeným či otrokům*“ (Suchánek, Drška, 2013, s. 29). Církev byla rovněž nakloněna ženám, kterým poskytovala převážně ochranu a smysluplnou životní náplň v podobě charitativní a učitelské činnosti diakonek. Významné postavení v církevním zřízení měla střední vrstva, která se lišila od ostatních nadprůměrnými vztahy s ostatními a odhodláním pomoci druhým (Suchánek, Drška, 2013).

V období šíření křesťanství bylo o nemocné pečováno převážně duchovním působením (Dingová Šliková, et al., 2018). Jak uvádí Křížová (2006), bylo vědění o světě v pozadí, a proto se místo léčení těla kladl důraz na samotné slitování a soucit s trpícím. Jednalo se převážně o „*zajištění základních potřeb a v péči o spásu duše*“ (Křížová, 2006, s.15), tělo bylo v božích rukách. Léčba byla opět ve znamení mýtů magie a víry. Značnou roli sehrávalo ošetřování nemocných pomocí služebnic a diakonek (Donahue, 1963 in Masters et al., 2014). Oddanost Bohu byla věřícími vyjadřována pokorou, střídmostí a pomoci druhým. S postupujícím šířením křesťanství začaly vznikat první řády a kongregace s dobročinným zaměřením. Říhová et al (2005) zmiňuje, že klášterní

medicína se odlišovala svou filozofií a duchovním pojetím od předešlé antické péče. Křížová (2006) dále uvádí, že péče o nemocné se koncentrovala do špitálů a klášterů a postupným vývojem byla počata institucionalizace pomoci bližnímu.

Kláštery se věnovaly potřebám nemocných, chudých, osiřelých, ale také hostům, neboť podle řehole sv. Benediktina „*Všichni přicházející hosté at' jsou přijímáni jako Kristus, protože On sám jednou řekne: Hostem jsem byl a přijali jste mne*“ (Vašek, 1941, s. 31). Benediktínské kláštery se staly centrem vlivu, učení a kultury. Mniši oživilí práce na poli, v sadech a na vinicích. Zabývali se také duševní prací. Byli vědci, knihovníky a učitelé. Zřizovali školy, aby všichni mniši mohli číst a psát. Přepisovali starověké poznatky o medicíně a bylinách, kopírovali a ilustrovali staré rukopisy (Donahue, 1985). Znalosti z medicíny použili k péči o nemocné. Ošetřování se nakonec stalo jejich hlavní funkcí a povinností. Mniši byli rovněž povoláváni na dvory králů a do domovů bohatých. Starali se o městské nemocnice, ve kterých péči zastávaly klášterní sestry (Donahue, 1985).

Za první nemocnici lze pokládat nosocomii Hôtel-Dieu v Lyonu, která byla založena francouzským králem Childebertem I. v roce 542. Další nemocnice Nosocomie Hôtel-Dieu byla zřízena biskupem v Paříži kolem roku 651 (Donahue, 1985). Jednalo se o nemocnici, ve které pečovaly o nemocné převážně sestry opatrovnice. Z dalších zařízení lze jmenovat španělskou nemocnici vybudovanou katolickým biskupem Masonem v Méridě v roce 580 pro poutníky do svatyně Eulalia z Méridy (Davies, 2013). V této souvislosti je potřeba připomenout, že Goodnow (1916) však pokládá za první křesťanskou nemocnici Basileus v Cézarei ve středním Turecku z roku 370 (Carr, 2018). Za povšimnutí stojí fakt, že v této nemocnici byli nemocní rozděleni do sekcí podle onemocnění se samostatnou budovou pro malomocné (Matoušek, 2007). Podle tohoto autora byla o něco později postavena také nemocnice v Konstatinopoli. Křesťanské nemocnice se postupně rozvíjely v režii mnišského světa. Kláštery převzaly péči o nemocné a staly se středobodem tehdejšího ošetrovatelství.

Od 8. století kněží v souladu s výsledky jednání církevního sněmu v Cáchách (Trident) vyzývali k poskytování almužny. Současně byli kněží vedeni k pomoci chudým, kteří neměli dostatek sil pracovat (Vašek, 1941). Veškerý majetek musel klerik v závěti odkázat chudým, jelikož jen tak mohl získat klid pro svou duši. Chudí byli podporováni středověkou charitou v podobě almužen kostelů, klášterů a prostřednictvím

středověkých dobročinných nadací. O chudé bylo pečováno například v hospitálech (Vašek, 1941).

Pro vrcholný středověk byl příznačný nebývalý rozkvět klášterů, útulků, hospiců a rozvoj klášterní medicíny. Léčebná a ošetrovatelská péče byla podřízena církvi (Dingová Šliková et al., 2018). První rané evropské nemocnice byly spíše jako hospice a domovy pro staré, nemocné poutníky a sirotky. Péči vykonávaly sestry z řad kajicníků, padlých žen a vdov. Mužští sluhové jim pomáhali (Donahue, 1985). Vykonávali konkrétní činnosti od péče o nemocné přes bohoslužby až po správu nemocnice. Ošetrovatelská role zahrnovala převážně příjem a propuštění pacienta, odpovědnost za stravu a prádlo, ale také pohřbívání zemřelých pacientů (Donahue, 1985). V českých zemích lze jako první uvést špitál panny Marie, jehož vznik se datuje v písemných spisech do 10. století. Původně se sice jednalo o ubytovnu pro poutníky a obchodníky, ošetrování nemocných bylo poskytováno až ve 12. století. Další špitál vznikl rovněž v Praze pod Johanitskou komendou. Bližší informace o jeho činnosti se ovšem nedochovaly (Svobodný, Hlaváčková, 1999). Jako další byl v roce 1281 založen dómus laprosorum u sv. Lazara v Praze (Kazimour, 2016). Nejvýznamnějším pražským špitálem se stal špitál rytířského řádu Křižovníků s červenou hvězdou, který vybudovala Anežka, představitelka vládnoucího rodu Přemyslovců v roce 1234 (Kutnohorská, 2010).

Anežka Česká (1205 nebo 1211–1282)⁵, dcera Přemysla Otakara I. a Konstancie Uherské byla jednou z nejvýznamnějších osobností ve středověkém klášterním ošetrovatelství na území českého království (Staňková, 2003). Od královské dcery se očekávalo „*zajištění legitimního dědice*“ (Mikulka, 1988, s. 2). Za tím účelem probíhala její výchova v prostředí snoubence (Mikulka, 1988). Nejprve byla se svou sestrou Annou umístěna do kláštera v Třebnici k tetě Hedvice Slezské (1174–1243). Na Anežčině výchově se podílela především dcera Hedviky, abatyše Gertruda, která ji učila „*prvním modlitbám a základům víry*“ (Polc, 1989). Aby si Anežka prohloubila slušné chování pobývala od svých sedmi let v Doksanském klášteře, kde si osvojila psaní a vzdělání (Pučalík, 2010). V Doksanech prožila necelé dva roky (Polc, 1989). Později byla poslána k vídeňskému dvoru, aby si osvojila císařskou etiketu. Anežka se vrátila domů

⁵ Přesný rok narození svaté Anežky není přesně zaznamenán, za její rok narození byl často uváděn rok 1205, poté také 1208. V latinské legendě, která byla objevena v roce 1896 v Miláně je záznam, že se Anežka v roce 1225 vrátila zpět z Rakouska do Česka po neúspěšných zasnubách s Jindřichem. V době návratu ji bylo čtrnáct let (Pospíšilová, 2010).

s dokonalou znalostí německého jazyka, evropské dvorní kultury a v té době proslulého rytířství (Soukupová, 2011).

Po politických a sňatkových peripetiích svého autoritativního otce, který se snažil dceru výhodně provdat za některého z evropských panovníků, se Anežka rozhodla pro zcela jinou budoucnost. Vyslovila přání vstoupit do řehole svaté Kláry, která byla obdobou řehole sv. Františka s Assisi (Soukupová, 2011). Po smrti otce, krále Přemysla I., se vlády ujal její bratr Václav I., který Anežku v jejím záměru podporoval. V roce 1230 tak Anežka vstoupila do řádu (Mikulka, 1988). Klášterní život Anežku natolik upoutal, že jí byly veškeré tituly pozemské záležitosti lhostejné a přijala tzv. privilegium chudoby (Robinson, 1946). Podle Piřhy (2010) měla Anežka řadu významných ctností, mezi kterými dominoval zejména *„její cit pro potřebné, vytváření smíru, ukázněnost a střídmost“* (Piřha, 2010, s. 14).

V roce 1233 nechala Anežka postavit Anežský klášter jako součást kostela sv. Haštala na pozemku, který jí darovala matka. O rok později zřídila špitál Na Františku (Kutnohorská, 2010). Díky svému vlivu a diplomatickým konexím s papežem Řehořem IX. povznesla laické bratry a sestry na rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou s řeholí sv. Augustina, čímž umožnila řádu finanční suverenitu (Dingová Šliková, et al., 2018). Jeho posláním bylo poskytovat služby sociální a duchovní, ale také základní ošetrovatelskou péči (Mikulka, 1988). Zpočátku Anežka spravovala veškeré statky kláštera a špitálu, později však předala vše řádu, aby mohla dodržet řeholi přísné chudoby (Staňková, 2003). Anežka byla první ženou, která založila mužský řád a také český ošetrovatelský řád a *„je právem pokládána za patronku ošetrovatelství“* (Staňková, 2001, s. 8). Přisuzuje se jí také autorství psaného textu opatrovnictví (Kutnohorská, 2010). V Římě v roce 1874 byla Anežka povýšena do prvního stupně svátosti a byla svatořečena (Pospíšilová, 2010).

Anežka inspirovala další šlechtičny, například Zdislavu z Lemberka (1220–1252) (Žemlička, 2005). Zdislava byla vychována v pokoře a křesťanství. Její život ovlivňovalo prostředí zbožné rodiny. Jako manželka šlechtice Havla z Lemberka se stala zakladatelkou dominikánského kláštera a chrámu v Jablonném v Podještědí a Turnově. Osobně se také starala o nemocné, přestože vychovávala čtyři děti (Dingová Šliková, et al., 2018). Proslavila se především *„svou dobročinností, doslova mateřskou péčí o pocestné, nemocné a postižené, zkrátka o všechny chudé v podhradí“* (Lachmanová, 2010, s. 283). Za své zásluhy byla svatořečena v roce 1995 (Dingová Šliková, et al.,

2018). Zdislava byla známá více z psané legendy. Jak ale uvádí Kalista (1991), tradiční předávání ústní legendy se stává faktem. Podle zápisu z kronik se nejednalo však pouze o legendu (Vrbová, 1995).

Pokud jde o osobnosti středověkého ošetrovatelství, celkem zajímavě vyznívá srovnání nejvýznamnějších představitelů evropské a muslimské kultury. O islámském ošetrovatelství té doby se v písemné podobě dochovalo jen málo. Podle (Ellis, Hartley, 2004) pozornost upoutala sestra Rufaida Al-Asalmiya, která vyvinula řadu ošetrovatelských dovedností a v ošetrovatelské péči začala trénovat ženy. Uvádí se, že vyvinula první kodex chování a etiky dříve, než byl zaveden v západním světě. V době svaté války poskytovala péči vojákům ve stanech poblíž mešity (Ellis, Hartley, 2004). Jan (1996) uvádí, že Rufaida byla vůdkyní muslimských žen a byla první zdravotní sestrou v době Mohameda předtím, než západní svět objevil moderní ošetrovatelství. Rufaida neposkytovala jen péči zraněným vojákům na bitevním poli, ale také předávala nezbytné znalosti a dovednostmi ostatním (Rukanuddin, 1996).

V českých zemích postupně vyrůstaly další špitály. Na jejich budování se podílely nejenom církevní řády, ale postupně také představitelé světské moci, z nichž lze jmenovat královnu Elišku Rejčku (1288–1335) nebo později také Elišku Přemyslovnu (1292–1330) (Dingová Šliková, et al., 2018). K postavení ženy v církvi nutno uvést, že ženy ve středověku sehrály důležitou roli, a to nejen svatá Anežka Česká, Alžběta Durynská, Hedvika a další svěťice. Přelom 12. století lze nazvat obdobím „*milosrdných královen-světic*“ (Piřha, 2010, s. 13). Nové řády, přijetí Mariánského kultu, rytířské ušlechtilosti a křižácké výpravy vedly k posílení postavení žen v nejvyšších společenských vrstvách (Piřha, 2010). V důsledku křižových výprav byla větší potřeba dalších nemocnic a také zapojení mužů do ošetrovatelských řádů (Hunt, 2017). Mezi církevní charitativní řády, které se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči, patřily například dobročinný Řád Johanitů, Suverénní maltézský řád, Řád svatého Lazara a další (Staňková, 2003).

Z interpretace výše uvedeného textu je zřejmé, že církev se stala nositelkou společenského života a měla podstatný vliv na péči o chudé. Členové církve v kláštrech a kostelech, tvořili nejvzdělanější vrstvu společnosti (Novotný, 1913). Přesto v pozdním středověku (14.–15. století) došlo k rozvolnění mravů a sílilo vědomí reformací (Kašpar, 1926). Tato reforma překročila rámeček filantropie a snažila se o sociální rovnost (Tomeš, 2018). V naší zemi v době husitských výprav byly drancovány a vypalovány kláštery a kostely. Kněží, řeholníci a křesťané byli často popravováni. Například

u benediktinského řádu přišlo o život celkem 692 řeholníků a bylo zrušeno 37 klášterních domů (Kašpar, 1926). Vrátili-li se k Anežskému klášteru, tak v době husitského válečného drancování byly klarisky nucené klášter opustit a mužský klášter byl zbořen (Motlová, 2008). V Německu v roce 1517 začala reformace hnutím inspirovaným Martinem Lutherem. Vzpouza proti papežově nadvládě odstartovala reformaci církve po celé Evropě. Kláštery byly uzavřeny, řeholní řády rozpuštěny a práce žen téměř vymizela (Ellis, Hartley, 2004). V důsledku zničení klášterů, špitálů a hospiců následovalo období rychlého rozpadu péče o nemocné a chudé. Nastalo dlouhé období stagnace, nejistoty a brutality. Velký problém znamenaly ztráty z válečných výprav. Důsledkem bylo zhoršování péče o nemocné a chudé. V tomto období nebylo ani pomyšlení na zlepšování podmínek ošetrovatelské péče (Donahue, 1985). Zatímco medicína se přesunula z klášterů na univerzitu a tím byly vytvořeny předpoklady pro lékařský pokrok, ošetrovatelství zůstalo v rukou opatrovníků, bratrů a jeptišek. Zhodnotíme-li celkový vývoj ošetrovatelství ve středověku z pohledu převládajících trendů, musíme konstatovat, že byly značně rozdílné a nevyvážené. Z analýzy textu pramenů, týkajících se tohoto tématu, je zřejmé, že příznivé tendence z období starověku pokračovaly až do vrcholného středověku, a to zejména vlivem nebývalého rozvoje klášterní zdravotní péče. Následoval však zásadní obrat v důsledku narůstajícího reformačního hnutí v pozdním středověku se všemi negativními dopady na společnost i ošetrovatelství.

1.2.3 Ošetrovatelství v novověku

Během 16. a 17. století sužovaly Evropu značné útrapy, zejména hladomor a mor, které měly výrazné dopady na společnost. V důsledku protestantské reformace se poměry radikálně změnily. Společenské síly oslabily moc církve ve snaze o návrat k původním hodnotám křesťanství. Mnoho klášterů a kostelů bylo uzavřeno. V důsledku toho byl také ukončen provoz klášterních nemocnic. Toto období se nazývá temným obdobím ošetrovatelství (Dock, Stewart, 1920). Ošetrovatelská profese trpěla kvůli tomuto evropskému otřesu po celá dvě století. Reformační proces však neznamenal konec vlivu církve. Jak konstatuje Dingová Šliková et al. (2018), religiozita i nadále ovlivňovala poskytování péče v podobě různých rituálů a posilování víry ve svaté patrony nemocí. Charitativní pomoc pokračovala působením různých institucí pro chudé. Ellis a Hartley (2004) v této souvislosti připomínají například Řád navštívení sv. Marie, Dcery

křesťanské lásky a Milosrdné sestry sv. Vincence z Pauly. Reformace přinesla změnu role žen. Protestantská církev usilovala o svobodu náboženství a myšlení, avšak ženám mnoho svobody neposkytla. Ženy byly stále podřízené mužům. Církev k ženám nechovala žádnou úctu (Ellis, Hartley, 2004). Protestantismus byl k sestrám ještě více netolerantní než klerikalismus (Dock, Stewart, 1920). Zásadní povinností ženy bylo rodit děti a pečovat o domov (Ellis, Hartley, 2004).

Velmi špatné hygienické podmínky uspíšily vznik nemocí a propuknutí epidemií. Ženy ztratily kontrolu nad ošetřováním, neboť řízení nemocnic bylo svěřeno mužům (Donahue, 1985). Ošetřovatelství se tak dostalo zpět do podřízenosti, na úroveň starodávné podřadné práce (Masters et al., 2014). Sestra většinou pocházela ze samého dna společnosti a měla často neblahou pověst. Právě zlodějkám a propuštěným vězeňkyním bylo nařizováno pečovat o nemocné v nemocnicích (Donahue, 1985). Ošetřovatelství nemělo během této éry prakticky žádné sociální postavení ani organizaci (Masters et al., 2014). V náboženských školách se dívky nemohly vzdělávat a nabývat potřebné znalosti a dovednosti. Péče byla v rukou většinou negramotných, nemorálních žen a mužů, často alkoholiků. Navíc ošetřovatelství nebylo řízeno normami a nepodléhalo kontrolám (Ellis, Hartley, 2004). Inteligentní lidé odmítali degradovat svou pozici péčí o potřebné a nemocné v tak naprosto nuzných nemocnicích (Donahue, 1985). Logickým důsledkem popsanych nepříznivých okolností byl pak úpadek ošetřovatelské péče. Podmínky ve společnosti a v ošetřovatelství výstižně zachytil Charles Dickens ve svém románu⁶. V realistické skici zanechal obrázek sestry té doby v podobě postavy Sáry Gampové (Dock, Stewart, 1920). Dickens charakterizoval Gampovou jako bezpáteřní ženu, podfukářku bez svědomí, která je zlá k pacientům a je schopná i podvádět. Postava Gampové vycházela ze skutečnosti, předlohou autorovi byla představitelka ošetřovatelek, které poskytovaly služby v domácnosti (Dickens, 1952).

V 18. století byla ošetřovatelská péče většinou poskytována ošetřovatelskými řády. Kromě toho byla také zajišťována pro nemocné a osamělé pacienty v chudobnicích a v obecních nemocnicích. Péče byla prováděna osobami bez jakékoliv vzdělání (Egenes, 2017). Ošetřovatelství bylo poznamenáno nedostatečným ošetřovatelským výcvikem (Hunt, 2017). Nemocnice té doby byla zcela jiná, než jakou ji známe dnes. Typickým pacientem nebyl člověk s vážnou či infekční chorobou, takoví nemocní byli odmítáni.

⁶ Román Martin Chuzzlewit, vydávaný v letech 1843–1844, alternativní název Život a dobrodružství Martina Guzzlewita (Britannica, 2019).

Nejčastěji se jednalo o pacienta se zlomeninou, píštělí nebo vředy (Dingwall et al, 1988). Za pozornost stojí skutečnost, že v některých anglických nemocnicích si péči předpláceli dobře situovaní lidé. Nebylo proto možné, aby zde lidé umírali. Ten, kdo si péči nemohl zaplatit, ji odpracoval úklidem a ošetřováním (Dingwall et al, 1988). Zajímavostí je také praxe v tehdejší brněnské nemocnici, ve které byly uplatňovány čtyři stupně péče, z toho poslední třídu tvořili nemajetní. Ti museli tento stav prokazovat farním dokladem (Burnog et al, 1986). Pozoruhodné je také hodnocení, které bylo na začátku 19. století zveřejněno v anglickém časopisu „Nineteenth Century“ a obsahovalo srovnání londýnské a vídeňské nemocnice. Autorka článku označila ošetřovatelskou péči v Rakousku za neutěšenou až šokující. Uvedla, že podobný stav přetrvával v Anglii do roku 1858. „*Do té doby nebylo ani tam kladeno na zaměstnání ošetřovatelek nijakých zvláštních požadavků*“ (Masaryk, Drtina, 1900–1901, s. 491).

Vše se změnilo přehodnocením vzdělávání ošetřovatelek. Jak uvádí Donahue (1985) bylo zapotřebí řešit špatnou situaci v ošetřování nemocných a veřejnost měla zájem stav zlepšit. Lékaři, duchovenstvo a filantropové prosazovali zavedení ošetřovatelských systémů, někteří byli pro péči pod záštitou církve, jiní upřednostňovali sekulární péči placenou ošetřovatelkou. Tento zájem veřejnosti vyústil v počátek reformace ošetřovatelství (Donahue, 1985). Lékaři začali zlepšovat vzdělávání, podmínky a sociální status různých stupňů ošetřovatelského personálu. Například v roce 1835 byla ustanovena první funkce operační sestry pro chirurgické pacienty v Royal Devon nemocnici. V roce 1856 byli najímáni zaměstnanci na úklid. Sestry byly přijímány nadpočetně, aby si mohly osvojit potřebné dovednosti k převzetí práce na odděleních. Zároveň se zlepšily pracovní podmínky, bylo zajištěno ubytování a stravování a vzrostly platové sazby (Woodward 1974 in Dingwall et al., 1988). Ošetřovatelství tedy prošlo změnami v důsledku nových lékařských požadavků ještě před krymskou válkou a aktivitami Florence Nightingaleové (Dingwall et al., 1988).

V průběhu 19. století probíhaly významné společenské změny. Rozvoj průmyslu, nová technická řešení, ale také populační růst vyvolal nové nároky na ošetřovatelskou péči. V jejich naplňování sehrávaly podstatnou roli významné osobnosti. Patřila k nim například angličanka Elisabeth Fry (1780–1845), která pocházela z aristokratické rodiny a věnovala se charitativní činnosti ve vězeňství a ošetřovatelství. V roce 1840 zavedla první výcvikový systém pro profesionální sestry. S finanční podporou filantropů a londýnského biskupa založila ústav pro sestry. Jak uvádí Huntsman et al., (2002), Fry

realizovala program sekulárního poskytování zdravotní péče protestantskými sestrami po důkladném výběrovém řízení, přičemž důležitou podmínkou byla povinná gramotnost. Cílem bylo vyškolit více žen a zpřístupnit vzdělání chudým. Cílem bylo vyškolit více žen a zpřístupnit vzdělání chudým. Za zmínku stojí fakt, že sestry vyškolené Fry si později vybrala do Krymské války Florence Nightingale (Wallersteiner, 2016). Jak konstatuje (Dock, Stewart, 1920) Fry zemřela dříve, než dosáhla ocenění. Podle Huntsman et al. (2002) ji v ošetrovatelství zastínila průbojnější Florence Nightingale.

K rozvoji ošetrovatelství přispěl podstatnou měrou také německý evangelický farář Theodor Fliedner (1800–1864). Při svých cestách po Anglii a Holandsku poznal Elisabeth Fry a nechal se inspirovat jejími úspěchy v pomoci vězňům (Dock, Stewart, 1920). Byl jedním z průkopníků sociální reformy 19. století, jejím mentorem a propagátorem ve světě filantropie (Nightingale, 1851). V roce 1833 založil azylový ústav pro propuštěné vězeňkyně a o tři roky později pak také nemocnici s výcvikovou školou ošetrování (Donahue, 1985). Rovněž byl zakladatelem Evangelického spolku pro křesťanskou péči o nemocné v Porýní a Vestfálsku. Jak uvádí Dingová Šliková et al. (2018), jeho pomoc vězňům nakonec přerostla v ošetrovatelskou péči vykonávanou dobrovolnými diakonkami. Založením vzdělávacího institutu v německém Kaiserwerthu Fliedner obnovil činnost diakonek (Ellis, Hartley, 2004). Zásadně tak přispěl k oživení tradice diakonek, které existovaly již v době před Kristem (Donahue, 1985). Jak konstatuje Dingová Šliková et al. (2018), výuka ošetrovatelství se stala impulsem pro vznik dalších institucí v Evropě. Konečně i Elisabeth Fry po návštěvě Kaiserwerthu založila obdobnou školu v Londýně s názvem Institut ošetrovatelství. Absolventky se nejdříve nazývaly protestantskými sestrami křesťanské lásky, později pak ošetřujícími sestrami (Staňková, 2001).

Jednou z nejvýznamnějších postav ošetrovatelství byla bezesporu Florence Nightingale (1820–1910). Narodila se ve Florencii jako druhá dcera, jméno dostala podle místa svého narození. Její rodina pocházela z vyšších středních vrstev společnosti (Staňková, 2001). Díky svému postavení se stýkala s vlivnými lidmi. Obě dcery otec vedl ke vzdělání a seznamoval je se životem aristokracie (Hunt, 2017). V dospělosti Nightingale dosáhla rozsáhlého vzdělání, studovala filozofii, matematiku a klasické jazyky (Hunt, 2017). Dokonale četla a byla „*schopná samostatně konverzovat s intelektuály a politiky*“ (Staňková, 2001, s. 70). „*Měla také nadání pro matematiku a statistiku*“ (Kuthorská, 2010, s. 38). Díky otci a své pili získala nadprůměrné vzdělání

ve srovnání s ostatními vrstevníky. Jak uvádí Kutnohorská (2010), byla velice vzdělanou, ačkoli byla ženou. Od dětských let pomáhala chudým a nemocným a po celý život inklinovala k filantropii (Hunt, 2017).

Než Nightingale oslavila sedmnácté výročí narození, tak „*k ní promluvil Bůh a povolal ji do svých služeb, nevěděla, jaké služby by to měly být*“ (Kutnohorská, 2010, s. 38). Cítila, že má pomáhat nemocným a chudým, tušila že se má stát zdravotní sestrou. Podle Hunt (2017) bylo toto rozhodnutí ovlivněno pravděpodobně skutečností, že navštěvovala s maminkou chudé lidi ve městě. Když bylo Nightingale dvacet pět let, požádala rodiče o povolení pracovat jako zdravotní sestra v nemocnici v Salisbury. Rodina byla zaskočena, otec považoval její žádost za nepřijatelnou (Robinson, 1946). Viktoriánská konvenční společnost vyžadovala od ženy, aby se slušně vdala, měla rodinu a nevěnovala se kariéře. Tato myšlenka byla proto pro rodinu neakceptovatelná (Donahue, 1985). Obraz sestry již sice nebyl takový, jak jej vykreslil Dickens v postavě Sary Gampové, rodiče se však domnívali, že povolání sestry nebylo vhodnou volbou pro vzdělanou ženu (Tóthová, Volný, 2006). Být zdravotní sestrou nebylo považováno za slušné povolání. Rodiče byli toho názoru, že toto uplatnění neodpovídá sociální úrovni jejich dcery. Nakonec však souhlasili s její volbou (Hunt, 2017).

Nightingale cestovala se svou rodinou a poznávala zajímavé lidi, často si dělala poznámky o jejich sociálních podmínkách (Hunt, 2017). Během návštěvy Říma se seznámila se Sidney Herbertem a jeho manželkou, kteří se zajímali o reformu zdravotnictví. Poté začala shromažďovat informace o veřejném zdraví, nemocnicích a brzy se stala uznávanou autoritou (Ellis, Hartley, 2004). V roce 1822 Nightingale odjela do výcvikového centra studovat techniky ošetrovatelské péče (Nightingale, 1851). Protože se jednalo o církevní organizaci, rodiče s cestou souhlasili (Ellis, Hartley, 2004). Od té doby se věnovala ošetrovatelství a jejím hlavním zájmem bylo to, „*co je pro pacienta nejlepší*“ (Benedict 1948/2012 in Hunt 2017, s. 92). Studium ošetrovatelského systému v Kaiserwerthu se vlastně nevědomky připravovala na své budoucí poslání a reformy v ošetrovatelství (Nightingale, 1851).

V roce 1854 Nightingale začala trénovat sestry v Harley Street v Londýně, kde byla vedoucí Ústavu pro nemocné šlechtičny. V tomto zařízení provedla několik inovátorských změn, například zavedla signalizaci k lůžku, teplou vodu na každé poschodí, výtah z kuchyně na oddělení (Kutnohorská, 2010). Ve stejném roce byla požádána ministrem války Spojeného království Sidney Herbertem, aby vedla skupinu

sester ve vojenské nemocnici na Krymu (Ellis, Hartley, 2004). Herbert přímo prohlásil, že jen Nightingale je jedinou možnou osobou, „*kteřá je schopná takovou ošetrovatelskou službu zorganizovat a vést*“ (Porter, 2001, s. 418). Na Krymu se však Nightingale setkala se žalostnými podmínkami. V polní nemocnici chyběly postele, příkrývky a další vybavení. Nemocní trpěli nedostatkem jídla a špatnou hygienou (Kutnohorská, 2010). Nightingale byla také překvapena vysokou úmrtností vojáků, která se pohybovala kolem 41 %, přičemž vojáci spíše umírali na onemocnění než na zranění z bojů (Egenes, 2017). Nightingale založila kuchyni, prádelnu a upravila veškeré prostory (Kutnohorská, 2010). Pod jejím vedením se ze špinavé budovy stala dobře provozovaná nemocnice s poskytovanou holistickou péčí (Hunt, 2017). Během několika měsíců se výrazně snížila úmrtnost vojáků (Egenes, 2017). Za svého působení prováděla časté kontrolní pochůzky, a to i pozdě v noci. V důsledku toho byla pak nazývána Dámou s lampou (Kutnohorská, 2010).

Krymská válka (1853–1856) byla zlomovým okamžikem a měla zásadní vliv na ošetrovatelskou péči. Neúnavným úsilím během této války se Nightingale stala světovou legendou a přeměnila ošetrovatelskou péči na čestné povolání (Hunt, 2017). Ve své práci prosazovala zásady veřejného zdraví a uplatňovala statistické metody ke zdokumentování nemocnosti (Cherry, Jacob, 2018). Využíváním statistiky položila základy pro moderní praxi založenou na důkazech (Egenes 2017). Po návratu vytvořila svěřenecký fond, který následně použila k založení školy pro vzdělávání profesionálů (Egenes, 2017). V roce 1873 zřídila ošetrovatelskou školu sv. Tomáše 1873, jejíž absolventky se staly supervizorkami v dalších nemocnicích, například v Bostonu, New Yorku (Cherry, Jacob, 2018). Nightingale se stala vzorem pro celý svět. Její činnost byla inspirací pro zakladatele ošetrovatelství v ostatních státech. Za svou práci obdržela Královský červený kříž a řád za Zásluhy (Kutnohorská, 2010). Den jejího narození, 12. květen, se slaví jako Mezinárodní den zdravotních sester (Kafková, 1992). Jednoznačnou skutečností je, že historici ošetrovatelství v Evropě a Americe označují Florence Nightingale za zakladatelku moderního ošetrovatelství. V rámci objektivnosti a úplnosti toho tvrzení je potřebné uvést, že země Středního východu tento status připisují muslimské sestře Rufaidě Al-Asalmiya, což již bylo zmíněno v předchozí části této práce. Hussein (1981 in Meleis 2012) uvádí, že obě praktikující sestry se zaměřily na péči, uzdravení, podporu zdravého prostředí a školení zdravotních sester, obě byly vedené morálními závazky ke zmírnění utrpení a posílení zdraví (Meleis, 2012).

Na rozvoji ošetrovatelství se podílela řada dalších osobností. Z nejvýznamnějších lze jmenovat například ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova (1810–1881), který realizoval uplatnění žen jako ošetrovatelek na ruské frontě na Krymu (Plevová, Slowik, 2008). Zásadní roli sehrál také Jean Henri Dunant (1828–1910), švýcarský obchodník. V roce 1859 se při svých cestách ocitl v blízkosti jedné z nekrutějších bitev v historii u obce Solferino. Zjistil, že téměř čtyřiceti tisícům zabitých a zraněných vojáků nebyla poskytnutá žádná lékařská pomoc. Ranění byli ponecháni bez jakékoli pomoci (Boardman, 1915). Jak uvádí Kutnohorská (2010), svědectví otřesného zážitku ho inspirovalo k napsání knihy „Vzpomínky na Solferino“. Závěr knihy obsahoval návrh na založení dobrovolné organizace (Kutnohorská, 2010). Dunant knihu vydal vlastním nákladem a zaslal ji „evropským panovníkům, státníkům a vojevůdcům“ (Švejnoha, 2008, s. 23). S knihou byl seznámen také Výbor veřejného blaha⁷ v Ženevě, který podpořil vizi o neutralitě sanitní služby a vznik mezinárodní humanitární organizace (Dingová Šliková et al., 2018). Byl založen výbor pro přípravu mezinárodní ustavující konference. Ta se konala v říjnu 1863 a zúčastnili se jí zástupci 16 zemí. Byla přijata rezoluce s výzvou k založení Výboru pro pomoc raněným. Současně se členové zavázali ke vzdělávání dobrovolníků z řad zdravotníků a ošetrovatelek (Švejnoha, 2008). Byl také schválen znak organizace, červený kříž v bílém poli, jako symbol označení nedotčenosti a nestrannosti zdravotníků (Kutnohorská, 2010). V roce 1901 Dunant obdržel Nobelovu cenu za mír (Švejnoha, 2008). Den jeho narození, 8. květen, se stal Mezinárodním dnem Červeného kříže.

Po přistoupení Rakouska-Uherska k Ženevské konvenci působily od roku 1867 na jeho území dvě společnosti Červeného kříže, jedna pro Rakousko a české země a druhá s uherskou působností. Součástí byly také Vlastenecký pomocný spolek pro Království české od roku 1868 a od dva roky později Vlastenecký pomocný spolek pro Moravu. Oba spolky především získávaly ženy k ošetřování raněných. Svou činností se zaměřovaly na péči o raněné v případě mobilizace, zajišťování kapacit lůžek, materiálu a personálu. Z dalších aktivit nelze opomenout charitativní pomoc pro sirotky, vdovy a nemohoucí (Jukl, Majrichová, 2019). Významnou roli sehrávaly také ve vzdělávání ošetrovatelek a dobrovolnic. Pro ilustraci je v (příloze č. 1) obsažena Učebná osnova pro ošetrovatelky

⁷ Výbor veřejného blaha –vlastenecká instituce v Ženevě (Švejnoha, 2008).

Červeného kříže v c. k všeobecné nemocnici. Z interpretace textu přílohy vyplývá, že učební osnovy byly na svoji dobu poměrně komplexní. Za povšimnutí stojí fakt, že předmětem studia byly také požadované vlastnosti ošetřovatelky. Z učebních osnov je zřejmé, že teoretické a praktické vyučování probíhalo přímo na chirurgických a interních klinikách. Uvedené skutečnosti potvrzuje Jednatelská zpráva Spolku ošetřovatelek nemocných Červeného kříže Království českého za rok 1902, která byla zveřejněna jak v německém, tak českém jazyce (Pomocný spolek červeného kříže, 1903). Přes prezentaci pozitivních výsledků uvedeného spolku nelze nepřipomenout, že vzhledem k postupně sílicímu národnostnímu hnutí a z toho plynoucím animozitám ve společnosti, tento spolek mezi Čechy nezískal popularitu (Pánek, 2012). V době, kdy v Evropě ošetřovatelství nabíralo na síle, v českých zemích narůstalo povědomí politického útlaku (Herbenová, 1926). Přesto, ale také právě proto, se ve druhé polovině 19. století do ošetřovatelství promítaly vlivy sílicího národnostního a ženského emancipačního hnutí (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Tyto skutečnosti působily na společenský vývoj a nepřímo také na rozvoj ošetřovatelství. V Rakousku-Uhersku byl v roce 1886 přijat čelední řád, kterému byly podřízeny také sestry. Platila pro ně povinnost celibátu, která přetrvávala z dob Marie Terezie, kdy ženy byly za trest zaměstnávány jako ošetřovatelky (Bouček, 1937).

Vraťme se ještě k celkovému hodnocení vývoje ošetřovatelství v období novověku. Textová analýza ukázala, že negativní trendy z pozdního středověku pokračovaly ještě po dobu dvou století novověku. Společenské poměry byly poznamenány protestantskou reformací, hladomorem a morovou epidemií. Pozitivní tendence se projevily až v 18. století. Byly iniciovány zejména změnou ve vzdělávání ošetřovatelek, zavedením ošetřovatelských systémů a zlepšením podmínek pro práci zdravotnického personálu. Příznivý rozvoj ošetřovatelství byl akcelerován také společenskými změnami, především expanzí průmyslu a nové techniky.

1.2.3.1 Emancipační hnutí

Po celá staletí byly ženy považovány za majetek mužů a neměly žádná práva ani moc. Ženy se nacházely v podřízeném postavení, které bylo omlouváno biologickou stránkou. Rovněž z pohledu církve byla žena považována za podřízenou muži (Burešová, 2001). Vzácnou výjimkou byly římské matrony na začátku křesťanské éry (Donahue, 1985). V 19. století v Čechách byl vyšší počet žen než mužů. Přesto vstupovala do

manželského svazku jen asi jedna třetina mužů. Přibývalo tak žen svobodných a „ženská otázka začala být částí veřejnosti vnímána jako otázka sociální“ (Lenderová, 2016, s. 207). Věk se zvyšoval, tím narůstal také počet žen osamělých, které navíc neměly žádné možnosti profesionálních aktivit (Lenderová, 2016). Popsaný trend vyvolával společenské pnutí, které postupně vyústilo v narůstající feministické hnutí.

Ženy však začaly usilovat o svá práva již počátkem 17. století. Jednalo se zejména o prosazení stejných práv s muži, privilegium akademického vzdělávání, reformu manželství s preferencí práva volit a nakládat s majetkem. Prostřednictvím těchto aktivit se postavení žen pozvolna začalo zlepšovat (Donahue, 1985). Také v 18. století se projevovala značná snaha o zlepšení degradovaného postavení žen ve společnosti. Byly vydávány knihy a různé články o ženských otázkách, ženách a jejich právech. Jako příklad lze uvést knihu „Vážný návrh dámám“ od anglické feministky Mary Astell. V západních zemích zaujala také slavná kniha Mary Wollstonecraft z roku 1792 s názvem „Ospravedlnění práv ženy“ (Donahue, 1985). V této knize autorka zastává stanovisko, že ženy jsou rovnoprávné před Bohem, mají právo na stejné a komplexní vzdělání jako muži a neměly by být pouze omezeny na domácí povinnosti a službu mužům. Jak uvádí Dock a Stewart (1920), žena je lidská bytost a měla by mít možnost využívat lidská práva v plném rozsahu. Iniciativa uvedených spisovatelek neměla sice vliv přímo na ošetrovatelství, ale promítla se do aktivity žen a rozvoje feministického hnutí (Donahue, 1985). V této souvislosti je důležité poznamenat, že povědomí o anglických feministkách ve své době neproniklo na evropský kontinent (Lenderová, 2016).

