



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče poskytována řadovými sestrami
od 19. století po současnost**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Tetyana Voloshyn

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, PhD

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Ošetřovatelská péče poskytovaná řádovými sestrami od 19. století po současnost jsem vypracovala samostatně a 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 15. 5. 2017

.....

Bc. TetyanaVoloshyn

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ditě Novákové PhD., za cenné rady, připomínky a citlivý přístup. Bez její pomoci by nebylo možné tuto práci dokončit na požadované odborné, obsahové a stylistické úrovni. Zvláštní poděkování patří Mgr. Hance Tlamsové za cenné rady a připomínky z oblasti archivnictví a mým rodičům za podporu při studiích.

Ošetrovatelská péče poskytována řádovými sestrami od 19. století po současnost

Abstrakt

Diplomová práce s názvem Ošetrovatelská péče poskytovaná řádovými sestrami od 19. století po současnost je zpracována na čistě teoretickém podkladě. Snaží se zachytit přehled dané historické oblasti se zaměřením na význam řádových sester pro ošetrovatelskou péči.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat na základě dostupné literatury historii řádového ošetrovatelství a nalézt paralelu se současností. Nechybí charakteristika dané doby. Sociální, ekonomické, politické, společenské a náboženské vlivy, jež působí na řády, s sebou přináší mnoho úspěchů i neúspěchů.

K získání povědomí o historických souvislostech, které zachycují následující stránky, bylo zapotřebí prostudovat nemalé množství bibliografických publikací a pramenů. Pro zpracování diplomové práce byla využita metoda syntézy návrhu a demonstrace, která by měla pomoci lépe se orientovat v dané problematice, podat podstatná fakta a vyznačit důležitost práce řádových sester v ošetrovatelství. Získané vědomosti jsou podrobně rozpracované do dílčích oddílů dle přehlednosti a souvislosti. Významným zdrojem pro mě byly nepublikované materiály řádů a rozhovor s řádovými sestrami. Velká část informací pak pochází z historických časopisů a pramenů dostupným v Národním archivu a v Archivu hlavního města Prahy.

Diplomová práce by mohla sloužit všem, kteří chtějí poznat svou práci z odlišné strany a zamyslet se nad tím, jak dokázala víra člověka vést k podpoře a odhodlání nezištně a obětavě pracovat pro druhé v nemoci a nouzi. Právě taková práce řádových sester může být pro nás příkladem, jak se chovat k pacientům s respektem a uznáním.

Klíčová slova

Ošetrovatelství; řádové sestry; řády; špitály; zdravotnictví; historie ošetrovatelství.

Nursing Care Provided by Nuns from 19th Century to the Present Day

Abstract

The thesis titled Nursing Care Provided by Nuns from 19th Century to the Present Days is based on only theoretical materials. It tries to gather the overview of this historical field focusing on the importance of nuns for nursing care.

The aim of this thesis was to chart the history of order nursing care based on available literature and to find a parallel with the present. There is also a characteristics of the period. The social, economic, political and religious influences, that have effect on religious orders, cause many successes and failures.

To acquire the awareness of historical connections which are captured on the following pages, it was necessary to study a great number of bibliographic publications and sources. I used the method of synthesis, proposal and demonstration. Using these methods should help to be well informed about this issue, submit important facts and mark the importance of nuns' nursing care. Acquired knowledge is thoroughly processed into individual chapters by arrangements and its context. The significant resources were unpublished materials from church orders and interviews with nuns. One big part of information is from historical magazines and from sources in the National Archive and the Archive of the Capital of Prague.

The thesis should serve all people who want to get to know their job from a different point of view and consider how the faith could lead a person to support and determination to work unselfishly and with self-sacrificion for others who suffer from illnesses and poverty. It is exactly this unselfish and self-sacrificing work of nuns which can be an example for us how to treat the patients with respect and understanding.

Keywords

Nursing care; nuns; church orders; hospitals; health care; history of nursing care.

Obsah

Úvod.....	8
1 Cíl.....	10
2 Metodika.....	11
3 Vývoj ošetřovatelství.....	12
3.1 Vývoj ošetřovatelství v 1. polovině 19. století	15
3.2 Vývoj ošetřovatelství ve 2. polovině 19. století	16
3.3 Vývoj ošetřovatelství v 1. polovině 20. století	22
3.4 Vývoj ošetřovatelství ve 2. polovině 20. století	29
4 Zapojení řádů do péče o nemocné ve světě.....	34
4.1 Vývoj řádového ošetřovatelství na území Čech a Moravy.....	40
5 Řády zabývající se péčí o nemocné.....	45
5.1 Benediktini.....	45
5.2 Řád maltézských rytířů	46
5.3 Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského.....	49
5.4 Řád Křížovníku s červenou hvězdou.....	51
5.5 Řád Milosrdných bratří.....	53
5.6 Řád svaté Alžběty	56
5.7 Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského	58
5.8 Kongregace Šedých sester u svatého Bartoloměje v Praze (Kongregace Šedých sester III. řádu sv. Františka/pražská).....	61
5.9 Diakonky	62
5.10 Kongregace svaté Zdislavy.....	63
6 Role řádu v zařízeních k ošetřování	65
6.1 Hospice/hospitále/xenodocheia	65
6.2 Infirmaria	66
6.3 Leprosária	66

6.4	Nemocnice/špitály/hospitalia.....	67
6.5	Všeobecná nemocnice v Praze	79
7	Závěr.....	92
8	Seznam použitých zdrojů	94
	Seznam příloh	100

Úvod

Historie ošetrovatelské péče prošla dlouhým vývojem od primitivních metod až k moderním způsobům léčby a ošetrování. Je specifická, slouží nám pro pochopení v mnoha oblastech a je nutné se z ní poučit. Společným cílem všech, kdo vykonávají ošetrovatelství jako profesi, by mělo být naplňování odkazu F. Nightingalové (Kutnohorská, 2010).

Proč se tedy máme zabývat tím, co je již minulostí? Jednu z odpovědí jsem našla v prohlášení Augusta Comteho. Pronesl větu: „Není možno dobře poznat nějakou vědu, pokud neznáme její historii“ (Kutnohorská, 2010).

Proto se i já snažím zjistit, jaký je význam řeholních řádů pro vývoj ošetrovatelství od primitivních kouzel až k vědní disciplíně. Bohužel o celkovém kontextu zdravotnických a sociálních služeb různých řádů v našich zemích i mimo ně mnoho nevíme. Je to škoda, protože jejich činnost, jak vyplývá z dostupných pramenů a literatury, byla mimořádně záslužná a i dnes sehrává důležitou roli.