Nejvýznamnějších úspěchů v úsilí o zrovnoprávnění postavení dosáhly americké ženy. Po několika desítkách let trvajících dohadů, střetů a frustrací se jim podařilo ústavními změnami dosáhnout volebního práva (Donahue, 1985). Do boje o ženská práva byly ve státech zapojeny také sestry. Mezi nejhrolivější patřila Lavinia Lloyd Dock (1858–1956), která se účastnila sociálních protestů a demonstrovala za práva žen. Byla přesvědčena o tom, že dominantní postavení muže ve zdravotnictví je hlavním problémem, kterému ošetrovatelská profese čelí. Vývoj nebyl sestrám příznivý, sestra nebyla uznávána jako partner lékaře s právem na samostatnou praxi (Donahue, 1985). Uvedená aktivistka patřila mezi nejvýznamnější feministky, které prosazovaly význam ošetrovatelské profese. Zanedbatelnou není ani skutečnost, že Lavinia Lloyd Dock se podílela také na založení Americké asociace sester. Emancipační hnutí se od první

poloviny 19. století rozšířilo do anglosaských zemí, postupně se rovněž projevilo v západní Evropě (Burešová, 2001). Jak uvádí (Dingová Šliková et al., 2018), po prusko-rakouské válce došlo k projevům silícího emancipačního hnutí také v českých zemích. Podle rakouského práva byla žena podřízena muži. Ten pak nakládal s jejím majetkem a zastupoval rodinu navenek. Žena „byla zodpovědná za šťastný rodinný život“ (Bahenská et al, 2017, s. 28). Ženy tak byly izolovány od společnosti, stěžejí jí proto rozuměly a často na ně bylo nahlíženo jako na nesvéprávné (Havelková in Valdřová et al., 2004).

České dívky byly po staletí vychovávány pro roli manželek, matek a služebnic. Jak uvádí Havelková (2004, in Valdřová et al., 2004), byly dívky také vedeny k puritánství. Přestože si byly vědomy tohoto společenského omezení, setrávaly v pasivitě. České ženy v rámci hnutí nikdy jasně neformulovaly svůj požadavek na politickou a vzdělávací rovnocennost jako v USA. Rok 1848 byl tak převážně pouze ve znamení rozšíření liberálních a politických ideálů (Neudorřlová, 1999). Tuto skutečnost se paradoxně pokusili změnit dva muži Slavoj Amerling a Vojtěch Náprstek. Oba působili v období první vlny ženské emancipace, která probíhala od první poloviny 18. století a trvala do roku 1930. Amerling se snažil o zpřístupnění vzdělání všem, tedy i dívkám a ženám, věnoval se zkvalitnění vzdělávacího procesu a usiloval o „*intelektuální povznesení ženy*“ (Lenderová, 1999, s. 237). Jeho působením si ženy začaly uvědomovat své postavení ve společnosti. Rok 1848 byl přelomovým, jak sílily sociální a politické problémy v habsburské říši, ženy byly iniciativnější a účastnily se též revolucí (Lenderová, 1999). Vojtěch Náprstek se v roce 1848 jako student zúčastnil revoluce ve Vídni. Aby se pak vyhnul vězení, odcestoval do USA. Jakmile politické pronásledování pominulo, vrátil se zpět „*jako velký stoupenec ženské emancipace*“ (Neudorřlová, 1999, s. 52). Svou horlivostí získal pozornost intelektuálů se zájmem o kulturu a vzdělávání. Přispěl také k vytvoření prvního českého ženského spolku s názvem Americký klub dam (1865–1948). Pravidelně přednášel své zkušenosti ze států (Neudorřlová, 1999). K jeho tématům patřilo postavení ženy a vzdělávání dívek (Horská, 1999). Dal impuls k rozvoji ženského hnutí v českých zemích (Rozhoň, 2005). Náprstkovi tak patří větší zásluha o emancipaci na rozdíl od Amerlinga, který se v ženské problematice zabýval převážně vzděláváním a jeho propojením na rodinný život (Kučerová-Borovičková, 1914).

V postupně silícím emancipačním hnutí byly také činné literátky Marie Riegrová (1833–1891), Eliška Krásnohorská (1847–1926), Karolína Světlá (1830–1899) a Sofie

Podlipská (1833–1897). Tyto představitelky hájily práva žen na vzdělání a možnost zaměstnání žen (Dingová Šliková et al., 2018). Filantropka Marie Riegrová, usilovala o dívčí vzdělávání. Uvědomovala si, že v době sociálního a mravního strádání má největší význam vzdělávání matek a dětí. Byla si vědoma nutnosti založit ženský spolek, který by více přibližoval ženám péči o děti, hygienu, psychologii a etiku (Kutnohorská, 2010). Karolína Světlá se aktivně věnovala emancipačnímu hnutí v Čechách, ale také vlasteneckým otázkám a vzdělávání žen. Byla organizátorkou kurzů pro vychovatelky a ošetrovatelky. Svým přesvědčením se rovněž podílela na vzniku v historicky první ošetrovatelské školy, a to dokonce zcela první v Rakousku-Uhersku (Kutnohorská, 2010). Společně s Eliškou Krásnohorskou založila v roce 1871 Ženský výrobní spolek český, jehož cílem byla pomoc chudým dívkám vzděláním a prací (Kutnohorská, 2010). Eliška Krásnohorská se po celý život věnovala emancipaci žen. Byla členkou a později i starostkou Ženského výrobního spolku českého. Rovněž založila první dívčí gymnázium s názvem Mínerva (Kutnohorská, 2010). Od roku 1901 byla rovněž redaktorkou Ženských listů. Studovala ženské časopisy a poté získané poznatky přibližovala českým ženám. Obdobně se snažila zprostředkovat úspěchy a vědecké práce západních žen (Šretrová, 1948). Za povšimnutí stojí též skutečnost, že Eliška Krásnohorská byla autorkou jedné z prvních úvah o ženském hnutí s názvem „Ženská otázka česká“ (Novák, Novák, 1913, s. 421).

Ženské hnutí od poloviny 19. století bylo společenským fenoménem, jenž je pojmenován jako emancipace. „*Emancipaci žen je třeba vnímat jako historickou realitu probíhající jako proces*“ (Burešová, 2001, s. 18). Jednalo se převážně „*o zrovnoprávnění žen s muži*“ (Burešová, 2001, s. 19). V této souvislosti nelze pominout nový společenský trend, který se v českých zemích postupně začal projevovat koncem šedesátých let 19. století a spočíval v postupně narůstající zaměstnanosti žen. Je však třeba zmínit, že se jednalo převážně o nekvalifikované práce s nízkým příjmem a téměř vždy v podřízeném postavení (Bahenská, 2017). V rámci industriální společnosti se tak žena přesto „*stávala pracovní silou a postupně intelektuální silou*“ (Burešová, 2001 s. 28). Pokud jde o emancipaci žen v českých zemích, je zřejmé, že český feminismus byl zpočátku nenápadný a koncem 19. století společností příliš neakceptovaný. Tento fakt byl zřejmě způsoben počátečním stadiem, kdy se jednalo spíše „*o emancipaci národní*“ (Lenderová, 2016, s. 266). Cesta k emancipaci žen a řešení ženských otázek byla otevřena až poté, co vznikl moderní český národ (Lenderová, 2016). Přesto je však možné konstatovat, že

ženské emancipační hnutí představovalo ještě před první světovou válkou významný impuls společenského rozvoje. Válka celý proces akcelerovala a urychlila zrovnoprávnění žen a mužů (Koželuhová, ©2016).

1.2.3.2 Počátky organizovaného vzdělávání sester

Snaha o soustavné vzdělávání a školení sester se objevovala na různých místech a v rozličných společenstvích. V Anglii, Americe i Německu byla inspirací činnost katolických řádů, zbožných francouzských milosrdných sester, bekyní a diakonek (Kafková, 1992). Jak uvádí Ellis, Hartley, (2004), také Sister Charity v 17. století vyvinuly vzdělávací programy a připravovaly mladé ženy pro ošetrovatelskou péči. Jako další příklad lze uvést Dcery křesťanské lásky, založené sv. Vincentem z Pauly, které v 19. století školily své sestry v Paříži. Tento řád si získal velký respekt na mezinárodní úrovni (Porter, 2001). Opatrovnice nižších vrstev tak získávaly praktické dovednosti od starších spolupracovníků. Je však třeba připomenout, že se od nich očekávalo plnění příkazů lékařů, a to bez výhrad. V té době převažoval názor, že není třeba sester, neboť na pomocné práce vystačí opatrovník a řádové sestry (Staňková, 1996). S rozvojem medicíny si však lékaři postupně začali uvědomovat potřebu nového typu ošetrovatelky (Staňková, 1997).

V roce 1860 založila Florence Nightingale první ošetrovatelskou školu v Anglii, ve které se připravovaly budoucí učitelky sester (Pacovský, 1981). Uvažujeme-li o významu tohoto počínu, je třeba uvést, že po založení londýnské školy vznikaly ošetrovatelské školy v dalších městech. Uvedme jako příklad některé z nich: st. Catherines (1864), Sydney (1868), Edingburg (1871), Boston a New York (1873) (Kafková, 1992). Jak uvádí Hoffmanová (2016), od roku 1888 na našem území působila Kongregace Školských sester sv. Františka s pedagogickým zaměřením.

V Německu byly školící centra Diakonek, ale také velké sekulární školy pro zdravotní sestry podle anglického vzoru, jako například Victoria House v Berlíně. V souvislosti se vzdělávacím procesem zaujímal zajímavý postoj německý vědec Rudolf Virchow⁸ (Nutting, Dock, 1907). Byl toho názoru „že věda zaujme místo církvi“ (McLeod, 2008, s. 182). Požadoval, aby ošetrovatelství bylo sekulární organizací s čistě

⁸ Rudolf Virchow (1821–1902), významný vědec v lékařství a patologii na Berlínské univerzitě, antikatolicista. Plně důvěřoval vědě a byl nepřátelský ke všemu mystickému iracionálnímu (McLeod, 2008).

humanitním zaměřením. Prosazoval, aby každá velká nemocnice měla výcvikové centrum sester nebo školící zařízení. Také doporučoval sestřím prosazovat své zájmy organizovanou formou prostřednictvím profesních sdružení. Virchow považoval vědu a vzdělání za důležité podmínky pokroku (McLeod, 2008).

Za počátky vzdělávání sester v českých zemích můžeme podle Kutnohorské (2010) pokládat nejstarší výuku Milosrdnými bratry, kteří provozovali školu opatrovnictví již v roce 1620. Výuka byla určena mnišským novicům. Kromě toho porodní báby a ranhojiči měli přístupné přednášky na lékařské fakultě až do roku 1789, kdy byla tato činnost zastavena (Kutnohorská, 2010). Z významných osobností, které měly vliv na opatrovnictví v Čechách, lze uvést Václava Joachyma Vrabce (1740-1805) z řádu Milosrdných bratří, jenž prosadil na fakultě přednášky pro opatrovnice (Kafková, 1992). Byly také vydávány knihy o ošetřování nemocných. Kafková (1992) zmiňuje lékaře Františka Christiana Krügelsteina jako autora „učebnice všeobecného opatrovnictví“ (Kafková, 1992, s. 7). Autor se v knize věnoval základní ošetrovatelské péči od pozorování a hlídání nemocného, přes komunikaci s ním až po podávání léků a stravy (viz příloha č. 2 a 3, přebal knihy s obsahem). Za povšimnutí stojí skutečnost, že předlohou této příručky mu byl plán ošetrovatelské péče jeho otce z roku 1779 se zaměřením na docenění ošetrovatelské péče a pozorování pacienta sestrou (Krügelstein, 1807).

Až počátkem minulého století Ústřední spolek českých žen organizoval několikaměsíční ošetrovatelský kurz pod vedením lékaře Erazima Vlasáka, autora knihy s názvem „O ošetřování nemocných“. Uvedený svazek později ustavil samostatný Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelk nemocných a uspořádal nové kurzy pod vedením českých lékařů. Jednalo se vždy o kurzy krátkodobé, které neměly dlouhou životnost. Ve stejné době, v roce 1903, církve evangelická založila Českou diakonii, která v poválečné době působila v oblasti sociální. Sestry diakonky pracovaly rovněž v nemocnicích. Zlom ve snahách Spolku pro povznesení stavu ošetrovatelk nemocných o zlepšení postavení sester nastal v roce 1913, kdy nový kurz vedli lékaři J. V. Novák a R. Jedlička. Předností těchto kurzů byla možnost absolvovat praktickou přípravu přímo na chirurgickém a gynekologickém oddělení. V této souvislosti sehrála významnou roli odborná učitelka Františka Fajfrová (1860–?), která vedla dívčí školu v Královských Vinohradech. Podařilo se jí uskutečnit praktickou část výuky také v Tomayerově klinice (Herbenová, 1926). Tato pedagožka se ve spolupráci s lékaři rovněž snažila o založení městské

ošetřovatelské školy. Vídeňské ministerstvo však návrh zamítlo, neboť samo plánovalo zřízení české a německé školy. Úsilí Fajfrové bylo nakonec korunováno v říjnu 1914 jejím jmenováním ředitelkou školy. Oficiální otevření školy však bylo zbrzděno válkou, došlo k němu až o dva roky později (Herbenová, 1926). Obě tyto školy plnily své funkce až do roku 1918 (Pacovský, 1981). Pokrok znamenal rovněž vyšší odborná škola v Praze, která od roku 1918 připravovala nejprve sociální pracovníky a později diplomované sestry pro samostatnou práci (Kafková, 1992).

Zcela první ošetřovatelská škola v rámci Rakousku-Uhersku byla založena v Praze v roce 1874. Na jejím vzniku měl podíl Ženský výrobní spolek a Spolek lékařů českých (Pacovský, 1981). Její existence byla přelomovým bodem v přechodu „*opatrovnické činnosti v ošetřovatelskou profesi*“ (Kutnohorská, 2010, s.60). Výuku vedli lékaři převážně z lékařské fakulty Karlovy Univerzity (Staňková, 1996). Praktikantky vykonávaly praxi v chorobinci v Praze na Karlově (Kutnohorská, 2010). Tuto školu navštěvovaly rovněž dámy ze Ženského výrobního spolku českého, které se studiu věnovaly v rámci své seberealizace ve vzdělávání a také proto, aby se alespoň zčásti mohly poměřovat s muži (Staňková, 1996). Pacovský (1981) spatřuje pokrokovost v tom, že k praktická výuka byla rozšířena o studium teorie. Škola „*měla v historii našeho ošetřovatelství mimořádný význam*“ (Plevová, 2011, s. 46). Jak uvádí Šretrová (1948), škola popuzovala německé činitele pražské obce, což bylo důvodem jejího zániku. To potvrzuje rovněž Staňková (1996), když uvádí, že škola zanikla z národnostních důvodů, připouští však také příčiny finančního charakteru. Madejová (1997 in Kutnohorská, 2010) považuje za příčinu zániku školy odchod vyučujících lékařů na vznikající lékařskou fakultu Karlovy univerzity a zákaz provádění praktické výuky na Karlově. Na několik let tak vzniklo vakuum ve vzdělávání, které musely kliniky vyplnit vlastním školením sester.

Staňková (1997) oceňuje, že právě první ošetřovatelská škola ovlivnila rozvoj ošetřovatelství ve střední Evropě. Byla například inspirací pro vznik školy s nemocnicí ve Vídni, tzv. Rudolfinerhausu, v roce 1882. Tu založil rakouský chirurg profesor Theodor Billroth (1829–1894). K jeho počínům patřilo rovněž vydání učebnice s názvem „*Ošetřování nemocných doma i v nemocnici*“, která byla vydána také v českém jazyce (Kutnohorská, 2010). V předmluvě této knihy se autor zmínil, že ve Francii, Anglii, Itálii a Rusku patří ke kompetencím sestry obvazování ran (Billroth, 1891). Byl však toho názoru, že i při správném poučení není žena schopna dobře provést komplikovaný obvaz. Tvrdil, že ani vynikající sestry nezvládnou to, co mladý lékař. V další části předmluvy

knihy autor čtenáři sděluje, že záměrně vynechal pasáže, „*kteřé by mohly na samém začátku zranit ženskou jemnost*“⁹ (Billroth, 1891, s. 12–13). Z interpretace textu je zřejmé, že v jeho konání se tak projevovaly protichůdné tendence, neboť se na jedné straně podílel na vzdělávání ošetřovatelek a na straně druhé pochyboval o jejich schopnostech. Závažná je okolnost, že obdobné smýšlení nebylo v té době ojedinělé a svědčilo o tom, jaký přístup prezentovala medicínská věda ve vztahu k ženám v ošetřovatelství.

Po první světové válce se ve společnosti projevovalo zvýšené „*úsilí o zkvalitnění vzdělávání ošetřovatelek*“ (Kutnohorská, 2010, s. 66). Od založení první státní české ošetřovatelské školy byl vzdělávací program řízený a kontrolovaný státem. „*Vzdělávání sester se vyvíjelo zcela v souladu se světovým trendem*“ (Staňková, 2002, s. 37). V celé střední a východní Evropě sehrál významnou roli Americký červený kříž (ARC¹⁰). V rámci humanitární pomoci Evropě vytvářel podmínky pro kompletní zlepšení životní úrovně občanů (Irwin, 2013). Pracovníci ARC věřili, že kondice střední a východní Evropy zásadně závisí na zdraví mladých občanů. Kládli proto důraz na vzdělávání dětí prostřednictvím matek. Nabízeli dospělým kurzy hygieny a péče o zdraví nemocných, kojenců a dětí. Kromě toho se pracovníci ARC zaměřili na školení profesionálních zdravotních sester a zřídili celkem tři školy. V Srbsku se jednalo o čtyřměsíční výcvikový kurz pro pomocné sestry, ve Varšavě a v Praze byly zavedeny dvouleté výcvikové školy, které vycházely z amerických postgraduálních vzdělávacích programů. Moderní školy byly vybaveny pro kompletní vědeckou výuku rovněž podle amerických učebních plánů. (Irwin, 2013). Dock (1922) popisuje, jak americké sestry, které v té době již byly kvalifikovanými profesionálkami s certifikátem ARC, hodnotily postavení českých sester. Byly překvapeny tím, že české sestry neměly žádnou pravomoc a řadu povinností, například monitoring srdeční akce pohmatem a měření tělesné teploty, za ně prováděl lékař. Za neuvěřitelnou považovaly skutečnost, že lékaři často také projevovali určitý odpor proti zřízení moderní ošetřovatelské školy. S podporou prezidenta Masaryka a jeho dcery Alice i některých lékařů se výhrady v tomto směru postupně měnily (Dock, 1922).

V období první republiky kromě ARC sehrála důležitou roli v politice ošetřovatelství Rockefellerova nadace¹¹ (RF) a Frances Elisabeth Crowell (1874–1950) příslušnice

⁹ Explanations that might wound feminine delicacy at the very beginning.

¹⁰ American Red Cross

¹¹ Rockefeller Foundation – nadaci založil v roce 1913 petrolejářský magnát a filantrop John D. Rockefeller (1877–1953), jehož vizí bylo zajištění blahobytu lidem celého světa (Zaoralová a Zaoral, 2018).

Mezinárodní zdravotní divize RF, zabývající se zdokonalováním zdravotnického školství a studijními pobyty. Uvědomovala si, že v koncepci v ošetřovatelství v Evropě je silně zakořeněná tradiční role ženy. Po důkladném studiu evropských zemí navrhla změny vzdělávacích programů (Vickers, 1999). Na zasedání Generální rady ARC v březnu 1922 byl projednán program ošetřovatelství s důrazem na vzdělávání sester a také na zprostředkování studia sester i v zemích, ve kterých odpovídající školy ještě neexistovaly (Dock, 1922). V červenci 1919 byl pak na žádost doktorky Alice Masarykové dohodnut tříletý výměnný pobyt dvou amerických a českých sester. Americká strana se ovšem obávala přístupu českých lékařů a trvala na podmínce, aby přijali změny ve vzdělávání sester (Dock, 1922). Američanky Parsons s asistentkou Lentell se ujaly odpovědnosti za organizaci a vedení školy v Praze. Americké sestry přepracovaly osnovy vzdělávání, vybudovaly moderní školy k výuce nejmodernějších metod ošetřování. Po uplynutí smluvního období převzala post ředitelky Sylva Macharová. Škola si získala popularitu a vyvolala ve společnosti zvýšený zájem (Macharová, 1926). Její absolventky působily v okresních nemocnicích, v poradnách, v ústavech sociálně-zdravotních stanic Československého červeného kříže (ČsČK), v soukromých ústavech, ale také v zahraničí. Jejich postavení zaznamenalo společenský vzestup a získalo také značnou prestiž v očích veřejnosti (Staňková, 2002). Sestrám se tak rozšířily možnosti jejich uplatnění v různých oblastech péče (Macharová, 1926).

Po odchodu amerických ošetřovatelek v roce 1923 podporoval anglosaský model Spolek absolventek školy ošetřovatelské (SAŠO), který sehrál důležitou roli ve vývoji ošetřovatelství (Kafková, 1992). Jeho hlavním cílem bylo povznést postavení ošetřovatelství. Po vzniku dalších ošetřovatelských škol byl spolek přejmenován na Spolek diplomovaných sester (SDS) (Pazourková, 1947). Usiloval o zlepšení postavení ošetřovatelského personálu a zvyšování odborné úrovně ošetřovatelek (Kafková, 1992). Sestry v něm pracovaly bezúplatně, dokonce založily dva fondy pro vybudování domova sester a také na podporu diplomových sester (Pazourková, 1947). V roce 1926 spolek vydal memorandum, ve kterém požadoval, aby ošetřovatelky nebyly pouhými pomocnými silami, ale měly možnost odborného vzdělávání a byly odpovídajícím způsobem odměňovány. Politická krize v roce 1926 však znamenala další odklad řešení problémů akcentovaných ve zmíněném memorandu. V roce 1927 došlo k úpravě platových tabulek podle dělení na sestry diplomované, pomocné diplomované a pomocné nekvalifikované (Hlaváčková, Svobodný, 1990). Tato diferenciaci však vyvolávala

rozpory mezi ošetrovatelským personálem, neboť vedení nemocnic dávalo z finančních důvodů přednost nekvalifikovanému personálu. Ministerstvo, úřady, nemocnice i lékaři byli spokojeni se stávajícím typem sestry. Jejich prioritou bylo především finanční hledisko. Situaci dostatečným způsobem ilustruje porovnání tehdejších podmínek. Zatímco sestřám bylo vypláceno částka 450,- Kč měsíčně zvýšená o životní náklady, ostatní sociální pracovníci vydělávali 700–1400,- Kč (Vickers, 1999). Prosazení a uznání ošetrovatelské profese do značné míry záviselo na změně myšlení celé společnosti. Podle mínění kompetentních činitelů té doby, lékař potřeboval kvalitní vzdělání, kdežto sestře postačoval jen kvalitní trénink (Vickers, 1999). Tento názor vedl k upevnění autoritativního vztahu mezi lékařem a sestrou, který se také nepřímo promítal do omezených možností vzdělávání sester (Zaoralová, 2016). Vickers (1996) poznamenala, že se ve dvacátých letech nepodařilo ošetrovatelský systém naplno rozvinout a prosadit anglosaský model ošetrovatelství.

Československo bylo silnou zemí s prosperující ekonomikou, válkou nezničeným průmyslem a znamenalo záštitu proti bolševismu na východě. Etnická realita však zastínila nové politické uspořádání. Důležitou roli sehrávala sociální práce (Vickers, 1999). Také proto na mezinárodní konferenci v Paříži v roce 1928 bylo jednáno „*o novém typu sociálně zdravotní sestry*“ (Zaoralová, Zaoral, 2018, s. 192). Odborná diskuse byla vedena snahou o racionalizaci práce tak, aby v nemocnici byly zastoupeny jak formy „*léčebné a preventivní péče, tak i praktické sociálně-lékařské činnosti*“ (Zaoralová, Zaoral, 2018, s. 192). V roce 1936 tak vznikla Masarykova státní škola pro sociálně-zdravotní sestry při nemocnici Královské Vinohrady. Další škola obdobného zaměření byla zřízena v soukromé nemocnici ve Zlíně. Novým typem sestry byla myšlena ošetrovatelka věnující se zdravotní péči léčebné a preventivní, sociální hygieně a osvětě. Tento typ ošetrovatelky však do té doby v podstatě neexistoval a nevžil se ani v poválečném období (Zaoralová, Zaoral, 2018). Období mezi válkami se české ošetrovatelství zaměřovalo zejména na rozvoj činnosti sester v primární péči (Plevová, Slowik, 2008). Ošetrovatelskou službu v rodinách rozvíjel ČsČK. V samostatné terénní péči se sestry orientovaly na zdravotní výchovu, rodičovství a prevenci (Staňková, 1996).

Druhá světová válka znamenala totální rozvrat společnosti, který se zákonitě promítl také v ošetrovatelství. Činnost SDS byla zakázána. Mnoho zdravotníků emigrovalo, což se nutně projevilo ve snížení ošetrovatelského personálu (Dingová Šliková et al., 2018). Na druhé straně zvýšená potřeba sester ve válečném období se projevila ve zlepšení jejich

postavení. Sestry se dočkaly uznání ze strany lékařů, kteří si uvědomovali potřebu odborné ošetrovatelské péče (Staňková, 1996). Po skončení druhé světové války a odsunu německého personálu, bylo nutné rychle získat české zaměstnance. Zvýšená potřeba kvalifikovaných sester a zdravotnického personálu vedla ke vzniku řady škol (Škardová, Rozsypalová 2020). V roce 1947 jich bylo celkem 26 (Staňková, 1996). V této souvislosti je potřeba připomenout, že v roce 1946 byla v Praze založena dvouletá Vyšší ošetrovatelská škola pro sestry v řídicích funkcích s členěním na sestry učitelky a vrchní sestry (Kutnohorská, 2010).

Po roce 1948 byl přijat „*východní vzdělávací systém*“ (Staňková, 2002, s. 37). Nebylo možné, aby sestry založily profesní organizaci, ta vznikla až v roce 1968 jako Československá společnost sester (ČSS). Ke středoškolskému studiu byly přijímáni společensky nedospělí mladí lidé od 14 až 15 let. Rozsah obecného a odborného učiva v rozsahu středních škol nebyl srovnatelný se zahraničím. Způsob přípravy odpovídal věku a rozumovým schopnostem studentů (Staňková, 2002). Socialismus zpomalil vývoj kvalifikačního vzdělávání sester (Plevová, Slowik, 2008). V důsledku toho došlo k jeho zpomalení až stagnaci. Kvalifikaci sestry na vyšších odborných školách bylo možné získat až od roku 1996. Jednalo se o studium oboru Diplomovaná sestra, všeobecná, dětská, psychiatrická či diplomovaná porodní asistentka. Vzhledem k tomu, že v zahraničí absolvování střední školy k povolání sestry nestačí (Staňková, 2002) byla nutná „*transformace ošetrovatelského školství u nás*“ (Staňková, 2002, s. 38).

1.2.3.3 Postavení opatrovnic, ošetrovatelek, sester

V novověku v období 16.–18. století byly za jediné reprezentanty ošetrovatelství považovány náboženské řády. Řádové sestry prováděly péči soucitnou, byly „*laskavé a hodné, ale odborně nevytvícené*“ (Andělová, 1932, s. 50). Jejich postavení ve společnosti bylo vážené, „*neboť měly za sebou řád a moc církve*“ (Andělová, 1932, s. 50). Vedle řádových sester se péči věnovaly také ženy obyčejné, světské, často neblahé pověsti. Svědčí o tom praxe mravnostní policie za vlády Marie Terezie, za které byly udělovány ženám tresty výkonu práce v péči o nemocné. Často se jednalo o opatrovnice, které neměly jinou možnost a k této činnosti byly donuceny nouzí. Také proto pohled společnosti na ošetrovatelky nebyl příznivý a byl poznamenán mnohými předsudky (Andělová, 1932).

V roce 1790 byla císařem Josefem II založena pražská nemocnice, později zvaná Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Pracovní podmínky ošetřovatelek té doby byly velmi neuspokojivé. Spaly na patientských pokojích, osobní věci měly uloženy v policích na společných chodbách, navíc pracovaly za nízký plat. Ošetřovatelky, řeholní i světské sestry, vykonávaly svou činnost na principu celibátu (Kutnohorská, 2010). „*Opatrovnický a ošetřovatelský personál v nemocnicích podléhal čelednímu řádu*“ (Kafková, 1992, s. 15), který byl vydán císařem Františkem Josefem I. v roce 1886.

Teprve 19. století přineslo změny v západní Evropě. Ze statistických dat doktorky Steinové, referentky pro ošetřování ve Vídni, vyplývá, že v Anglii, severských zemích, ale také v sousedním Německu byla ošetřovatelská péče uznávaným a respektovaným povoláním. Byl kladen důraz na slušné vychování a vzdělání. Studium bylo umožněno mladým ženám od 22 let věku, přičemž vzdělání bylo upraveno zákonem. Všechny ošetřovatelky byly registrované. Platové ohodnocení se pohybovalo na úrovni odměňování pedagogů. Jedna sestra pečovala o dva až tři nemocné, v Německu pak o pět až sedm nemocných. Rozdíly byly i v pracovní době. Týdenní pracovní doba činila v průměru 54 hodin týdně. V Anglii bylo vzorně postaráno o nemocné ošetřovatelky s možností bezplatného ubytování po dobu nemoci. Kromě toho ve věku 60 let ošetřovatelky získávaly nárok na penzi. Navíc v každé zemi hájily zájmy ošetřovatelek odborové organizace (Andělová, 1932).

Na rozdíl od západní Evropy se v Rakousku-Uhersku neprojevilí pronikavější změny. Andělová (1932) uvádí, že české ošetřovatelství bylo na samém začátku svého vývoje. Za největší problém Andělová (1932) považovala nízký počet ošetřovatelských škol, nedostatek kvalifikovaného personálu a nevalné sociální poměry ošetřovatelek. Ošetřovatelský personál byl v našich zemích nazývaný z jazyka německého Wårter. V překladu tento výraz nejlépe vyjadřuje název obsluhovačka. Později se začaly používat také termíny opatrovnice a hlídačka. Teprve od 70. let 19. století, nejspíše zásluhou Elišky Krásnohorské, se postupně vžil termín ošetřovatelka (Hlaváčková, Svobodný, 1990). Celé 19. století byl chod nemocnic poznamenán nedostatkem ošetřovatelského personálu, tuto otázku se opakovaně snažili řešit ředitelé nemocnic snahou o zvýšení platů pro ošetřující personál. Nicméně platové i pracovní podmínky zůstávaly oproti ostatním povoláním výrazně podhodnocené (Hlaváčková, Svobodný, 1990).

V 19. století byly pro práci v ošetřovatelství upřednostňovány ženy, neboť byly odolnější a lépe zvládaly náročné služby. V porovnání s muži, byly také trpělivější

a skromnější. Bahenská et al. (2017) uvádí, že právě ošetřovatelky byly pozitivně hodnoceny za obětavou a soucitnou pomoc trpícím. Jejich role byla pomocná a plně podřízená lékařům. Až do konce 19. století se tak v podstatě jednalo o pomocnice plnící příkazy nadřízených (Bahenská et al., 2017). „*Sociální postavení ošetřovatelek bylo velmi špatné a mělo nízkou společenskou prestiž*“ (Hlaváčková, Svobodný, 1990, s. 38). Jak uvádí Kutnohorská (2010), postavení sester nejvíce vystihují pracovní podmínky a prostředí, ve kterém práce vykonávají. Autentickou výpověď poskytují literární počiny Bohumila Eiselta (1831–1908), univerzitního profesora a zastávce ošetřovatelského personálu. Ve svém fejetonu s názvem *Hrdinky* pojednává o práci ošetřovatelek v 90. letech 19. století (Nápravníková, 1935). Oceňuje především práci ošetřovatelek v nemocnicích, v nebezpečném infekčním prostředí. Popisuje špatné poměry tehdejšího ošetřovatelství. Pozastavuje se například nad tím, že sestry spí za plentou na patientském pokoji, a přesto dokážou sloužit i desítky let na jednom místě. Každá žena nemůže vykonávat práci sestry „*jest zapotřebí pevného, zdravého jádra, otužilosti, pracovitosti, silné morální vůle, klidné mysli a rozvahy s bystrostí úsudku*“ (Eiselt in Nápravníková, 1935). Jakékoli zanedbání se trestá buď odejmutím vycházky či pokutou až propuštěním. Pro srovnání popisuje rozpravu s jeptiškou, které se zeptal, kde bere takovou duševní sílu k tak náročné práci a ta mu odpověděla, že „*Láska k Pánu Bohu a k bližnímu, vědomí věčné odplaty, jsou mně pobídkou stálo*“. Na stejnou otázku opatrovnice odvětila „*Vždyť jsem tu práci převzala a těm chudákům ráda sloužím*“. Opatrovnice dle Eiselta nemluví o vděčnosti ani o odměně, nýbrž o radosti. Toto tvrzení zčásti potvrzuje také Kutnohorská (2010), když uvádí, že ošetřovatelky i přes své nedobré postavení své povolání přijímaly pozitivně a s hrdostí.

Bahenská et al. (2017) konstatuje, že pracovní podmínky po první světové válce byly neuspokojivé a velmi vzdálené očekávání. Se vznikem Československé republiky v roce 1918 došlo ke zlepšení postavení žen a s tím spojených nároků na vzdělávání (Kutnohorská, 2010). Ústřední zdravotní správa začala řešit sociální a pracovní podmínky až po roce 1919. Podle výnosu č. 215 z 15. ledna 1921 mohla být diplomované sestry po pěti letech služby přiznána zemskou správou definitivně. Za stejných podmínek a po úspěšně vykonané zkoušce mohla stejného ocenění dosáhnout i sestra nediplomovaná. Sestra se tak stala státním zaměstnancem (Kafková, 1992). Výnos však nezměnil platnost čeledního řádu z roku 1857, který se vztahoval též na ošetřovatelský personál. V brožuře c. k. Školy pro ošetřování nemocných pro rok 1918–1919 byly obsaženy předepsané

pracovní podmínky pro absolventy. V praxi se je však nepodařilo naplnit a staly se pak spíše záměrem než realitou (Kafková, 1992). Složitost tehdejší situace v Československu dokresluje také studie F. E. Crowell¹². Ve zprávě pro Rockefellerovu nadaci autorka poukazuje na systémovou překážku spolupráce s ČsČK. Vzhledem k tomu, že tato organizace byla soukromá, nebylo jí možné poskytnout vládní podporu (Vickers, 1999). V roce 1926 při jednáních o úpravě služebního poměru ošetrovatelského personálu ve veřejných nemocnicích byla negativně hodnocena sociální a právní ochrana ošetrovatelského personálu, zejména pokud se jednalo o pracovní dobu, dovolenou či bydlení a stravu (Bahenská et al., 2017). Vládní nařízení č. 22 Sb. z. a n. z roku 1927 upravovalo sociální poměry ošetrovatelek. Dle Andělové (1932) se jednalo hlavně o dvě skupiny, a to o ošetrovatelky zařazené finálně na „*systematizovaná místa, a za druhé pomocné ošetrovatelky, a to s diplomovou a bez diplomové kvalifikace*“ (Andělová, 1932, s. 53). Služební plat definitivní ošetrovatelky tedy diplomované sestry se skládal ze „*služného a činovného*“ (Andělová, 1932, s. 55). Jako příklad lze uvést plat diplomované sestry v I. platové stupnici, který činil 750,- Kč měsíčně, po odečtení činžovního (cca 210,- Kč) se pak rovnal platu podúředníků (Andělová, 1932). Diplomované sestry vykonávaly svou činnost většinou v nemocnicích a léčebnách. V českých nemocnicích bylo více pomocných opatrovnic než kvalifikovaných sester. Opatrovnice často neměly žádné vzdělání, jen disponovaly praktickými zkušenostmi. Některé diplomované sestry i ošetrovatelky poskytovaly své služby v soukromé sféře. Nejčastěji v rámci ČsČK nebo spolků Charitas, Humanitis (Prošek, 1933).

Anzenbacherová (1935) konstatuje, že důležitou roli ve zlepšení postavení sester a ošetrovatelek sehrál SDS. V roce 1926 tento spolek zaslal memorandum s požadavky na zlepšení postavení ošetrovatelského personálu příslušným ministerstvům, poslanecké sněmovně a senátu. Tento dokument požadoval platové zařazení sester na úroveň kategorie úřednické a podúřednické, vznik pracovních míst pro vrchní sestry, stanovení počtu pacientů na jednu sestru v maximálním počtu 6 osob a nahrazení krátkodobých kurzů ošetrovatelství novými školami (Anzenbacherová, 1935). Za důležitou otázku bylo považováno řešení registrace diplomovaných sester a ošetrovatelek, zřízení ošetrovatelského referátu při ministerstvu zdravotnictví v čele s diplomovanou sestrou a také celková novelizace zákona.

¹² Viz také strana č. 42 této práce

V roce 1934 byly tři kategorie sester. V první se jednalo o pomocnice diplomovaných sester, ve druhé pomocné ošetřovatelky a ve třetí byly služební (Hlaváčková, Svobodný, 1990). Diplomované sestry pociťovaly nespravedlnost, neboť jejich vyšší vzdělání nebylo dostatečně oceněno a byly hodnoceny stejně jako ošetřovatelky. Skutečností je, že pouze ve všeobecné nemocnici byly diplomované sestry obsazeny na adekvátní pracovní místa (Kafková, 1992). Tato nemocnice vypracovala také náplně práce pro sestry, staniční a vrchní sestry a rovněž pro služební (Kafková, 1992). Celkově se však platové poměry nelepšily. Zařazení ošetřovatelského personálu v roce 1937 a dalších letech odpovídalo úrovni pomocných pracovníků v kuchyni a prádelnách (Kafková, 1992). K mírným pokrokům postupně docházelo v kategorizaci pracovních funkcí. Jako příklad lze uvést zřízení funkčního místa vedoucí sestry v nemocnici v roce 1940, kterou se stala Jarmila Roušarová (100-1979) v Praze v nemocnici Bulovka (Škochová, 2005).

V poválečném období byl vážný nedostatek lékařského a ošetřovatelského personálu proto mohly ošetřovatelky pracovat v nemocnici ještě před nástupem do školy (Hlaváčková, Svobodný, 1990). Po roce 1945 nebyla obnovena stavovská organizace sester. Byl vyvíjen společný tlak, aby se zaměstnanci začleňovali do Revolučního odborového hnutí (ROH). Sestry tak postupně vstupovaly do Svazu zaměstnanců zdravotnické služby. V roce 1945 ROH sice podpořilo požadavky sester na úpravu platových poměrů, ale jejich nevyváženost stále přetrvávala. Vítková (1947) na sjezdu diplomovaných sester zdůrazňovala, že je důležité o problémech jednat a nepřipustit, aby se o nich jednalo bez sester. Vítková (1947) uváděla, jaké podmínky je potřeba vytvořit, aby byla sestra taková, jakou si ji všichni přejí. Považovala za důležité „*aby žila v dobrých sociálních poměrech. Musí mít možnost koupit si někdy knihu, navštívit divadlo, dopřát si pobyt na venkově o dovolené, slušně se najíst a dobře bydlet*“ (Vítková, 1947, s. 113). Byla toho názoru, že problém nedostatečného ocenění vyplýval do značné míry z převažující orientace sester na zvýšení odborné úrovně ošetřovatelství a nedostatečné kritiky špatných platových poměrů. Kromě toho sestry poměrně často trpěly pocitem, že by takové jednání odporovalo jejich poslání. Nepříznivé období stoupajících cen a nákladů na život vyžadovalo urychlené úpravy platových poměrů a stejné platové třídy bez ohledu na zaměstnavatele, hlavním požadavkem bylo, aby diplomované sestry byly zařazeny do třetí úřednické třídy (Vítková, 1947).

Snaha o zlepšení pracovních a platových podmínek ošetrovatelského personálu však byla znehodnocena v důsledku politických změn vyvolaných komunistickým převratem v roce 1948. Jak uvádí Plevová et al. (2011), většina významných osobností československého ošetrovatelství byla ze svých funkcí odvolána. Zákonná pracovní doba byla sice stanovena v délce osmi hodin, ale nebyla především zpočátku dodržována. V této souvislosti připomínají Pospíšilová a Tóthová (2014), že přesčasové hodiny, služby o víkendech a noční práce nebyly platově zvýhodněny. Činnost profesních organizací nebyla sestřám umožněna, naopak všechny byly sdruženy v ROH (Pospíšilová, Tóthová, 2014). K tomu Plevová et al. (2011) dodává, že tato organizace zastřešovala zájmy pracujících zcela formálně. Období socialismu se projevilo v ošetrovatelství zaostáváním za celosvětovým vývojem. Jak konstatuje Plevová et al. (2011) v práci sester byla příliš akcentována technická stránka v podobě diagnostických výkonů. Oproti tomu nebyly dostatečně doceněny některé teoretické obory, především ošetrovatelská etika, psychologie a sociologie.

V rámci objektivního hodnocení uvedeného období je však potřebné ocenit kvalitní systém vzdělávání sester v Československé socialistické republice (ČSSR). Podařilo se také úspěšně realizovat pomaturitní specializační a univerzitní studium ošetrovatelství (Plevová et al. 2011). V této souvislosti Pospíšilová a Tóthová (2014) zastávají názor, že oproti teorii zaostávala ošetrovatelská praxe, zejména pokud jde o vztah k pacientům, respektování jejich práv a podílu na péči. Také po roce 1989 se politické a společenské změny výrazně promítly do ošetrovatelství. Podle Plevové et al. (2011) byly obnoveny pozitivní tradice.

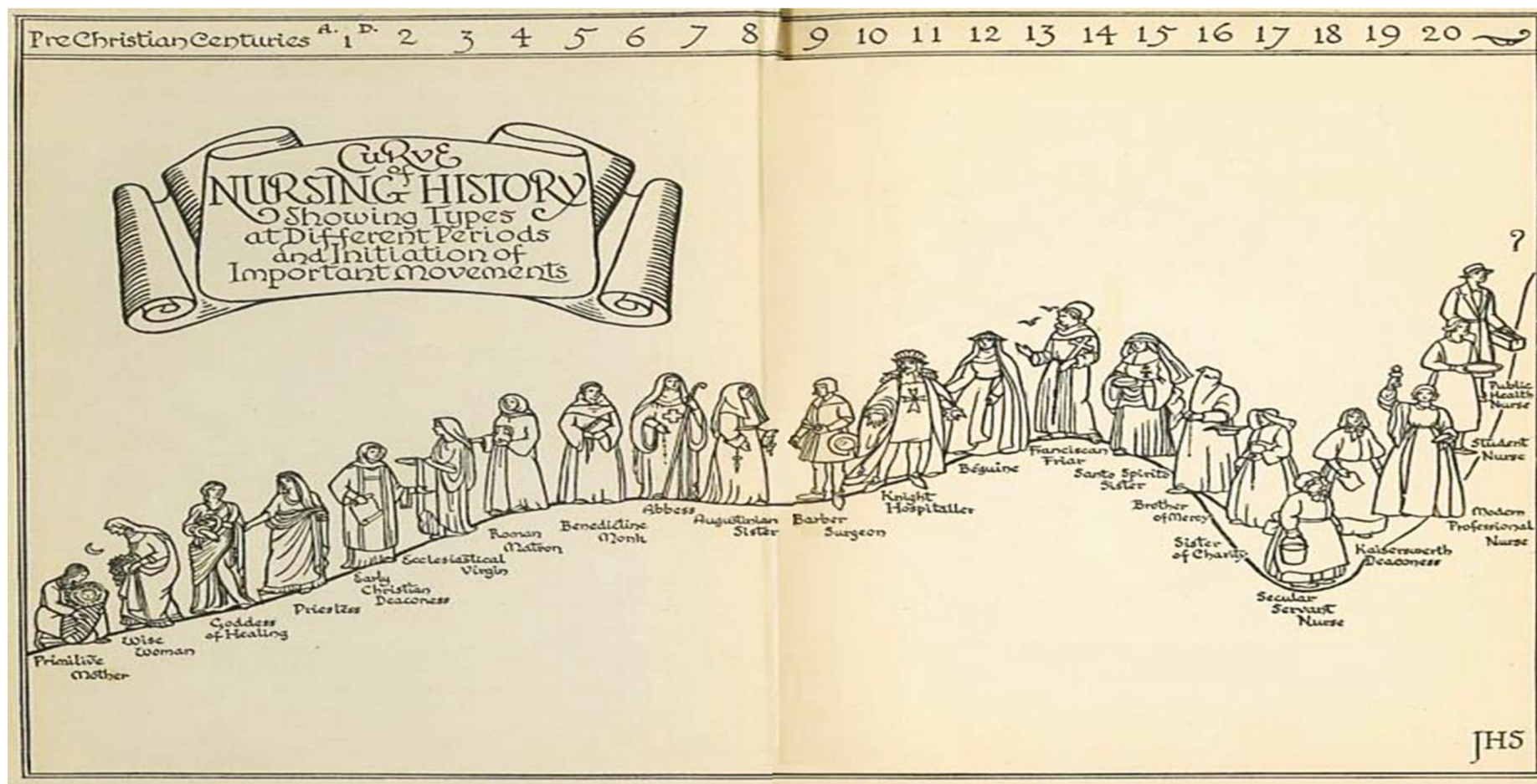
Za pozornost stojí seminář tematicky zaměřený na postavení amerických sester v USA, který proběhl na Ministerstvu zdravotnictví ČR (MZ ČR) v roce 1992. Přednášku vedla Suzanne Talbott. Jednalo se o neformální setkání se sestrami ze všech krajů republiky za účelem navázání výměnných pobytů. V USA se sestry aktivně podílejí na politickém životě. Vzdělávání probíhá formou středoškolského a vysokoškolského studia. Sestry jsou zároveň rovnoprávným partnerem lékaře, ale i ostatních členů týmu. Za zajímavost lze pokládat pravidelné obhajování kompetentnosti v praxi, kde je podmínkou dalšího pokračování praxe přezkoušení z oboru. Předpokladem získání licence je splnění stanovených kritérií, zejména aktivní profesionální činností, přednáškami, účastí na seminářích, publikováním, prováděním výzkumů, mentorováním (Misconiová, 1992).

Zajímavý vývoj postavení sestry popsala výstižně autorka Krausová (2006). V období porevolučním byly sestry podřízeny lékaři a staniční sestře. Sestra plnila přidělené úkoly a vykonávala činnosti také za pomocný personál. Do roku 1996 byla péče poskytována systémem, ve kterém za chod a péči odpovídala staniční sestra. Sestry se mohly vzdělávat z pohledu odborností, avšak jejich činnosti byla stále orientované na výkon lékaře. K dalšímu posunu došlo rozvojem specializací, změnou organizace práce a zavedením skupinové péče. Tyto aspekty přispěly k posílení postavení sestry a jejich odpovědnosti v rámci oddělení (Krausová, 2006). Sestry začaly přebírat některé kompetence staničních sester, na které přecházely vybrané manažerské role. Sestra se tak postupně stala partnerem lékaře a odborníkem v ošetrovatelské péči. Také problematika akreditací vytvářela předpoklady pro zlepšení postavení sestry.

Před vstupem České republiky do Evropské unie byla realizována reforma školství vedoucí ke sjednocení vzdělávání a volnému pohybu v rámci Evropy (Staňková, 2002). V dnešní době mohou české sestry pracovat v zahraničí a získávat univerzitní vzdělání na všech stupních (Plevová, Slowik 2008). Ošetrovatelství se postupně formuje do samostatného vědního oboru, který *„začíná měnit i tvář mnoha jak školských, tak zdravotnických pracovišť“* (WHO, 1997a in Plevová et al., 2011, s. 27).

Závěrem kapitoly o postavení sester v minulosti je vhodné věnovat pozornost časové ose ošetrovatelství, kterou vydaly historičky Dock a Stewart v knize *A Short History Of Nursing* v roce 1920 (viz. obrázek č. 1 na následující straně). Ilustrace výstižně zobrazuje grafickou formou hlavní změny v opatrovnictví a ošetrovatelské péči od starověku až do současnosti. Zachycuje vývoj od podle typů pečujících osob v jednotlivých vývojových etapách. Současně vystihuje nejprve vzestupnou tendenci péče až do období 13. století, následně pak její nepříznivý zvrat v průběhu 14. a 15. století a období úpadku v 16. až 18. století. Dále znázorňuje pozitivní posun péče až po profesionální ošetrovatelství v počátku 21. století. Časová osa je zakončena otazníkem jako symbolem neúplných představ o budoucím vývoji ošetrovatelství.

Obrázek 1 – Časová osa historie ošetrovatelství



Zdroj: (Dock, Stewart, 1920).

Legenda k obrázku č. 1

Primitive mother – původně pečující matky, Wise Women – moudré ženy, Goddess of Healing – bohyně uzdravení, Priestess – kněžky, Early Christian Deaconess – první křesťanské diakonky, Ecclesiastical Virgin – církevní panny, Roman Matron – římské matrony, Benedictine Monk – Benediktínští mniši, Abbess – abatyše, Augustinian Sister – sestry augustiánky, Barber Surgeon – ranhojiči, Knight Hospitaller – středověký nemocniční řád rytířský, Bequines – Bekyně mnišky, Franciscan Friar – františkánský žebavý řád bratrský, Santo Spirito Sister – služebnice ducha svatého, Brother of Mercy – Milosrdní bratři, Sister of Charity – anglikánský řád sester charity, Secular Servant Nurse – sekulární pomocné sestry, Keisserwerth Deaconess – diakonky protestanské, Modern Professional Nurse – moderní sestra, Student Nurse – sestra vzdělaná, Public Health Nurse – všeobecná sestra.

(vlastní překlad, Dock, Stewart, 1920)

2 Současné postavení sestry

2.1 Ošetřovatelství jako profese

Ošetřovatelství je jedno z nejnáročnějších a zároveň nejvšestrannějších povolání ve zdravotnických zařízeních (IOM, 2011). Je náročnou profesí, která evolučně prošla složitými etapami. Historicky je podmíněna celostním rozvojem společnosti, přičemž je formována politickými, ekonomickými a sociálními vlivy konkrétní země (Kutnohorská, 2010). Za prvopočátek ošetřovatelství lze pokládat ošetřovatele muže v budhistických nemocnicích v Indii a porodní asistentky, které se vyskytovaly v různých kulturách (Ellis, Hartley, 2004). Uprichard (1973, in Ellis, Hartley, 2004) uvádí tři znaky, které bránily rozvoji ošetřovatelství jako profese, lidový obraz sestry primitivních dob, náboženský obraz sestry středověkého období a služebnice jako obraz sestry v protestansko-kapitalistické etice od 16. do 19. století. Tyto aspekty mají určitý dopad na postavení sestry i dnes.

Na počátku 19. století práce sestry nebyla sebevědomým zaměstnáním. Kdokoli, kdo se nazval sestrou a pečoval o nemocné, byl jednoduše sestrou (Dingwall, 1988). Jak uvádí Florence Nightingale, ošetřování nemocných mohl vykonávat jen ten „*kdo byl příliš starý, příliš slabý, příliš opilý, příliš špinavý, příliš hloupý nebo špatný na to, aby dělal něco jiného*“¹³ (University of Glasgow in Thomas a Ricardson, 2016). Na ošetřovatelství jako na povolání se začalo nahlížet lépe až ve druhé polovině 19. století. Je zřejmé, že medicína, ošetřovatelská péče a vzdělávání v průběhu 19. a 20. století značně pokročily (Thomas a Richardson, 2016). „*Profesionální ošetřovatelství se rozvíjelo spolu s rozvojem medicíny, se vzděláváním v medicíně a se vznikem nemocnic*“ (Farkašová, 2009, s. 23). Profesionalizaci ošetřovatelství odstartovala Florence Nightingale a s každou další generací sester profesionalizace nabývala na síle (Catalano, 2012). Naproti tomu Hoeve et al. (2014) uvádí, že Florence Nightingale považovala ošetřovatelství za samostatnou profesi, která není podřízená, ale naopak rovnocenná profesi lékaře.

Profesionalizaci se zabývali odborníci na mezinárodním kongresu v Londýně v roce 1899. Hlavními řečníky byly Susan B. Anthony, Anna H. Shaw a sociální reformátorka Lavinia L. Dock, která přednesla projev s názvem Odborná příprava a postavení sester.

¹³ „*Who were too old, too weak, too drunken, too dirty, too stupid or too bad to do anything else*“ (University of Glasgow, 2016 in Thomas, Ricardson, 2016).

Nutno dodat, že předsedkyně výboru Ethel G. Fenwick přímo navrhla, aby se ošetrovatelství stalo uznávanou profesí žen (Stetson, 1899 in HeaRan, 2009). Mezinárodní rada sester¹⁴ (ICN) tak odstartovala profesionalizaci v mezinárodním měřítku. Dle Kellera (2012) se profesionalizací zabývali A. W. Carr-Saunders a P. A. Wilson ve výzkumné práci *The Professions* z roku 1933. Hlavní myšlenkou profesionalizace je postupný růst povolání a naplnění znaků profese, kterými jsou „systémová teorie“, „profesní autorita“, „profesní asociace“, „profesní etika“ (Keller, 2012, s. 186–187)

V minulosti byla odborníky zejména z řad oboru sociologie často hledána odpověď na otázku, zda práce sestry je povoláním či profesí. V této souvislosti je potřebné si uvědomit, že povolání je zaměstnáním a profese má v rámci dělby práce pozici nadřazenosti a priority. Každá profese je zároveň povoláním, ale ne každé povolání splňuje kritéria profese (Fikelman & Kenner, 2016 in McEwen, Wills, 2019). Důležité je zabývat se zvláštnostmi při studiu profese a daných kritérií, podle nichž lze srovnat různá povolání (Greenwood 1975 in Dingwall, 1988). Freidson (1988) označil obor ošetrovatelství za poloprofesi, neboť lékaři „mají velký vliv na ošetrovatelskou praxi“ (in Bártlová, 2005, s. 133). Je důležité si uvědomit kontinuitu vývoje profese od povolání přes poloprofesi až po samotnou profesi. Zajímavý postřeh v této souvislosti uvádí Ayala (2020). Konstatuje že, některé poloprofese, například v ošetrovatelství, knihovnictví apod., vznikly koncem šedesátých let 20. století a postupně aspirovaly na status profese. Tento vývoj poznamenaly některé předsudky vyplývající převážně z mystifikace a stigmatizace genderového vzorce dělby práce. Tímto vývojem od povolání až k profesi prošla většina vědeckých disciplín. Medicína, právo a výuka na vysokých školách si získaly a po staletí si udržují profesní status. V průběhu 19. století byla profesionalizována například architektura a stomatologie. Goode (1969 in Schwirian, 1998) uvádí, že byla dále uznána také řada profesí ve vědeckých a technických inženýrských oborech. V některých dalších disciplínách, jako jsou sociální práce, farmacie a ošetrovatelství, profesionalizace probíhala ve druhé polovině dvacátého století (Schwirian, 1998). Na přelomu tisíciletí se prohloubila také profesionalizace sester. V posledních desetiletích vznikly vzdělávací programy různých úrovní od bakalářských, přes magisterské až po doktorská studia. Přesto obraz sestry v očích veřejnosti dosud

¹⁴ Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses) sesterská organizace s cílem zlepšovat zdravotní péči a kvalitu ošetrovatelské péče a sociálně-pracovní podmínky sester.

neodpovídá úrovni vědeckého a profesního rozvoje ošetrovatelské profese (Hoeve et al., 2014).

V novodobé společnosti se profese stala zásadním rysem sociálního postavení člověka s vazbou na příslušné vzdělání (Keller, 2012). Becker (1970 in Dingwall, 2008) zdůraznil pojem profese a jeho použití podle dvou různých významů. Jedním je lidový význam, který popsal Freidson (1983 in Dingwall, 2008) jako společenské uznání v konkrétní společnosti. Druhým je pak použití pro kategorie povolání určených na základě analýzy určité práce. Koncepce profese se stala ústředním problémem v každé organizaci v oblasti zdraví a nemoci. Profese má řadu definic. Sociologové při jejich tvorbě vycházeli z předpokladu, že je možné určit pevná kritéria pro uznání profese tak, aby mezi nimi byla všeobecná shoda při srovnávání s ostatními profesemi. Počátky toho přístupu identifikuje Becker (1970 s. 87 in Dingwall, 2008) v šesti kritériích profese podle sociologa Abrahama Flexnera z roku 1915 (in Dingwall, 2008). Podle tohoto autora má profese (1) v zásadě intelektuální charakter s vysokou mírou odpovědnosti, (2) je založena na souboru znalostí a vysoce specializovaném vzdělávání, (3) je činností více praktickou než akademickou či teoretickou, (4) je vyučována pomocí specializovaného odborného vzdělávání, (5) vyznačuje se silnou organizací členů, (6) má značnou motivaci altruismu ve prospěch veřejného zájmu (Flexner, 1915 in Schwirian, 1998). Následně Roth (1974) aktualizoval a sestavil odlišné atributy, které se v určitých bodech shodují. Došel k závěru, že nejdůležitější je profesionální duch s nesobeckou oddaností pracovníků, kteří danou činnost vykonávají (Flexner 1915 in Dingwall, 2008).

Profesi definovali také další autoři. Výstižná je interpretace Ayala (2020), který kritéria profese dle Flexnera shrnuje jako odborné znalosti usilující o pochopení a zvládnutí složitých problémů lidské existence, soubor naučených praktických dovedností, odbornou orientaci na sociální cíle, sebeorganizaci a vzdělávání speciálními školeními a licencemi. Ošetrovatelství se stalo organizovaným oborem a přijalo čtyři klíčové charakteristiky profese. Jedná se o vysoce kvalifikovanou práci se souborem odborných znalostí, kontrolní institucí profese a znalostní bází získané na podkladě výzkumné činnosti, registraci profese s tím, že zaměstnavatelé budou využívat jen registrované pracovníky, autonomii v organizaci, vývoji a definování práce, existenci etického kodexu k úpravě mezioborových vztahů (Thomas, Richardson, 2017). Naproti tomu v charakteristice profese dle Fikelmana a Kenner (2016 in McEwen, Wills, 2019) a dalších sociologů jsou uvedeny znaky kterými jsou definice specializované znalostní

základny, kontrola a autorita nad výcvikem a vzděláním, registrace spojená s kompetencemi, altruistická služba společnosti, etický kodex, formální vzdělávání v rámci vysokoškolského studia, dlouhodobá profesní socializace a autonomie s odbornou kontrolní činností. Podle Masters et al. (2014) standardy profese obvykle zahrnují sedm požadavků, tj. (1) existenci definovaného a dobře organizovaného souboru znalostí, (2) rozvoj odborného vzdělávání, (3) odbornou přípravu ve vysokoškolských a vědeckých institucích, (4) autonomii při formulování politiky, (5) vytvoření etického kodexu, (6) výběr zaměstnanců, kteří se profesi budou věnovat celý život, (7) odměňování odborníků poskytnutím autonomie, profesionálního růstu a ekonomické jistoty. Také Keller (2012) uvádí znaky, kterými jsou profese vymezeny. Jedná se o existenci systematické teorie, profesní autoritu s kompetencemi v dané oblasti, profesní asociaci zabývající se především zvyšováním kvalifikace svých členů. Současně definuje pravidla profesního chování, kterými jsou garance stavovské cti příslušníků profese a profesní etika jako normativní zbraň ve vztahu odborník versus klient (Keller, 2012, s.186). Podle Bártlové (2007) není mnoho povolání, která splňují všechna kritéria profese. „*Lze říci, že povolání sestry splňuje všechny podmínky*“ (Bártlová, 2007, s. 255). Dle Bártové (2005) je nejdůležitější aktivitou povolání sestry profesní činnost. „*Povolání sestry je tedy profesí*“ (Bártlová, 2005, s. 134).

Kutnohorská (2010) uvádí, že tradiční pojetí sester je nevyhovující, neboť s rozvojem medicíny a technologií se změnila jejich role (Kutnohorská, 2010, s. 116). Také proto v roce 1988 Jane Salvage zdůraznila potřebu autonomie ošetrovatelství ve vztahu k medicíně. Podle jejího přesvědčení sestry ve snaze o svou autonomii stále narážejí na dominantní profesi lékaře. Na první evropské konferenci ve Vídni v roce 1988 s podporou Světové zdravotnické organizace (WHO) byla představena vize sestry jako nezávislé kvalifikované profesionálky, která spolupracující s ostatními odborníky při poskytování ošetrovatelské péče. Mění se tak její postavení, zvyšuje se její samostatnost a tím i nároky na odbornou úroveň (Salvage, 1993).

Také podle Bártlové et al. (2011) se sestrám nedaří autonomii prosadit. Jejich činnost se dotýká kompetencí lékaře a tím poměrně často vytváří konfliktní situace. Tyto faktory vyplývají z dominance mužů v řídicích strukturách a jsou hluboce zakořeněny v historii Bártlová (2005). V globálním měřítku konce 20. století se jako problém ukazuje „*dokončení procesu emancipace a dosažení plné autonomie oboru ošetrovatelství i profese sestry*“ (Špirudová, 2015, s. 10). Uznáním pozice sestry je vytvoření autonomie,

kteřá je zajištěná státní politikou a konkrétním přístupem organizace a řízení ošetřovatelství. Chování profesionálů závisí na konkrétních rysech spojených s jejich každodenní činností. To potvrzuje také Freidson, když tvrdí, že základním požadavkem k identifikaci profesí je profesionální autonomie (Dingwall, 2008). Pro upevnění profese sestry s odpovídající autonomií je také důležitá aktivita profesních organizací a zapojení sester do jejich činnosti.

2.2 Role sestry

Obecně se problematikou rolí zabývá vědní obor sociální psychologie a sociologie. Eugene a Ruth Hartley vymezili roli z pohledu psychologie jako „*souhrn způsobů chování, které se očekávají od jedince v určité pozici*“ (1952 in Geist 1993, s. 348). Podobně i později specifikovali pojem role další odborníci (Geist, 1993).

S profesí zdravotní sestry úzce souvisí obecně společenské role. Ve společnosti každý jedinec zaujímá určité role, které jsou stálé, například muž, žena nebo role získané (Jarošová, 2000). Obecně jsou role provázané s postavením, tedy se závazky, povinnostmi a očekáváními (Geist, 1993). Z psychologického hlediska, každá role souvisí s určitým očekáváním ve společnosti (Vymětal, 2003). Profesní role je očekávané chování jedince v rámci určité profesní kariéry (Špirudová, 2015). S jednáním v rámci určité role souvisí vhodné a povolené formy chování podle společenských norem (Jandourek, 2012). Profesní role jsou odvozené od sociální role jedince v dané společnosti. Sociální role je souhrnem „*očekávaných jednání vůči jedinci, který zastává určitou sociální pozici*“ (Jandourek, 2012, s. 197).

Role sester prošla historicky složitým vývojem. Obecně je daná stupněm rozvoje společnosti a podmíněna historickým vývojem (Staňková, 2002). Ošetřovatelská péče jako taková je formována politickými, ekonomickými a sociálními potřebami dané země (Kutnohorská, 2010). Bártlová (2005) upozorňuje na dvě faktické časové roviny k pochopení vývoje role sestry, které měly vliv na podobu „*profese civilních sester*“. Jedná se o dohodu „*dvou časově po sobě následujících subkultur: nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální*“ (Bártlová, 2005, s. 128). Primární rolí byla charitativní činnost spojená s náboženstvím (Jarošová, 2000). Od druhé poloviny 19. století ruku v ruce s pokrokem v medicíně a ošetřovatelství „*byl položen základ k novodobé profesi sestry*“ (Jarošová, 2000, s. 34). Od poslušné Bohu oddané sestry bez

světských zájmů, přes sestru služebnici v městských zařízeních až po moderní sestru dnešní doby.

Změny v roli sestry byly nastartované v polovině devatenáctého století a výrazněji se proměnily ve druhé polovině dvacátého století (Ivanová, 2006). V této době došlo k navýšení kompetencí sestry, která se stává samostatnější profesionálkou, zároveň jsou na ni kladeny vyšší nároky na vzdělání, neboť si již „*nevystačí se zručností*“ (Staňková, 2002, s. 11). Jak dále uvádí Ivanová (2006), role sester je úzce spojená s nemocnicemi, neboť ošetrovatelské role mají kořeny v pracovním prostředí. Měnily se z hlediska místa v rámci dělby práce ve zdravotnictví. Dále se rozšiřuje rozsah ošetrovatelské praxe integrací zdravotnických a sociálních služeb, kterou vedou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Role sestry také úzce souvisí s ošetrovatelstvím jako vědní disciplínou (Ivanová, 2006).

Staňková (2002) zařadila mezi základní role sestry roli pečovatelky, edukátorky nemocného a jeho rodiny, ale také obhájce nemocného, dále pak sestru jako koordinátora při plánování a realizaci ošetrovatelské péče a sestru asistentku při plnění ordinací stanovených lékařem. Podle Šamánkové (2006) je základní rolí sestry samostatné vykonávání ošetrovatelství. Ve srovnání s lékařem je sestra „*nositelkou hmatatelné úlevy*“ (Šamánková, 2006, s. 30) zatímco od lékaře se očekává pomoc pacientovi. Profesionální role sestry zahrnuje znalosti a dovednosti, které rozvíjejí poskytovanou péči ve vztahu k nemoci, zdraví, jednotlivci či skupině (Farkašová, 2009), ale také k utváření řídicích a vedoucích rolí, k udržení a posílení postavení sestry ve společnosti. V polovině 20. století byly definovány 4 nejvýznamnější rolové znaky profese sestry. Patří mezi ně profesní kompetence formované vzděláváním, typem oddělení a funkčním postavením sestry v dané organizaci, sociocentrismus jako preferování zájmů pacienta, univerzalizmus vyznačující se stejným chováním ke všem pacientům a emocionální neutralitou, jako rozumovou kontrolou vlastních emocí (Plevová et al., 2011).

V současném ošetrovatelství sestry plní nejčastěji profesní role jako sestry ošetrovatelky poskytující ošetrovatelskou péči a podporující pacienta svým postojem a odbornou činností, sestry komunikátorky formující vztahy mezi sestrami, pacienty a dalšími členy zdravotnického týmu, sestry edukátorky působící na pacienta tak, aby jeho léčba byla maximálně úspěšná, aby pochopil odpovědnost za své zdraví, dále sestry poradkyně pomáhající pacientovi rozpoznat psychické a sociální problémy a poskytující citovou a psychickou podporu, rovněž také jako sestry ochránkyně práv informující

pacienta o jeho lidských a morálních právech, sestry nositelky změn využívající nové poznatky a technologií v ošetrovatelství a v neposlední řadě jako sestry manažerky uplatňující vedoucí roli, sestry mentorky podporující ostatní v získávání teoretických znalostí a dovedností (Plevová et. al., 2011).

V dnešní společnosti realizuje sestra převážně funkci poskytovatelky holistické ošetrovatelské péče v naplňování potřeb jednotlivce, edukátorky k ovlivnění jednotlivce či skupiny v podpoře ke zdraví, obhájkyni pacienta, koordinátorky k získání aktivní spolupráce, asistentky lékaře a sestry výzkumnice (Plevová et al., 2011). Oproti tomu Farkašová et al. (2009) popisuje sestru jako nositelku změn a sestru mentorku. Je v zájmu sester samotných přemýšlet nad současnými rolemi a přemýšlet o řešení problémů. Již v padesátých letech 20. století rozdělila Hildegarda E. Peplau „*role sestry základní a role dílčí*“ (Špirudová, 2015, s 8). Mezi základní role zařadila mimo jiné také například roli technického experta nebo roli tutora či mediátora.

V této souvislosti je důležité se zamyslet nad tím, jak rozvíjet své technicko-odborné znalosti bez ohledu na finanční, společenské či politické postavení. Kdysi se za rozšíření rolí pokládalo například intravenózní podávání léků, které je dnes součástí základních a očekávaných dovedností sestry. Stejně tak se dnes zvyšuje očekávání ošetrovatelských rolí a navýšení kompetencí u sester vysokoškolaček. Je totiž nepochybné, že ošetrovatelství musí reagovat na trendy a technologický rozvoj odpovídající změnou rolí a navazujícího stupně vzdělávání (Farkašová, 2009).

K profesi či povolání sestry se vztahují určité sociální role, které jsou dané předpokládaným společenským statusem (Farkašová, 2009). Termínem sociální role lze definovat konkrétní chování, postoje jedince, které úzce souvisí s jeho postavením v dané společnosti (Špirudová, 2015). Dle Jandourka (2012) je role komplexem očekávaných jednání jedince, který zastává určitou sociální pozici. Za zakladatele teorie role je považován americký filozof a psycholog Georg Herbert Mead, který se zabýval myšlenkou sociální spolupráce pomocí socializace (Jandourek, 2012). Lze říci, že socializace má vliv nejenom na sociální stránku lidské osobnosti, ale také na kooperaci jednotlivců ve skupině. Stejně tak profesní role je předpokládané chování jedince v rámci profese (Špirudová, 2015). Zahrnuje znalosti a dovednosti, které rozvíjejí poskytovanou péči, ale také utváření řídicích a vedoucích rolí. Křížová (2006) řadí profesionální roli mezi role životní, která musí nutně být propojena s dalšími rolemi např. „*s rolí, rodičovskou, partnerskou apod.*“, tak aby i sestra mohla prožít plnohodnotný život jako

každá jiná bytost (Křížová, 2006). Z tohoto pohledu současná společnost do značné míry nedoceňuje samotnou náročnost profese sestry, která může mít nejen pozitivní, ale i negativní dopady na její osobní a rodinný život.

Ve vztahu mezi jednotlivými rolemi může docházet ke konfliktům rolí, a tím k rolovému přetížení, rolovému tlaku, křížení rolí a konfliktu rolí. Přetížení vzniká, když je člověk zaměstnán tolika rolemi, že není schopen přiměřeně dostát všem povinnostem z nich vyplývajících. Rolový tlak je způsoben nadměrným očekáváním, které nositel nemůže realizovat. Přenesením vzorce chování jedné role na jinou roli a tím vzniku nové role se říká křížení role. Ke konfliktu rolí dochází tehdy, když člověk nemůže splnit očekávání, která jsou spojená s rolí, kterou zastává (Jandourek 2001).

Na základě uvedených skutečností lze konstatovat, že k odpovídající úrovni a rozvoji ošetrovatelské péče nepostačuje jen získání potřebných odborných znalostí a dovedností. Stejně důležitá je také identifikace sester s požadavky role, neboť je zřejmé, že povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou vzájemně propojeny (Plevová et al., 2011). Tato problematika je velmi aktuální v současnosti, kdy se zvažuje další navýšení kompetencí sester a zavádění pokročilých rolí sestry ve smyslu přejímání některých kompetencí lékaře (Špirudová, 2015).

Z uvedeného je zřejmé, že pro úspěšný výkon profese je důležité, aby se sestra důkladně seznámila s tím, co obnáší výkon povolání a identifikovala se s požadavky role sestry. Pro sestry je rovněž zásadní zbavit se nežádoucí role oběti povolání, a nejen o problémech mluvit, ale také je řešit. V této souvislosti je nutné si uvědomit, že nastávající změny v ošetrovatelství lze úspěšně zvládnout jen vzájemným propojením vlastní aktivity, komunikace a flexibility.

2.3 Kompetence sester

Historicky se kompetence vztahovaly k rolím sester, zpočátku praktikujících u lůžka nemocného. Tento systém měl zajistit primární funkci ošetrování nemocného. Od druhé poloviny 20. století se péče propojila s teoretickými znalostmi a klinickou praxí (Šakalyte, 2016). Problematika kompetencí ve spojení s profesí sestry začala být aktuální od padesátých let minulého století (Zášková, Kubíčková, 2008). Díky technologickému pokroku v lékařství reagovalo ošetrovatelství na potřeby lékařů a sestry začaly přebírat některé lékařské činnosti. Jak uvádí Mellish (1990 in Staňková, 1997), tyto změny působily ve prospěch medicíny, avšak na úkor rozvoje ošetrovatelství. Sestry si více

uvědomovaly role a postavení ve zdravotnickém systému. Nechtěly být pouze vykonavatelkami ordinací lékařů a doplňkem jejich péče (Staňková, 1997). Ke zvýšení autonomie a kompetencí sestry přispělo zavedení ošetrovatelského procesu (Jarošová, Zeleníková, 2014). V mezinárodním měřítku se jednalo o značný modernizační posun a prosazení vědy do výuky (Gurková, Zeleníková, 2017). Rozvoji ošetrovatelství bylo také přizpůsobeno vzdělávání (Bártlová et al, 2010).

V odborné literatuře se můžeme setkat s anglickým výrazem „competence“ a „competency“. McConnell (2001) definovala „competence“ jako schopnost jednotlivce vykonávat pracovní povinnosti a „competency“ jako zaměření na skutečný výkon v konkrétní situaci. Mustard (2002), formuloval „competence“ jako potenciální schopnost přijmout práci a „competency“ jako skutečnou výkonnost při plnění standardů péče (in Cowan et al., 2005). Několik autorů v následující letech potvrdilo definici Bennera z roku 1982, dle které se jedná o schopnost vykonávat práci se žádoucími výsledky zahrnujícími schopnosti a také výkon v reálném světě. Výkonem je skutečné chování, které autoři Nolan (1998), McConnel (2001) a Mustard (2002) definovali jako kompetenci (in Cowan et al., 2005). Kubeš (2004) uvádí, že termín kompetence má dva základní významy. První jako pravomoc, tedy vymezení působnosti právní normou a také jako oprávnění z pohledu jednotlivce. Druhé jako kvalifikaci k výkonu určité činnosti. První hodnota se týká charakteristiky člověka z vnějšího pohledu a druhá pak klade důraz na jeho vnitřní kvalitu jako výsledek schopnosti v dané chvíli (Kubeš, 2004). „*V obou případech se tento pojem vyjadřuje k tomu, zda je konkrétní člověk kompetentní něco dělat*“ (Plamínek, 2014, s. 98). Bartůněk et al. (2016) pokládá za důležité odlišení kompetencí jako skutečných znalostí a dovedností jednotlivce z pohledu regulované profese¹⁵. Kromě toho zdůrazňuje, že „*Schopnost a pravomoc by měly být v souladu, ačkoliv tomu tak často není a z podstaty věci ani být nemůže*“ (Bartůněk et al., 2016, s. 23).

Definici kompetencí výstižně formuloval Woodruffe (1922 in Kubeš et al., 2004) který vymezil kompetenci z pohledu chování pracovníka směřujícího k předpokládanému splnění úkolu, tedy pracovníka, který má schopnosti, vědomosti a dovednosti, je motivovaný k žádanému chování a má potenciál k takovému jednání (Kubeš, 2004). Za

¹⁵ Regulovanou profesí mohou vykonávat osoby podle striktních kritérií vymezených legislativními normami. Ve zdravotnictví se jedná o výkon profese, který je spojen s potencialem ohrožením zdraví a života lidí (Plevová et al., 2011).

pozornost rovněž stojí hierarchický model, kterým Lucia a Lepsinger (in Kubeš et. al., 2004) vyjadřují strukturu kompetence (viz obrázek č. 2).

Obrázek 2 – Hierarchický model struktury kompetence



Zdroj: Kubeš, 2004, s. 28

Jedná se o názorný popis kompetencí, které jsou tvořeny strukturami ve třech stupních. Hodnoty obsažené v prvním stupni jsou předpokladem pro kvality ve druhém stupni. Společně se pak promítají do stupně nejvyššího, tedy chování.

Kompetence jsou dynamické a tvoří základ každého vzdělávacího programu. Úzce souvisí se změnami praxe a rolí sester (Kühlerová, 2008). Jsou podstatnou součástí kvalitní, etické a bezpečné ošetrovatelské péče. Proto také byly uznány jako základ profesionálních standardů (ICN, 2009, WHO 2013). Rozsah kompetencí defínuje náplň vzdělávacích programů a je základní podmínkou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (Prošková, 2010). Dle Mastiliakové (2007) se profesním kompetencím sester věnuje tzv. Tuning Project EU. Hlavním cílem tohoto projektu je sladění evropského vysokoškolského vzdělávání (Mastiliaková, 2007). Jedná se o zdokonalování vzdělávací struktury v Evropské unii, které bylo zahájeno v roce 2000 jako propojení politických cílů

Boloňského procesu¹⁶ a později jakou součást Lisabonské strategie¹⁷. Jde o proces opětovného vývoje, realizace, vyhodnocování a zvyšování kvality vysokoškolského vzdělávání. Tento projekt byl vyvinut vysokými školami a určený pro jejich potřeby. V tomto programu jsou kompetence základní a specifické. Základní jsou rozděleny do tří skupin, a to na instrumentální, mezilidské a systémové. Mezi instrumentální patří kognitivní, metodické, technologické a jazykové schopnosti. Mezilidské kompetence tvoří schopnosti individuální, ke kterým se řadí rovněž sociální interakce a spolupráce. Systémové kompetence jsou kombinací porozumění a citlivosti na základě zkušeností s nabýváním předchozích instrumentálních a mezilidských schopností. Ke specifickým schopnostem ošetrovatelské péče přináší také schopnosti tematicky řazené do oblastí profesní (1), ošetrovatelské praxe a klinického rozhodování (2), znalostí a kognitivních schopností (3), komunikační a mezilidské kompetence včetně komunikačních technologií (4) a vedení, řízení a týmové kompetence (5). Celkový soubor tvoří více než 40 kompetencí (González, Wagenaar, 2011).

Bueno (in Brunt, 2008) popsala tři oblasti kompetencí, a to technické, mezilidské a dovednosti kritického myšlení. Vedle toho Brunt (2008) uvádí, že kompetence deklarují aspekty praxe, schopnost přenášet znalosti a dovednosti pro úkoly a situace. Jedná se o integraci kognitivních, afektivních a psychomotorických oblastí praxe. Brunt (2008) klasifikuje kompetence do tří úrovní: začátečníka, středně pokročilého a odborníka. Naproti tomu Benner et al. (2010) vytvořila pět úrovní osvojování kompetencí v teorii počínajícího odborníka, které tvoří kontinuum od novice a pokročilého začátečníka přes kompetentního odborníka a zdatného profesionála až po experta v oboru. Jedná se o rámec hodnocení potřeb sester v různých fázích profesního růstu. Jde o to, aby sestry mohly rozvíjet dovednosti a porozuměly péči o pacienta v průběhu času prostřednictvím správného vzdělávacího zázemí (Brunt, 2008). Z modelu vyplývá, že pokročilá praxe je progresivní proces založený na zkušenostech a vědeckém poznání (Petiprin, 2020). Novic v prvním roce klinického vzdělávání má omezené schopnosti předvídat, co se může

¹⁶ Boloňský proces – v roce 1998 byla podepsána Deklarace o zřízení evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání s cílem zvýšit mobilitu studentů a celosvětově zlepšit přitažlivost evropského vysokoškolského vzdělávání (EACEA, 2015).