O procesu vzniku, postupného štěpení, vydělování nových větví a hlavně o obrovském počtu těchto společenství neměly mnohdy dostatečné informace ani příslušné církevní úřady a vytvořit podrobnější obraz řeholní péče, která byla poskytována těm nejpotřebnějším v dané době, je mimořádně složité a náročné.

Přes veškerou snahu je tato práce postavená na dostupných informacích a pro lepší orientaci v tom, jakou činností se konkrétní řádové společenství zabývá, nabízím přehled nejdůležitějších řádů orientovaných na službu nemocným.

Současné ošetrovatelství si od ošetrujícího pracovníka vyžaduje profesionalitu. Týká se to i osob, které svůj život zasvětili Bohu. Právě řádové sestry jsou v tomto směru nepostradatelné. Kdo jiný než ony, jsou schopny empatie a se sociálním cítěním a s velkou chutí nezištně pomáhat. Křesťanská víra je přece založena na myšlence, že „služba člověku je služba Bohu.“

Řádové ošetrovatelství musí zahrnovat odborné vědomosti, dovednosti, dlouhodobé vzdělávání a praktický výcvik, jako je tomu zapotřebí u jiných nelékařských zdravotnických pracovníků. Práce společně s multidisciplinárním týmem by měla být samozřejmostí. Kvalita moderního ošetrovatelství je spjata s narůstajícími odbornými

poznatky, vývojem vzdělávání, rozvojem techniky a vstupem biomedicínských technologií do zdravotnictví (Kutnohorská, 2010). Poznejme tedy minulost, abychom pochopili budoucnost.

Historické údaje a vývoj jsem hledala v nejrůznějších publikacích. Zdrojem pro mou práci byly články z časopisů, knihy, prameny v archivech, internet a osobní kontakt s řádovými sestrami nebo emailová komunikace. Z mnoha informací byly vybrány ty, které měly zachytit hlavní rysy vycházející ze světových dějin se zaměřením na území Čech a Moravy.

Na rozdíl od středověkých a raně novověkých řádů, které mají až na výjimky své fondy uloženy v síti státních archivů, je převážná většina stěžejních pramenů k dějinám moderních kongregací uchovávána v soukromých archivech těchto institutů, tudíž přístup k nim je vázaný na dohodu s představenými a i pak bývá většinou umožněno prostudovat jenom vybrané materiály. Zde jsou také střeženy publikace a samizdaty, v nichž se řeholníci (nebo osoby z okruhu jejich známých) pokusili sepsat dějiny svého institutu či životopisy zakladatelů nebo jiných významných členů. Nepočtená literatura k tématu, která navíc nepatří do oblasti odborných prací, je tudíž často stejně těžko dostupná jako prameny. Ve státních archivech lze najít řadu doplňujících informací pro období před rokem 1950, ať již v biskupských archivech či fondech měst a velkostatků, nikoli však základní materiál k tématu. Pokud se v souvislosti s likvidací řeholí v padesátých letech dostaly do archivů i významnější prameny, pak zpravidla nepatří ke zpracovaným fondům a o jejich existenci se většinou neví. Nakonec je třeba zmínit i skutečnost, že mnoho cenných písemností bylo v padesátých letech zničeno, často i samotnými řeholníky, ze strachu, aby se nedostaly do nepovolaných rukou (Jakšičová, 2010).

K výběru tématu mě motivovala snaha lépe a podrobně proniknout do této oblasti, lépe pochopit historii, která ovlivňuje naši profesi v současnosti, a poznat práci u lůžka z pohledu řádových sester, jež byly jako ošetřovatelky při své obětavé práci nesmírně obdivuhodné.

1 Cíl

Cílem této diplomové práce je zmapovat na základě dostupné literatury ošetrovatelskou péči poskytovanou řádovými sestrami od 19. století po současnost. Tento souhrnný přehled se zabývá nejdůležitějšími řády v české historii, které poskytují službu nemocným v různých zařízeních. Nechybí charakteristika dané doby, do nichž jsou řády zasazeny. Sociální, ekonomické, politické, společenské a náboženské vlivy, jež na ně působí, přináší s sebou mnoho výzev, rizik, úspěchů i neúspěchů.

Dominantní oblastí této práce je ovšem ošetrovatelská péče, která je poskytována prostřednictvím řádů v různých zařízeních na celém našem území. Jejich práce je impozantní přes všechny nesnáze, se kterými se musely potýkat, dokázaly pomoci statisícům lidí a tak si jistě zaslouží, aby jejich činnost byla i dnes připomínána. Jejich nezištná a obětavá práce může být pro nás příkladem, jak se chovat k pacientům s respektem a uznáním.

2 Metodika

Pro teoretickou diplomovou práci byla zvolena vědecká metoda syntézy návrhu a demonstrace. Po pečlivém prostudování dostupné odborné literatury je vytvořen na základě získaných historických informací z konkrétní doby kvalitativní ucelený a moderní přehled znalostí v dané oblasti se zaměřením na ošetrovatelskou péči. Výstupem z celého snažení je vyznačení a částečně srovnání ošetrovatelské péče poskytované řády v různých zařízeních a jejich vývoj až do současnosti.

Historické poznatky o řádech, řádové péči a zařízeních, ve kterých působily, jsou ohledem na různé vlivy dané doby shromážděny z mnoha dostupných vědeckých publikací, pramenů, neověřejněných publikací řádů samotných a z osobního rozhovoru či e-mailové komunikace s řádovými sestrami. Dále byly informace čerpány z nejrůznějších českých časopisů, jako jsou Dějiny lékařství, Zdravotnické noviny, Zdravotnická pracovnice, Praktický lékař, Časopis lékařů českých, Sestra, Zdraví, Československá pediatrie, Postgraduální medicína, Urgentní medicína, Scan, Sborník lékařský, Medical tribune, Florence, Vnitřní lékařství, Zdravotnictví a medicína, Nemocnice a Sanquis. Díky možnosti přístupu do Akademické knihovny Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Národní lékařské knihovny v Praze, Jihočeské vědecké knihovny v Českých Budějovicích, Národní knihovny v Praze bylo možné využít publikace z rozsáhlého výběru. Další prameny pak byly čerpány z Národního archivu v Praze a z Archivu hlavního města Prahy.