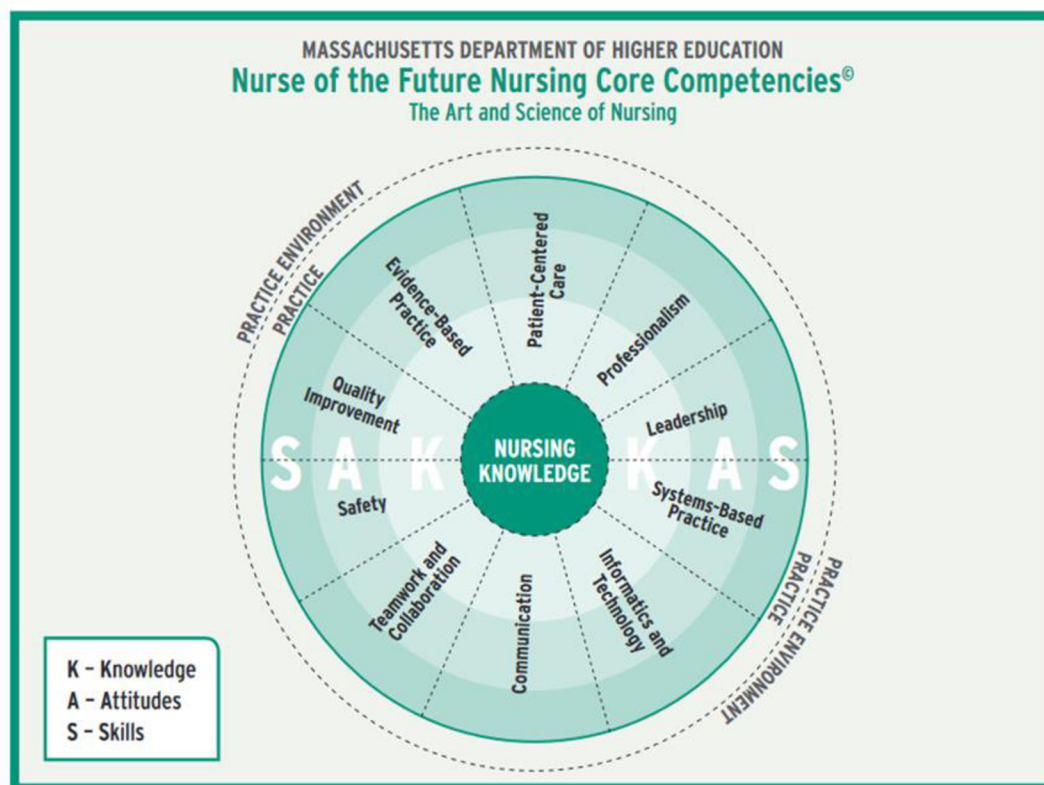
¹⁷ Lisabonská strategie – byla přijata v roce 2000 za účelem vytvoření rámce k posílení investic do lidských zdrojů, vzdělávání a výzkumu s cílem zvýšit konkurenceschopnost a ekonomickou výkonnost EU, posílit udržitelnost růstu a zlepšit pracovní příležitosti pro její členy (The Lisbon Strategy in short, ©2000).

přihodit pacientovi. Pokročilý začátečník má již více zkušeností, které mu umožní predikovat různé situace (Brunt, 2008). Petiprin (2020) současně připomíná, že pokročilý začátečník sice má znalosti a know-how, orientuje se na plnění úkolů, ale nemá dostatek rozsáhlých zkušeností. Kompetentní profesionál dle Brunt (2008) dokáže plánovat a organizovat své dovednosti, rozpozná vzorce a povahu kritických situací rychleji než pokročilý začátečník. Podle Petiprin (2020) však postrádá rychlost a flexibilitu zdatných sester, které vidí situaci celistvě a dokáží rychle reagovat na změny v péči. U experta převažuje praxe založená na intuici (Brunt, 2008). Petiprin (2020) zastává názor, že sestra na úrovni experta nespolehá jen na pravidla, ale prokazuje intuitivní pochopení situace na základě svých hlubokých znalostí a zkušeností. Orientuje se na celkový obraz a je schopná si všimnout zcela jemných nuancí potenciálního problému. Každý krok vychází z předchozího a je rozšířen o poznatky vedoucí k získání klinické zkušenosti (Petiprin, 2020). Taková sestra poskytuje nejvyšší ošetrovatelskou péči, za kterou by měla být adekvátně ohodnocena.

Kompetence tvoří kontinuum a v závislosti na změnách se mění v čase. Pro zdravotníky se mohou rozšiřovat či měnit. Na jejich rozvoj mají vliv zkušenosti, prostředí, osobní charakteristiky, motivace a teoretické znalosti (Khomeiran et al., 2006). Klíčové kompetence odpovídají profesním rolím sestry a umožní potřebnou flexibilitu na trhu práce (Mastiliakové, 2007). Kompetence jako takové nejsou stálé, neboť probíhající změny kladou na jedince permanentně vyšší nároky. Kdysi získané odborné znalosti se stávají zastaralými a je proto nutné osobnost rozvíjet dalším vzděláním (Mastiliaková, 2007). Klíčové kompetence poskytují jedinci možnost vystupovat kompetentně, tedy zaujmout kompetentní postoj k dané situaci. *„Jsou výrazem způsobilosti chovat se přiměřeně, vyrovnaně, tzn. kompetentně v dané situaci“* (Mastiliaková, 2007, s. 49). Ve srovnání s kvalifikací jsou klíčové kompetence trvalé, kvalifikace slouží jako základ pro další vzdělávání, tedy k nabývání kompetencí (Mastiliaková, 2007). Má-li být sestra kompetentní, musí být v jejím chování rovnováha mezi vědou a morálkou, musí znát své hodnoty, rozumět jim a snažit se pochopit hodnoty ostatních (Cherry, Jacob, 2018).

Za zajímavý lze pokládat rámec kompetencí pro budoucí sestry vytvořený odborníky z řad teoretiků a pedagogů ošetrovatelství v Massachusetts v roce 2006, který byl vytvořen jako východisko pro sestavování vzdělávacích plánů a rozvoj pedagogických stáží (viz obrázek č. 3 na následující straně).

Obrázek 3 – Rámec kompetencí budoucí sestry



Zdroj: Massachusetts, Department of Higher Education, 2016

Model graficky zobrazuje základní kompetence sestry a jejich vztah k ošetrovatelským znalostem. Tyto vědomosti jsou znázorněny uprostřed. Svým umístěním vyjadřují skutečnost, že jsou středem a zahrnují v sobě ošetrovatelství jako umění a vědeckou disciplínu. Ze středu vychází deset základních kompetencí, které se řídí osnovami a praxí jako ústředním jádrem. Model zahrnuje péči zaměřenou na pacienta, profesionalitu, vedení, systémovou praxi, informatiku a technologie, komunikaci, týmovou práci a spolupráci, bezpečnost, zvyšování kvality a praxi založenou na důkazech. V modelu není naznačena žádná hierarchie kompetencí, neboť všechny jsou stejně důležité. Kompetence jsou v modelu odděleny přerušovanými čarami, to vystihuje variabilitu vztahů mezi kompetencemi, které se mohou společně překrývat, aniž by se navzájem vylučovaly. Propojení kompetencí se středem pak symbolizuje nepřetržitý vzájemný vztah mezi každou kompetencí a znalostmi ošetrovatelské péče. Vnitřní sféry modelu procházejí všemi kompetencemi, tvoří základní znalosti, postoje a dovednosti (KAS), které jsou pro každou kompetenci specifikovány kognitivní, efektivní a psychomotorickou složkou učení. V průběhu interpretační analýzy modelu lze lépe

pochopit podstatu vztahů základních kompetencí a ošetrovatelských znalostí sestry. Jeho grafické znázornění umožňuje porozumět složitosti této problematiky. Otevírá rovněž obzor pro pochopení definic kompetencí formulovaných různými odborníky. Skýtá také možnost proniknout k podstatě některých, na prvním pohled zdánlivě nelogických, tvrzení. Jako příklad lze uvést text Bartůňka et al. (2016) uvedený ve formě přímé citace na straně 60 této práce¹⁸. Po přečtení uvedené věty se zdá být význam textu jasný. Lze se ztotožnit s požadavkem na soulad schopností a pravomocí i s faktem, že tomu tak často nemusí být. Jak si však vysvětlit tvrzení, že oba jevy nemohou být z podstaty věci v souladu? Odpověď na tuto otázku lze nepřímo nalézt právě v uvedeném modelu. Jak je z grafického zobrazení zřejmé, struktura kompetencí a ošetrovatelských znalostí sestry je poměrně složitá. Jednotlivé fenomény se navzájem prolínají a doplňují. Kromě toho jsou ovlivňovány více či méně proměnnými vztahy v závislosti na úrovni ošetrovatelství. Při uvědomění si popsaných skutečností lze pochopit proč není možné z podstaty věci dosáhnout souladu mezi schopnostmi a pravomocemi. Tento závěr však nesmí bránit cílené snaze o dosažení kýženého souladu.

V České republice jsou kompetence sester konkretizovány řadou právních předpisů. Jedná se o zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Činnosti nelékařského pracovníka jsou dány vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Oblast specializací v ošetrovatelství upravuje závazné nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Zásadní je stanovení kompetencí konkrétní profese na základě oprávnění. V této souvislosti Prošková (2016) však připomíná, že není možné spoléhat jen na legislativu s garancí státu, ale je také důležité promítnout kompetence a činnosti do pracovních náplní. Pro zaměstnavatele slouží pracovní náplně rovněž k zařazení pracovníka do platové třídy (Prošková, 2016). Důležitou roli rovněž sehrávají plány rozvoje pracovníků, neboť kompetence je potřeba v pravidelných intervalech prověřovat a zdokonalovat (Prošková, 2010).

¹⁸ „Schopnost a pravomoc by měly být v souladu, ačkoliv tomu tak často není a z podstaty věci ani být nemůže“ (Bartůňka et al., 2016, s. 23).

V nové Konceptci ošetrovatelství České republiky sestry zdůrazňují nutnost vyjednávání s lékaři o navyšování kompetencí, především „v *indikaci základních vyšetření a jejich interpretaci, předepisování vybraných léčivých přípravků* a léčebné výživy sestrou, *úpravě medikace sestrou, vystavování opakovaných předpisů, které již předepsal lékař*“ (Věstník MZ ČR č. 6/2021, s. 70). Sestry totiž často překračují své kompetence, neboť bývají lékařem pověřovány úkoly, které jim nepatří. Této problematice se věnoval projekt NS/9604-3 Interní grantové agentury MZ ČR (Bártlová et al., 2011), ze kterého vyplynulo, že sestry jsou nejčastěji úkolovány především lékařskou administrativou. Jako příklad lze uvést vypisování žádanek, receptů, žádostí o konzilia, dokumentace pro pojišťovny, ale také předávání informací a zajištění informovaných souhlasů od pacientů (Bártlová et al., 2010). Problematikou naplňování kompetencí ošetrovatelského týmu v lůžkových zařízeních se zabývala také Mikšová et al. (2014). Dotazníkového šetření se účastnily nemocnice řízené státem i soukromá zdravotnická zařízení. Uvedený výzkum také potvrdil, že často dochází k překračování či naopak k nenaplnění kompetencí všech členů ošetrovatelského týmu a napříč všemi sledovanými zařízeními. Za nejzávažnější je možné považovat nedodržování kompetencí všeobecných sester, které vykonávají činnosti za lékaře a na druhou stranu jsou využívány k činnostem, jež spadají do kompetencí méně kvalifikovaných členů týmu. U zdravotnických asistentů¹⁹, ošetrovatelů a sanitářek se pak jedná o alarmující fakta (Mikšová et al., 2014). Za zmínku stojí také výzkumné šetření Hubal, (2019), ve kterém se autorka zabývala srovnáním kompetencí českých a rakouských sester specialistek z oboru intenzivní péče. Dospěla k závěru, že sestry bez specializace v uvedených zemích překračují své kompetence častěji než sestry specialistky. Naproti tomu zjistila, že české sestry specialistky své kompetence mnohdy ani nevyužívají (Hubal, 2019).

Popsané problémy často pramení z nepochopení rolí. Lékaři i v dnešní době často vnímají sestru jako vykonavatelku svých příkazů a nejsou ochotni přijmout jejich kvalifikaci a kompetence (Bártlová, Chloubová, 2009). Stejně tak nejsou často schopni reflektovat skutečnost, že v důsledku modernizace a pokroku se mění postavení sester a lékařů. „*Lékaři ztrácí část svého výsadního postavení a sestry získávají vyšší*

¹⁹ Zdravotnický asistent – maturitní studijní obor, který od školního roku 2004–2005 nahradil obor všeobecná sestra. Ten byl pak od školního roku 2019-2020 vystřídán oborem praktická sestra (Plevová et al., 2018).

vzdělávání, kompetence a zvyšují své postavení v současném systému zdravotní péče“ (Bártlová a Chloubová, 2009, s. 253). Zdravotní péče se totiž výrazně změnila jak v důsledku změn charakteru nemocí, tak z pohledu stárnoucí populace. V souladu s tím se mění zdravotní systémy poskytovatelů zdravotní a ošetrovatelská péče (Fukada, 2018). Úkolem sester je poskytnout komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na rozmanité potřeby pacientů. Bez ohledu na jejich pracovní prostředí se od sester očekává, že budou schopny rozhodovat a provádět odpovídající ošetrovatelskou péči a převzou profesní odpovědnost za nepřetržitou péči, ochranu individuálních životů a podporu v každodenních činnostech pacientů. Proto je důležité, aby sestry zlepšovaly své kompetence a využívaly je ve své každodenní praxi (Fukada, 2018). V této souvislosti ICN vyvinula rámce kompetencí, které se svou univerzalitou vztahují na registrované sestry v praxi a sestry specialistky, které mají větší rozsah znalostí a dovedností ve specializované praxi (Hovenga, Lowe, 2020). Z tohoto důvodu je také v programu Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 jedním z cílů reforma primární péče a nutnost posílení kompetencí všeobecné sestry v rámci postgraduálního vzdělávání formou magisterského či specializačního studia (MZ ČR, 2020). Jde totiž o to udržet krok s celosvětovým trendem ve zvyšování kompetencí sester jako „ordinujících sester“ (Nursing Practitioner) nebo sester registrovaných s rozšířenými kompetencemi (Advanced Practice Nurse) a také realizovat doporučení ICN k využití magisterského vzdělávání sestrami s rozšířenými kompetencemi (ICN, 2009).

2.4 Vzdělávání sester

Stát se sestrou znamená vytvořit si profesní identitu, vědět kým má sestra být a jaké je její poslání. K rozhodnutí stát se sestrou může přispět mnoho okolností, onemocnění v rodině, volba povolání, o které je obecně zájem (Black, 2013). Pro mnohé znamená jistotu zaměstnání, stálý příjem či stabilní kariérní postup (Susskind a Susskind, 2015). Rozhodujícím faktorem pro volbu může být v podstatě cokoli, dokonce případně jen náhoda bez konkrétní příčiny (Black, 2013). Black (2013) za nejpravděpodobnější důvod však považuje touhu sloužit lidem sloužit a pro blaho druhých.

Při studiu na střední škole je postupně vytvářena představa o sestře a její činnosti. Tento názor se v průběhu vzdělávání a kariéry mění, rozvíjí a dozrává. Black (2013) zdůrazňuje, že nejdůležitější je naučit se myslet jako sestra, vidět jako sestra a rozvíjet profesionalitu pomocí vzdělávání a získáváním klinických zkušeností. Získat

profesionální identitu znamená mít znalosti, dovednosti, postoje, chování, hodnoty a etické standardy v rámci ošetrovatelských vzdělávacích programů (Black, 2013). Podle Dyson (2018) jde o to, aby sestry splňovaly současné výzvy ošetrovatelské praxe. Nicméně vzdělávání často nedeží krok s technologickým pokrokem, organizačními a společenskými změnami (Dyson, 2018). Bude namísto přizpůsobit učební osnovy měnícím se podmínkám 21. století. Již nebude stačit romantický obraz sestry, ale naopak sestry vzdělané (Dyson, 2018).

Z pohledu globálního zdraví a zvyšujícího se věku dožití se zvyšuje poptávka po zdravotní péči a její dostupnosti. Žít déle, nemusí znamenat žít zdravě, naopak nárůst civilizačních chorob má gradující tendenci (Dyson, 2018). Je nutné si uvědomit, že sestry se podílejí na péči ve všech oblastech zdravotní péče od primární až po akutní dlouhodobou v domácím prostředí. Na druhé straně však mají často omezené možnosti podílet se na politice v oblasti zdravotní péče (Dyson, 2018). Z důvodu náročnosti ošetrovatelské péče a nerovnosti ve vzdělávání WHO přijala v roce 2009 globální standardy ošetrovatelské péče profesionálních sester, které jsou založeny na víře, že každá země bude mít udržitelný zdroj vyškolených sester (WHO, 2009). Globální problém zvyšování dlouhověkosti s exponenciálním nárůstem dlouhodobé péče se stává globálním fenoménem (Dyson, 2018).

2.4.1 Akademická úroveň vzdělávání

Univerzitní vzdělání bylo v minulosti převážně umožněno mužům, jednalo se v podstatě o boj mezi pohlavími a také o nástroj třídního vyloučení (Kózka, 2017). Historicky nebylo možné pro ženu dosáhnout vyššího vzdělání. Feminizace profese tak vedla k neuspokojivému profesnímu postavení, nedostatku uznání, špatným pracovním podmínkám a nízké mzdě. Špatné sociální a pracovní podmínky byly důkazem, jak jsou ženy ve společnosti ceněny (Kózka, 2017). Počátkem 20. století byla v našich zemích ošetrovatelská péče zaměřená především na hygienu, stravování a vhodné prostředí. Neškolené ošetrovatelky byly pouhými pomocnicemi lékaře a pracovaly za velice nepříznivých pracovních a platových podmínek (Marková, 2012).

Teprve až vzdělání přineslo do ošetrovatelství změny. Vzdělané sestry se staly aktivními reformátorkami, udržovaly kontakty se zahraničím, byly členkami profesních spolků a ošetrovatelská péče dosáhla pokroku (Marková, 2012). Vzdělávání sester se vyvíjelo v rámci socializace osvojováním si určitých vzorců chování přes institucionální

studium ve dvouletých, následně čtyřletých studijních oborech až po akademické vzdělání (Trešlová et al., 2010). Je možné konstatovat, že vzdělávání sester v minulosti probíhalo v rámci studia středoškolského. Čtyřletý studijní obor zdravotnických škol poskytoval sestřím jak všeobecné, tak odborné vzdělání (Staňková, 2002). S rozvojem medicíny a zvýšenými požadavky bylo nutné, aby se sestry více specializovaly. Vzniklo specializační vzdělávání pro sestry v praxi, které bylo zajišťováno od roku 1960 Ústavem pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně jako nejvyšší forma studia v ošetrovatelství. Specializační studium bylo v té době velmi pokrokové (Staňková, 1997). Z výše uvedených faktů je zřejmé, že sestra specialistka má v ČR poměrně dlouhou tradici (Staňková, 2002). V průběhu let se tento ústav přejmenoval, a nakonec se v roce 2003 transformoval na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). V současnosti sehrává jednu z nejdůležitějších rolí v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků (Staňková, 1997).

V šedesátých letech 20. století Rada Evropy ve snaze o sjednocení kvalifikačního vzdělávání sester evropského prostoru vypracovala směrnice pro jednotnou kvalifikaci sester, které byly později přijaty také mezinárodními organizacemi WHO, ICN a Mezinárodní úřadovnou práce (Plevová et al., 2018). Následně byly vydány direktivy Evropské unie společně s rámcovým obsahem studia (Staňková, 2000). Byly také specifikovány materiální a personální požadavky (Farkašová et al., 2009). V České republice došlo k významným změnám společenského, politického a zdravotnického systému po roce 1989, kdy se ošetrovatelství měnilo v rámci transformace zdravotnictví (Farkašová, 2009). V devadesátých letech 20. století měly sestry možnost pregraduálního vzdělávání v bakalářském studiu (Plevová et al., 2018). Po novelizaci vysokoškolského zákona v roce 1998 mohly sestry v souvislosti s naplňováním Boloňské deklarace studovat také magisterské obory na lékařských a zdravotních fakultách (Plevová et al., 2018). Bylo doporučeno, aby sestra 21. století měla vysokoškolské vzdělání s akademickou platností (Plevová et al., 2018). Reformy ošetrovatelského vzdělávání zahrnovaly doporučení ke sjednocení vzdělávání a volného pohybu sester v rámci Evropské unie (Staňková, 2002). Zásadní roli sehrávalo vysokoškolské vzdělání, otevřený evropský prostor, posílení mobility občanů, zaměstnanosti a obecně celkový rozvoj evropské kulturní společnosti (EACEA, 2015). Základem se stal evropský kreditní systém (ECTS) a doplněk diplomu (Diploma Supplement) (Trešlová et al., 2010).

Vzdělávání také zahrnovalo program studia dle směrnice 2013/55/ES s minimálním požadavkem první úroveň kvalifikace Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání (EHEA) (Šakalyte, 2016). Taktéž Světová zdravotnická organizace (WHO) se pokoušela v rámci vývoje globálních standardů pro počáteční vzdělávání sester řešit složitost situace ve zdravotnictví a navýšení zdravotníků na různých úrovních. Toto úsilí však mělo za následek odliv vzdělaných pracovníků ze zemí s nízkým příjmem do zemí s výhodnějšími pracovními podmínkami (Dyson, 2018). V souhrnu lze tedy konstatovat, že vzdělávání sester je regulováno pokyny WHO, evropského práva a zákonů členských států. Navzdory sblížování systémových přístupů však není ošetrovatelské vzdělávání v rámci Evropské unie jednotné. Ošetrovatelství nemá pevný model, který by definoval a vyhodnocoval jeho kvalitu (Šakalyte, 2016). Pro vzdělávání sester popsaný mezinárodní kontext znamenal změnu přístupu ve výuce (Gurková, Zeleníková, 2017). Zlomovým okamžikem v ČR bylo přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (Kutnohorská, 2010), neboť od roku 2004 byla kvalifikační příprava všeobecných sester přesunuta na vyšší odborné zdravotnické a vysoké školy v souladu se směrnicemi Evropské unie (Pochylá, 2005). Během posledních dvaceti let v ošetrovatelství došlo ke zvýšení tlaku na získání autonomie, profesionálního statusu a akademizace formou vyššího stupně vzdělání. Zdravotnické školy se přestěhovaly z nemocnic na univerzity a povolání sestry bylo povýšeno na profesi. V této souvislosti se pozornost soustředila na intelektualizaci praktických činností a vytvoření akademického prostředí (Ayala, 2020).

Abychom si přiblížili kontinuum vzdělávání sester, je potřebné popsat celkový obraz vzdělávání v ošetrovatelství z dnešní perspektivy. Pregraduální forma vzdělávání se uskutečňuje na středních zdravotnických školách v oboru praktická sestra, která po složení maturitní zkoušky vykonává ošetrovatelskou péči pod dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry či lékaře (Plevová et al., 2018). V rámci pregraduální přípravy působí také zdravotnická lycea. Svým širším rozsahem učiva připravují absolventy ke studiu na vysokých školách se zaměřením na medicínu, pedagogiku a zdravotně sociální obory (Plevová et al., 2018). Ve vyšších odborných školách lze získat kvalifikaci diplomované všeobecné sestry (Plevová et al., 2018). Za samostatnou pozornost stojí problematika vzdělávání dětských sester. Původně, od roku 1951, studovaly na středních školách. Od roku 1997 bylo možné obor studovat na vyšších odborných školách zdravotnických nebo na vysokých školách. Od roku 2004 bylo možné se stát dětskou

sestrou v rámci celoživotního studia ve specializačním magisterském studiu nebo v NCO NZO v Brně (Kordulová, 2017). Po roce 2017 bylo vzdělávání dětských sester vráceno do kvalifikační formy studia, podmínkou bylo předchozí studium oboru praktická či všeobecná sestra, záchranář či porodní asistentka (Kordulová, 2018).

Historický začátek magisterského studia oboru ošetrovatelství je datován do roku 1960. Toto studium bylo zaměřeno na zvýšení kvality vyučujících daného oboru. Jednalo se o pětileté dálkové studium na Filosofické a Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze. Obor byl zaměřen zejména na výuku odborných předmětů (Staňková, 1997). Pro úplnost je potřebné uvést, že absolventi měli možnost získat na základě rigorózního řízení titul PhDr. (Staňková, 1997). Profesionální kvalifikační vzdělávání probíhá na vysokých školách nebo na univerzitách. Příprava vyžaduje specializovaný soubor znalostí a technik profese. Kromě znalostí a dovedností zahrnuje také orientaci na formování přesvědčení, hodnot a postojů od členů profese, standardy praxe a etické úvahy. Tyto aspekty umožňují sestřím nespolehat jen na jednoduchá řešení založená na zvyku a intuici, ale jednat logicky, racionálně, na základě nejnovějších poznatků, tedy s využitím vědeckých poznatků a předepsaných způsobů přemýšlení o potřebách pacienta (Black, 2013). Celosvětový růst magisterských studijních programů v ošetrovatelství vede ke zrodu nových rolí v pokročilé praxi, včetně role klinické specialisty, sestry školitelky, výzkumné pracovnice, sestry v primární péči (Egenes, 2017). Je nepochybné, že rozšiřování rolí sester si vyžaduje změny v legislativě. Tím spíše je potřebné, aby se sestry aktivně podílely na přípravě těchto změn (Egenes, 2017).

2.4.2 Získávání specifických znalostí a dovedností

S rozvojem ošetrovatelství jako samostatné vědecké disciplíny se identifikovaly specializované znalosti prostřednictvím výzkumů. Se zvyšujícím se vzděláním sester se rozvíjí filozofie a teorie ošetrovatelství (Catalano, et al, 2012). Vzdělávání zaměřené na celou osobnost člověka a vztahy mezi lidmi v globálním měřítku. Vychází z racionality, ale klade větší důraz na emocionalitu (Cejpek, 2008). Dnes je učení zaměřené na selekci informací a jejich následné zpracování člověkem. Podle Cejпка (2008) je důležité nahradit koncept instrumentálního vzdělávání konceptem osobnostním. Současné instrumentální učení je zaměřeno převážně na konkrétní znalosti, dovednosti a seznamování se s dalšími způsobilostmi daného povolání.

Mezi cíle vysokoškolského vzdělávání patří pomoc studentům najít vyšší smysl života, zvyšovat odolnost a naučit schopnosti překonávat překážky (Bok, 2020). Současné století se stává dobou, ve které si člověk uvědomuje důležitost měkkých dovedností a vysoká škola sehrává důležitou roli při jejich rozvoji (Bok, 2020). Jde především o kritické myšlení, písemnou a slovní komunikaci, ale také týmovou práci, odolnost a kreativitu (Bok, 2020). Tyto kvality sehrají důležitou roli v ošetrovatelství. Také proto je nedílnou součástí vzdělávání sester klinická výuka, která slouží k zavádění teorie do praxe (Gurková, Zeleníková, 2017). Při vzdělávání v nelékařských zdravotnických oborech představuje nenahraditelné místo a je podpořena rozsáhlou hodinovou dotací (Reřovská et al., 2020). Klinickým pracovištěm lze označit prostředí, ve kterém studenti ošetrovatelství aplikují teorii do praxe prováděním skutečné nebo simulované péče o pacienty. Základem je získání zážitkových znalostí a dovedností, formování postojů a rozhodovacích schopností, které jsou nezbytné k získání odborných kompetencí sestry (Flott, Linden, 2016). Nutné je také připomenout, že prostředí má vliv na dosažené výsledky v učení a na spokojenost studentů s volbou studijního oboru (Flott, Linden, 2016). Vzdělavatelé ošetrovatelství musí zajistit, aby studenti měli dostatečný prostor k nácviu dovedností, které jsou nezbytné pro bezpečnou ošetrovatelskou péči. Také proto se na výuce podílejí odborníci z praxe a předávají studentům své cenné zkušenosti (Flott, Linden, 2016). Studenti v průběhu vzdělávání rozvíjí kognitivní, psychomotorické, interpersonální a organizační dovednosti (Reřovská et al., 2020). Získávají znalosti na přednáškách, aplikují teorii v rámci seminářů a cvičení, kde se hodnotí provádění péče o pacienty a kritické myšlení tak, aby byli připraveni pro praxi. Flott a Linden (2016) uvádějí, že negativním faktem často bývá neschopnost kritického myšlení a vůdčí schopnosti. Absence těchto osobnostních předpokladů pak může nepříznivě ovlivnit setrvání v oboru. Změny v nastavení vědy, technologie a praxe ovlivňují vzdělávání i studium studentů (IOM, 2011). Benner et al. (2010) se věnovala analýze silných a slabých stránek ve vzdělávání sester ve vztahu k profesi, identifikovala čtyři významné změny potřebné k transformaci vzdělávání: zaměření na výuku k formování pocitu význačnosti a poznání situační péče o pacienta (1), integraci učebního a klinického vyučování (2), důraz na klinické uvažování a kritické myšlení (3) a pozornost etické problematice v ošetrovatelství (4). V této souvislosti připomíná, že je důležité, aby vzdělávání vyhovovalo měnící se poptávce studentů a ošetrovatelství (Benner et al., 2010).

Dnešní studenti ošetrovatelských programů mají příležitost pro odbornou výuku na klinických pracovištích. Často jsou také na fakultách zřizovány simulační učebny, na kterých je prováděna simulační praktická výuka (Šakalyte, 2016). Ukazuje se, že simulace je strategie aktivního učení, která skutečně přináší zamýšlené výsledky. Efektivně doplňuje učební osnovy ke splnění výsledků na konci programu s cílem připravit studenta pro praxi, ukazuje příslib kvality a aktivní strategii učení. Pomáhá ve znalostech, schopnostech kritického myšlení a vlastní efektivitě ošetrovatelské péče (Moran et al., 2018). Také Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích disponuje simulačním centrem k výuce těmito moderními metodami. Podle proděkanky pro vědu a výzkum, profesorky Valérie Tóthové, jde o „*nejefektivnější a nejbezpečnější způsob výuky*“ (Binterová, 2020, s. 2), neboť se studenti učí náročným dovednostem na figurínách, tedy aniž by došlo k poškození pacienta. Navíc se studenti pohybují v prostředí blízkém realitě nemocnic (Binterová, 2020). Tato výuka je vynikajícím doplněním teoretických znalostí a nácviku dovedností. V praktické učebně studenti nacvičují dovednosti na základě získaných předešlých teoretických znalostí. Při praktické výuce uplatňují základní ošetrovatelské dovednosti, např. měření životních funkcí, zavádění venózních katetrů, provádění ošetrovatelského hodnocení apod. Zjednodušeně řečeno, vše, co se naučili teoreticky, uvádějí do praxe (Shelby, 2019). Simulační učebna posouvá koncept dále, simuluje reálné prostředí s figurínami pacientů (Shelby, 2019). V dnešní době se využívají interaktivní figuríny s realistickými vlastnostmi, hraní rolí apod. (Šakalyte, 2016). Tyto nejmodernější figuríny mohou plakat, smát se, potit se a krváčet. To znamená další pokrok v nácviku interakcí s pacientem (Shelby, 2019). Navíc vyučující mohou využít příležitosti komunikovat skrze figuríny se studentem (Binterová, 2020).

Technologický pokrok a zvyšování povědomí o pacientech a jejich právech vyžadují, aby ošetrovatelská příprava co nejvíce napodobovala životní situace a reálné prostředí. Simulace ve vzdělávání sester se dnes využívají k podpoře vzdělávání zdravotnických pracovníků obecně (Reading, Webster eds., 2014). Poskytuje jim příležitost učit se, procvičovat a zdokonalovat své znalosti, klinické dovednosti a kompetence (Reading, Webster, 2014). Simulace pomáhá sestřím v cestě od začátečníka po experta, tím sestry získají sebevědomí a také znalosti, jak jednat v krizových situacích (Shelby, 2019). Tato výuka snižuje riziko pochybení v praxi budoucích sester (Binterová, 2020).

V nedávné době se v České republice začalo využívat také prostředí virtuální reality (VR). Prostřednictvím počítače a multimediálních periférií se vytvoří simulované prostředí, které je vnímáno uživatelem jako reálné objekty a události. Toto moderní výukové prostředí zábavnou formou usnadní studentům výuku anatomie lidského těla. Pomocí interaktivní dotykové obrazovky, chytrého telefonu, brýlí na virtuální realitu a speciálního zařízení se zobrazí učivo do virtuální učebny, které prostřednictvím aplikace virtuální anatomické učebny (VAU) zprostředkovává části lidského těla a struktury ve 3D zobrazení včetně popisu prostřednictvím edukativního textu. Aplikace uvede studenty prostorově do prostředí lidského těla, student pak vnímá kosti, svaly a ústrojí ve třech dimenzích. Části lidského těla se mohou se překrývat, naklánět, zvětšovat, oddalovat (Macek, 2018).

S multimediálními simulacemi mohou studenti procvičovat a experimentovat bez poškození pacienta, přičemž mohou i riskovat a sami se rozhodovat. Tím získávají jistotu v péči a také získávají dovednosti kritického myšlení, které je jednou ze základních dovedností v ošetrovatelské péči (Simpson, 2002). Rovněž na Jihočeské univerzitě bude od akademického roku 2021/22 otevřen předmět Virtuální realita. Studenti si zdokonalí *„informatické myšlení i sdílené sociální aktivity, zažijí pohlcení interaktivitou virtuálních světů, osvojí si 3D modely a naučí se je i vytvářet například prostřednictvím skenování, naučí se využívat komplexní a dynamické aplikace a mnoho dalšího“* (Vlasák, 2021).

S vývojem distanční výuky se tradiční učebny přenesly do virtuálního světa. Pedagogové využívají kombinované vzdělávací programy, které z velké části nahrazují e-learningové kurzy. Navíc používání moderních technologií při výuce připravuje současné studenty na vysoce kvalitní a špičkové technologie do budoucnosti (Simpson, 2002). Je důležité si uvědomit, že dnešní studenti ošetrovatelství jsou budoucí sestry. S příchodem robotické chirurgie a umělé inteligence budou nadále čelit novým výzvám a ponoření do prostředí špičkových technologií budou lépe připraveni (Simpson, 2002).

2.5 Obraz ošetrovatelství a sestry

Vnímání sester veřejností se v průběhu doby postupně měnilo. Od zobrazení sestry jako anděla, obětavé mučednice, přes ženu nevalné pověsti, čarodějnic až po soucitnou pomocnici druhému. V průběhu historie se veřejné mínění o sestrách posunulo od opovrhovaného povolání až k důvěryhodné profesi (Hunt, 2017). Lze říci, že obrazy sester mají zvláštní rezonanci v různých dobách a jsou ovlivněny dobou a socio-

historickými faktory (Hallam, 2000). Poválečná éra byla ve znamení většího uplatnění sester v nemocnici a ve složitějších rolích souvisejících se vzestupem profese a celého systému péče (Hunt, 2017). Sestry v nemocnicích využily příležitosti k převzetí pokročilých rolí a také nových a inovátorských způsobů péče, které se rovněž promítly do posílení profese (Hunt, 2017).

Vliv na obraz ošetrovatelství a sestry obecně mají veřejnost, média a meziprofesní kolegové. Postavení sester do určité míry zastihuje autorita lékaře. Rovněž nemocniční politika často nepřispívá k aktivitě sester (Finkelman, 2019). V této souvislosti žurnalistka Suzanne Gordon uvádí, že média vykreslují sestru neúplně a spíše odrážejí nesprávný veřejný obraz o její práci (Busesh & Gordon, 2006 in Finkelman, 2019). Mediální stereotypy o sestře jako andělu pečujícím o nemocného nebo naopak o sestře jako vykonavatelce pomocných prací jsou stále častěji zpochybňovány samotnými sestrami. Multimedia totiž často vytvářejí klamný obraz a nesprávným směrem ovlivňují veřejné mínění (Hughes, 1980 in Hallam, 2000). Je nutné si uvědomit, že masmédiá mohou mít nebývalý vliv na veřejnost. Z tohoto důvodu je důležité, aby sestry reagovaly na to, jak jsou veřejnosti prezentovány. V zahraničí je běžné, že týmy z řad profesních organizací se zabývají mimo jiné masmédií a hned reagují na jakýkoliv článek, pořad či knihu (Škrla, Škrlová, 2003). Také podle McAllister (2009) bývá často prezentace sestry zkreslená a veřejnost pak získává nerealistickou představu o tom, co lze od ní očekávat. Rovněž budoucí sestry mohou mít idealizované a zjednodušené představy o této profesi (McAllister, 2008). Při nástupu do praxe však často vidí nešťastné sestry, které mají v důsledku nepřetržitých provozů nelehké životy a rozhodnou se pro jinou kariéru (Dworkin, 2002). Na směny pracují často proto, aby zajistily své rodiny a v důsledku toho mají málo času na své děti (Dworkin, 2002). Studie Bridges (1990) také poukázala na fakt, že média většinou vyobrazí sestru u lůžka pacienta jako asistentku lékaře. Zobrazení sestry v médiích často neodpovídá profesionálnímu obrazu sestry (Bridges, 1990 in Hoeve et al., 2014). Tato skutečnost pak nepříznivě působí na vědomí sester a může vést až ke ztrátě profesionální hrdosti a sebeúcty. Jak veřejnost, tak sestry často toto zobrazení sestry v kultuře přehlížejí, což se může jevit jako přehlížení vážných problémů, které je nutné řešit a vyřešit (McAllister, Brien, 2020).

Lze se však setkat i s pozitivními mediálními výstupy. Jako příklad lze uvést mediální kampaň Johnson & Johnson. Tato společnost, ve snaze odstranit nedostatek sester a vylepšit jejich obraz, zahájila v roce 2002 víceletou kampaň na podporu

ošetřovatelství (Johnson & Johnson, 2013 in Cherry, Jacob, 2018). Rozšířila propagační materiály a videa v několika jazycích do škol a komunitních center. Stejně tak zveřejnila videa se zacílením na mladé lidi, kteří se rozhodují o své kariéře, na YouTube (Cherry, Jacob, 2018). Za zmínku rovněž stojí celosvětová tříletá kampaň Nursing Now realizovaná ve spolupráci WHO a ICN v období let 2018 až 2020. Byla zaměřena na prevenci zdraví a zlepšení postavení ošetřovatelství na celém světě. Věnovala se rovněž zvýraznění postavení sester a rovnosti žen a mužů. Rovněž zahrnovala podporu posílení politického vlivu sester při tvorbě zdravotní politiky a navýšení investic do výzkumu (WHO, 2018).

Z textu je zřejmé, že spolupráce s médii v tradičních i netradičních formách je zásadní pro upoutání pozornosti veřejnosti a utváření názoru. Sestry společně s profesními organizacemi, akademickými pracovníky mohou prosazovat své názory prostřednictvím organizovaného úsilí v kontaktu s médii. Je důležité udržovat vztahy s médii, pravidelně navazovat kontakty s cílem poukázat na problematiku, poskytovat základní informace, být připraven řešit vznikající problémy a předběžně informovat o vývoji v oblasti ošetřovatelství. Vedoucí sestry mají proto odpovědnost naučit se dovednosti potřebné pro práci s médii a k posílení vlivu národních politik (Patton et al., 2018).

Také ošetřovatelství v umění a literatuře z dob raného období je propojeno s obrazem sestry dnešní doby. Nejstarší písemnou zmínkou je vyobrazení dvou porodních asistentek přibližně kolem roku 1900 př. n. l. v Exodu Starého zákona. Od šestého až do devatenáctého století byly sestry zobrazovány jako netrénované služebnice, bojovnice a řeholnice či šlechtičny. Všechny vyjmenované vykonávaly charitativní činy (Kalisch a Kalisch, 1995 in Cherry a Jacob, 2018). V beletrii je rovněž známý obraz neškolené sestry Sary Gamp vyobrazené Charlesem Dickensem nebo hrdinky Florence Nightingale jako Santa Filomeny (1857) v básni Longfellowa o zakladatelce moderního ošetřovatelství (viz příloha č. 4). Z filmové tvorby lze jmenovat například film o Florence Nightingale z roku 1936 *The White Angel*, z pozdější doby pak americký seriál *M.A.S.H.* (Cherry, Jacob, 2018). V ČR jsou populární zejména seriály *Nemocnice na kraji města* a *Ordinaci v růžové zahradě*.

Součástí každé profese je image, jde o vnímání dané profese ostatními a širokou veřejností (Finkelman, 2019). Názory na sestru jsou obvykle založeny na osobní zkušenosti. Často se může jednat o velmi krátké poznání. Kromě toho může být takový

pohled ovlivněn emocemi. Je pravdou, že nejčastěji je sestra viděna jako „neviditelná“. Jak uvádí (Sullivan, 2004 in Finkelman 2019), kompetence sestry, její dovednosti, znalosti a úsudek pouze naznačují obraz sestry, nikoli realitu (Finkelman, 2019). Je zřejmé, že pacienti a veřejnost často nemohou rozumět znalostem sestry a znát její kompetence. Mnoho lidí také neví téměř nic o požadovaném vzdělání sestry a celoživotních povinnostech se nadále vzdělávat a udržovat si tak znalosti na úrovni doby. V nemocnicích často lidé nerozlišují, zda se jedná o sestrou praktickou, všeobecnou či jiný personál. Není pro ně jednoduché rozpoznat jednoho zdravotníka od druhého. Z tohoto důvodu se klade důraz na pracovní oděv, neboť uniforma pomáhá k identifikaci (Finkelman, 2019).

Postavení sestry též souvisí s problematikou sociální prestiže. Společnost si váží profesionálů, jsou důležití pro její fungování a také pro životní úroveň lidí. Podle Curry, Jiobu a Schwirian (1997, in Schwirian 1998) se takovým váženým profesím přiznává respekt, který vyplývá nejenom z významu vykonávané práce, ale také z nadprůměrného odměňování a morálního ocenění. Jak uvádí Curry, Jiobu a Schwirian (1996) mezi nejprestižnější profese patří lékaři, právníci, profesori a počítačová vědci (in Schwirian, 1998). Oproti tomu z tiskové zprávy Centra pro výzkum veřejného mínění za rok 2019 se v ČR po několik let drží sestry na třetím místě za lékaři a vědci (Tuček, 2019).

Položme si však otázku, co je potřebné k vytváření nového obrazu sestry? Pokusme se takové zásadní atributy formulovat. Nejprve musí mít sestry jasno v tom, jaké jsou jejich role a kompetence. Současně musí být kultivované a kolegiální. Také si musí být vědomy, jak je pro ně důležité být členkami profesních organizací, účastnit se různých odborných setkání a využívat těchto příležitostí k získávání nových poznatků. Jak uvádí (Cherry, Jacob, 2018), sestry mají oslavovat svou práci, cenit si pečující role, zároveň však mají být výzkumníky, tvůrci politiky a zákonodárci. V každém případě lze souhlasit s názorem těchto autorů, když tvrdí, že sestra musí být přesvědčena, že obraz sestry 21. století je ten, ke kterému každý den sama přispívá (Cherry, Jacob, 2018).

2.5.1 Profesionální organizace

Sestry se vždy, více či méně, angažovaly v organizacích na podporu cílů profese. Existence profesních organizací je jednou z nejdůležitějších charakteristik profese (Catalano, 2012). Působí na státní i mezinárodní úrovni (Plevová, et al., 2018). Podílejí se velkou měrou na rozvoji profese a pomáhají sestřím v jejich odborném růstu (Věstník

MZ ČR č. 6/2021). Rozvojem ošetrovatelství se zabývají mezinárodní, sesterské a jiné organizace, ošetrovatelské školy a univerzity (Farkašová, 2009). Jejich historický vývoj je spojen s pokrokem ve vzdělávání, vyšším důrazem na výzkum a také s významnými osobnostmi v ošetrovatelství. Cílem profesních organizací je podpora sester. Zastupují širokou škálu zájmů v Evropě a USA (Hunt, 2017). Vůbec první světovou organizací sester je Mezinárodní rada sester (dále ICN), která byla v práci již zmíněna. Tato organizace zastupuje sestry celosvětově, rozvíjí jejich profesi a ovlivňuje zdravotnickou politiku.

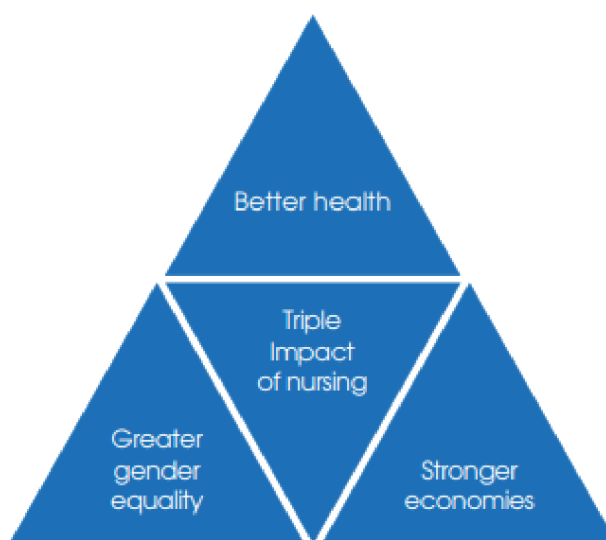
Mnoho povolání má základní silnou organizaci a několik specializovaných menších (Catalano, 2012). V ČR vyvíjí činnost několik sdružení, např. Česká asociace sester (ČAS), Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků (POUZP), Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR) (Věstník MZ ČR č. 6/2021). Sestry vnímají „*potřebu se sdružovat*“ (Staňková, 2002, s. 49). Chtějí, aby byly prosazovány jejich zájmy. Kvalifikované sestry zpravidla cítí potřebu vytvářet organizace, které by je zastupovaly při různých významných jednáních o jejich profesi veřejně prezentovaly (Staňková, 2002). Tak se v jednotlivých zemích postupně vytvořily profesní sesterské organizace, jež prosazují zájmy sester při jednání s vládními i nevládními organizacemi, sledují kvalitu ošetrovatelské péče, podporují výzkum, rozvíjejí teoretickou i praktickou úroveň oboru, ovlivňují úroveň a kvalitu kvalifikační a specializační přípravy sester. Hoeve et al. (2014) sestřím doporučuje zviditelnit se aktivnějším přístupem, např. účastí v zastupitelských orgánech a různých svazech a připomíná, že je důležité přijmout a rozvíjet nové vedoucí role. Sestry potřebují sílu. Je zřejmé že jedna sestra pravděpodobně nemá takovou moc jako organizovaná skupina sester (Catalano, 2012). Organizace potřebují účast a členství všech sester. Velká členská základna umožňuje organizaci prosazovat své zájmy při vytváření svých hodnot a promlouvat jednotným hlasem k politikům, lékařům a veřejnosti (Catalano, 2012).

2.5.2 Globální kampaň Nursing Now

Celosvětová kampaň Nursing Now byla zaměřena na zviditelnění a postavení sester, které tvoří jádro zdravotnické péče a zároveň nejpočetnější část zdravotnického personálu. Parlamentní skupina všech stran The All-Party Parliamentary Group on Global

Health (APPG²⁰), vydala v Londýně v roce 2016 zprávu týkající se globálního zdraví zvanou Triple Impact (Trojí přínos) (Sikorová, 2019). Ve zprávě bylo uvedeno, že je nutné celosvětově zviditelnit ošetrovatelství a umožnit sestřím plně využít jejich potenciál. Sestry musí převzít vedení, ale nemohou dosáhnout cíle bez podpory politiků a vedoucích zdravotnických i nezdravotnických profesí. Je nutná vzájemná spolupráce těchto osobností, které se budou podílet na radikálních změnách ve vnímání sester (AAPG, 2016). V uvedeném dokumentu je konkretizován trojí přínos posílení ošetrovatelství, přínos ve zlepšení zdraví, rovnosti žen a mužů a hospodářském růstu (viz obrázek č. 4).

Obrázek 4 – The Triple Impact of nursing



Zdroj: (APPG, ©2016)

Odezvou na doporučení zprávy Triple Impact bylo vyhlášení globální kampaně Nursing Now a její realizace v letech 2018 až 2020. Do kampaně bylo zapojeno více jak 89 zemí, včetně ČR (Sikorová, 2019). Společně s WHO a ICN si kampaň kladla za hlavní cíl zvýšení postavení ošetrovatelství a role sester a porodních asistentek. Jednalo se o první globální hnutí, které sjednotilo sestry a zdravotníky v prosazení role sester. Během tří let společného úsilí se účastnilo 126 zemí, které se aktivně snažily prosadit

²⁰ APPG, neformální skupina členů obou komor všech stran Parlamentu Spojeného království. Se společným zájmem na řešení konkrétních problémů.

zlepšení postavení sester. Prostřednictvím medií a virtuálních akcí došlo k propojení sester po celém světě. Kampaň se zaměřila na pět klíčových oblastí, na zajištění výraznějšího hlasu sester a porodních asistentek při tvorbě zdravotní politiky (1), podporu větších investic do ošetrovatelské pracovní síly (2), obhajobu sester ve vedoucích pozicích (3), podporu výzkumu zacíleného na odstranění překážek rozvoje ošetrovatelství (4), sdílení příkladů nejlepší ošetrovatelské praxe (5) (Nursing Now, ©2018).

V rámci propagace role a postavení sester v červnu 2019 byla zahájena celosvětová akce Nightingale Challenges. Ta se v roce 2021 zaměřuje na obhajobu prostřednictvím iniciativy Nurses Together. Vyzvala vlády, aby chránily a rozvíjely ošetrovatelství. Jako oslavu roku zdravotní sestry a porodní asistentky se kampaň prostřednictvím Nightingale Challenge zaměřila na posílení další generace zdravotních sester a porodních asistentek ve zdravotnictví. Tuto výzvu přijalo přes 31 tisíc sester a porodních asistentek a přes 800 zaměstnavatelů ve 126 zemích (Nursing Now, ©2021). Tato kampaň dále pokračuje od června 2021 jako Nursing Nightingale Challenges (NNC). Bude spolupracovat se zaměstnavateli po celém světě na vytvoření příležitosti k rozvoji sester v řízení ve 150 zemích (NNC, ©2021).

ČR se připojila k celosvětové kampani Nursing Now v roce 2019. Patronát nad touto kampaní převzalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky společně s ČAS, Spolkem vysokoškolsky vzdělaných sester (SVVS), Asociací vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí (AVVZNP) a Profesní odborovou unií zdravotnických pracovníků (POUZP). V rámci kampaně byly pořádány různé aktivity prostřednictvím profesních organizací, vzdělavatelů a v nemocnic ke zviditelnění sester ve společnosti. Na území republiky se konaly různé konference, přednášky, výstavy, ale také happeningy. Pozoruhodný úspěch měla výstava fotografií Jindřicha Štreita s názvem „Jsem sestra“. Fotografie dokumentovaly reálnou „*každodenní práci sester, tak i momenty, které zachycují emoce*“ (Bartoníčková, 2021, s. 3). „*Fotografie důstojným způsobem představují sesterskou profesi a zrcadlí současné ošetrovatelství*“ (Kimmerová, 2020).

Důležitou úlohu v rozvoji a podpoře ošetrovatelství sehrávají zásadní dokumenty, které byly vydány Ministerstvem zdravotnictví ČR, zejména Koncepce domácí péče zveřejněná ve Věstníku MZ č. 11/2020 (Bartoníčková, 2021), Koncepce ošetrovatelství vydaná ve Věstníku MZ č. 6/2021, dále pak Národní ošetrovatelské postupy jako

doporučení k tvorbě ošetrovatelských standardů ke sjednocení kvalitní a bezpečné péče (Hofštetřová Knotková, 2021).

2.5.3 Vliv pandemie na postavení sestry

Pandemie koronaviru (COVID-19) z roku 2019 je označována jako mezinárodní stav nouze v oblasti veřejného zdraví, který v moderní historii nemá obdoby. Celosvětová pandemie v roce 2020 udeřila v plné síle, ukázala, jak rychle se dokáže šířit v dnešním světě a napáchat ztráty v globálním měřítku (ICN, 2021a). V průběhu roku 2020 byla ošetrovatelská profese postavena před největší výzvy v novodobých dějinách (Prosen, 2021). Jak uvádí Gennaro (2020), ironií pandemie je, že vypukla zrovna v Mezinárodním roce sestry a porodní asistentek (Turale et al., 2020). Sestry, jako největší skupina zdravotnických pracovníků jsou středem boje proti pandemii COVID-19. Ve dne i v noci poskytují pacientům holistickou péči, často v nelidských podmínkách (Prosen, 2021). Je jen logické, že pandemie vede ke zvýšení požadavků na zdravotnické pracovníky, neboť se potýkají s vysokým počtem nakažených, umírajících a nedostatkem personálu (Turale et al., 2020). V této nelehké době zdravotníci a sestry intenzivně pracují na záchraně lidských životů, utěšují nemocné a rodinné příslušníky, vzdělávají sebe a veřejnost v protiepidemických opatřeních (Prosen, 2021). Každá zdravotní sestra, stejně jako každý člověk, však dokáže odolávat stresu na pracovišti jen do určité míry (Prosen, 2021). Podle průzkumů ICN pandemie COVID-19 způsobuje značné pracovní trauma sester a vyvolává nemalá dopady na zdravotnické systémy (ICN, 2021a). Generální ředitel ICN Howard Catton připomíná, že sestry čelí citelným tlakům na duševní zdraví, zneužívání ze strany členů komunit a také z řad popíračů očkování (ICN, 2021a).

V řadě zemí jsou zavedena restriktivní opatření, zákazy vycházení a karantény (Turale et al., 2020). V době pandemie není snadné pro sestry sladit pracovní povinnosti s péčí o děti. Uzavření školek, škol a nouzový stav komplikují rodinný život. Náhradní provozy péče o děti v družinách, distanční výuka ve školách není vždy pomocí. Rozhoduje-li se rodina, kdo bude pečovat o děti v době uzavření škol, často zohledňuje výši příjmu rodičů. Tedy je více pravděpodobné, že právě ženy zůstanou s dětmi doma, neboť zdravotnictví je dlouhodobě feminizovanou oblastí s nízkými příjmy (Pospíšilová, 2021). Všechny výše popsané vlivy mohou odradit budoucí generaci od profese, což ve svém důsledku může ohrozit zdravotní péči. Generální ředitel ICN Howard Catton (ICN, 2021a) varuje, že dlouhodobý dopad „*přispívá k vlně posttraumatické stresové*

poruše, depresi a úzkosti, jejíž rozsah ještě nemůže zcela určit.“ Proto je potřeba, aby vlády chránily ošetrovatelskou profesi. Je důležité zmírnit pandemickou psychologickou zátěž u vyčerpaných odborníků. Pandemie má hluboký vliv na ošetrovatelství, stejně jako na zaměření výzkumů. Je třeba nově formulovat profesní identitu sester, která úzce souvisí s rolemi, odpovědností, etikou a hodnotami ošetrovatelské péče (Turale, 2020). Tato problematika má hluboký dopad na profesní identitu sester, zejména působí na studenty ošetrovatelství (Shun, 2021). Vzhledem k faktu, že pandemie pokračuje druhým rokem, psychická a morální tíseň spojená se stresem sester a zdravotníků jsou vyšší než kdykoli jindy (Amberson, 2021). Kolektivní smutek, deziluze a vyhoření může přetrvávat dlouho. ICN se obává hromadných odchodů sester z profese (ICN, 2021a). Pandemie vyústila v bezprecedentní krizi zdravotní péče s vysokou prevalencí psychické tísně u poskytovatelů zdravotní péče (Azoulay et al., 2020). Je proto nezbytné ve zvýšené míře pečovat o duševní pohodu sester a zdravotníků, například zvyšováním tělesné kondice, posilováním imunity, snižováním psychické zátěže s důrazem na eliminaci rodinných a finančních problémů (Kučerová, 2021). Pandemie je často označována jako válečná frontová linie, ve smyslu spojení a přinášení obětí (Turale et al., 2020). Gennaro (2020) uvádí, že celý svět vidí, jakým způsobem sestry poskytují ošetrovatelskou péči, v takovém rozsahu to nebylo nikdy předtím vidět. Zároveň se domnívá, že až pandemie skončí budou mít sestry lepší „*platformu pro změnu*“ pro obhajobu změny, k dosažení přínosů, včetně většího rozsahu zdrojů a ochranných pomůcek (Gennaro, 2020, s. 597).

2.5.4 Nedostatek sester jako globální problém

ICN si plně uvědomuje, že zdravotnictví nemůže pomoci všem bez dostatečného počtu sester (ICN, 2021b). V různých studiích bylo dokázáno, že v nemocnicích s nižším počtem pacientů na jednu sestru je také nižší úmrtnost, naproti tomu v nemocnicích s nízkým počtem sester bylo zjištěno více nežádoucích událostí (Aiken et al, 2002). Téměř v každé zemi se projevuje nedostatek sester. Ten je úzce spojen s kvalitou pracovních a platových podmínek. Nadměrný stres, pracovní zátěž, prodloužená pracovní doba jsou hlavními faktory pracovní nespokojenosti a současně jsou důvodem opuštění práce (Aiken et al., 2002). Podle Hovenga a Lowe (2020) lze nedostatek sester řešit různými způsoby, například zajištěním dostatečného počtu pomocných sil. Realitou dneška totiž často bývá, že pokud je pomocného personálu nedostatek, jsou sestry vyzvány k plnění jejich činností (Dworkin, 2002). Je potřeba sestry podporovat,

poskytnout jim výhodné pracovní podmínky pro výkon své profese na základě systémových změn (ICN, 2021b). Jak uvádí Dworkin (2002), aby zdravotníci vydrželi vyčerpávající dřinu, potřebují hmatatelnější motivaci, buď intelektuální zájem o obor nebo odpovídající hmotný stimul. Důležité je pozitivní prostředí, aby sestry vnímaly spokojenost na pracovišti (Bártlová, 2010). Obohacující práce zahrnuje dobré vztahy s kolegy a příležitost k pravidelnému pocitu úspěchu, který přispívá k psychologické pohodě. Tu lze popsat jako pozitivní duševní stav, který vyvolává štěstí či spokojenost (Johnson et al., 2018).

Je důležité si uvědomit, že i mimo pandemii sestry v nemocnicích pracují na směny, o nocích, víkendech a svátcích, které jsou fyzicky náročné a psychicky vyčerpávající (Dworkin, 2002). Na směny pracují často proto, aby zajistily své rodiny a v důsledku toho zjistí že mají jen málo času na své děti (Dworkin, 2002). Finanční příjmy umožňují lidem přístup ke zboží a službám, které poskytují vše podstatné i potěšení ze života. Dobrá práce však vytváří navíc pozitivní interakci s jinými lidmi (Johnson et al., 2018). Proto je důležité investovat do ošetrovatelství a rovněž do vzdělávání sester, usilovat o navýšení jejich počtu a zajistit jejich profesní rozvoj, aby se celoživotní vzdělávání stalo normou. Jedině tak může být zajištěna vysoce kvalitní a bezpečná péče. Sestry budoucnosti budou hrát nejdůležitější roli z pohledu globálního zdraví (ICN, 2021b). Podle nové koncepce ošetrovatelství by mělo k posílení postavení sester přispět odpovídající ohodnocení práce, zlepšování pracovních podmínek a podpora zájmu žáků o obor ošetrovatelství. Významnou roli by také mělo sehrát plnohodnotné využívání potenciálu sester například v lůžkové části, podpora sester, které vykonávají edukace pacienta před a po výkonu, rozšiřování kompetencí s ohledem na specializace sester, osvěta pacientů k předcházení nemocí a upevňování zdraví a v neposlední řadě také medializace či dobré PR profesí ošetrovatelského týmu (Věstník MZ ČR č. 6/2021).

3 Postavení sestry v budoucnosti

3.1 Vize budoucnosti

V každé době člověk touží najít podstatu představ o budoucnosti. Znamý fyzik Niels Bohr (in Meskó, 2014) byl toho názoru, že predikce není snadná, zvláště pokud jde o budoucnost. Problematikou zkoumání budoucnosti se zabývá futurologie. Název je odvozený od pojmu futurismus (budoucnost), který vznikl počátkem 20. století jako umělecký směr. Znamenal spojení avantgardy s masovou kulturou jako sloučení umění a techniky (Foster et al., 2015). V akademickém slovníku pod pojmem futurismus je obsaženo vysvětlení, že jde o „*oblast vědeckých výzkumů zabývajících se perspektivami*“ (Kraus, 2006, s. 265). Podle Petráška (2009) se jedná o informační umění člověka zkoumajícího na základě zkušeností neexistující skutečnosti, které však za určitých okolností mohou nastat. Jedná se tedy o jakési předvídaní či představy o budoucnosti. Futurolog se také věnuje třídění představ o budoucnosti na základě obsahu současných či minulých problematických událostí (Petrášek, 2009). Zachycuje současné trendy a technologie, které sehrávají důležitou roli pro budoucnost (Meskó, 2014). Neustále si klade otázky a hledá na ně odpovědi, které se mohou historicky a kulturně různit na základě dominance zkušeností dané kultury (Petrášek, 2009). Futurologové, stejně jako vědečtí pracovníci, používají různé výzkumné metody k zodpovězení otázek, k identifikaci nadcházejících událostí, jako například analýzu historických trendů (Archibald, Barnard, 2018). Hlavním počinem při psaní o budoucnosti se stává představa o vzniku nových věcí, událostí, které budoucnost přinese a také o tom, co budoucnost vezme, co zanikne. „*Předpovědi vytrhávají lidi z předsudků a díky nim lze vést plodné debaty o budoucích možnostech*“ (Watson, 2012, s. 9). Jak uvádí Susskind a Susskind (2015), předvídavost bychom neměli brzdit současností, aby nezatemnila vize o tom, co pravděpodobně přijde. Stejně jako na historii nehledíme optikou dneška, ale hodnotíme ji v kontextu její doby (Maitland in Susskind, Susskind, 2015). Budoucnost je „*souhrn všech okamžiků, které teprve přijdou ..., až nastane, bude svět vypadat jinak než dnes*“ (Thiel, Masters, 2015, s. 18). Podrobně však nikdo neumí předvídat budoucnost, jediná jistota je, že je pokračováním dneška (Thiel, Masters, 2015). Je důležité si uvědomit, že „*Budoucnost se stává skutečností dějin*“ (Cohen, in Profant, 2011, s. 75).

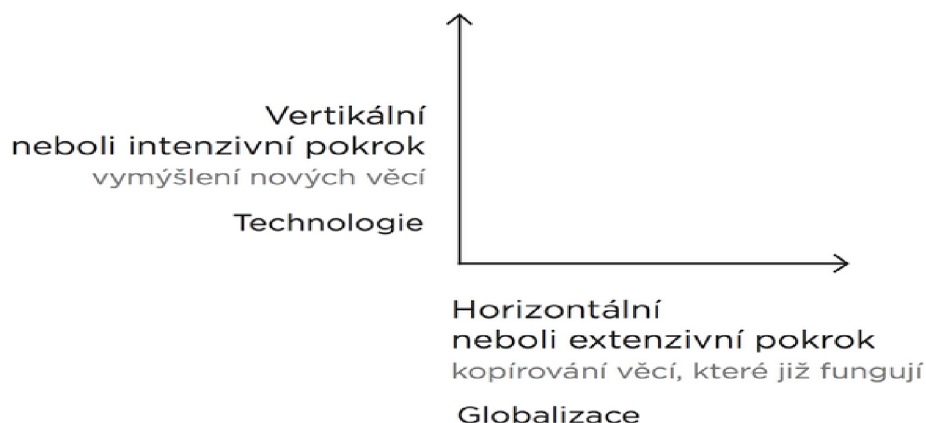
Evoluce lidstva trvá tisíce let a probíhá převážně pozvolným vývojem, který je v porovnání s rychlostí technologického pokroku v současnosti jen obtížně

pozorovatelný. Zvířata, zemědělství, války, filozofie a náboženství neměly na populační a společenský vývoj takový dopad jako rozvoj technologií (Brynjolfsson, McAfee, 2015). Jak uvádí Hovorka (2018), akcelerace technologií je nevídaná až děsivá, neboť elektrifikace trvala 50 let, zavedení rádia 30 let a rozšíření mobilních telefonů jen 13 let. Od stolního počítače přes laptopy až k počítači v mobilním telefonu neuplynulo ani 8 let (Hovorka, 2018). Jedinou jistotou se nepochybně stává změna v podobě překotně probíhající čtvrté průmyslové revoluce (Bartůněk a Ptáček, 2019). První revoluce souvisela s objevem parního stroje, druhá byla založena na elektrifikaci a dělbě práce, třetí spočívala v automatizaci práce a čtvrtá je sloučením biologických a kybernetických systémů do plně digitalizovaného světa (McGowan, Shipley, 2020).

Oblasti biologického světa budou rozšířeny o robotické a kognitivní technologie. V takovém světě bude práce založená na učení a shromažďování zkušeností. Je více než jisté, že kariéra bude závislá na učení a adaptaci na nové technologie (McGowan, Shipley, 2020). Dramatičnost samotné změny se projeví ve zrychlení, které exponenciálně poroste. V důsledku toho minulost již nebude fungovat jako nápodoba pro budoucnost (Kurzweil, Grossman, 2007). Digitální transformace je všudypřítomná a nezvratná, ovlivňuje životy celé populace, a proto je celosvětově kladen důraz na potřebu transformace ve všech oborech lidské činnosti.

Vrátíme-li se do historie pokroku, zjistíme, že první průmyslová revoluce pomohla vyrobit energii potřebnou k překonání fyzické síly, což lze označit za společný znak všech předchozích průmyslových revolucí (Hovorka, 2018). Dnešní doba je nazývána druhým věkem strojů, tedy érou počítačů a digitálních technologií k uspokojení duševní síly, která je pro člověka stejně významná jako ta fyzická (Brynjolfsson, McAfee, 2015). Rozvoj společnosti definoval Morris jako „*schopnost skupiny ovládnout své hmotné a duševní prostředí za účelem dosažení nějakého cíle*“ (Morris, 2010 in Brynjolfsson, McAfee, 2015, s. 13–14), tedy pokroku, který může mít podobu horizontální a vertikální. Horizontální je pokračováním současného stavu, o kterém si lze utvořit představu. Oproti tomu vertikální je těžko představitelný, neboť jevy, jež jsou s ním spojeny dosud nenastaly (Thiel, Masters 2015). Na makro úrovni je možné si horizontální podobu spojit s globalizací a vertikální s technologií. Z toho vyplývá, že globalizace a technologie jsou ve své podstatě formy pokroku (viz obrázek č. 5 na následující straně).

Obrázek 5 – Znázornění pokroku



Zdroj – modifikované schéma (Thiel, Masters 2015, 10–11 s.)

Vývojový proces začal evolucí biologickou a pokračoval evolucí technologickou, zaměřenou na člověka, kterou označil Kurzweil (2006) termínem singularita. Vynálezcem tohoto pojmu je autor sci-fi Vernor Vinge, který v roce 1983 předpověděl, že umělá inteligence brzy překoná tu lidskou, dosáhne určité míry singularity a svět se stane nečitelným (Brynjolfsson, McAfee, 2015). Singularitou je myšleno splnutí technické a lidské inteligence, kdy stroje budou chytřejší než lidské bytosti (Reedy, 2017). Rovněž podle Kurzweila (2006) bude umělá inteligence na vyšší rozumové úrovni než člověk. Počítače dosáhnou úrovně lidské inteligence do roku 2029 a rok 2045 bude rokem singularity (Reedy, 2017). O'Reilly (2018) připomíná, že také odborníci ze světového centra počítačového a technologického průmyslu Silicon Valley věří, že fáze mozků a strojů vyústí v technologickou singularitu. V této souvislosti je potřebné připomenout, že známý teoretik John von Neumann dospěl k obdobným závěrům již v 50. letech dvacátého století. Zastával názor, že pokrok technologií vede ke zrychlení a singularitě, přičemž samotné zrychlení narůstá exponenciálně. Pro srovnání u lineárního zrychlení je rozšíření vyjádřeno pouhým přidáním konstanty (Kurzweil, 2006). Nelze tedy očekávat, že budoucnost bude podobná přítomnosti tak, jak tomu bylo v minulosti, kdy byl pokrok pomalý a bylo možné předvídat co přinese do budoucnosti. Navíc změny vlivem technologického pokroku mohou vzniknout během několika měsíců, zatímco například demografické změny mohou trvat celé roky i desetiletí (Hines, Bishop 2015). Tím spíše pak exponenciální růst technologií a automatizace přispívají k narušení současné

společnosti a dopadají na všechny aspekty života na osobní i globální úrovni (Cook, 2018).

3.2 *Technologie budoucnosti a jejich vliv na společnost*

Slovo robot se poprvé objevilo v divadelní hře R.U.R.²¹ od Karla Čapka. Autor tak nazval automat, který se podobá člověku vzezřením a koná práci jako on (Kraus et al., 2006). Hra byla přeložena do třiceti jazyků a termín robot převzal celý svět (Svoboda, 2020). Za zmínku stojí fakt, že obraz robota popisoval ve čtyřicátých letech 20. století ve svých románech vědec a spisovatel Issac Asimov, který tento stroj pojal jako automat lidského vzhledu, tedy humanoidního robota (Siciliano, 2010). Asimov ve svém díle postupně definoval požadavky na vývoj a používání robotů (Siciliano, 2010). Lidé po celá staletí toužili vytvořit stroj, který by byl schopný je nahradit, což se zčásti naplnilo koncem 20. století s rozvojem automatizace, mikroelektroniky, počítačů, kybernetiky a umělé inteligence (Tůma, 2010). Roboti byli vyvíjeni dlouhé roky v podobě poměrně komplikovaných strojů, většinou jako součásti montážních linek. Podle definice Mezinárodní organizace pro normalizaci (IFR)²² je robot „*automaticky řízený, opětovně programovatelný, víceúčelový manipulátor pro činnost ve třech nebo více osách*“ (IFR, ©2021). V dnešní době je nejvíce rozšířená pevná robotika, která vykonává opakovaně mechanické a fyzické úkoly v rámci průmyslové automatizace. V současnosti již existují též sociální roboti, kteří svým způsobem vnímají, myslí a pohybují se (Rogers, 2018). Je zřejmé, že postupem času bude počet mobilních robotů narůstat a robotická technologie bude více viditelná (Reese, 2018). Důležitou roli bude sehrávat rovněž robotika jako věda zabývající se vývojem strojů, které mohou nahradit člověka při jeho činnosti jak z hlediska fyzické síly, tak z pohledu rozhodování (Siciliano, 2010).

V blízké budoucnosti bude lidstvo více v kontaktu s roboty, kteří budou vykonávat odborné činnosti za nižší cenu, ale s vyšším výkonem. Jak komentuje Franceschetti (2018), robotika poskytuje možnost přesnějšího a důslednějšího plnění úkolů s menší únavou a po delší dobu, než jsou lidé schopni. Přepokládá se například, že k první hromadné výrobě robotů pravděpodobně dojde v souvislosti s péčí o starší lidi. Ti totiž budou brzy představovat třetinu populace a počet budoucích sester a zdrojů nebude stačit. V důsledku toho budou roboti provádět část péče o seniory (Johannessen, 2019). Roboti

²¹ R.U.R., zkratka Rossumovi univerzální roboti (Svoboda, 2020).

²² IFR – International Federation of Robotics.

zcela jistě převezmou mnoho odborných úkolů, které dnes vykonávají lékaři a sestry. V budoucnosti se totiž nemocnice stanou pracovištěm pro inženýry a od lékařů a sester bude vyžadováno inženýrské vzdělání. Naopak současní inženýři budou potřebovat znalost anatomie. Právníci, architekti, učitelé či ekonomové se pomalu a jistě stanou asistenty svých bývalých asistentů, tj. robotů. Všechny profese budou muset do svého vzdělávání včlenit robotické technologie (Johannessen, 2019). Profese, které se nepřizpůsobí novým technologiím během několika let zmizí. Jak připomíná (O'Reilly, 2018), technologie však také vytváří nová povolání. Budoucí technologie budou tvořeny roboty a umělou inteligencí. V průběhu 4. průmyslové revoluce se lidé naučí žít bok po boku s roboty a informačními technologiemi s mnohem větší mega kapacitou než známé dnes (Johannessen, 2019).

Robotika v kombinaci s rychle se zlepšujícími technologiemi jako je umělá inteligence, mobilní zařízení, cloud dat a biometrie přinese příležitosti pro širokou škálu inovací, které mají potenciál změnit odvětví služeb (Wirtz et al., 2018). Termín umělé inteligence (AI)²³ poprvé v roce 1956 použil americký vědec McCarthy na konferenci v Dartmouthské College (Franceschetti, 2018). Spolu s ostatními odborníky se podílel na studii, ve které se snažil odpovědět na otázku, zda stroje mohou dosáhnout lidské inteligence (Meskó, 2014). Studie vycházela z předpokladu, že každý znak inteligence je možné výstižně popsat tak, aby bylo možné tento symbol přesně simulovat (McCarthy in Peccarelli, B., 2017).

Naše civilizace je připravena podstoupit přechod ke stádiu, kdy robotika a umělá inteligence budou v popředí (Franceschetti, 2018). Umělá inteligence je způsobilost stroje napodobovat kognitivní schopnosti, porozumění, řešení problémů a učení. Rozpoznávání obrazu a řeči, hraní her, simulace, analýza dat, finanční modelování a vyhledávání na internetu jsou některé z oblastí, ve kterých se již umělá inteligence etablovala (McLean, 2018). Umělá inteligence umožňuje strojům vyrobeným člověkem důmyslné jednání či poznání, skýtá možnost získávat nové znalosti, analyzovat a řešit problémy a jít dále za hranice toho, co kdy člověk mohl dosáhnout. Umělá inteligence je vytvořena pro vývoj programů, které vykazují inteligentní charakter chování, například načasování semaforů, překlad textu do cizího jazyka, výběr nejlepšího zboží, či počítačové vidění v bankomatu (O'Reilly, 2018). Podle Franceschetti (2018) tak zatím umělá inteligence vykazuje pouze lidské chování, nikoli lidskou inteligenci. Umělá inteligence je už dnes běžnou součástí

²³ AI – Artificial intelligence.

lidského života. Je to obor, ve kterém počítače učí simulovat lidský proces myšlení, učení a vnímání.

Naprogramovat počítač k pochopení lidské řeči je složité. Ještě náročnější je však dosáhnout správné a přesné reakce. To vyžaduje gigantický výpočetní výkon datových center, která jsou součástí digitální infrastruktury (O'Reilly, 2018). Nové hyper-technologie, jako je umělá inteligence, nanotechnologie a biotechnologie slibují pomoc při překonání mnohých problémů spojených s přežitím lidského druhu na několik desetiletí. Tomuto rozvoji technologií bude obtížné odolat (Teixeira, 2015). Člověk bude dostihnout umělou inteligenci, která společně s biotechnologií bude produkovat vědomé umělé bytosti. S největší pravděpodobností dojde ke sblížení robotiky s neurovědou, v jehož důsledku vznikne umělá biologická inteligence (Teixeira, 2015).

Dramatické změny ve společnosti vyvolává spojení internetu, cloudu, mobilních technologií, umělé inteligence a velkých dat (Keen, 2020). Digitální revoluce rozšiřuje lidské obzory a zdokonaluje budoucnost, zároveň ale také prohlubuje ekonomickou a kulturní nerovnost (Keen, 2020). Místo, aby internet lidi sblížoval, zvětšuje rozdíl mezi lidmi chudými a bohatými (Keen, 2020). Digitální svět může totiž spojovat, ale také rozdělovat. Člověk může mít stovky přátel na sociálních sítích, otázkou však je s kolika takovými přáteli je v trvalém kontaktu. „*J sme přítomní celému světu, celý svět je přítomen nám*“ (Sedláček et al., 2016, s. 13), přesto můžeme být osamocení. Technologická akcelerace za poslední století změnila naši společnost i nás samotné. Od současných technologických vymožeností se jen těžko dokážeme oprostit, naopak „*umocňují naše schopnosti, ale také je aktivně utvářejí a udávají jim směr, ať k lepšímu, či k horšímu*“ (Bridle, 2020, s. 13). Technologická nezaměstnanost získává na síle v oblasti ekonomie a sociologických oborů. Jak uvádí Campa (2018), někteří pozorovatelé ji nazývají přeludem zkázy rozvracející globální ekonomiku. Nezaměstnanost je fenomén, jehož studiu se věnuje řada sociologů a ekonomů. Jak poznamenává Elger (2006 in Campa, 2018) sociologové se zaměřují na zkušenosti a ekonomové analyzují důvody. Oxfordský slovník ekonomie označuje za příčiny technologické nezaměstnanosti technologický pokrok. Dovednosti pracovníků se stávají nadbytečnými z důvodu změn ve výrobních metodách, neboť stroje nahrazují jejich práci. Historicky se tento jev vyskytoval napříč generacemi s nástupem strojů do tradiční výroby a zemědělství, při migraci obyvatel z vesnic do měst. Nicméně v předešlých

obdobích se nejednalo o globální problém technologické nezaměstnanosti (Campa, 2018).

Položme si však otázku, jaký bude trh práce v budoucnosti? Predikce pracovních míst není jednoduchá. Ptáme-li se na budoucnost práce, představíme si právníky, lékaře, učitele, zdravotní sestry apod., podíváme-li se na jakoukoli práci, je zřejmé že právníci se věnují právu, lékaři léčí, sestry ošetřují. Zjednodušeně vykonávají širokou škálu činností. Proto je důležité zaměřit se na vykonávání konkrétních úkolů (Susskind, 2021). Charakteristickým znakem mnoha obtížně automatizovatelných povolání, jako jsou sestry a pečovatelky, je značný rozdíl mezi ekonomickou a sociální hodnotou. Tyto práce jsou totiž obecně uznávané jako extrémně důležité, ale přesto jsou špatně ohodnocené (Susskind, 2021). Nicméně Black (2012 in Campa, 2018) tvrdí, že technologický pokrok nemusí nutně vést ke zvýšení celkové nezaměstnanosti. Zavedení počítačů a robotů na trh v současné době totiž neznamená, že stroje zcela nahradí práci lidí, mohou ji jen doplnit. V blízké budoucnosti budou stroje vykonávat jakoukoli lidskou činnost. Proto je nutná a naléhavá reforma společnosti. Sociologové se obávají intelektuálního luddismu jako sociálního hnutí. Několik autorů, například McAfee a Brynjolfsson (2015), uvádí, že jediný způsob, jak se vyhnout epochální katastrofě je transformovat společnost a uvědomit si, že technologie není jen nástrojem politicko-ekonomických systémů, ale také hybnou silou lidských dějin (Campa, 2018). Standing (2014) upozorňuje, že každá vývojová etapa vytváří svůj třídní systém. Podle Savage (2013) vlivem globalizace v 80. letech 20. století vznikl precariát jako nová společenská třída, do které patří lidé s nejistou pracovní budoucností. Standing (2014) upozorňuje, že se jedná o nebezpečnou třídu, kterou tvoří mladí lidé s nižším vzděláním a se klony k násilí, dále mladí s vyšším vzděláním, ale bez zaměstnání a starší lidé, kteří o zaměstnání přišli.