3 Vývoj ošetrovatelství

V následujících kapitolách bylo snahou shrnout vývoj ošetrovatelství od nejstarších dob. Jak a proč bylo ošetrovatelství ovlivňováno, jaká byla společenská situace, jak vypadala péče o nemocného nebo jaké významné události se podílely na formování ošetrovatelství? I zde hrály řády významnou roli, ovšem samostatná historie ošetrovatelské péče poskytovaná řády ve světě a na území Čech a Moravy je pak uvedena samostatně pro lepší přehlednost.

O prvopočátcích péče o nemocné lze mluvit od doby, co člověk chodí po této zemi. Snaží se instinktivně pomoci svým blízkým s cílem zmírnit jejich bolest. Nikoho z nás přece netěší pohled na trpícího člověka, ať už blízkého nebo zcela neznámého (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V odborných publikacích se vyčleňují tři hlavní linie péče o nemocné, kterými ošetrovatelství procházelo. První linie je charakterizována jako neprofesionální, lidové ošetrovatelství. Toto období v porovnání s ostatními trvalo nejdelší dobu. Důležitým prvkem byla tradice. Tradiční systém ošetrovatelství, tj. opatrování, využíval jedinec k ošetřování sebe sama a svých blízkých. V domácnostech poskytovali ošetrovatelskou péči matky či jiní členové rodiny a otroci. Převažující postavení v ošetrovatelské péči však zaujímaly ženy. K léčbě a ošetřování nemocných se používaly přírodní zdroje. Tento způsob ošetřování a opatrování přetrvával v českých zemích až do příchodu křesťanství. Druhá linie je charakterizována jako charitativní ošetrovatelství. Tento typ ošetrovatelství se vyvíjel zároveň s křesťanstvím. Péče o tělo, ale především o duši, byla poskytována členy řeholí v kláštřích, útulcích, špitálech a později v nemocnicích. U nás tato péče přetrvala až dodnes. Třetí linie je charakterizována jako profesionální ošetrovatelství. Vývoj byl podmíněn systematickým vzděláváním v ošetrovatelství a rozvojem medicíny a lékařské techniky. Za zakladatelku je mnohými považovaná Florenc Nightingale (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Ošetrovatelskou péči a její rozvoj doposud ovlivňuje hned několik faktorů, které jsou ve vzájemném vztahu. Tyto faktory pak působí na dějiny člověka a ošetrovatelství napříč generacemi. Jedná se o náboženství, kulturní tradice, války, rozvoj medicíny, sociální, politickou a ekonomickou situaci, zdravotní stav obyvatel, vědecké objevy a významné osobnosti (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Za období zrodu ošetrovatelské péče je považován raný středověk (Švejdvová, 2011). Na našem území se ve středověku stejně jako v ostatních evropských zemích rozšířila tzv. klášterní medicína (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Jedno z jejích nejdůležitějších středisek, které bylo založeno roku 724, byl benediktinský konvent na ostrově Reichenau v Bodamském jezeře (Řád sv. Benedikta, 2017). Řeholníci měli významnou úlohu jednak v praktickém ošetřování nemocných, chudých, starých, opuštěných a bezmocných, jednak i v uchování, rozvoji a předávání medicínských znalostí. Řeholníci byli na dlouhou dobu jedinou skupinou vzdělanců společnosti (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Životy lidí v té době byly silně ovlivňovány náboženstvím, které zasahovalo všechny lidské činnosti (Švejdvová, 2011). Šíření ošetrovatelské péče je spojeno především se šířením křesťanství. Samotná historie péče o člověka má však svůj původ v předkřesťanských kulturách. Pomoc druhému je přirozenou vlastností člověka a tuto myšlenku podporovala již filozofie. Před vznikem křesťanství se znalosti v léčbě a péči o nemocné předávaly jen ústním podáním z generace na generaci (Kutnohorská, 2010).

V období raného středověku bylo lékařství a ošetrovatelství založeno na směsici pověr, tradic, bylinkářství a na zkušenostech předávaných již od starých Řeků (Švejdvová, 2011).

Na rozvoj ošetrovatelské péče měly dále vliv i války (Kutnohorská, 2010). Tento vliv na medicínu a ošetrovatelství je možné sledovat od nejstarších dob (Hlaváčková, 2004). S válkami souvisel i nedostatek kvalitní stravy, protože vše vypěstované putovalo jako obživa vojákům. Nedostatek pitné vody a vyčerpání z namáhavé práce se projevovalo vysokou úmrtností obyvatel (Švejdvová, 2011). Krymská válka si vynutila potřebu změny péče o raněné a nemocné (Kutnohorská, 2010). U raněných vojáků docházelo vlivem špatných hygienických podmínek v lazaretech a nedostatečných znalostí zdravotnického personálu ke vzniku hromadných infekcí jako mor, tuberkulóza, záškrť, černý kaše a další. Ovšem největší počet obyvatel nezemřel při válkách, ale během největší pandemie španělské chřipky (1918–1919). Bylo nutné provádět intenzivnější lékařskou a ošetrovatelskou péči (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Paradoxně kladný vliv lze přirozeně nejvíce pozorovat v chirurgii. První světová válka například přispěla také k urychlení výzkumu krevních transfúzí, epidemických onemocnění, chorob z podvýživy, psychických a neurologických nemocí (Hlaváčková, 2004).

Většina lidí ve středověku neměla přístup k čisté pitné vodě a neměla ani možnost pravidelné koupele. Přitom staří Peršané a Chaldejci, kteří uznávali koupání a omývání, stavěli kostely poblíž posvátných rybníků. V Indii představovaly řeky božstvo, jež přinášelo zhojení a posilovalo zdraví. Na březích řek vyrostla řada chrámů, v nich se pak nemocní modlivali za své uzdravení a nořili svá chorá těla do očišťujících vod (Bořík, Boříková, 2004). Hygienické podmínky byly mnohem horší než během římské okupace v předchozích staletích. Nízká úroveň hygieny s sebou přinesla i větší výskyt nemocí, epidemií a hladomoru, proti kterým byla praktická medicína stále bezmocná (Švejdová, 2011).