Je proto nezbytné, abychom byli k technologiím více kritičtí a dokázali posoudit jejich funkce a vzájemnou propojenost. Tyto vztahy jsou pomyslně neviditelné, a proto je důležité jim rozumět (Bridle, 2020). V této souvislosti je potřebné prohlubovat technologickou gramotnost a uplatňovat tzv. Borthwickovu kombinovanou strategii nakládání s nástroji, kterými jsou regulace, korektní konkurenční boj, užitečnost inovací, sociální odpovědnost, nezávislá spotřebitelská volba a vzdělávání. Zásadní je rovněž úloha veřejné politiky, práva a morální odpovědnosti (Keen, 2020).

Zatímco někteří vědci jsou přesvědčení, že umělá inteligence nikdy nenahradí lidskou kreativitu a empatii, existuje také početná skupina odborníků, kteří si myslí, že

dovednosti umělé inteligence nemají limity. Nejen Stephen Hawking, Elon Musk, Bill Gates zastávají názor, že lidská inteligence se vyvíjí pozvolna ve srovnání s překotným vývojem umělé inteligence „*a je jen otázkou času, kdy počítač překoná lidský mozek*“ (Kůžel in Sedláček et al., 2016, s. 138). Okolo umělé inteligence vzniká mnoho teorií a filozofických úvah. Může stroj plně nahradit uvažování lidské mysli? Jak vlastně myslíme? Někteří vědci tvrdí, že lidské myšlení je jen souhrn malých procesů, které lze správně neprogramovat. Když se jejich složení povede, mohou vzniknout emoce a vědomí. Jiní naopak tvrdí, že lidské uvažování je jedinečné a neexistuje způsob, jak ho zcela postihnout. Ani nejpovolanejší odborníci si nejsou jistí, zda může umělá inteligence mít pocity. A přesto už dnes existují vědci, kteří zkoumají, zda umělá inteligence může mít vědomí a emoce a vyvíjejí emocionální roboty. Takovým příkladem je humanoidní robot Sophia, který konverzuje s člověkem, projevuje soucit a je schopen navázat citový vztah. Zvláštností je, že tento humanoid obdržel státní občanství Saudské Arábie (Rogers, 2018).

3.3 Vliv technologií na ošetrovatelství

Společnost posledních desetiletích prochází zásadními změnami obecně a překotným technologickým vývojem v oblasti robotiky a umělé inteligence. Tyto aspekty ovlivní také ošetrovatelství a změní způsob, jakým se bude ošetrovatelská péče praktikovat. Vědecký pokrok slibuje nové technologie a nové formy péče o zdraví. Budoucnost ošetrovatelství není lehké predikovat. Jaké poznatky přinese výzkum, jaké technologie budou využívány v ošetrovatelské praxi, co přinese budoucnost sestřám? Důležitou roli v ošetrovatelství bude sehrávat výzkum a ošetrovatelská praxe založená na důkazech (EBN) (Ellis, Hartley, 2012). V současné době je hnací silou ve zdravotnictví snaha o zajištění dostupnosti zdravotních služeb, poskytnutí bezpečné, efektivní a vysoce kvalifikované péče (Hunt et al., 2017). Podle Watson (2012) byla v minulosti cílem léčba nemocných. V budoucnosti se zdravotnictví zaměří na péči preventivní, ve které budou využity výsledky výzkumu a uplatněny nové technologie.

Technologie a ošetrovatelství se stále více sblížují a není zcela jasné, jak se bude ošetrovatelská profese profilovat v budoucnosti (Archibald, Barnard, 2018). Locsin (2016) varuje, že obor zastará, pokud nebude vytvořeno nové a technologicky kompatibilní ošetrovatelství. Archibald a Barnard (2018) uvádějí, že spojování technologie a ošetrovatelské péče přináší zásadní výzvy. Je potřeba předvídat, jak

technologie ovlivní ošetrovatelskou péči a zvolit odpovídající přístup k technologickému pokroku. Locsin (2016) věří, že technologicky zdatné sestry mohou být spolutvůrkyněmi nového prostředí, které bude odpovídat požadavkům budoucnosti. Proces technologického poznání a participativního zapojení poskytne sestřím příležitost zdokonalit svoji činnost. Budoucnost ošetrovatelství bude spojena s robotikou podporující efektivní ošetrovatelskou péči (Archibald, Barnard, 2018).

Robotika je forma technologie, která již v současnosti ovlivňuje ošetrovatelskou péči (Potter et al., 2016). V důsledku nedostatku pracovních sil a rostoucí populace starších lidí je využití robotiky ve zdravotnictví čím dál, tím více aktuálnější (Potter et al., 2016). Většina robotických aplikací se soustřeďuje na stravování, distribuci léků a diagnostiku pacientů (Maleski, 2014). Jako příklad lze uvést využití automatizovaných řízených vozidel v pražské Fakultní nemocnici v Motole k přepravě zdravotnického materiálu, léků, prádlo a jídla. Nahradí tak práci cca 60 lidí (Langer, 2017).

Vzhledem k tomu, že do roku 2050 se podíl světové populace ve věku nad 60 let zdvojnásobí, bude většina zemí čelit nedostatku pečujících o seniory. Je proto potřebné využít roboty v domovech pro seniory, nemocnicích a klinikách. Roboti budou schopni plnit konkrétní úkoly, například dopravit biologické vzorky do laboratoře či vyzvednout léky z lékárny, ale také přemístit pacienty (Cone, Lambert, 2019). Sestřím a pečujícímu personálu zůstane více času na vlastní péči. Emoční inteligence bude sehrávat jednu z nejdůležitějších rolí. Již nyní zdravotnické systémy napříč celým světem trpí nedostatkem personálu, sestry jsou pak nuceny vykonávat i méně kvalifikovanou práci na úkor času věnovaného pacientovi. V této souvislosti lze předpokládat, že roboti převezmou některé pomocné úkony sester (Cone, Lambert, 2019). Není náhoda, že nebývalý pokrok v ošetrovatelské robotice vykazuje Japonsko. Je totiž logické, že právě země s vyspělou ekonomikou a nejstarší populací na světě investuje do automatizace (Susskind, 2021). Již dnes jsou zde vyvíjeni roboti Paro, Robear či Humanoid, Palro (Susskind, 2021). Robotická péče o seniory bude v budoucnosti značnou pomocí. Roboti budou vykonávat řadu úkonů a umožní sestřím věnovat se více interakci s pacienty a osobní péči, kterou robot nezvládne. Mezi hlavní úkoly robotů bude patřit přeprava pacienta z lůžka na invalidní vozík, krmení ochrnutých pacientů a přenášení pacientů s omezenou hybností. Automatizovaní roboti My Spoon, RoPha budou podávat léky. Další roboti s humanoidním vzhledem, např. všestranný Romeo, budou pomáhat pacientům s poškozenými kognitivními a fyzickými funkcemi. Roboti budou

programovatelní na různé funkce a režimy, které umožní probuzení pacienta, nabídnutí tématu ke konverzaci, poskytnutí jídla, pití či léků v předepsaných intervalech. Smith (2021) věří, že za 10 až 15 let se roboti stanou užitečnými pracovníky v asistenční péči.

Vývoj robotické sestry ovlivňuje úroveň sociálního přijetí. V Japonsku je robotika akceptována společností lépe, neboť uplatnění robotů je běžným jevem. Ve společnosti americké či evropské se projevuje určité zpoždění, které lze přičíst jak nerealizovaným technickým výzvám, tak omezenému sociálnímu přijetí. Simou et al. (2015) konstatují, že lidé potřebují být školeni pro kultivaci vztahů s nelidskými bytostmi, tj. roboty. Případ Japonska, v němž jsou lidé často v přímém kontaktu s roboty dokazuje, že rychlost a vstřícnost při využití robotů populací je odvislá od jejich rozšíření ve společnosti.

Je více než pravděpodobné, že plně funkční zdravotní sestra poháněná umělou inteligencí bude vyvinuta až za několik desítek let (Greene, 2021). Robotické sestry musí být dokonale přizpůsobeny k provádění úkolů. Dosud není na světě žádný stroj, který by mohl vykonávat každodenní rutinní funkce nemocniční sestry, který uklidní vyděšeného pacienta nebo si poradí s nehybným pacientem při pádu z lůžka (Greene, 2021). Odborníci však předpovídají, že technologie nakonec nahradí 80 % rutinních činností, jako je například kontrola výsledků, diagnostika, preskripce léků. Tyto úkony budou efektivně provádět inteligentní stroje pomocí centralizace dat (Oppenheimer, 2019). V rozhodovacích a senzorních schopnostech sběru dat k anamnéze a stanovení příznaků včetně nálad pacientů je umělá inteligence mnohem přesnější než lékaři (Oppenheimer, 2019). Potenciál umělé inteligence pro shromažďování informací, sdílení odborných znalostí a analýza obrovských datových souborů je nevyčerpatelný (Meskó, 2014). Umělá inteligence pomáhá lékařským týmům podporovat pacienty a úspěšně je léčit. Dokáže analyzovat neviditelná data, umí vyhodnotit literaturu a aktualizovat současné lékařské znalosti, stejně jako péči a léčbu. Inteligentní algoritmy analyzují obrovské soubory vhodné pro prevenci (Meskó, 2014). Budoucnost ošetřovatelství bude ovlivněna víc než kdy jindy technologickým rozvojem a tím, jak se technologie budou využívat v praxi, výzkumu, výuce a administrativě. Dominance počítačů zvýší četnost a dostupnost informací o zdraví a zdravotní péči (Meleis 2012).

Ošetřovatelství musí být v první linii při rozhodování o používání robotů a umělé inteligence. Sestry musí hrát zásadní roli při hodnocení a zavádění pokrokových technologií tak, aby vedly ke zvýšení efektivity a bezpečnosti péče a byly přínosem pro pacienta. Profese musí být proaktivní v utváření budoucnosti (Maben, Griffiths, 2008).

Ošetrovatelská péče bude vždy zaměřena na pacienta a nikoli na technologie a přístroje (Potter et al., 2016).

Technologie v péči o druhé hrají důležitou úlohu v otázkách jistoty či nejistoty budoucího zaměření ošetrovatelské péče. Má-li ošetrovatelství sloužit lidstvu odpovídajícím způsobem, pak se očekává, že věda bude považována za hlavní veličinu při prosazování, podpoře a legitimizaci současné a budoucí ošetrovatelské praxe (Peck, 1992). Technologie ovlivňují organizaci a mění způsoby péče založené na důkazech. Usnadňují práci zdravotníkům, ale nenahrazují jejich úsudek, nestačí obsluhovat infuzní pumpu a nastavit parametry. Technologie bezesporu nemohou mít kritický pohled a klinický úsudek sestry (Potter et al., 2016). Je zřejmé, že technologie je propojena s většinou procesů ve zdravotní péči a působí na jednotlivce, populace a organizace (Masters et al, 2018). Usnadní práci pomocí výkonných nástrojů, dat a řešení, ale pacienti budou nadále potřebovat emoční pozornost (Meskó, 2014). Lidská reakce a emoce nebudou v nejbližší době nahrazeny technologií a neměnná potřeba pečovatelské funkce sester tak zajistí jejich budoucnost (Peck, 1992).

V roce 2010 v USA Nadace Robert Wood Johnson a lékařský ústav doporučoval transformaci ošetrovatelství v oblasti praxe a vyššího vzdělání s důrazem na vylepšení vzdělávacího systému s podporou plného akademického postupu, aby sestra mohla být plnohodnotným partnerem lékaře (Hunt et al., 2017). Podle Susskind a Susskind (2015) nebudou pacienti vídat lékaře, ale sestry, které budou pracovat s diagnostickými a plánovacími nástroji. Sestry tak budou moci dostát svému poslání jako obhájkyň, expertky a strážkyň kvality (Maben, Griffiths, 2008).

Je nepochybné, že technologický pokrok vyvolává obavy z dopadů, které umělá inteligence může mít. Proto je také nutné přemýšlet a diskutovat o etice spojené s nekontrolovatelným rozvojem technologií tak, aby vedly ke spravedlivější společnosti (Vowinkel, 2014). Sociolog Giddens (2003) uvádí, že humanizace techniky bude nutně spojena s prosazováním morálních otázek ve vztahu mezi člověkem a technikou. Moderní doba totiž staví mezi lékaře a pacienty počítačovou hráz, která na jedné straně pomáhá a na straně druhé odlidšťuje péči (Kubek in Bartůněk, Ptáček, 2018).

Koncem dvacátého století Peck (1992) tvrdil, že zatímco pokrokové technologie převezmou prediktivní a normativní praxi zdravotní péče, budoucnost ošetrovatelství bude spočívat v nenahraditelném lidském doteku, konkrétně na něžné láskyplné péči. Počítače se staly součástí zdravotní péče, zaznamenávají fyziologické funkce, využívají

se i v diagnostice, při chirurgických výkonech ve virtuálním prostoru jako robotické operace. Počítače umí vše, jen nezvládnou citlivě komunikovat. Lidské emoce a terapeutická komunikace v blízké budoucnosti budou těžko nahraditelné technologiemi, stejně jako neměnná potřeba pečovatelské funkce sester (Peck, 1992).

3.4 *Transhumanismus*

Transhumanismus je poměrně mladé hnutí. Vychází z předpokladu, že technologie natolik prostupují lidským životem, že se začínají s člověkem propojovat i na biologické úrovni. Takové spojení umožňuje odstranění nedostatků lidského těla a jeho vylepšení. První úvahy na toto téma uvedl futurolog Stanislaw Lem v knize *Summa technologiae* (Picker, 2014). Jeho vizionářské představy se týkaly přetvoření člověka. Uvažoval o „*biologické autoevoluci, protetice orgánů a funkcí či kyborgizaci lidského organismu*“ (Žáčková, 2015, s. 25). Pojem transhumanismus poprvé zveřejnil biolog Julian Huxley v roce 1957. Uvědomoval si předpokládanou evoluci a zároveň odpovědnost za využití její síly ve prospěch lidstva (Žáčková, 2015). Huxley (1968) byl toho názoru, že výsledkem evoluce je vesmír, který historicky znamená pro člověka potenciální realizaci stále nových možností. Vědecké výzkumy a možnosti vědy dávají člověku racionální naději, že se jeho ideály plné fyzické síly a zdraví stanou skutečností. Současnost ukazuje, do jaké míry jsou tyto ideály realizovatelné (Huxley, 1968). Podle Vowinkela (2018) Huxley pracoval s evolučním humanismem a prohlásil, že člověk není v žádném případě vrcholem stvoření, ale spíše vznikl náhodně a přirozeným vývojem. Tím také člověk přispěl k transhumanismu, neboť i přes uskutečnění nových možností, vždy zůstává sám sebou (Vowinkel, 2018).

Pojem transhumanismus definoval jeden z jeho zakladatelů Nick Bostrom jako „*způsob přemýšlení o budoucnosti, vycházející z předpokladu, že lidský druh ve své současné podobě nereprezentuje konečný stav svého vývoje, ale spíše jeho ranou fázi*“ (Žáčková, 2015, s. 19). Jinými slovy vytváří „posthumany“, kteří budou žít déle, budou chytřejší, silnější a více milující. Jejich snahou bude dosažení vytyčených cílů pomocí technologických inovací, jako jsou počítačové technologie, umělá inteligence, molekulární nanotechnologie (Doyle, 2018). Nick Bostrom a David Pearce založili v roce 1998 Světovou asociaci transhumanistů²⁴ jako mezinárodní nevládní organizaci, která se

²⁴ Od roku 2008 přejmenována na „Humanity +“ v rámci snahy o přiblížení se lidské populaci „*obhajuje etické využívání technologií*“ (Humanity Plus, 2021).

zabývá využitím nových technologií k vylepšení člověka. Tato asociace spolupracuje se sociálními institucemi na podpoře a rozvoji technologií proti snahám, které by mohly brzdit technologický pokrok. Mezi tyto síly řadí náboženství, tradiční představy o manželství a výchově dětí a západní perspektivy svobody, které mohou ovlivnit dráhu technologického rozvoje, jeho zpomalení až zastavení (Hays, ©2021).

Primárními oponenty transhumanismu jsou hnutí s názvem biokonzervatismus a neoluddismus (Žáčková, 2015). V obou případech se jedná o odpůrce technologického pokroku. Biokonzervatismus odmítá biotechnologické prostředky pro vylepšování člověka s obavami, že změny mohou vést k opačným výsledkům a nevratným poškozením (Browne, Clarke, 2019). K dalším myšlenkovým odpůrcům technologického rozvoje patří neoluddismus (Žáčková, 2015). Pojmenování tohoto hnutí je odvozeno od tzv. luddismu, sociálního hnutí anglických dělníků, kteří ničili stroje v domnění, že je připravují o práci. Neoluddismus se staví na odpor proti novým technologiím z přesvědčení o jejich škodlivosti pro lidstvo. Položme si však otázku, zda si dokážeme představit jednotlivce, který bude v dnešní době existovat bez osobního počítače a mobilního telefonu? Otázkou také zůstává, co by se stalo s naší civilizací, kdyby všechny počítače a telefony přestaly naráz fungovat? Moderní civilizace by se pravděpodobně zhroutila. Dokážeme sice vypnout jednotlivé stroje, ale již jsme dávno za hranicí, kdy můžeme vypnout technologie jako celek (Simon, 2018).

Na akademické půdě se transhumanismus rozvíjí až v dnešní době (Žáčková, 2015). Pozornost je věnována především filozofii, neurovědám, biotechnologiím a bioetice, genetickému inženýrství, kybernetice, nanovědě, futurologii a vesmírnému výzkumu (Žáčková, 2015). Zabývá se tedy současnými technologiemi, genetickým inženýrstvím, ale také technologiemi budoucnosti jako jsou molekulární nanotechnologie a umělá inteligence (Bostrom, 2005). Zásadními obory se stávají vědecký výzkum a vzdělávání, neboť jak uvádí Huxley (1968), největší spokojenost přichází z hloubky a celistvosti vnitřního života.

Transhumanisté vnímají převyšování umělé inteligence nad člověkem jako možnost sbližování lidského a strojového vědomí (Hays, ©2021). Toto spojení předznamená zvýšení lidského vědomí, fyzické síly, emocionální pohody a celkového zdraví a výrazně prodlouží délku lidského života (Hays, ©2021). Průkopníkem transhumanismu je světově známý futurolog a myslitel Ray Kurzweil. Zastává názor, že rozvoji tohoto hnutí lze zabránit jen v totalitních režimech. Domnívá se, že rychlost technologií se „každých deset

let zdvojnásobuje“ (Kurzweil, Grossman, 2007, s. 3). Je přesvědčen, že 21. století bude érou biotechnologií, nastane nebývalý pokrok v léčení nemocí a dojde k prodloužení života.

Podle Žáčkové (2015) transhumanismus navazuje na humanismus a jeho racionalitu, vzdělání a rozvoj civilizace prostřednictvím vědy a technologií. Humanismus jako jeden ze základních principů ošetrovatelství, který akcentuje lidský potenciál, osobnost člověka s právem na svobodu. Transhumanismus jako sociální a filozofické hnutí podporuje výzkum a vývoj technologií pro zvýšení smyslových, emotivních a kognitivních schopností člověka, které povedou ke zlepšení zdraví a prodloužení délky života, a to integrováním biologických a fyzikálních technologií přímo do lidského těla (Hays, ©2021). Technologie tak přispěje ke zlepšení organizace ošetrovatelské péče a léčebných plánů, poskytne přehledné, včasné a pravdivé informace, na jejichž základě lékaři a sestry zvolí správná rozhodnutí.

Transhumanismus do jisté míry zpochybňuje tradiční normy společnosti, života a smrti, neboť prodlužuje životy, zpomaluje stárnutí a smrt se stane volitelnou nikoli nutnou (Lee, 2020). Humánní vědy sehrávají důležitou roli při utváření světónázoru transhumanismu (Lee, 2020). Tento autor je přesvědčen, že každý člověk někdy užil vitamíny, antibiotika či se nechal naočkovat, tedy každý použil vědu a technologie k vylepšení či posílení zdraví. Většina lidí je v různé míře transhumanisticky zaměřena. Kardiostimulátory, protézy, stenty, optogenetika apod., to vše je důkazem využití vědy a techniky k prodloužení lidského života (Lee, 2020). Lze konstatovat, že vědci a lékaři z podstaty svých profesí, více či méně, prosazují transhumanismus.

Z pohledu transhumanismu je v globálním měřítku nejdůležitější zvažování rizik, nejistot a očekávaných ztrát v důsledku katastrof (Lee, 2020). Toto existenční riziko popsal Bostrom jako nebezpečí zničení inteligentního života na Zemi nebo trvalé a drastické omezení jeho potenciálu (Lee, 2020). Tímto pohledem transhumanisté zvažují výhody a důsledky uplatnění moderních technologií. Transhumanistická představa o budoucnosti lidstva má mnoho stoupenců i odpůrců. Zatímco příznivci vyznávají ideál pozměněné lidskosti, oponenti varují před nebezpečím transhumanismu.

Z analýzy textu je zřejmé, že transhumanistické hnutí vychází z podstaty humanismu a usiluje o zhodnocení lidského života technologiemi zdokonalujícím lidské schopnosti. Předpokládané změny však nastolují řadu zásadních zdravotních, sociálních a etických otázek. Bezprostředně se dotýkají také základních společenských principů zejména

v problematice rovnocenného přístupu lidstva k výsledkům a výhodám technologického pokroku. Někteří vědci zastávají názor, že lidstvo již vstoupilo do transhumanistického období, neboť pokroky v medicíně změnily lidský druh, sice do určité míry nevědomě, přesto ale poměrně zásadně. K dané problematice by bylo možné připojit několik dalších rozmanitých vyjádření. Za povšimnutí ovšem stojí postřeh Tomáše Sedláčka (2021), který dospívá k poznání, že člověk má celý svět v mobilním telefonu. Z této skutečnosti autor vyvozuje pozoruhodný závěr, když říká „*a tato vlastnost z nás již činí kyborgy, transhumanisty, skoro by se chtělo říci nadlidi. S jediným vlastně nedůležitým rozdílem, že novou část našeho těla nosíme libovolně po kapsách a nemáme ji namontovanou kdesi pevně v sobě*“ (Sedláček, 2021, s. 16). Podobný názor zastává Seidman, když tvrdí, že počítač je druhým či vnějším lidským mozkem, ale předběhl naše srdce, naši mravnost a naši víru (Seidman in Keen, 2020).

3.5 Osobnostní předpoklady sester

Osobnost není snadné definovat, neboť její vymezení je značně obsáhlé. Je proto potřeba zvažovat její užitečnost ve vztahu ke konkrétní problematice. Za základní definici lze pokládat vymezení dle sociálního psychologa Gordona Allporta (Blatný, 2010). Allport revidoval 50 definic osobnosti různých psychologů, než definoval osobnost jako „*dynamické uspořádání psychofyzikálních systémů jedince, které určují ... charakteristické chování a myšlení*“ (Allport, 1961 in Schultz a Schultz, 2017, s. 197). Z uvedené definice je zřejmé, že vše, co děláme je pro nás typické a jedinečné. Allport považoval osobnostní rysy za predispozice k reakci, které jsou trvalé v rámci prostředí (Schultz, Schultz, 2017). Stejně tak určil 6 znaků emocionálně zralé osobnosti: schopnost osobního rozvoje a vnímání lidí takových jací jsou (1), vnímavý projev k ostatním, schopnost tolerance a projevu důvěry, soucit (2), sebepřijetí sebe sama vedoucí ke stavu bezpečí (3), reálné vnímání života a rozvoj pracovních dovedností (4), smysl pro nalézání radostí, humoru a objektivizace prostřednictvím vhledu do sebe (5), sjednocení životní filozofie a odpovědnosti k budoucím cílům (Schultz, Schultz, 2017). Ošetřovatelství je dynamická profese s vyvinutou teorií, praxí založenou na výzkumu a důkazech. V současné době vychází zejména z kompetencí, autonomie a odhodlání pečovat o člověka. Praxe sestry vyžaduje kvalifikovaný intelekt, osobnostní a odborné vybavení na odpovídající úrovni (Meleis, 2012).

Osobnostními předpoklady se zabývala již Nightingale, která přispěla k vytvoření východiska k etickému kodexu (Kutnohorská, 2010). Požadovala, aby ošetrovatelka byla zbožnou, svědomitou, pokornou, empatickou a důvěryhodnou (Kutnohorská, 2010). To potvrzují také Skretkowicz a Nightingale (2010), když uvádí, že sestra musí být více než posluchačkou, především všímavým a taktním pozorovatelem, důvěrnou naslouchající a diskrétní sestrou vůči pacientům. Kromě toho musí být věřící a oddanou, respektující své povolání (Skretkowicz a Nightingale, 2010). Nightingale zdůrazňovala, že sestra ve vztahu ke svému povolání „*má mít úctu, neboť drahý dar života je často vložen do jejich rukou*“ (Nightingalová, 1874 in Kutnohorská, 2010, s. 143).

Na počátku 21. století je u sester žádoucí, aby byly přátelské a vlídné, ve vztahu k nemocným především lidské a empatické (Kutnohorská, 2010). „*Stejně důležité je, aby měly kontinuálně kultivovanou emotivní oblast profesionality pro výkon pečování a ošetřování (např. aby používaly empatii, soucit, intuici, byly taktní, měly cit pro situaci a kontext, uměly navázat s pacientem terapeutický vztah atd). Neméně významná je u nich dostatečně rozvinutá a kontinuálně udržovaná zručnost a dovednosti, které ve své profesi potřebují*“ (Špirudová, 2015, s. 44).

V této souvislosti psycholožka Venglářová et al. (2011) zdůrazňuje další osobnostní předpoklady, především sebepoznání a sociální schopnosti jako je sociální percepce, sociabilita a komunikativnost, schopnost týmové spolupráce a řešení konfliktů. Podle Zacharové (2017) jsou osobnostní dispozice nepostradatelnými předpoklady k povolání zdravotnického pracovníka. Vyzdvihuje především kreativitu, kritičnost a sebekritičnost, empatii, vyrovnané jednání, určitý cit pro humor, zájem o člověka a lidský přístup.

K výkonu profese jsou pro zdravotníka nezbytné další osobnostní předpoklady, například dostatečná kritičnost a sebekritika, smysl pro povinnost, vstřícnost a dobrý vztah k lidem. Důležitá je vyrovnanost osobnosti s přiměřeným sebevědomým vystupováním. Do hodnotové orientace zdravotníků patří také zájem o člověka, smysl pro povinnost a odpovědnost, dále humánní vztah k nemocnému, vyrovnanost a rozvážnost (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Mezi důležité osobnostní dispozice patří rovněž lidská zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance (Plevová, 2011). Podle této autorky k obecným osobnostním charakteristikám patří ty, které do značné míry podporují pozitivní vztah s druhými a také vzájemnou komunikaci.

Neméně důležitý je postoj sestry k práci, zda je slučitelný s tím, co požaduje daná organizace, zda její osobnost odpovídá obrazu, který si organizace přeje vytvořit (Ellis,

Hartley, 2012). Proto je v dnešní době věnována mnohem větší pozornost výkonu jednotlivce. Ten by měl být průběžně kontrolován a vyhodnocován na základě zavedených standardů a popisů činností (Ellis, Hartley, 2012). V této souvislosti Mellanová (2017) ve vztahu k profesi uvádí, že ve společnosti se projevuje zvýšený zájem o inteligenční testování s cílem zjištění osobnostních faktorů k dokončení studia nebo setrvávání v profesi. Proto bylo také důležité určit osobnostní znaky k výkonu profese sestry. Za nejdůležitější faktory setrvání v oboru jsou považovány vlastnosti jako jsou dobrý úsudek, zručnost a osobnostní vztahy ke kolegům (Mellanová 2017).

Z interpretativní analýzy textu vyplývá, že nároky na osobnostní předpoklady sester jsou značné. Oproti minulosti neprocházejí velkou změnou, jsou trvale založeny na lidskosti, empatii a soucitu. Požadavky na osobnostní vybavení sester však narůstají s překotným technologickým vývojem. Stále více činností je delegováno na přístroje a umělou inteligenci. Tyto aspekty postupně mění způsob, jakým je ošetrovatelská péče poskytována. Nejinak tomu bude i v budoucnosti. Uplatnění nových technologií se bude zákonitě projevovat v dehumanizačních tendencích v ošetrovatelství. V této souvislosti pak bude narůstat úloha osobnostní výbavy sester.

3.6 Vzdělávání sester v budoucnosti

Ve 21. století čelí lidstvo závažným společenským problémům. Stejně jako vynález tiskařského stroje v minulosti umožnil rozvoj veřejného vzdělávání, nové digitální technologie vedou k podobným společenským změnám, které lze jen těžko předvídat (Okros, 2020). Jak se připravit na život tak, abychom obstáli? To je zásadní otázka a rovněž výzva pro budoucnost (Cook, 2018). Skutečností je, že vzdělávání v současné době zaostává za technologickým pokrokem, stejně jako tomu bylo v průběhu průmyslové revoluce. Vývoj od průmyslové revoluce až po informační věk je doprovázen posunem od fyzické práce k manuální obratnosti a také k intelektuální dovednosti (Okros, 2020). Problém však spočívá v tom, že technologické změny budou nadále zvyšovat poptávku po vysoce kvalifikovaných osobách a vzdělání bude sehrávat čím dál, tím více rozhodující roli (Goldin, Katz, 2009).

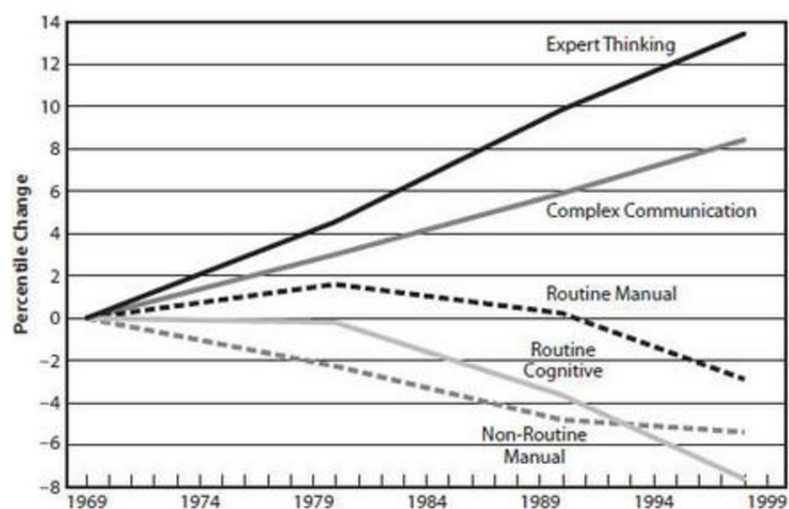
Nahlédněme do problematiky budoucího vzdělávání, které se bude týkat nastávajících generací, tedy té mládeže, jež se narodila do digitálního prostředí. Oprošťme se od statusu stávající společnosti, neboť budoucnost je blíže, než se může zdát (Okros, 2020). První generací, která se skutečně narodila do digitálního věku jsou post-

mileniálové. Nové technologie je formovaly, ovlivnily jejich současnost i budoucnost (Okros, 2020). Digitální prostředí má hrát zásadní roli v podmínkách změny a bude mít za následek významné úpravy efektivity lidských životů a společnosti (Okros 2020). Post-mileniová generace je od počátku vystavena vyspělým technologiím prostřednictvím internetu jako hlavního sociálního nástroje a je napojena na miliardy jednotlivců. Současná socializace je silně propojena s internetem, ale stále také probíhá v rámci tradičních forem na úrovni rodiny a školy (Okros 2020).

Máme-li se zamyslet nad představou, jak bude vypadat svět za 10, 20 a více let a jaké dovednosti budou naše děti potřebovat, musíme si uvědomit, že lidstvo bude řešit problémy, o kterých v současné době nemá ani tušení. Proto bude důležitou roli sehrávat vzdělávání a příprava budoucích pracovníků, kteří se budou muset vypořádat s problémy doby. Lze tedy dospět k závěru, že právě vzdělání se stává klíčem k ekonomickému přežití ve 21. století (Trilling, Fadel, 2009). To potvrzuje také Massie (in Trilling a Fadel, 2009), když tvrdí, že 21. století bude vyžadovat rozšíření dovedností, kompetencí a schopností, s čímž je spojený nepřetržitý proces učení a rekvalifikací. Dovednosti, které budou lidé potřebovat, lze zařadit do tří kategorií: učení a inovace (1), dovednosti a digitální gramotnost (2), kariérní a životní dovednosti (3). Do první kategorie spadá kritické myšlení a řešení problémů, komunikace a spolupráce, kreativita a inovace. Druhá kategorie souvisí s informační, mediální gramotností a znalostí v oblasti informačních a telekomunikačních technologií. Ve třetí kategorii je obsažena vlastní iniciativa, sociální a mezikulturní interakce, produktivita, vedení a odpovědnost (Trilling, Fadel, 2009).

Moderní vzdělávání musí připravit studenty na role, které dosud neexistují, na profese, jež teprve vzniknou, a to i přesto, že řada pracovních míst zmizí v důsledku masivně se rozšiřující robotizace a digitalizace (Griffin, Care 2018). Práce vyžadující rutinní manuální dovednosti budou ustupovat vyšší úrovni znalostí a aplikovaným dovednostem, jako je odborné myšlení a komplexní komunikace (viz obrázek č. 6 na následující straně) (Levy, Murnane, 2004).

Obrázek 6 – Vývoj dovedností



Zdroj: Levy, Murnane, 2003 in Levy Murnane, 2004, s. 74.

Z interpretace grafického znázornění vývoje dovedností v posledních třiceti letech 20. století je zřejmé, že již v té době se začaly projevovat trendy predikované pro budoucnost. Pomyslné nůžky mezi odbornými činnostmi a manuální prací se postupně čím dál, tím více otvíraly, přičemž nárůst odbornosti byl téměř trojnásobný v porovnání s poklesem manuálního působení. Pro budoucnost lze předpokládat, že rozdíly ve vývojových tendencích jednotlivých dovedností budou ještě výrazněji narůstat.

V budoucnu budou existovat technologie, které ještě nebyly vynalezeny, stejně jako budou existovat také jiné způsoby života, myšlení a učení. Vzdělávání se proto již nyní musí zaměřit na přípravu pracovní síly s novým myšlením, která bude jinak myslet a jinak pracovat (Griffin, Care, 2018). Bude též potřebné osvojit si nové přístupy a dovednosti, mezi které řadíme kreativitu, kritické myšlení, dovednosti spolupráce, orientaci v oblasti informačních technologií a nové formy gramotnosti včetně sociálního, kulturního a metakognitivního povědomí (Griffin, Care et al., 2018).

Know-how pro uplatnění základních znalostí 21. století spočívá v komunikaci, týmové práci a využívání technologií a inovací (Trilling, Fadel, 2009). Nezastupitelnou roli sehrává vzdělávání, které je do značné míry formováno výkonem technologií a slouží k vlastní práci a učení. K reformě vzdělávání přispívá znalostní práce, myšlenkové nástroje, digitální životní styl a výzkum. Nová doba vyžaduje více abstraktnější myšlení založené na vědomostech. Znalostní činnosti jsou prováděné převážně v rámci týmu

a také pomocí digitálních zařízení. K myšlenkovým nástrojům patří mikročipy, stále narůstající hustota dat a množství informací s vyšší rychlostí přenosu (Trilling, Fadel, 2009). Změny ve vytváření dat se promítají bezprostředně do tvorby znalostí prostřednictvím tzv. sociální výpočetní techniky, která se zabývá průnikem sociálního chování a výpočetních systémů (Okros 2020). Nové technologie přinášejí do učeben nový rozměr digitálního pokroku a také požadavek znalostí a technologických dovedností, které budou bezpodmínečně nutné pro budoucí vzdělávání a život. Jsou spojené s transformací v oblasti virtuálního vzdělávání, při kterém proces učení probíhá interakcí učitele a studentů (Okros, 2020). Rozšířená realita studentům umožní získat dokonalé znalosti anatomie, sledovat detaily lidského těla a z nových perspektiv si osvojit nové ošetrovatelské postupy. Výzkumy v této oblasti ukazují potenciál rozšířené reality jako jedinečného vzdělávacího nástroje, který přispěje ke vzdělání v každé fázi života. Aplikace a simulace využívající rozšířenou realitu budou stále více začleňovány do studia, neboť budou uživatelům poskytovat bezrizikové prostředí k nacvičování nejrůznějších úkonů, postupů a řešení mimořádných situací (Mendez et al., 2020). Značný rozmach zaznamená hybridní výuka pomocí mobilních zařízení. Campa (2018) přepokládá, že v příštím desetiletí většina vzdělávání a odborné přípravy bude probíhat formou hybridního vzdělávání založeného na internetu. Harari (2017) zdůrazňuje nutnost celoživotního vzdělávání, aby bylo možné využít nové příležitosti vznikající technologickým pokrokem. Předpovídá ale, že bude stále obtížnější vědět, co učit školáky a studenty vysokých škol.

V posledním půlstoletí se dovednosti sester výrazně změnily. V uvedené době sestry podávaly léky, stravu, měřily tělesnou teplotu, prováděly hygienu pacientů, dnes převzaly některé kompetence lékařů (Wingard a Farrugia, 2021). Tak, jak se bude více zavádět umělá inteligence do ošetrovatelství, se budou měnit i role sester a zvyšovat nároky na jejich znalosti a dovednosti (Wingard a Farrugia 2021). Rozšíření technologií a s nimi spojené znalosti budou vyvíjet zvýšený tlak na vzdělávání a výzkum. Proto bude důležité prohlubovat gramotnost v oblasti výzkumu propojenou s každodenní praxí sester. Rozvojem technologií bude kladen větší důraz na výzkumnou gramotnost v ošetrovatelské praxi (Smith et al., 2015).

Z interpretace výše uvedeného textu lze dovodit, že v budoucnosti obstojí jen vysoce kvalifikovaní lidé, kteří jsou dostatečně vybaveni, drží krok s technologickými změnami, jsou schopni přejít k čemukoli novému a používat nové technologie. Akademické

vzdělání a dovednosti, jako kreativita, originalita, sociální a emoční inteligence budou klíčem k pracovním místům v budoucnosti. Profese budou vyžadovat technologické a kritické myšlení, schopnost řešit problémy a sociální dovednosti. Terciální vzdělávání se bude neustále aktualizovat v návaznosti na ty činnosti, které budou nahrazeny technologiemi (Oppenheimer, 2019).

V ČR není dosud definitivně dořešena problematika vzdělávání sester. V rozporu s postupem Evropské unie se u odborné veřejnosti projevují některé tendence zpochybňovat vysokoškolské studium ošetrovatelství (Mellanová, 2017). Kromě toho nejsou zcela jasně stanovené potřebné charakteristické rysy a osobnostní předpoklady studentů ke studiu. V zahraničí hraje důležitou roli výběr zájemců o studium, přičemž se klade důraz především na předpoklady k úspěšnému absolvování studia (Mellanová, 2017). Studium ošetrovatelství a vzdělávání sester v budoucnosti však bude vyžadovat komplexní přístup ze strany škol a kompetentních orgánů. Bude potřebné vytvořit strategii vzdělávání tak, aby odpovídala rychlému technologickému rozvoji, zajistila podmínky pro kvalitní přípravu budoucích sester a jejich setrvávání v oboru. Půjde především o stanovení souboru kritérií pro přijetí uchazečů ke studiu, průběžnou aktualizaci vzdělávacích programů a systematické vyhodnocování učebních plánů se zaměřením na kontinuální ověřování znalostí a dovedností studujících. Nedílnou součástí vzdělávací strategie musí být rovněž systém podpory studujících ošetrovatelství, nabídka motivačních a poradenských programů pro studenty potýkající se s učivem a pomoc se zpřístupněním finančních zdrojů a stipendií.

4 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo analyzovat postavení sestry v minulosti a současnosti a na základě této analýzy formulovat vizi o postavení sestry v budoucnosti. Záměrem bylo také definovat představu o budoucnosti ošetrovatelské péče jak pohledem probíhajících společenských změn, tak pohledem předpokládaného vývoje ošetrovatelství jako vědy. Cíl byl splněn. Byl vytvořen komplexní materiál analyzující historický vývoj postavení sestry, popisující současné postavení sestry a predikující postavení sestry v budoucnosti. Hodnocení postavení sestry v jednotlivých časových obdobích vycházelo z posouzení ošetrovatelské péče na pozadí společenského vývoje v minulosti, současnosti a předpokládaných společenských změn v budoucnosti. Úkolem této diplomové práce bylo odpovédět na položené otázky.

Z interpretace textu je zřejmé, že postavení sestry v současnosti je determinováno profesionální úrovní ošetrovatelství, dosaženým vzděláním, potřebnými znalostmi a dovednostmi, profesními rolemi a kompetencemi. Sestra vykonává vysoce kvalifikovanou práci a naplňuje řadu profesionálních rolí. Využívá své kompetence a má zájem o jejich rozšíření. Disponuje profesionální identitou založenou zejména na vzdělání a chování. Úroveň identity oslabují některé faktory v podobě přesčasové práce, nedostatečného finančního a morálního ohodnocení a neúplné autonomie profese sestry.

Postavení sestry v budoucnosti projde zásadními změnami v důsledku uplatnění nových technologií a vyvolaných společenských změn. Bude založeno především na profesionalitě, vysokoškolském vzdělání, rozšířených rolích a navýšených kompetencích. Vyšší vzdělání a navýšení kompetencí povede k dosažení plné autonomie profese sestry. Sestra se tak stane partnerem lékaře. Uvedené změny spolu s odpovídajícími pracovními podmínkami se promítnou do posílení její profesní identity. Ve své práci bude sestra více zaměřena na preventivní péči, využívání výsledků výzkumu a uplatnění nových technologií.

Práce sestry v budoucnosti bude vyžadovat rozšíření znalostí a dovedností. Vysokoškolské studijní programy sester budou doplněny o vybrané inženýrské obory. Základní dovednosti budou obsahovat zejména schopnost učení a inovací, digitální gramotnost a životní dovednosti v podobě iniciativy, produktivity a odpovědnosti. Důležitá bude rovněž kreativita, kritické myšlení, sociální a emoční inteligence. Osobnostní předpoklady sester jsou historicky založeny na lidskosti, empatii a soucitu. Požadavky na osobnostní výbavu sester však budou narůstat s technologickým rozvojem.

Z pohledu setrvání v oboru budou však rozhodující vlastnosti jako jsou pozitivní vztahy s druhými a vzájemná komunikace.

Možnosti budoucího vzdělávání, odborné přípravy a sdílení výzkumů a důkazů efektivní praxe sester v budoucnosti jsou popsány v části 3.6. této diplomové práce. Jak vyplývá z textové interpretace, bude potřebné transformovat vzdělávání a odbornou přípravu, aby odpovídalo předpokládanému vývoji ošetrovatelství. Také bude nutné přizpůsobit učební osnovy technologickému rozvoji a navazujícím společenským změnám. Bude rovněž žádoucí zvýraznit vědu ve vysokoškolských studijních programech.

Přínos této diplomové práce spočívá zejména ve zpracování vize budoucnosti z pohledu předpokládaných společenských změn a jejich vlivu na budoucí vývoj ošetrovatelství a postavení sestry. Výsledky jsou využitelné ve vzdělávání a odborné přípravě sester, ve vytváření objektivního obrazu sester na veřejnosti a zlepšování jejich postavení ve společnosti. Pro přehlednost jsou formulovány v podobě jednotlivých námětů:

- vytvoření strategie vzdělávání a odborné přípravy sester s ohledem na předpokládaný technologický rozvoj a se zaměřením především na stanovení kritérií pro přijetí uchazečů ke studiu ošetrovatelství, aktualizaci studijních programů a průběžné ověřování znalostí a dovedností studujících;
- rozšíření vzdělávání sester o vybrané inženýrské předměty vztahující se k moderním technologiím, výzkumnou gramotnost a posílení empatie a soucitu v ošetrovatelské péči;
- zpracování koncepce celoživotního vzdělávání sester v podobě nepřetržitého procesu učení a rekvalifikace;
- jednání s lékaři o navyšování kompetencí sester a dosažení autonomie profese sester;
- rozvíjení spolupráce s médii pro vytváření objektivního obrazu sestry, včetně přípravy vedoucích sester na práci s médii;
- zapojení sester do činnosti profesních organizací a zastupitelských orgánů na všech stupních řízení;
- zviditelnění ošetrovatelství ve vztahu k politikům a vedoucím kompetentních orgánů a organizací.

Uvedené náměty je možné použít k aktualizaci směrnic a metodických pokynů, studijních programů a zásad pro organizaci a řízení zdravotnických zařízení. Stejně tak lze čerpat inspiraci z kapitoly číslo 3 o vizi budoucnosti při zpracování koncepcí, plánů a záměrů rozvoje ošetrovatelství.

5 Seznam literatury

1. AAHN, © 2018. History: Membership Information [online]. *American Association for the History of Nursing*. [cit. 2020-01-14]. Dostupné z: <https://www.aahn.org/membership-information>
2. AAHN, 2001. Position Paper on History in Curriculum: Nursing History in the Curriculum: Preparing nurses for the 21st Century [online]. *American Association for the History of Nursing*. [cit. 2020-01-14]. Dostupné z: https://www.aahn.org/index.php?option=com_content&view=article&id=36:position-paper-on-history-in-curriculum&catid=20:site-content
3. AIKEN, L. H. et al., 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. [online]. *JAMA Network*, 288(16), 1987-1993. doi: 10.1001/jama.288.16.1987.
4. AMBERSON, T., 2021. Postpandemic Psychological Recovery and Emergency Nursing: Creating a Narrative for Change. [online]. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 362-365. [cit. 2021-06-15]. Dostupné z: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(21\)00068-4/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(21)00068-4/fulltext)
5. ANDĚLOVÁ, J. O., 1932. Sociální poměr ošetřovatelek v ČSR. In: S.D.S., 1932. *Sborník II. sjezdu diplomovaných sester ošetřovatelek v ČSR*. Praha: Nákladem vlastním, s. 49-60. ISBN neuvedeno.
6. ANZENBACHEROVÁ, M., 1935. ošetřovatelství. in: *československá nemocnice*, 5(9), 190-192. issn neuvedeno.
7. APPG, ©2016. Triple Impact – How investing in nursing will improve health, improve gender equality and support economic growth. [online]. *Global Health*, ©2021. [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: <https://globalhealth.inparliament.uk/sites/globalhealth.inparliament.uk/files/2020-12/DIGITAL%20APPG%20Triple%20Impact%20%283%29.pdf>
8. ARCHIBALD, M. M, BARNARD, A., 2018. Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. [online]. In: *Wiley Online Library*, 27 (11-12), s. 2473–2480. [cit. 2021-05-21]. doi: 10.1111/jocn.14081.
9. AYALA, R. A., 2020. *Towards a Sociology of Nursing*. Singapore: Palgrave Macmillan, 191 s. ISBN 978-981-13-8886-6.

10. AZOULAY, Y. M. et al., 2020. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. [online]. *Annals of Intensive Care*, 10, 110. [cit. 2021-06-15]. doi: 10.1186/s13613-020-00722-3.
11. BAHENSKÁ, M. et al., 2017. *Nezbytná, osvobozující, pomlouvaná: o ženské práci*. České Budějovice: Veduta. 299 stran. ISBN 978-80-88030-21-8.
12. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestry – lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
13. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2011. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. Praha: Iga MZ ČR, 2 svazek. 284 s. Číslo grantové zprávy: NS9604.
14. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
15. BÁRTLOVÁ, S., 2007. Profese sestry, profesionalizace elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. In: *Kontakt*. 9 (2), s. 254-259. ISSN: 1212-4117.
16. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. In: *Kontakt*, 11(1):252-256. ISSN 1212-4117.
17. BARTONÍČKOVÁ, D., 2021. Kampaň Nursing Now v České republice. *Florence*, 17(2), 2-3. ISSN 1801-464X.
18. BARTŮNĚK, P. (ed) et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
19. BARTŮNĚK, P., PTÁČEK, R. (eds), 2019. *Technologické pokroky v medicíně: v etických a psychologických souvislostech*. Praha: Grada Publishing, 2019. 138 s. ISBN 978-80-271-1322-4.
20. BENNER, P. et al., 2010. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco: John Wiley & Sons, Limited. 288 s. ISBN 978-0-470-45796-2.
21. BILLROTH, TH., 1891. *The care of the sick at Home and in the Hospital a Handbook for families and for Nurses*. 2. issue LONDON: SAMPSON LOW, MARSTON & Co. 354 s. ISBN neuvedeno Dostupné z: <https://wellcomecollection.org/works/s24f2u8c/items>
22. BINTEROVÁ, A., 2020. Cvičná nemocnice umožní nový styl výuky. *Journal*. 33, 2-4. ISSN 2336-2170.
23. BLACK, B. P., 2013. *Professional nursing: concepts & challenges*. 7. vydání Missouri: Saunders. 381 s. ISBN 978-1-4557-0270-1.

24. BLATNÝ, M. et al., 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. 301 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
25. BOARDMAN, M. T., 1915. *Under the Red Cross flag at home and abroad*. 4. issue. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. 333 p. Dostupné z: <http://resource.nlm.nih.gov/02820440R>
26. BOK, D., 2020. *Higher Expectations. Can Colleges Teach Students What They Need to Know in the 21st Century?* Princeton: Princeton University Press, 232 s. ISBN 978-0-691-21235-7.
27. BOSTROM, N., 2005. Transhumanist Values. [online]. *Journal of Philosophical Research*, 30, 3-14, Supplement. [cit. 2021-06-02]. Dostupné z: <https://www.nickbostrom.com/ethics/values.html>
28. BOUČEK, B., 1937. Ošetřovatelství v míru a ve válce. *Lidové noviny*. 45(252) s. 4. ISSN 1802-6265.
29. BOUCHAL, M., 1957. *Medicina a náboženství*. Brno: Krajské nakladatelství. 77 s. ISBN neuvedeno.
30. BRIDLE, J., 2020. *Temné zitrňky: technologie a konec budoucnosti*. Překlad ONDRÁČEK, P. Brno: Host, 335 s. ISBN 978-80-275-0211-0.
31. BRITANNICA, redaktoři, 2019. Martin Chuzzlewit. [online]. In: *Online Encyklopedie Britannica*. [cit. 2020-06-10] Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/Martin-Chuzzlewit-novel-by-Dickens>
32. BROWNE, T. K., CLARKE, S., 2019. Bioconservatism, bioenhancement and backfiring. [online]. *Journal of Moral Education*, 49(2), 241-256. [cit. 2021-06-20]. doi: 10.1080/03057240.2019.1576125.
33. BRUNT, B. A., 2008. *Evidence – Based Competency Management for the Emergency Department*. 2. issue. Marblehead: HCPro. Inc. 252 s. ISBN 978-1-60146-152-0.
34. BRYNJOLFSSON, E., McAFEE, A., 2015. *Druhý věk strojů: práce, pokrok a prosperita v éře špičkových technologií*. Překlad DRLÍK, F., 2015. Brno: Jan Melvil. 295 s. ISBN 978-80-87270-71-4.
35. BUREŠOVÁ, J., 2001. *Proměny společenského postavení českých žen v první polovině 20. století*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 506 ISBN 80-244-0248-3.

36. BURNOG, J. et al., 1986. *Dvě století ve službách zdraví: fakultní nemocnice s poliklinikou v Brně, na Pekařské: 1786-1986*. Brno: Krajský ústav národního zdraví, 383 s. ISBN neuvedeno.
37. CAMPA, R., 2018. *Still Think Robots Can't Do Your Job? Essays on Automation and Technological Unemployment*. Roma: D Editore. 176 s. ISBN 978-88-94830-24-8.
38. CARR, S., 2018. Basil of Caesarea and His Leprosarium. [online] In: Place for Truth, biblical doctrine from the Alliance of Confessing Evangelicals. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.placefortruth.org/blog/basil-caesarea-and-his-leprosarium>
39. CATALANO, J. T., 2012. *Nursing now!: today's issues, tomorrows trends*. 6. issue. Philadelphia: F.A. Davis. 576 s. ISBN 978-0-8036-2763-5.
40. CEJPEK, J., 2008. *Informace, komunikace a myšlení: Úvod do informační vědy*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 233 s. ISBN 978-80-246-1037-5.
41. CONE, E., LAMBERT, J., 2019. How Robots Change the World: What automation really means for jobs and productivity. [online]. *Oxford Economics*. [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/2240363/Report%20-%20How%20Robots%20Change%20the%20World.pdf>
42. COOK, J. W., 2018. *Sustainability, Human Well-Being, and the Future of Education*. New York: Palgrave Macmillan. 425 s. ISBN 978-3-319-78579-0.
43. COWAN, et al., 2005. Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. [online]. *Nurse Education Today*, 25(1), 355–362 [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/6529017_Compentence_in_nursing_practice_A_controversial_concept-A_focused_review_of_literature
44. Davies, G., 2013. *Kompletní historie medicíny*. Brno: CPress. 223 s. ISBN 978-80-264-0099-8.
45. DICKENS, CH., 1952. *Život a dobrodružství Martina Chuzzlewita*. Praha: Orbis. 549 s. ISBN neuvedeno.
46. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 310 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
47. DINGWALL, R. et al., 1988. *An Introduction to the Social History of Nursing*. London: Routledge. 264 s. ISBN 978-0-415-01786-2.

48. DINGWALL, R., 2008. *Essays on Professions*. London: Routledge. 168 s. ISBN 978-0-7546-4614-3.
49. DOCK, L. L., 1922. *History of American Red Cross Nursing*. New York: The Macmillan Company. 1562 p. [online] In: HathiTrust Digital Library [cit. 2021-20-03]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/2027/uc2.ark:/13960/t1vd6s46f>
50. DOCK, L. L., STEWART, I. M., 1920. *A short history of nursing from the earliest times to the present day* New York: G. Putnam's Sons, 392 p. ISBN neuvedeno. [online] In: U. S. National Library of Medicine. [cit. 2021-21-03]. Dostupné z: <http://resource.nlm.nih.gov/53730070R>
51. DOHNAL, F., KRÁL, K. 2008. *Vybrané kapitoly z vojenské historie pro příslušníky zdravotnické služby*. Brno: Univerzita obrany. 77 s. ISBN 978-80-7231-325-9.
52. DONAHUE, M. P., 1985. *Nursing: the finest art; an illustrated history*. St. Louis: Mosby Company. 7. vydání, 508 s. ISBN 0-8016-1424-4.
53. DOYLE, D. J., 2018. *What Does It Mean to Be Human? Life, Death, Personhood and the Transhumanist Movement*. Cham: Springer. 213 s. ISBN 978-3-319-94949-9.
54. DWORKIN, R. V., 2002. Where have all the nurses gone? Washington: Public Interest 148, p. 23-36. [online]. In: *ProQuest Central*. [cit. 2021-20-4]. Dostupné: <https://www.proquest.com/magazines/where-have-all-nurses-gone/docview/222064734/se-2?accountid=9646>
55. DYSON, S., 2018. *Critical Pedagogy in Nursing Transformational Approaches to Nurse Education in a Globalized World*. London: Springer Nature. 190 s. ISBN 978-1-137-56890-8.
56. EACEA, 2015. *The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 300 s. ISBN 978-92-9201-847-4.
57. EAHN, 2012. EAHN Bulletin No. 2. [online]. *European Association for the History of Nursing*. [cit. 2020-01-04]. Dostupné z: http://eahn.net/eahndocuments/EAHNBulletin_2_2012.pdf
58. EGENES K. J., 2017. History of nursing. In: ROUX, G., HALSTEAD, J. A. (eds.). *Issues and Trends in Nursing Practice, Policy, and Leadership*. Burlington Massachusetts: Jones & Bartlett learning, p. 3-29. ISBN 978-1-284-10489-9.

59. ELLIS, J. R., HARTLEY, C. L., 2004. 8. issue. *Nursing in today's world: trends, issues and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 576 s. ISBN 978-0-7817-4108-8.
60. ELLIS, J. R., HARTLEY, C. L., 2012. 10. issue. *Nursing in today's world: trends, issues and management*. London: Lippincott Williams & Wilkins. 608 s. ISBN 978-1-60547-707-7.
61. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2009. *Ošetrovateľstvo – teória*. 3. vydání. Martin: Osveta, 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
62. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2010. *História ošetrovateľstva: učebnica pre odbor ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
63. FINKELMAN, A., 2019. *Professional Nursing Concepts: Competencies for Quality Leadership*. 4. issue. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 554 s. ISBN 978-1-284-12727-0.
64. FLOTT, E. A., LINDEN, L., 2016. The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. [online]. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 501–513. [cit. 2021-06-06]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12861>
65. FORRESTER, D. A., 2016. *Nursing History's Great Leaders: Activists of Change*, Springer Publishing Company. New York: Springer. 293 s. ISBN 978-0-8261-3007-5.
66. FOSTER, H. et al., 2015. *Umění po roce 1900: modernismus, antimodernismus, postmodernismus*. 2. vydání. Praha: Slovarť. 816 stran. ISBN 978-80-7391-975-7.
67. FRANCESCHETTI, D. R. (ed), 2018. *Principles of Robotics & Artificial Intelligence*. Ipswich: Salem Press. 395 s. ISBN 978-1-68217-942-0.
68. FUKADA, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. [online] In: *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7. [cit. 2021-12-03]. doi: 10.33160/yam.2018.03.001.
69. GEIST, B. et al., 1993. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.
70. GENNARO, S., 2020. 2020: The Year of the Nurse, COVID-19, and Systemic Discrimination and Racism. [online]. *Journal of Nursing Scholarship*, 52: 597-598. [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12606>

71. GIDDENS, A., 2003. 2. vydání *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství. 200 s. ISBN 80-86429-15-6.
72. GOLDIN, C. L., KATZ, F., 2009. The Future of Inequality: The Other Reason Education Matters So Much [online]. *Congressional Program*. Washington, DC: Aspen Institute. 24(4): 7-14. [cit. 2021-06-01]. Dostupné z: <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:4341691>
73. GONZÁLES, J., WAGENAAR, R. (coords.), 2011. *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. [The Tuning Project]*. Deusto University Press. 83 s. ISBN 978-84-9830-396-4.
74. GOODNOW, M., 1916. *Outlines of nursing history*. Philadelphia: Saunders, 370 s. [online] In: Harvard Library [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://nrs.harvard.edu/urn-3:HMS.COUNT:403799>
75. GOODY, J., 2006. *Proměny rodiny v evropské historii: historicko-antropologická esej*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 229 s. ISBN 80-7106-396-7.
76. GREENE, T., 2021. Why robots make great surgeons and crappy nurses: AI isn't very good at multi-tasking. [online]. *TNW*. [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://thenextweb.com/news/robot-surgeon-artificial-intelligence-nurse-maid>
77. GRIFFIN, P., CARE, E. (eds.), 2018. *Assessment and Teaching of 21st Century Skills: Research and Applications*. London: Springer. 276 s. ISBN 978-3-319-88008-2.
78. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sestry: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
79. HALLAM, J., 2000. *Nursing the Image: Media, Culture and Professional Identity*. Abingdon: Taylor & Francis Group. 256. ISBN 978-0-415-18455-7.
80. HARARI, Y., 2017. Reboot for the AI revolution. [online]. *Nature* 550, 324–327. [cit. 2021-06-12]. doi: 10.1038/550324a.
81. HAYS, S. A., ©2021. Transhumanism: social and philosophical movement. [online]. *Encyclopædia Britannica*. [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/transhumanism>
82. HEARAN, S. A., 2009. *From nursing sisters to a sisterhood of nurses: German nurses and transnational professionalization, 1836-1918*. Dissertation. [online]. Minnesota: University of Minnesota. [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/11299/56167>

83. HEIN, E. C., 2001. *Nursing Issues in the 21st Century: Perspectives from the Literature*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 560 s. ISBN 978-0-7817-3017-4.
84. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-02.
85. HERBENOVÁ, B., 1926. Počátky českého ošetrovatelství. *Zprávy Československého červeného* 6(10), s. 299-230. ISSN neuvedeno.
86. HINES, A., BISHOP, P. (eds.), 2015 *Thinking about the Future: Guidelines for Strategic Foresight*. 2. issue. Houston: Hinesight. 448 s. ISBN 978-0-9967734-0-9.
87. HLAVÁČKOVÁ, L., SVOBODNÝ, P., 1990. *Všeobecné nemocnice v Praze 1790-1952: (k 200. výročí založení nemocnice)*. Praha: Karolinum. 194 s. ISBN 80-7066-390-1.
88. HOEVE, Y. et al., 2014. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. [online]. In: *Journal of Advanced Nursing* 70(2), 295–309. [cit. 2020-11-11]. doi: 10.1111/jan.12177.
89. HOFFMANNOVÁ, J., 2016. *Prvenství žen: ženy iniciativní, vzdělané a tvořivé*. Praha: Ústav T.G. Masaryka. 208 s. ISBN 978-80-86142-56-2.
90. HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, M., 2021. Národní ošetrovatelské postupy. *Florence* 17(3), 32-33. ISSN 1801-464X.
91. HORSKÁ, P., 1999. *Naše prababičky feministky*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 124 s. ISBN 80-7106-380-0.
92. HOVENGA, E., LOWE, CH., 2020. *Measuring Capacity to Care Using Nursing Data*. Oxford: Elsevier Science & Technology. 498 s. ISBN 978-0-12-816977-3.
93. HOVORKA, M., 2018. *Po nás roboti: Třetí a čtvrtá průmyslová revoluce*. Praha: Klika. 120 s. ISBN 978-80-88298-14-4.
94. HUBAL, S., 2019. *Kompetence sester v intenzivní péči v České republice a Rakousku*. Diplomová práce. [online]. Brno, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/hob5f/>
95. HUMANITY PLUS, ©2021. *Humanity+ — What We Do. Humanity Plus Organization*. Dostupné z: <https://humanityplus.org/>
96. HUNT, D. D. et al., 2017. *Fast facts about the nursing profession: historical perspectives in a nutshell*. New York: Springer Publishing Company. 172 s. ISBN 978-0-8261-3138-6.

97. HUNTSMAN, R. G., 2002. Twixt candle and lamp: the contribution of Elizabeth Fry and the Institution of Nursing Sisters to Nursing Reform. [online]. *Medical history*, 46(3), 351–380. [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044528/>
98. HUXLEY, J., 1968. Transhumanism. [online]. *Journal of Humanistic Psychology* 8(1), p. 73-76. [cit. 2021-06-06]. doi: 10.1177/002216786800800107.
99. CHERRY, B., JACOB, S. R., 2018. *Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management*. 8. issue. London: Musby. 536 s. ISBN 978-0-323-55420-6.
100. ICN, © 2021a. The Global Nursing shortage and Nurse Retention. [online]. International Council of Nurses. [cit. 2021-06-20]. Dostupné z: ICN Policy Brief_Nurse Shortage and Retention.pdf
101. ICN, © 2021b. *Nurses: A Voice to Lead – A vision for future healthcare*. Geneva: ICN. 59 s. ISBN: 978-92-95099-88-3.
102. ICN, 2009. *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Geneva: ICN, International Council of Nurses. 40 s. ISBN: 978-92-95065-55-0.
103. IFR, ©2021. Industrial Robots. [online]. *International Federation of Robotics*. [2021-05-13]. Dostupné z: <https://ifr.org/industrial-robots>
104. IOM, 2011. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press, 700 s. ISBN 978-0-309-15823-7.
105. IRWIN, F. J., 2013. *Making the World Safe The American Red Cross and a Nation's Humanitarian Awakening*. Nev York: Oxford University Press. 273 s. ISBN 978-0-19-976640-6.
106. IVANOVÁ, K., 2006. *Základy etiky a organizace kultury v managementu v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
107. JANDOUREK, J., 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
108. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada, 2012. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
109. JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
110. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.

111. JOHANNESSEN, J. A., 2019. *The Workplace of the Future: The Fourth Industrial Revolution, the Precariat and the Death of Hierarchies*. London: Taylor & Francis Group. 121 s. ISBN 978-1-138-33920-0.
112. JOHNSON, S. et al., 2018. *Wellbeing: Productivity and Happiness at Work*. Cham: Palgrave Macmillan. 231 s. ISBN 978-3-319-62547-8.
113. JUKL, M., MAJRICOVÁ, J., 2019. *Století s červeným křížem: 100 let Československého a Českého červeného kříže*. Praha: Český červený kříž. 178 s. ISBN 978-80-87729-28-1.
114. KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
115. KALISTA, Z., 1991. *Blahoslavená Zdislava z Lemberka: listy z dějin české gotiky*. Dopln. vyd. Praha: Zvon. 341 s. ISBN 80-7113-042-7.
116. KAŠPAR, K., 1926. *Hus a jeho ovoce*. Hradec Králové: Tiskové družstvo. 121 s. ISBN neuvedeno.
117. KAZIMOUR, I., 2016. *Historie českého zdravotnictví*. Martin Koláček – E-knihy jedou. 465 s. ISBN 978-80-751-2595-8.
118. KEEN, A., 2020. *Tomorrows Versus Yesterdays: Conversations in Defense of the Future*. 2. issue. London: Atlantic Books. 340 s. ISBN 978-1-83895-112-2.
119. KELLER, J., 2012. *Úvod do sociologie*. 6. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 204 s. ISBN 978-80-7419-102-2.
120. KHOMEIRAN, R. T. et al., 2006. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. [online]. *International Nursing Review*, 53, 66-72. [cit. 2021-03-10]. doi: 10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x.
121. KIMMEROVÁ, J., 2020. Editoriál k 2/2020 časopisu Profese online. [online]. *Profese online*, 13(2). [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-202002-0012.php>
122. KORDULOVÁ, P., 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. [online]. *Pediatric pro praxi*. 18(6), 383-386. [cit. 2021-06-03]. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201706-0012_Vzdelavani_sester_v_pediatrii.php
123. KORDULOVÁ, P., 2018. Dětská sestra v proměnách času. [online]. *Florence*, 14(4), 32-35. [cit. 2021-06-03]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/detska-sestra-v-promenach-casu/>

124. KOZIEROVÁ, B. et al, 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. Martin: Osveta. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
125. KÓZKA, M., 2017. Nursing – problems with its position in the health care system. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(3), 249-260. doi: 10.4467/20842627OZ.17.026.7806.
126. KOŽELUHOVÁ, M., © 2016. *Ženská otázka za první světové války*. [online]. Národní pedagogické muzeum a knihovna J. A. Komenského, [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <http://1914-1918.npmk.cz/node/81>
127. KRAUS, J. et al., 2006. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2005. 879 s. ISBN 80-200-1351-2.
128. KRAUSOVÁ, K, 2006. Postavení sestry v Nemocnici Podlesí Třinec. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 97-102. ISBN 80-7013-449-6.
129. KRÜGELSTEIN, F. CH. K., 1807. [online]. *Handbuch der allgemeinen Krankenpflege*. Erfurt: Svenningsfchen Budhandlung. In: Muenchen Bayerische Staatsbibliothek. [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <http://opacplus.bsb-muenchen.de/title/BV001455216/ft/bsb10473054?page=6>
130. KŘÍŽOVÁ, E., 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 142 s. ISBN 80-86429-57-1.
131. KUBEŠ, M. et al., 2004. *Manažerské kompetence: způsobilosti výjimečných manažerů*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 80-247-0698-9.
132. KUČEROVÁ, H., 2021. Covid-19 a duševní poruchy, část III. *Florence 17(3)*, 27-28. ISSN 1801-464X.
133. KUČEROVÁ-BOROVIČKOVÁ, V., 1914. K historii ženského hnutí v Čechách: Amerlingova éra. Brno: *Ženská revue*. 143 s. ISBN neuvedeno.
134. KÜHLEROVÁ, I, 2008. Postavení kvalifikovaných sester mezi dvěma válkami. In: JIRKOVSKÝ, D. et al., 2007. *Vinohradské ošetrovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství v roce 2007*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum Praha. 104 s. ISBN 978-80-87244-14-2.
135. KURZWEIL, R., 2006. *The singularity is near: when humans transcend biology*. London: Bloomsbury Publishing. 652 s. ISBN 978-0-7156-3561-2.

136. KURZWEIL, R., GROSSMAN., T. 2007. *Fantastická cesta: žijte tak dlouho, abyste mohli žít navždy*. Olomouc: ANAG. 427 s. ISBN 978-80-7263-392-0.
137. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
138. LACHMANOVÁ, K., 2010. Svatá Zdislava z Lemberka. In: TARZIA, A., (ed.), 2010. *Svatí na každý den: historie – spiritualita – umění: duben–květen–červen*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 455 s. ISBN 978-80-7195-291-6.
139. LANGER, J., 2017. „Želvy“ v Motole vozi léky nebo jídlo. Nemocnice zvažuje, že pro ně vybuduje další dvě trasy. [online]. ČT24. [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2200726-zelvy-v-motole-vozi-leky-nebo-jidlo-nemocnice-zvazuje-ze-pro-ne-vybuduje-dalsi-dve>
140. LEE, M. H., 2020. *How to Grow a Robot: Developing Human-Friendly, Social AI*. London: Mit Press 384 s. ISBN 978-0-262-04373-1.
141. LENDEROVÁ, M., 1999. *K hříchu i k modlitbě: žena devatenáctého století*. Praha: Mladá fronta. 300 s. ISBN 80-204-0737-5.
142. LENDEROVÁ, M., 2016. *K hříchu i k modlitbě: žena devatenáctého století*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2016. 319 s. ISBN 978-80-246-3540-8.
143. LEVY, F., MURNANE, R. J., 2004. *The New Division of Labor: How Computers Are Creating the Next Job Market*. Princeton: Princeton University Press. 192 s. ISBN 978-0-691-12402-5.
144. LEWENSON, S. B., HERRMANN, E. K., 2008. *Capturing Nursing History: A Guide to Historical Methods in Research*. New York: Springer Pub, 236 s. ISBN 978-0-8261-1566-9.
145. LISTON, D. L., RAHINI, R., 2017. *Promoting social justice through the scholarship of teaching and learning*. Bloomington: Indiana University Press. 368 s. ISBN 978-0-253-03131-0.
146. LOCSIN, R., 2016. Technological competency as caring in nursing: Co-creating moments in nursing occurring the Universal Technological Domain. [online]. *Journal of Theory Construction and Testing*, 20(1), p. 5-11. [cit. 2021-06-13]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/technological-competency-as-caring-nursing-co/docview/1797238173/se-2?accountid=9646>
147. MABEN, J, GRIFITHS, P, 2008. Nurses in Society: Starting the debate. [online]. *ResearchGate* [cit. 2021-06-05]. Dostupné z:

- https://www.researchgate.net/publication/237432706_Nurses_in_Society_Starting_the_Debate
148. MACEK, J., 2018. Na boleslavské zdravotnické škole míří pod kůži ve 3D. [online]. *Mělnický deník.cz*. [cit. 2021-20-06]. Dostupné z: <https://melnický.denik.cz/z-regionu/na-boleslavske-zdravotnicke-skole-miri-pod-kuzi-ve-3d-20181008.html>
 149. MADSEN, W., 2008. Teaching history to nurses: Will this make me a better nurse? [online]. *Nurse Education Today*, 28(5), p. 524-529. [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/journal/nurse-education-today/vol/28/issue/5>
 150. MACHAROVÁ, S., 1926. Státní ošetrovatelská škola v Praze. *Praktický lékař*, 6(6), 338-340. ISSN 1805-4544.
 151. MALESKI, D., 2014. *Health care robotics: Automated devices to handle tough hospital tasks*. [online]. *HFM magazine*. [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://www.hfmmagazine.com/articles/1328-health-care-robotics>
 152. MARKOVÁ, E., 2012. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. [online]. *Kontakt*, 14(2), 129-136. [cit. 2021-03-20]. doi: 10.32725/kont.2012.014.
 153. MASARYK, T. G., DRTINA, F., 1900-1901 (eds.). Škola pro ošetrovatelky nemocných při London Hospitalu. In: *Naše doba revue pro vědu, umění a život sociální*. Praha – Královské Vinohrady: Jan Laichter, s. 490-496. ISSN neuvedeno.
 154. MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF HIGHER EDUCATION, 2016. Massachusetts Nurse of the Future: Nursing Core Competencies: registered nurse. [online]. *State Library of Massachusetts*. [cit. 2021-05-13]. Dostupné z: <http://archives.lib.state.ma.us/handle/2452/685772>
 155. MASTERS, K. et al., 2014. *Role Development in Professional Nursing Practice*. 3. issue. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 420 s. ISBN 978-1-4496-9150-9.
 156. MASTERS, K. et al., 2018. *Role Development in Professional Nursing Practice*. 5. issue. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 482 s. ISBN 978-1-284-15291-3.
 157. MASTILIÁKOVÁ, D., 2007. Klíčové kompetence – nedílná součást studia ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*. 10(3-4), 47-52. ISSN 1212-723X.
 158. MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

159. McALLISTER, M., 2008. Thank-you cards: Reclaiming a nursing student ritual and releasing its transformative potential. [online]. *Nurse Education in Practice*, 8 (3), 170-176. [cit. 2020-08-10]. doi: 10.1016/j.nepr.2007.04.010.
160. McALLISTER, M., BRIEN, D. L., 2020. *Paradox in Nurses' Identity, Culture and Image: The Shadow Side of Nursing*. London: Routledge. 178 p. ISBN 978-1-138-49126-7.
161. McALLISTER, M., GRAY, M., 2009. In My Day: Using lessons from history, ritual and our elders to build professional identity. [online]. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 277-283. [cit. 2021-05-05]. doi: 10.1016/j.nepr.2009.02.009. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595309000468>
162. McCONNELL, E. A., 2001. Competence vs. competency. *Nursing Management*, 32(5),14. doi: 10.1097/00006247-200105000-00007.
163. McEWEN, M., WILLS, E. M., 2019. *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 624 s. ISBN 978-1-4963-5120-3.
164. McGOWAN, H. E., SHIPLEY, Ch., 2020. *The Adaptation Advantage: Let Go, Learn Fast, and Thrive in the Future of Work*. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated. 272 s. ISBN 978-1-119-65309-7
165. McLEAN, A, 2018. Nursing and Artificial Intelligence. [online]. *Canadian Journal Nursing Informatics*, 13(1). [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://cjni.net/journal/?p=5355>
166. McLEOD, H., 2008. *Sekularizace v západní Evropě (1848-1914)*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 367 s. ISBN 978-80-7325-161-1.
167. MELEIS, A. I., 2012. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5. issue. Plymouth: Lippincott Williams & Wilkins. 672 s. ISBN 978-1-60547-211-9.
168. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
169. MENDEZ, K. J. W. et al., 2020. Virtual and augmented reality: Implications for the future of nursing education. [online]. *Nurse Education Today*, 93. [2021-06-06]. ISSN 0260-6917. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104531.
170. MESKÓ, B., 2014. *The Guide to the Future of Medicine: Technology and the Human Touch*. Budapest: Webicina Kft. 211 s. ISBN 978-963-08-9802-7.

171. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. [online]. *Kontakt*, 16(2), 108-118. [cit. 2021-14-05] doi: 10.1016/j.kontakt.2014.02.002.
172. MIKULKA, J., 1988 (ed). *Anežka Přemyslovna*. Praha: Melantrich, 1988. 40 s. Slovo k historii; roč. 1988, č. 13. (příloha v čísle 13, Svobodné slovo). ISSN 0231-732X.
173. MISCONIOVÁ, B., 1992. Postavení sester. In: *Zdravotnické noviny*, 44(22). ISSN 0044-1996.
174. MORAN, V. et al., 2018. *Simulation: Best Practices in Nursing Education*. Cham: Springer Nature. 54 s. ISBN 978-3-319-89820-9.
175. MOTLOVÁ, M., 2008. *Praha známá i neznámá: památky, události, zajímavosti, pověsti, osobnosti, přehledy*. 2. vydání. Praha: Knižní klub. 95 s. ISBN 978-80-242-2242-4.
176. MZČR, 2020. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. Ministerstvo zdravotnický České republiky. [cit. 2021-07-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf
177. NÁPRAVNÍKOVÁ, M., 1935. Trochu historie z našeho českého ošetrovatelství. In: *Československá nemocnice*. 5(2), s. 23-25. ISSN 2694-8206.
178. Nařízení vlády č. 31/2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. 2010. [ve znění pozdějších předpisů]. [online]. [cit. 2021-04-04]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 85, s. 2594-2608. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8883/19959/P%C5%99%C3%ADloha_02_NV_%C4%8D._31_2010_Sb.pdf
179. NEUDORFLOVÁ L. M., 1999. *České ženy v 19. století: úsilí a sny, úspěchy i zklamání na cestě k emancipaci*. Praha: JANUA. 446 s. ISBN 80-902622-2-8.
180. NIGHTINGALE, F., 1851. The institution of Kaiserswerth on the Rhine: for the practical training of deaconesses, under the direction of the Rev. Pastor Fliedner, embracing the support and care of a hospital, infant and industrial schools, and a female penitentiary. London: London Ragged Colonial Training School. 32 s. [online]. In: *Digital Public Library of America* [cit. 2021-10-2] Dostupné: <https://hdl.handle.net/2027/uiug.30112074252120>

181. NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K., 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985. 374 s. ISBN neuvedeno.
182. NNC, ©2021. About the Nursing Now Challenge. [online]. [cit. 2021-07-10]. Dostupné z: <https://www.nursingnow.org/about/>
183. NOVÁK, J. V., NOVÁK, A., 1913. *Přehledné dějiny české od nejstarších dob až po naše dny*. 2. vydání. Olomouc: Promberger. 828 s. ISBN neuvedeno.
184. NOVOTNÝ, V., 1913. *České dějiny. Dílu I. část 2, Od Břetislava I. do Přemysla I.* Praha: Jan Laichter. 1214 s. ISBN neuvedeno.
185. NURSING NOW, ©2018. Who we are. [online]. *Nursing Now Archive*. [cit. 2021-07-23]. Dostupné z: <https://archive.nursingnow.org/who-we-are/>
186. NURSING NOW, ©2021. Nursing Now Programmes. [online]. *Nursing Now Archive*. [cit. 2021-07-20]. Dostupné z: <https://archive.nursingnow.org/nursing-now-programmes/>
187. NUTTING, M. A., DOCK, L. L., 1907. *A History of Nursing The Evolution of Nursing Systems from the Earliest Times to the Foundation of the First English and American Training Schools for Nurses* [online]. 549 s. In: Cornell University Library [cit. 2021-30-06] Dostupné z: <https://digital.library.cornell.edu/catalog/hearth4304414>
188. Ó LÚANAIGH, P. et al., 2017. *Nurses and Nursing: The Person and the Profession*. Abingdon: aTaylor & Francis Group. 208 s. ISBN 978-1-138-18920-1.
189. O'BRIEN, M. E., 2003. *Parish Nursing: Healthcare Ministry Within the Church*. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 339 p. ISBN 978-0-7637-2389-7.
190. OKROS, A., 2020. *Harnessing the Potential of Digital Post-Millennials in the Future Workplace*. Cham: Springer Nature. 174 s. ISBN 978-3-030-25725-5.
191. OPPENHEIMER, A., 2019. *The Robots Are Coming!: The Future of Jobs in the Age of Automation*. New York: Knopf, Vintage. 416 s. ISBN 978-0-525-56500-0.
192. O'REILLY, T., 2018. *WTF?: co přinese budoucnost a jak ji přežít*. Překlad DROBEK, A. Brno: Jan Melvil Publishing, 2018. 428 s. ISBN 978-80-7555-054-5.
193. PACOVSKÝ, V., 1981. *O moderním ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Avicenum. 76 s. ISBN neuvedeno.
194. PÁNEK, J., 2012. *Akademická encyklopedie českých dějin svazek 3. č. 2*. Praha: Historický ústav AV ČR. 369 s. ISBN 978-80-7286-147-7.