Ve 12. století se morové epidemie staly dalším důvodem, proč se ošetřovatelství muselo nutně rozvíjet. Přinášely s sebou smrt a stagnaci kulturního a intelektuálního života. S vyšší úmrtností té doby začal být život ještě obtížnější zvláště pak pro ženy, na které se přenesla velká část povinností, především vedení hospodářství a péče o raněné a nemocné, kterých neustále přibývalo. Tyto role byly spojeny s jejich mateřskou rolí a přirozenou potřebou pečovat o druhé (Kutnohorská, 2010).

Situace hygienická, zdravotnická a demografická se v 18. století oproti předchozím staletím zlepšovala jen velice pomalu. Lidé se museli vyrovnat s následky třicetileté války (hladomor, tyfus, pravé neštovice, spála, spalničky, černý kašel, chřipky, pohlavní choroby) a několika morových epidemií. Hygienické poměry přispívaly k šíření nemocí, proti kterým byla praktická medicína stále bezmocná. Snahy státu o organizaci zdravotní péče vyvrcholily za Marie Terezie v 50.–80. letech 18. století (Svobodný, 2001). Téměř do konce 18. století se u nás ještě nevyskytuje pojem nemocnice jako zařízení výhradně léčebné (Hlaváčková, 1996b). Přežívá středověké poslání špitálů jako sociálních a charitativních ústavů a jen v těch, které jsou spravovány řády, zabývajících se speciálně ošetřováním nemocných, se vyvíjí určitá léčebná péče, která šla ruku v ruce s vývojem lékařské vědy, školství i zdravotnického ústavnictví (Karmasýnová, 1973). Pražské špitály i nově vznikající nemocnice hodné tohoto označení (Nemocnice Milosrdných bratří Na Františku a Nemocnice Alžbětinek Na Slupi) byly doposud v plné kompetenci městských úřadů nebo církevních řádů. Organizace nemocničního ústavnictví vzal do svých rukou stát až s nástupem Josefa II. Během 17. a první poloviny 18. století došlo ve vývoji špitální péče k řadě významných změn (Svobodný, 2001).

Objevů či vynálezů, které spatřily světlo světa ve 20. století, je mnoho a svým způsobem by celému 20. století mohla být vyhrazena samostatná diplomová práce. Na začátku 20. století se poprvé klade důraz na hygienická opatření a prevenci infekčních onemocnění. Některé infekce se podařilo zvládnout právě prostřednictvím zvýšené hygieny, která byla oproti minulému století na zcela jiné úrovni. Ve druhé světové válce se pak infekce řešila použitím nových látek, a to sulfonamidů a penicilínu, prvního antibiotika. Lidstvo mělo konečně prostředek k boji proti infekčním nemocem. Spolu s vývojem léků se ve 20. století podařilo zcela eradikovat pravé neštovice. Novými léky se podařilo dostat pod kontrolu infekční onemocnění jako černý kašel, spalničky nebo dětskou obrnu a omezit jejich výskyt (Švejdrová, 2011).

Lékaři se začali specializovat na jednotlivé obory. Převratným objevem byl objev krevních skupin a Rh faktoru, díky objevu adrenalinu a růstového hormonu se začala rozvíjet endokrinologie, nové možnosti nabídla anestézie, která se využívala v porodnictví. Objeven byl inzulín a došlo k rozvoji imunologie. Díky látce histamin zjistili lékaři, jak v těle vznikají některé alergické reakce. To všechno vytvořilo podmínky a připravilo půdu pro vznik transplantační chirurgie v druhé polovině 20. století. Poranění a popáleniny znamenaly Rozvoj rekonstrukční neboli plastické chirurgie zajistil možnost léčit poranění a popáleniny. Velké množství raněných civilistů si vyžádalo také volný přístup ke zdravotní péči. To dalo vzniknout evropskému systému veřejného zdravotnictví, založenému na principu solidarity (Švejdrová, 2011).

3.1 Vývoj ošetřovatelství v 1. polovině 19. století

V počátcích 19. století byla většina nemocných ošetřována v domácím prostředí. Pečovali o ně členové rodiny, sluhové či opatrovníci, kteří byli většinou z nižších sociálních vrstev a za svoji práci byli odměňováni pouze nízkým platem. Od starších spolupracovníků pak získávali náležitě zkušenosti využitelné ve vlastní praxi. Od opatrovníků se očekávalo, že budou lékaři kdykoliv nápomocni a že budou plnit veškeré jeho příkazy. V té době se léčba zaměřovala jen na tělesnou stránku, až později si někteří lékaři začali uvědomovat potřebu nového typu ošetřovatelky, a to zvláště u pacientů s psychiatrickým onemocněním (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Ten, kdo v domácím prostředí být ošetřován nechtěl nebo nemohl z důvodu vážnější nemoci, odcházel za péčí do nemocnic. V této době vykonávaly ošetřovatelskou péči

v nemocnicích vedle řeholnic i civilní opatrovnice (Billroth, 1903). Jednoduché zacvičení pro tuto práci prováděly řády nebo vlastní nemocnice. Řádové sestry se v nemocnicích musely řídit vždy danými předpisy, ale podřízené byly vždy nejvyšší představené, která na jejich práci dohlížela. S přibývajícím počtem nemocnic se objevovala stále naléhavější potřeba systematické přípravy ošetřovatelek. I samotné řády si ji uvědomovaly a začaly zvyšovat profesionalitu svých sester, které pracovaly jako ošetřovatelky (Krausová, 2010).

3.2 Vývoj ošetřovatelství ve 2. polovině 19. století

V Praze byla roku 1874 otevřena první česká ošetřovatelská škola u nás, ale i v celém Rakousku, jehož byli Češi součástí (Krausová, 2010). Zpočátku se řádové sestry vzdělávaly se souhlasem kongregace ve vzniklých civilních ošetřovatelských školách. Poté si ale vytvořily své vlastní církevní ošetřovatelské školy, jako tomu bylo například u Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Tento typ církevních škol přetrval až dodnes a jedná se u nás o Církevní střední zdravotnickou školu v Brně spravovanou Kongregací Šedých sester u sv. Bartoloměje.

Zakladatelkou první české ošetřovatelské školy u nás byla Karolína Světlá (Matoušek, 1952; Pospíšilová, Tóthová, 2014). Nápomocné jí při vzniku školy byly tři americké sestry, které sem přijely na pozvání Alice Masarykové (Mlýnková, 2009), významné osobnosti českých dějin, která se stala první předsedkyní Čs. červeného kříže. Společně s americkými sestrami vybudovaly koncepci výuky a výchovy, která by výrazně zvýšila celkovou úroveň školní přípravy i odborný výcvik na klinikách (Slípka, 2005). Tyto americké sestry již měly řadu zkušeností se vznikem takové koncepce ve Spojených státech amerických. Jejich úkolem u nás bylo také zvýšit prestiž ošetřovatelského povolání v očích veřejnosti (Mlýnková, 2009b).

Zásluhy o tyto začátky měl také Spolek českých lékařů v Praze a Ženský výrobní spolek český. Pod vedením Spolku českých lékařů v Praze se sestry odborně vzdělávaly v teorii a praxi (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Ženský výrobní spolek český byl v této době průkopníkem ženského povolání. Usiloval o to, aby ženy měly možnost vykonávat nejrůznější povolání a vymanit se z výhradně domácích prací u plotny a starání se o děti. Tato myšlenka o ošetřovatelství se zrodila v Rusku a byla ovlivněná Pirogovem jako nová příležitost k novému ženskému povolání – ošetřovatelství. Spolek českých lékařů razil myšlenku odborného vzdělání ošetřovatelek. Tedy už od prvopočátku je

vznik našeho ošetřovatelství spjat s myšlenkou školení ošetřovatelek, s myšlenkou výchovy k ošetřování nemocných. Během příprav a jednání mezi spolky vyšel v Ženských listech první článek u nás o ošetřovatelství, který napsala Eliška Krásnohorská s názvem Ošetřovatelky nemocných (Matoušek, 1952).

Začátky výuky na první ošetřovatelské škole nebyly vůbec lehké. Nebyly žádné zkušenosti, žádný vzor, který by pomohl se vznikem nového typu školní instituce, která u nás doposud neexistovala. Během prvních několika let nebyla v budově školy k dispozici žádná odborná demonstrační učebna. Žákyně se učily výkony přímo na pacientech. Jedna ze studentek provozující praxi na I. interní klinice prof. Maixnera dodává: „...Jak měly přednášky vysokou úroveň, tak byl tento pod jakoukoli úroveň vůbec. Učily jsme se doslovně okoukáváním práce tehdejších ošetřovatelek. Byly mezi nimi i velmi dobré a zkušené, od nichž jsme skutečně získávaly, ale většina se k nám stavěla nevráživě. Cítily se poškozeny i tím, že my, odborně vzdělané sestry, nebudeme brát od pacientů úplatky, které pro ně nezdědka tvořily vyšší příjem než vlastní plat“ (Mlýnková, 2009b, s. 11–12). Výuka probíhala krátkodobě v šestiměsíčních kurzech v městském chorobinci na Karlově a byla bezplatná. Kurzu se mohly zúčastnit jen ženy po dvacátém roce věku. Z opatrovnické činnosti se postupně stávala činnost ošetřovatelská. Ještě před zahájením byl vypracován řád ošetřovatelského kurzu, podle něhož pak bylo postupováno při výuce (Matoušek, 1952). Oporou pro ně byly také poznámky ze zápisů Florenc Nightingale Poznámky o ošetřovatelství, které sloužily jako učební texty. Kurz byl zakončený zkouškou jak z praktických dovedností, tak z teoretických vědomostí. Po složení slibu byl novým ošetřovatelkám předán diplom. Konec první ošetřovatelské školy souvisí s otevřením České lékařské fakulty v Praze, k němuž došlo roku 1883. Lékaři, kteří se podíleli na chodu ošetřovatelské školy, nyní dostali nelehký úkol vybudovat lékařskou fakultu. Jejich odchodem nebo možná z politických důvodů škola zanikla, ovšem i přesto svým vznikem a činností poukázala na nutnost systematického vzdělávání sester a tím ovlivnila další směr ošetřovatelství (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Nové vzdělané ošetřovatelky nebyly v praxi vůbec vítané. Byly vnímány s velkou nedůvěrou jak lékaři, nemocnými, tak především stávajícími opatrovníci, které v diplomovaných ošetřovatelkách cítily značnou konkurenci. Zároveň bylo na nové ošetřovatelky nazíráno jako na „slečinky“, kterým vlastní ošetřovatelská péče o znečištěného nemocného příliš „nevoní“, tudíž se očekávalo, že se jí budou vyhýbat.

Když ovšem lékaři, pacienti i opatrovnice viděli, jak na vše rychle reagují, na každé zazvonění, vynášejí a čistí bez jakéhokoliv projevu nelibosti, přestali se na ně dívat skrz prsty. Záhy všichni poznali, že to byly jen strašáky, co jim vrchní napovídaly (Mlýnková, 2009b).

Negativní na práci sester byla její prestiž a pracovní podmínky. Pracovní doba byla velmi dlouhá a sestřím nebyl umožněn čas na dostatek odpočinku. Za přestupky byly sestry nadřizenými nevhodně trestány. Plat sester stěží stačil na minimum jejich potřeb (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Řádové sestry za svoji práci nedostávaly plat. Byla to pro ně nezištná služba Bohu, a proto se ke všem pacientům chovaly stejně. Civilní ošetřovatelky byly placeny minimální mzdou a k tomu dostávaly peníze od pacientů, proto se k nim nechovaly stejně, s respektem a uznáním jako řádové sestry.

Přelomovým rokem pro ošetřovatelství byl rok 1853. Začala prusko–ruská válka (1854–1856) na Krymu. Prusko byla oblast Turecka podporovaná Anglií, Francií a Sardinii (Švejdová, 2011).

Významnou osobností krymské války byl Nikolaj Ivanovič Pirogov, první lékař, který se zajímal o ošetřovatelství (Kutnohorská, 2010). Vyškolil třicet ruských dobrovolných ošetřovatelek pro ruskou frontu na Krymu (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Zde za nejtěžších podmínek použil po prvé v dějinách organizovanou pomoc ošetřovatelek k ošetření tisíců raněných vojáků (Matoušek, 1952). Při školení kladl velký důraz na dodržování hygienických zásad (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Rusko je nejen první zemí, kde se objevily ošetřovatelky a kde byla po prvé organizovaná práce ošetřovatelek u nemocných, ale Rusko je také zemí, kde se objevila po prvé organizovaná snaha po výuce ošetřovatelství, po školení ošetřovatelek. Už za krymské války byl založen Krestvozdviženský spolek milosrdných sester, jak se zpočátku říkalo ošetřovatelkám v Rusku, které ošetřovaly raněné a nemocné. Spolek si pak vytvořil svou nemocnici, kde byla věnována pozornost školení nových sester (Matoušek, 1952). Jean Henri Dunant je další významnou osobností pro ošetřovatelství. V českých zemích ovlivnil vývoj vzdělávání ošetřovatelek, které pak mohly jít studovat do zahraničí, a to hlavně do Anglie (Kutnohorská, 2010).