195. PATTON, R. M. et al., 2018. *Nurses Making Policy: From Bedside to Boardroom*. New York: Springer. 564 s. ISBN 978-0-8261-4222-1.
196. PAZOURKOVÁ, J., 1947. Z historie Československého ošetřovatelství. In: *Sborník sjezdu diplomovaných sester: jubilejní pracovní sjezd diplomovaných sester v ČSR*. Praha: Zemská ošetřovatelská škola. s. 58-70. ISBN neuvedeno.
197. PECCARELLI, B., 2017. Artificial Intelligence's real role in business. [online]. *CFO.Com*. [cit. 2021-06-06]. Dostupné z: <https://www.cfo.com/applications/2017/03/artificial-intelligences-real-role-business/>
198. PECK M. L., 1992. The Future of Nursing in a Technological Age: Computers, Robots, and TLC. *Journal of Holistic Nursing*. 10(2), 183-191 p. doi: 10.1177/089801019201000208.
199. PETIPRIN, A., 2020. From Novice to Expert. [online]. *Nursing Theory*. [cit. 2021-21-3.]. Dostupné z: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/from-novice-to-expert.php>
200. PETRÁŠEK, F., 2009. *Futurologická studia*. Praha: Oeconomica. 272 s. ISBN 978-80-245-1517-5.
201. PICKER, A., 2014. Cybernetic Futures: Stanislaw Lem, Summa Technologiae. [online]. *Technology and culture*. 55(1). 245-8 s. [cit. 2020-08-06]. doi: 10.1353/tech.2014.0027 Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263744571_Cybernetic_Futures_Stanislaw_Lem_Summa_Technologiae
202. PÍTHA, P., 2010. *Ženská linie ženských duchovních dějin*. In: *Církev, žena a společnost ve středověku: sv. Anežka Česká a její doba*. Ústí nad Orlicí: Oftis spolu s Biskupstvím královéhradeckým – Diecézním teologickým institutem za podpory FF UHK, s. 11-19. ISBN 978-80-7405-082-4.
203. PLAMÍNEK, J., 2014. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. 2. vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4806-1.
204. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
205. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
206. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.

207. POCHYLÁ, K., 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
208. POLC, J. V., 1989. *Světička Anežka Přemyslovna*. 2. vydání. Praha: Ústřední církevní nakladatelství, 165 s. ISNB neuvedeno.
209. POMOCNÝ SPOLEK ČERVENÉHO KŘÍŽE, 1903. XXI. Jednatelská zpráva spolku ošetrovatelek nemocných Červeného kříže pro Království České. [online]. In: *Rechenschaftsbericht des Vereines der Krankenpflegerinnen vom Roten Kreuze*. Praha: Staahalterei-Buchdr, 1903. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <http://data.onb.ac.at/dtl/8081279>
210. PORTER, R., 2001. *Největší dobrodini lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor. 807 s. ISBN 80-242-0594-7.
211. POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton, 180 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
212. POSPÍŠILOVÁ, L., 2010. Anežka a její boj o řeholi. s. 51-75. In: POLEHLA, P., HOJDA, J., 2010. *Církev, žena a společnost ve středověku. Sv. Anežka Česká a její doba*. Ústí nad Orlicí: Oftis spolu s Biskupstvem královehradeckým. 213 s. ISBN 978-80-7405-082-4.
213. POSPÍŠILOVÁ, M., 2021. Dopad pandemie na ženy ve zdravotnictví. [online]. *Sociologický ústav Akademie věd ČR*. [cit. 2021-20-6]. Dostupné z: https://www.soc.cas.cz/sites/default/files/soubory/tz20210504_dopady_pandemie_na_zeny_ve_zdravotnictvi_.pdf
214. POTTER, P. A., 2016. *Fundamentals of Nursing*. 9. issue St. Louis: Mosby. 1392 s. ISBN 978-0-323-32740-4.
215. POUL, J., 1946. *Kalendář katolického duchovenstva Československé republiky na rok*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad. 201 s. ISBN neuvedeno.
216. PROFANT, M., 2011. *Myslet uprostřed dějin: dějiny a dějinnost ve filosofii symbolických forem Ernsta Cassirera*. Praha: EPOCH. 205 s. ISBN 978-80-7425-093-4.
217. PROSEN, M., 2021. Strengthening nurses' resilience and reducing burnout during the COVID-19 pandemic. [online]. *Kontakt*, 23(1):1-2. doi: 10.32725/kont.2021.001.

218. PROŠEK, V. J., 1933. Ošetřovatelky nemocných. In: *Českoslovenká vlastivěda 2. člověk*. Praha: Sfinx, s. 230-233 ISBN neuvedeno.
219. PROŠKOVÁ, E., 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. 6(10), 3-4. ISSN 1801-464X.
220. PROŠKOVÁ, E., 2016. Vzdělávání a kompetence sester specialistek v intenzivní péči. In: Bartůněk, P. (ed) et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
221. PUČALÍK, M. O., 2010. Sv. Anežka Přemyslovna (1211-1282), zakladatelka řádu křižovníků s červenou hvězdou. In: *Církev, žena a společnost ve středověku: sv. Anežka Česká a její doba*. Ústí nad Orlicí: Oftis spolu s Biskupstvím královéhradeckým – Diecézním teologickým institutem za podpory FF UHK, s. 43-49. ISBN 978-80-7405-082-4.
222. READING, S., WEBSTER, B. J. (eds.), 2014. *Achieving Competencies for Nursing Practice: A Handbook for Student Nurses*. 2. issues. Maidenhead: Open University. 288 s. ISBN 978-0-335-24674-8.
223. REEDY, CH., 2017. Kurzweil Claims That the Singularity Will Happen by 2045: Get ready for humanity 2.0. [online] In: *Futurism*. [cit. 2021-11-06]. Dostupné z: <https://futurism.com/kurzweil-claims-that-the-singularity-will-happen-by-2045>
224. REESE, B., 2018. *The Fourth Age: Smart Robots, Conscious Computers, and the Future of Humanity*. New York: Atria Books. 336 p. ISBN 978-1-5011-5857-5.
225. RELOVSKÁ, M. et al., 2020. *Know-how lektora klinické praxe*. Praha: Grada. 111 s. ISBN 978-80-271-2219-6.
226. ROBINSON, V., 1946. *White caps: the story of nursing*. Philadelphia: Lippincott. [online] In: Hathi Trust Digital Library, 470 s. [cit. 2020-20-11]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/2027/mdp.39015000814437>
227. ROGERS, L., 2018. *Robot: poznej stroje budoucnosti*. Překlad KOVAL., J., 2019. Praha: Euromedia Group. 160 s. ISBN 978-80-7617-820-5.
228. ROZHOŇ, V., 2005. *Čeští cestovatelé a obraz zámoří v české společnosti*. Praha: Aleš Skřivan. 317 s. ISBN 80-86493-18-0.
229. RUKANUDDIN, R. J., 1996. Rufaida Al-Asalmiya, the First Muslim Nurse. *Image-the journal of nursing scholarship*. 28(3), 267-268. doi: 10.1111/j.1547-5069.1996.tb00362.x.

230. ŘÍHOVÁ, M., et al, 2005. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Karolinum, 139 s. ISBN 80-246-1021-3.
231. ŘÍMANŮM 16:1-2. Epištola sv. Pavla k Římanům. In: *Bible Kralická*, 1913. Praha: J. Otto, s. 98-134. ISBN neuvedeno.
232. SALVAGE, J., 1993. *Nursing in action: strengthening nursing and midwifery to support health for all*. Copenhagen: World Health Organization. 123 s. ISBN 92-890-1312-5.
233. SAVAGE, M. et al., 2013. A New Model of Social Class? Findings from the BBC's Great British Class Survey Experiment. [online]. *Sociology*, 47(2), 219-250. [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0038038513481128>
234. SEDLÁČEK, T. et al., 2016. *Jak budeme žít za 20 let?* Praha: 65. pole, 230 s. ISBN 978-80-87506-81-3.
235. SEDLÁČEK, T., 2021. New Republic of Internet se nám rodí pod rukama. In: *Hospodářské noviny*, č. 123, s. 16. ISSN 1213-7693. Dostupné z: <https://archiv.ihned.cz/c1-66944650-new-republic-of-internet-se-nam-rodí-pod-rukama>
236. SHELBY, 2019. What Is Simulation in Nursing and Why Is It Important. [online] *Marquette University College of Nursing*. [cit. 2021-05-18]. Dostupné z: <https://mastersnursing.marquette.edu/blog/what-is-simulation-in-nursing-and-why-is-it-important/>
237. SHUN, S. Ch., 2021. COVID-19 Pandemic: The Challenges to the Professional Identity of Nurses and Nursing Education. [online]. *Journal of Nursing Research*, 29(2), e138. [cit. 2021-06-12]. Dostupné z: https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2021/04000/covid_19_pandemic__the_challenges_to_the.1.aspx
238. SCHWIRIAN, P. M., 1998. *Professionalization of Nursing Current Issues and Trends*. 3. issue. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins. 354 s. ISBN 978-0-7817-1045-9.
239. SCHULTZ, D. P., SCHULTZ, S. E., 2017. *Theories of personality*. 11. issue. Boston: Cengage. ISBN 978-1-305-65295-8.
240. SICILIANO, et al., 2010. *Robotics: Modelling, Planning and Control*. London: Springer. 632 s. ISBN 978-1-84628-641-4.

241. SIKOROVÁ, L., 2019. Nursing Now – a globally campaign to raise the profile and status of nursing. *Cent Eur J Nurs Midw.*, 10(3), 1068. doi: 10.15452/CEJNM.2019.10.0015.
242. SIMON, CH. J., 2018. *Will Computers Revolt?: Preparing for the Future of Artificial Intelligence*. Washington: FutureAI Press. Unnumbered. ISBN 978-1-7326872-1-9.
243. SIMOU, et al., 2015. Artificial Humanoid for the Elderly People. In: VLAMOS P., ALEXIOU A. (eds), 2014. *GeNeDis: Advances in Experimental Medicine and Biology*, 821, 19-29. Cham: Springer. ISBN 978-3-319-08938-6.
244. SIMPSON, R. L., 2002. The virtual reality revolution: Technology changes nursing education. [online]. *Nursing Management*, 33(9), 14-5. [cit. 2021-20-05]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2002/09000/The_virtual_reality_revolution__technology_changes.7.aspx
245. SKRETKOWICZ, V., (ed.), NIGHTINGALE, F., 2010. *Florence Nightingale's Notes on Nursing and Notes on Nursing for the Labouring Classes: Commemorative Edition with Historical Commentary*. New York: Springer. 480 s. ISBN 978-0-8261-1842-4.
246. SMITH, F., 2021. An interesting look at the future of aged care which may well be robotic. [online]. Perth: Have a Go News [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.haveagonews.com.au/health/an-interesting-look-at-the-future-of-aged-care-which-may-well-be-robotic/>
247. SMITH, K. M., BROWN, A. et al., 2015. History as reflective practice: A model for integrating historical studies into nurse education. [online]. *Have a go News Collegian*. 22(3), 341-347. [cit. 2020-04-10]. doi: 10.1016/j.colegn.2014.04.005.
248. SMITH, M. J. et al., 2015. *Encyclopedia of Nursing Education*. New York: Springer. 434 s. ISBN 978-0-8261-2031-1.
249. SOUKUPOVÁ, H., 2011. Program Anežčina kláštera a jeho místo v evropské architektuře 13. a 14., 11-28. století In: KELNAR, V. et al., 2011. *Svatá Anežka Česká: princezna a řeholnice: publikace s katalogem k výstavě. [Praha: Arcibiskupství pražské]*. 342 s. ISBN 978-80-260-4480-2.
250. STANDING, G., 2014. *A Precariat Charter: From Denizens to Citizens*. London: Bloomsbury. 440 s. ISBN 978-1-4725-1039-6.

251. STAŇKOVÁ, M., 1996. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
252. STAŇKOVÁ, M., 1997. *Lemon: učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1, ošetrovatelský proces: klinická ošetrovatelská praxe: glosář*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 178 s. ISBN 80-7013-234-5.
253. STAŇKOVÁ, M., 2000. Vzdělávání sester v Evropské unii. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: Libertas 10(7), s. 21-22. ISSN 12010-0404.
254. STAŇKOVÁ, M., 2001. *Galerie historických osobností*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
255. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
256. STAŇKOVÁ, M., 2003. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče: From the history of charitable nursing care and nursing care provided by orders. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 13(6), příloha s. 3–17. Praha: Sanoma Magazines, s. 18. ISSN 1210-0404.
257. SUCHÁNEK, D., DRŠKA, V., 2013. *Církevní dějiny. Antika a středověk*. Praha: Grada. 427 s. ISBN 978-80-247-3719-5.
258. SUSSKIND, D., 2021. *A World Without Work, Technology, Automation, and How We Should Respond*. New York: Picador. 336 s. ISBN 978-1-250-80825-7.
259. SUSSKIND, R., SUSSKIND, D., 2015. *The future of the professions: how technology will transform the work of human experts*. Oxford: Oxford University Press. 346 s. ISBN 978-0-19-871339-5.
260. SVOBODA, J., 2020. Český výraz, který si osvojil celý svět. Karel Čapek před 100 lety ve hře R.U.R. představil slovo robot. [online]. CZECHCRUNCH. [cit. 2021-17-06] Dostupné z: <https://www.czechcrunch.cz/2020/03/cesky-vyraz-ktery-si-osvojil-cely-svet-karel-capek-pred-100-lety-ve-hre-r-u-r-predstavil-slovo-robot/>
261. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. 1999. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 179 s. ISBN 80-7106-315-0.
262. ŠAKALYTE, D., 2016. Modernization of Nursing Education and Nurse' It Competence. [online]. In: *Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference* 4(1), 519-528. [2021-08-06]. Dostupné: <http://journals.ru.lv/index.php/SIE/article/view/412/584>

263. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
264. ŠKARDOVÁ, L., ROZSYPALOVÁ, M., 2020. Marie Rozsypalová: život sestry. Praha: Grada Publishing. 78 s. ISBN 978-80-271-2502-9.
265. ŠKOCHOVÁ, D., 2005. Od Florence k dnešku. *Florence*, 1(1), 15-17. ISSN 1801-464X.
266. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 143 stran. ISBN 978-80-247-5710-0.
267. ŠRETROVÁ, B., 1948. *Eliška Krásnohorská*. Praha: Orbis. 26 s. ISBN neuvedeno.
268. ŠUBRT, J. et al., 2013. *Historické vědomí obyvatel České republiky perspektivou sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 978-80-246-2140-1.
269. ŠVEJNOHA, J., 2008. *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Úřad Českého červeného kříže. 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0.
270. TEIXEIRA, J. D. F., 2015. *O cérebro e o robô: inteligência artificial, biotecnologia e a nova ética*. 158 s. ISBN 978-85-349-4171-6.
271. THE LISBON STRATEGY IN SHORT, ©2000. [online]. *ECON Commission, European Committee of the Regions* [2021-07-01]. Dostupné z: <https://portal.cor.europa.eu/europe2020/Profiles/Pages/TheLisbonStrategyinshort.aspx>
272. THIEL, P. A., MASTERS, B., 2015. *Od muly k jedničce: úvahy o startupech, aneb, jak tvořit budoucnost*. Překlad Lubomír Sedlák. Brno: Jan Melvil Publishing. 191 s. ISBN 978-80-87270-72-1.
273. THOMAS, G., RICHARDSON, E., 2016. *Memories of Nursing: a timeline of the profession PART TWO*. [online]. In: *British Journal of Nursing*, 25(19): 1072-1074. [cit. 2020-05-11]. doi: 10.12968/bjon.2016.25.19.1072.
274. THOMAS, G., RICHARDSON, E., 2017. *Memories of Nursing: nurses' social status and origins of the RNNH, parth three*. [online]. In: *British Journal of Nursing*, 26(1). [cit. 2020-10-11]. doi: 10.12968/bjon.2017.26.1.26.
275. TOMEŠ, I., 2018. *Povinná sociální solidarita*. Praha: Karolinum. 223 s. 978-80-246-3835-5.
276. TÓTHOVÁ, V., VOLNÝ, H., 2006. Dáma s lampičkou. *Florence*. Praha: roč. 2 (5), s. 3-5. ISSN 1801-464X.

277. TREŠLOVÁ, M., 2010. Sesterské povolání v minulosti a dnes. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestra-lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 15-19. ISBN 978-80-7013-526-6.
278. TRILLING, B., FADEL, CH., 2009. *21st Century Skills: Learning for Life in Our Times*. San Francisco: John Wiley & Sons 256 s. ISBN 978-0-470-55390-9.
279. TUČEK, M., 2019. Prestiž povolání – červen 2019. [online]. *Centrum pro výzkum veřejného mínění*. [cit. 2021-05-15]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4986/f9/eu190724.pdf
280. TŮMA, F., 2010. *Kybernetika*. 8. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 119 s. ISBN 978-80-7043-945-6.
281. TURALE, S. et al., 2020. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. [online]. *International Nursing Review*, 67(2), 164-167. [cit. 2021-06-05]. doi: 10.1111/inr.12598.
282. VALDROVÁ, J. et al., 2004. *ABC feminizmu*. Brno: Nesehnutí. 232 s. ISBN 80-903228-3-2.
283. VAŠEK, B., 1941. *Dějiny křesťanské charity*. Olomouc: Velehrad, 1941. 192 s. ISBN nevedeno.
284. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
285. Věstník MZ ČR č. 6/2021. Koncepce ošetrovatelství. 2021. [online]. [cit. 2021-07-01]. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 6, s. 2–136. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ_6-2021.pdf
286. VICKERS, E. D., 1996. *Frances Elisabeth Crowell an Evaluation of a European Nursing Experience*. The University of West Florida. A thesis submitted to the Department of History College of Arts and Social Science.
287. VICKERS, E. D., 1999. Frances Elisabeth Crowell and the Politics of Nursing in Czechoslovakia after First World War. In: LYNAUGH, J. E. (ed.), 1999. *Nursing History Review: Official Journal of the American Association for the History of Nursing*, 7(1), 67-96. ISSN 1062-8061.

288. VÍTKOVÁ, R. M., 1947. Sociální postavení ošetrovatelek. In: *Sborník sjezdu diplomovaných sester: jubilejní pracovní sjezd diplomovaných sester v ČSR*. Praha: Zemská ošetrovatelská škola. 184 s. ISBN neuvedeno.
289. VLASÁK, M., 2021. Nový předmět virtuální realita. *Journal*. 36, 20-21 ISSN 2336-2170.
290. VOWINKEL, B., 2014. MenschMaschine-Visionen. [online]. *HPD, Humanistischen Pressediensts*. [cit. 2021-06-28]. Dostupné z: <https://hpd.de/node/18799>
291. VOWINKEL, B., 2018. Humanism versus Transhumanismus. [online]. *Stuttgarter Zukunftssymposium 2018*. [cit. 2021-06-28]. Dostupné z: https://stuttgarter-zukunftssymposium.de/wp-content/uploads/2018/12/Humanismus_versus_Transhumanismus.pdf
292. VRBOVÁ, A., 1995. Paní Zdislava a její odkaz. In: *Sborník ke svatořečení paní Zdislavy z Lemberka*. Praha: Krystal OP, s. 104-105. ISBN 80-85929-03-1.
293. Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2011. [ve znění pozdějších předpisů]. [online]. [cit. 2021-04-04]. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 20, s. 1211-1244*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/vyhlaska_55_2011_ve_zneni_vyhl_259_2019.pdf
294. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
295. WALLERSTEINER, R., 2016. While it is yet Day: The Story of Elizabeth Fry. [online] In: *The Hippocratic Post* [cit. 2020-20-11]. Dostupné z: <https://www.hippocraticpost.com/lifestyle/yet-day-story-elizabeth-fry/>
296. WATSON, R., 2012. *Akta budoucnosti: historie příštích 50 let*. Brno: BizBooks. 296 s. ISBN 978-80-265-0043-8.
297. WHO, 2009. *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Geneva: WHO. 36 s. Dostupné <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2010/nurses-and-midwives-a-force-for-health-2009>
298. WHO, 2013. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: world health organization guidelines*. Geneva: World Health Organization. 122 s. ISBN 978-92-4-150650-2.

299. WHO, 2018. Nursing Now Campaign. [online]. World Health Organization. [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/27-02-2018-nursing-now-campaign>
300. WINGARD, J., FARRUGIA, CH., 2021. *The Great Skills GAP: Optimizing Talent for the Future Work*. Standford: Standford University Press. 312 s. ISBN 978-1-5036-1353-9.
301. WIRTZ, J. et al., 2018. Brave New World: Service Robots in the Frontline. [online]. *Journal of Service Management*, 29 [cit. 2021-06-06]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/326623268_Brave_New_World_ServiceRobots_in_the_Frontline
302. WOODS, T. E., 2008. *Jak katolická církev budovala západní civilizaci*. Praha: Res Claritatis. 206 s. ISBN 978-80-904143-0-3.
303. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
304. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
305. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). 2004. [ve znění pozdějších předpisů]. [online]. [cit. 2021-04-04]. In: Sbírnka zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-1479. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf
306. ZAORALOVÁ, R., 2016. Ošetrovatelské školství mezi tradicí a modernitou: snahy o prosazení anglosaského modelu v meziválečném Československu. In: *Dějiny věd a techniky*. Praha: Společnost pro dějiny věd a techniky. 49(2). s. 87-109. ISSN 0300-4414.
307. ZAORALOVÁ, R., ZAORAL, R., 2018. Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče v meziválečném období. In: *Acta Universitatis Carolinae. Historia Universitatis Carolinae Pragensis*. Praha: Univerzita Karlova, s. 191-207. ISSN 0323-0562.
308. ZÁŠKODNÁ, H., KUBICOVÁ, A., 2008. Prosocial behaviour in helping professions. [online]. *Kontakt*, 10(1), 150-158. [cit. 2021-03-05] doi: 10.32725/kont.2008.02

309. ZIERVOGEL, F., 1905. *Milosrdný Samaritán: poučná a modlitební kniha pro nemocné a jejich ošetřovatele*. Praha: Dědictví sv. Jana Nepomuckého. 840 s. ISBN neuvedeno
310. ŽÁČKOVÁ, E., 2015. *K čemu konvergují technologie?* Plzeň: Západočeská univerzita. 170 s. ISBN 978-80-261-0574-9.
311. ŽEMLIČKA, J., 2005. *Přemyslovci: jak žili, vládli a umírali*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 497 s. ISBN 80-7106-759-8.

6 Seznam příloh a obrázků

OBRÁZEK 1 – ČASOVÁ OSA HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ	52
OBRÁZEK 2 – HIERARCHICKÝ MODEL STRUKTURY KOMPETENCE	63
OBRÁZEK 3 – RÁMEC KOMPETENCÍ BUDOUCÍ SESTRY	66
OBRÁZEK 4 – THE TRIPLE IMPACT OF NURSING	81
OBRÁZEK 5 – ZNÁZORNĚNÍ POKROKU	88
OBRÁZEK 6 – VÝVOJ DOVEDNOSTÍ.....	104

PŘÍLOHA: 1 – UČEBNÁ OSNOVA PRO OŠETŘOVATELKY

PŘÍLOHA: 2 – HANDBUCH DEN ALLGEMEINEN KRAKENPFLEGE

PŘÍLOHA: 3 – OBSAH KNIHY

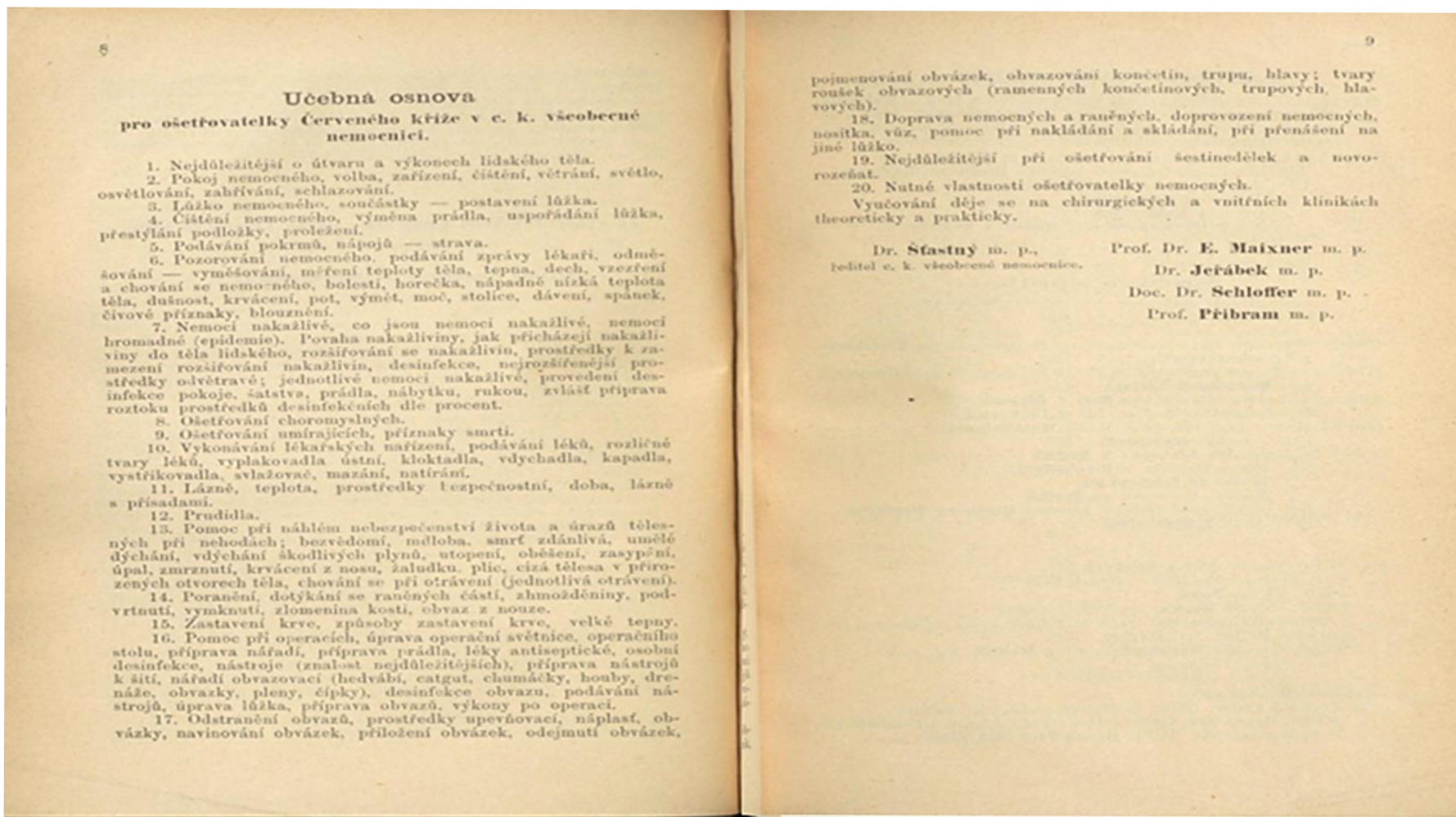
PŘÍLOHA: 4 – BÁSEŇ FILOMENA

7 Seznam zkratek

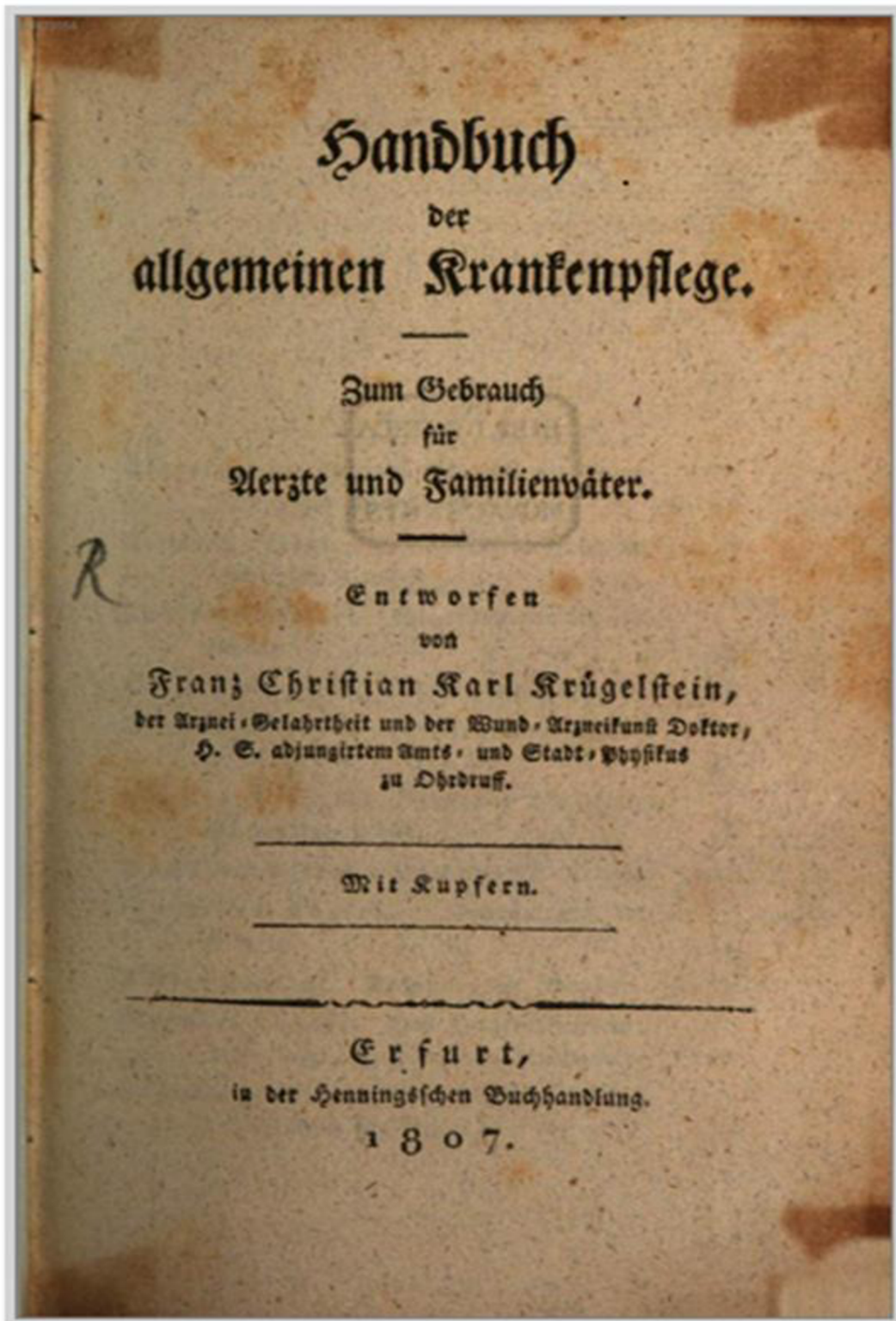
- 3D – trojrozměrné zobrazení
- AAHN – Americká asociace pro dějiny ošetrovatelství
- AI – umělá inteligence
- ARC – Americký červený kříž
- AVVZP – Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí
c. k.– císařsko-královský
- ČAS – Česká asociace sester
- ČsČK – Československý červený kříž
- ČSS – Československá společnost sester
- ČSSR – Československá socialistická republika
- EAHN – Evropská asociace pro historii ošetrovatelství
- EBN – ošetrovatelství založené na důkazech
- ICN – Mezinárodní rada sester
- IFR – Mezinárodní federace robotiky
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví
- POUZP – Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků
- RF – Rockefellerova nadace
- ROH – Revoluční odborové hnutí
- SAŠO – Spolek absolventek školy ošetrovatelské
- SDS – Spolek diplomovaných sester
- SVVS – Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester
- VAU – virtuální anatomická učebna
- VR – virtuální realita
- WHO – Světová zdravotnická organizace

Pozn.: V seznamu nejsou uvedeny zkratky všeobecně známé nebo používané ojediněle s vysvětlením v textu.

Příloha: 1 – Učebná osnova pro ošetrovatelky

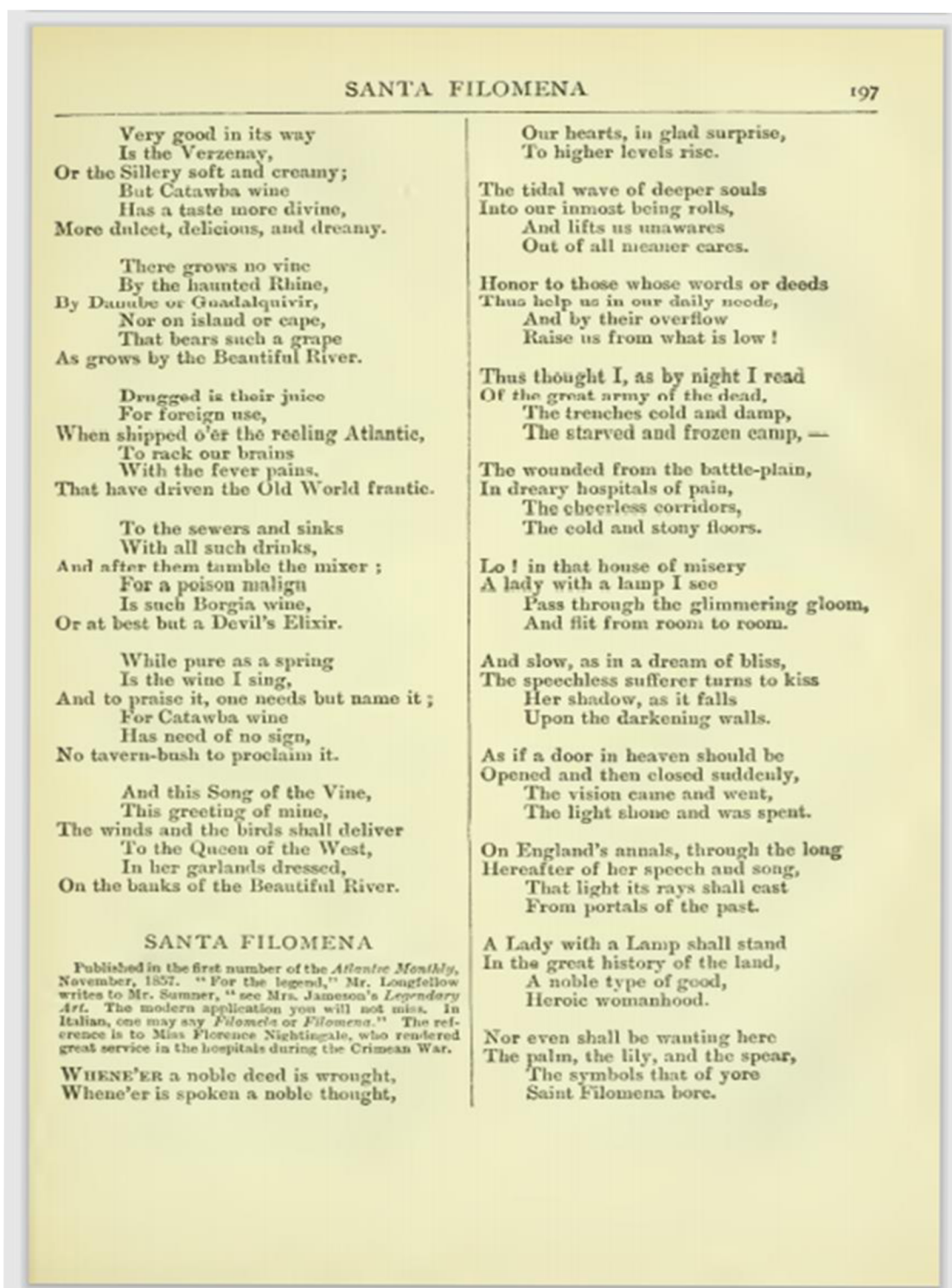


Zdroj: Pomocný spolek červeného kříže, 1903. (Dostupné z: <http://data.onb.ac.at/dtl/8081279>)



Priloha: 3 – Obsah knihy

I n h a l t.		IV.	
Einführung. Von den Pflichten und Eigenschaften der Krankenwärter.	S. 1	Elftes Kapitel. Stellung des Bettes	S. 304
Erstes Kapitel. Von der Beobachtung der Zufälle bei Kranken	17	Zwölftes Kapitel. Lage der Kranken und Hülfe bei der Leibesöffnung	314
Zweites Kapitel. Sicherung vor der Ansteckung	28	Dreizehntes Kapitel. Von der Schlaflosigkeit und dem Wundliegen der Kranken	329
Drittes Kapitel. Einnehmen der Arzneien	38	Vierzehntes Kapitel. Transport der Kranken. Rettung der Verunglückten	340
Viertes Kapitel. Von Säubern, Klystieren etc.	49	Fünfzehntes Kapitel. Pflege der Entsendeten	371
Fünftes Kapitel. Reinigung des Kranken und der Wäsche	93	Sechzehntes Kapitel. Wartung der Ohnmächtigen, Sterbenden, Schein- und wirklichen Todten	385
Sechstes Kapitel. Speisung der Kranken	100		
Siebentes Kapitel. Unterhaltung der Kranken	154		
Achstes Kapitel. Bewegung der Kranken	161		
Neuntes Kapitel. Von Krankenzimmern, deren Lage, Heizung und Reinigung	197		
Zehntes Kapitel. Von Betten, Tischen und Stühlen für Kranke	214		



Zdroj: Longfellow, H. W., 1893. *The Complete Poetical Works of Henry Wadsworth Longfellow*. [online]. Cambridge: The Riverside Press. 679 s. In: Wu Yee Sun Library, University of Macau. [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: <https://library2.um.edu.mo/ebooks/b32295893.pdf>