Další významnou osobou 19. století související s ošetřovatelstvím byla Florenc Nightingale. Díky své vůli, nezdolné vytrvalosti, touze, vášni, znalostem, tvrdohlavosti,

nezdolnosti a neochotě vzdát se svých snů dokázala věci, které se mnohým zprvu zdály nemožné. Jako první položila základy moderního ošetrovatelství (Švejnová, 2011).

Základem pro práci v krymské válce jí byly znalosti a zkušenosti, které nasbírala návštěvami nemocných v nemocnicích, studiem zdravotní péče a vedením malé ošetrovatelské instituce (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Na žádost svého přítele Florenc Nightingale odjíždí se čtyřiceti dalšími dobrovolnými sestrami na Krym do vojenského lazaretu, kde nalezne přes 2000 vojáků v těžkém stavu a ve strašných podmínkách. Na jednom lůžku byli i dva nemocní. Pokud nebylo lůžko, leželi ranění na zemi. Strava se podávala jen jednou denně, a to jen zbytky, protože přednost měli vojáci zdraví, schopní boje (Švejnová, 2011).

Díky organizovanosti, pravidelnému dohlížení na práci ošetrovatelky a nepřetržitému sledování stavu pacientů zásadně ovlivnila úmrtnost vojáků na následky zranění a infekcí (Švejnová, 2011; Pospíšilová, Tóthová, 2014). Pracovala až do úplného vyčerpání – vysvětlovala, ukazovala, přesvědčovala, přičemž navíc ke všem těmto povinnostem zařizovala i takové věci jako psaní domů jménem vojáků a posílání jejich mezd rodinám. Do nemocnice zavedla i čítárny. Odměnou jí byl respekt a roku 1856 se po návratu do Anglie stala národní hrdinkou (Chvátalová, 2009).

Florence Nightingale začala tím nejjednodušším, a to větráním místností, čerstvou stravou 3x denně. Lůžko bylo určeno pouze pro jednoho nemocného. Každý musel být jednou denně umyt, musel mít čisté lůžko a denní světlo (Nightingale, 1874). Florence Nightingale zavedla do nemocnice prádelnu, kuchyň, jídelnu a čítárnu. Po nocích chodila s lampou a kontrolovala stav raněných (Švejnová, 2011). Tato neúnavná práce si ale vyžádala na jejím těle vysokou daň. Onemocněla cholerou, úplavicí a trpěla revmatismem (Pospíšilová, Tóthová, 2014). I přesto se nevzdala. Přímou z lůžka vedla kampaně za zlepšení veřejného zdraví, psala otevřené dopisy začínajícím ošetrovatelkám s radami a povzbuzením (Chvátalová, 2009). Díky zpravodajství se dozvídá svět o jejích zásluhách (Švejnová, 2011; Pospíšilová, Tóthová, 2014). V Anglii uspořádají veřejnou sbírku, která Florence Nightingale pomůže reformovat civilní zdravotnictví. Zakládá roku 1860 první ošetrovatelskou školu, která byla otevřena při nemocnici sv. Tomáše v Londýně (Chvátalová, 2009). Studentky zde procházejí ročním kurzem, který má jak teoretickou, tak praktickou výuku pod dohledem zkušené sestry (Švejnová, 2011; Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Florenc vypracovala také podrobný systém hodnocení studentek a naopak studentky zase mohly hodnotit a kritizovat své učitele, čímž mohlo docházet ke změnám, které byly prospěšné pro obě strany. Studentky ošetrovatelství byly ubytovány v určené části nemocnice ve vlastních pokojích se společným sociálním zařízením. Učily se ve třídách a současně praktikovaly ošetrovatelství u pacientů v nemocnici. Studium ošetrovatelství trvalo jeden rok. V ročníku bylo 20–30 posluchaček (Wichsová, 2005).

Od roku 1864 pracovala Nightingale na projektech domácí péče, ošetrovatelské péče, porodnice a vojenských kasáren. Byla první, kdo technicky rozdělil poskytování péče různým pacientům. Do této doby byli muži, ženy i děti umístěni společně na jednom pokoji (Wichsová, 2005).

Byl to začátek moderního vzdělávání sester. Díky Florenc Nightingale se zrodilo nové respektované povolání. Starat se o nemocné přestávalo být pod úroveň. Studovat ošetrovatelství ve škole Florenc Nightingale tak přicházelo mnoho dívek ze zámožných rodin a byly hrdé, že se mohou nazývat „nurse“ (Chvátalová, 2009). Zanedlouho poté, co byla založena ošetrovatelská škola v Anglii, začaly vznikat školy v dalších větších městech. Právě vzdělané sestry byly důvodem zvyšující se kvality ošetrovatelské péče, zejména té nemocniční. Sestry si uvědomovaly potřebu určitého organizování. Sdružovaly se a vytvářely národní profesní organizace sester. V roce 1899 se první národní sesterské organizace spojily a zásluhou Florenc Nightingale vznikla Mezinárodní rada sester, která působí dodnes (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Nightingale sepsala a vydala roku 1860 své postřehy do zápisků Poznámky o ošetrovatelství, které sloužily jako učební texty pro mnoho ošetrovatelských škol a jejichž obsah je aktuální dodnes. Její poznámky sloužily nejen civilním ošetrovatelkám, ale i ošetrovatelkám církevním (Švejdová, 2011; Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Nastínila zde základní principy moderního ošetrovatelství – svědomité pozorování a vnímavost k pacientovým potřebám. Dále uveřejnila celkem 200 knih, brožur a zpráv. Její Poznámky o ošetrovatelství byly přeloženy do jedenácti jazyků, vycházejí dodnes – přestože od jejich vzniku v příštím roce uplyne už neuvěřitelných 158 let (Chvátalová, 2009).

Uspokojování hygienických potřeb nemocného, potřeba čerstvého vzduchu, výživy, odpočinku, komfortu, podnětného a příjemného prostředí – to byly základní zásady nového ošetrovatelského přístupu podle Florenc Nightingale. Ošetrovatelství si představovala jako samostatnou profesi, oddělenou od medicíny (Švejsová, 2011). Díky ní se z něj také stalo důstojné a civilní zaměstnání pro ženy středních vrstev. Šířila a přibližovala myšlenku systematického vzdělávání sester. Zavedla také funkci hlavní sestry jako vedoucího ošetrovatelského personálu (Švejsová, 2011; Pospíšilová, Tóthová, 2014). U nás vykonávala v květnu 1940 tuto funkci Jarmila Roušarová v Praze (Krausová, 2010).

Reformy, jež Florenc Nightingale zavedla, velkou měrou ovlivnily moderní ošetrovatelství. Znamenaly položení základů samostatného profesionálního ošetrovatelství vyžadujícího kvalitní přípravu ošetrovatelek (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Osobnost F. Nightingale ovlivnila české ženské emancipační hnutí, pro které představovala inspirativní, nezávislou ženu, která se uměla postarat o sebe i o druhé (Kutnohorská, 2010).

Ošetrovatelství se dále měnilo s vydáváním zdravotnických zákonů v letech 1870–1888, které se odrazily nejen v ambulantní, ale i nemocniční péči. Dále se rozrůstal počet nemocnic na venkově i rozšiřování těch stávajících, ovšem stále nekoordinovaně, protože neexistoval zákon, který by městům a okresům nařizoval jejich budování (Hlaváčková et al., 2011).

Především v 2. polovině 19. století pronikala medicína do nemocnic a lékaři potřebovali pomocníka, který by byl při ošetrování nemocných schopný odborné komunikace a racionálního myšlení. Sestra byla vůči lékaři povinna naprostou poslušností. V případech, kdy se lékař mýlil, musela projevit naprostou loajálnost, a aby nedocházelo zbytečně k nedorozumění a pochybám ze strany pacienta, nepovažovalo se za příliš vhodné, probírala-li sestra s pacientem lékařské záležitosti (Krausová, 2010).

Významným faktem je, že do konce 19. století neexistuje sociální ani důchodové pojištění. Dříve se o sirotky či opuštěné staré osoby postarala širší rodina, sousedská pospolitost nebo obec. Tyto struktury ale přestávají stačit. Ve městě se žije jinak a počet sociálně potřebných několikanásobně stoupl. Vzniká místo, které nepokrývá ani stát, ani obec či jiné instituce a toto prázdné místo je ponecháno povětšinou ve správě církvi, která zmírňuje nelítostné důsledky průmyslové revoluce. Právě řeholnice

zaujmou místo ve státních a městských chudobincích, nemocnicích, sirotčincích a zakládají s pomocí mecenášů světských či církevních ústavy nové (Petráček, 2013). Dochází tak k novému rozvoji ženských kongregací, které se věnují práci ve školství a zdravotnictví (Kutnohorská, 2010). Poté, co se jim podaří uspokojit ty nejzákladnější potřeby lidí, zapojují se do dalších činností. Zakládají například ústavy pro hluché a němé děti nebo pro slepce, kde se snaží jinak osoby pro průmyslovou společnost „zbytečné“ naučit co největší samostatnosti. Učí je řemeslům a vedou jejich život smysluplně a s lidskou důstojností. Za těch mnoho let pomohly tisícům a tisícům lidí, kteří by jinak byli odkázáni jen na rodinnou solidaritu, pomoc obce nebo žebrání na ulicích. Dá se bez nadsázky tvrdit, že příslušnice řeholních kongregací dokázaly zastoupit stát tam, kde naprosto selhal a nedokázal zvládnout problémy společnosti v 19. století (Petráček, 2013).

3.3 Vývoj ošetrovatelství v 1. polovině 20. století

Nařízením rakouského ministerstva vnitra o profesionálním ošetrovatelství č. 139 z 25. června 1914 bylo zahájeno systematické vzdělávání ošetrovatelek nemocných. Tento dokument dal vznik pěti ošetrovatelských škol v tehdejší rakouské monarchii, do které patřily i české země (Vytejková, 2014). Patří mezi ně ošetrovatelská škola při Všeobecné nemocnici ve Vídni, ošetrovatelská škola v Terstu, ošetrovatelská škola Červeného kříže ve Vídni a dvě ošetrovatelské školy při Všeobecné nemocnici v Praze. Byly to Česká ošetrovatelská škola a Německá ošetrovatelská škola (Vytejková, 2014; Platt, 1920).

Ve Vídni se vzdělávaly například Boromejky, poté ale v Čsl. Státní ošetrovatelské škole. Roku 1939 otevřela kongregace v nemocnici Pod Petřínem vlastní církevní ošetrovatelskou školu, která získala právo veřejnosti, tj. vychovávala i civilní žákyně (Staňková, 2003).

První ošetrovatelská škola v Praze, ale i na celém území Rakouska-Uherska již existovala před vydáním tohoto právního dokumentu. Její činnost trvala od roku 1874 do roku 1881 a byla zřízená při Všeobecné nemocnici. Výuka byla zajišťována pedagogy z pražské univerzity (Vytejková, 2014).

Hlavním úkolem obou ošetrovatelských škol (jak německé, tak české) bylo ve dvou letech vycvičit ošetrovatelky nemocných zejména pro službu ve Všeobecné nemocnici (Vytejková, 2014)

Ošetrovatelská škola vznikla v Praze roku 1916. Nesla název Státní (Česká) dvouletá ošetrovatelská škola (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Přijímány byly žákyně světského i duchovního stavu, které se chtěly věnovat službě. Žákyně duchovního stavu směly zůstat ve svazku svého řádu, ale světské žákyně musely po dobu studia bydlet ve školním internátě. Přijímány byly dívky a paní, které měly rakouské státní občanství, byly zletilé (18let), pokud nebyly, musely doložit souhlas otce nebo poručného úřadu. Musely prokázat bezúhonnost, být tělesně i duševně způsobilé pro ošetrovatelské povolání a musely mít úspěšně dochozenou měšťanskou školu. Do školy nebyly přijímány uchazečky, které pečovaly o nedospělé dítě a vedly vlastní domácnost. Sestry duchovních řádů se směly ke studiu hlásit pouze se svolením řádových představených (Vytejková, 2014).

Přijímací zkoušky se skládaly ze dvou částí. Písemná zkouška obsahovala diktát, slohový úkol a dva početní příklady z praktického života. Ústní zkouška měla za cíl zjistit stupeň inteligence uchazečky. Byly preferovány ty uchazečky, které se po ukončení studia dobrovolně hlásily k nejméně tříleté službě při epidemiích a ve válce při ošetrování nemocných a raněných. Po přijímacím řízení byly studentky prozatímně přijaty na tři měsíce. Během této doby mohly dobrovolně, bez udání důvodu školu a internát opustit. Poté bylo jejich přijetí definitivní. Přijaté žákyně dostávaly odznak ošetrovatelek nemocných. Jejich studium se skládalo z tzv. roku učebného (teoretického) a z roku zkušebného (praktického). Ovšem během jejich studia byly kladeny nároky nejen na teoretické a praktické znalosti, ale byl kladen důraz na jejich výchovu. To zajišťovala představená školy. Z dostupných archivních materiálů je zřejmé, že šlo o osobnostní a společenský rozvoj žákyň, na který se kladl důraz (Vytejková, 2014).

Poměr hodin teorie a praxe byl ve 30. letech 20. století 1:8 a posléze 1:6. Po dobu učebného roku se žákyně nazývaly „žákyně ošetrovatelství“, po jeho uplynutí „ošetrovatelka na zkoušku“. Po prvním roce studia musely žákyně splnit zkoušku, na základě které mohly být připuštěny do roku zkušebného, tudíž k praktickému vyučování. Ošetrovatelky na zkoušku, které splnily kladené podmínky, byly připuštěny

ke státní zkoušce diplomové. Udělením takového dokumentu opravňovalo ošetřovatelky k užívání titulu „diplomovaná ošetřovatelka nemocných“ (Příloha 1) (Vytejková, 2014).

Na škole se vyučovala anatomie, fyziologie, patologie, bakteriologie, farmakologie, hygiena, nauka o potravinách, ošetřování interně nemocného, ošetřování chirurgicky nemocného, gynekologie, porodnictví, ošetřování a hygiena batolat, ošetřování dětských nemocí, vodoléčba a elektroléčba, masáž, dietetika, administrace nemocnice atd. Škola měla vysokou odbornou úroveň také díky profesorům a docentům lékařské fakulty - Weigner, Babák, Maixner, Jedlička, Jankovský a další, kteří zde vyučovali. První dva roky ji vedla představená Františka Fajfrová. Vnímala ošetřovatelské povolání pro ženu jako poslání. Ze svých zkušeností zjistila, že byť jsou krátkodobé kurzy pro ošetřovatelky přínosné, jsou zároveň ale i nedostačující pro vykonávání kvalitní ošetřovatelské péče a usilovně se snažila několik let o vybudování ošetřovatelské školy (Mlýnková, 2009a). Ve škole se evidoval i zdravotní stav žákyň, který byl téměř po celý rok dobrý. Řádové sestry sloužily na všech odděleních, u lůžka nemocných, na sálech, v laboratořích, v kuchyni i v prádelně (Ptáček, 1999; Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 1941). Při studiu zdrojů mě nadchla poctivost při psaní těchto materiálů určených pro studenty ošetřovatelství. Byly na odborné úrovni s detailním popisem, ovšem každým rokem s novými a novými poznatky blízcími se naší době. Bylo také zajímavé pozorovat, jak v minulých dobách přemýšleli lékaři a sestry o své práci, o tom, jak ošetřovat a léčit, co pro ně znamená pacient, jak nemoc může člověka ovlivnit i psychicky, jaký má nemoc dopad na nemocného a jeho okolí.

Praktikováno bylo hlavně ve Všeobecné veřejné nemocnici na Královských Vinohradech, kromě toho v Zemské porodnici na II. české gynekologicko-porodnické klinice, v Zemském ústavu pro péči o dítě v Praze II. a na gynekologicko-porodnickém oddělení Veřejné všeobecné okresní nemocnice v Českých Budějovicích. Zde se sestry Boromejky střídaly po 8 týdnech (Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 1941).

Vedle řádových sester se tak při práci v nemocnicích setkávaly i dvě kategorie civilního ošetřovatelského personálu. Diplomované ošetřovatelky a pomocné ošetřovatelky bez vzdělání, které byly na nemocničním oddělení pouze zacvičeny. Jediné řeholní sestry měly svou sociální jistotu. Jejich práce byla motivována náboženstvím a kladně se

odrážela v péči o nemocné. Svou vírou neovlivňovaly jen nemocné, ale také ošetrovatelský personál. Obě kategorie ošetrovatelek měly velmi nízké sociální postavení. Především jejich finanční odměna byla nedostačující. Ubytovány byly často přímo na pokojích nemocných (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Práce sester a žákyň začínala v 6:30 hodin po předání písemného a ústního hlášení noční služby. Na pokoje nemocných přišly ošetrovatelky tří typů: diplomované sestry v modrých šatech, „zkušební sestry“ (žákyně 2. ročníku) v šedých šatech a nejmladší žákyně z 1. ročníku v bílých zástěrách. Chodící nemocní se sami umývali a čekali na úpravu lůžka. Většinou seděli pospolu a líčili si své zážitky z noci. Jejich lůžka upravovaly a stlaly nejmladší žákyně. Dívky 2. ročníku se věnovaly imobilním nemocným. Práci žákyň bedlivě sledovala školní vrchní sestra. Po hygienické péči a úpravě lůžek byl čas na mytí nábytku, což měly v kompetenci nejmladší dívky, jimiž se říkalo „mycí společnost“ nebo „armáda úklidu“. Poté se podávala snídaně a měřily se fyziologické funkce. Kolem 8. hodiny byly vizity lékařů, během nichž lékaři vyžadovali naprosté ticho (Mlýnková, 2009b). Po vizitě se prováděly různé terapie, a to podávání léků, masáže, hydroterapie, elektroterapie. V odpoledních hodinách probíhala opět hygienická péče, úprava pacienta a vizita. Diplomované sestry pracovaly společně se žákyněmi, za jejichž práci také odpovídaly (Šťastný, Panýrek, 1901).

Žákyně docházely během 70 dnů na oddělení vnitřních nemocí a na chirurgické oddělení, kde měly tzv. denní službu pokojovou a noční službu. V dětské nemocnici konaly denní pokojovou službu, docházely na ambulanci a do poradny pro vrozené krevní choroby. Zde byla praxe 21 dní. Praxi v sociálních ústavech nekonala všechna děvčata z důvodu časového omezení. Dívky, které měly to štěstí, se seznámily s prací v poradně pro matky a děti do 14 let, v jeslích a v rodinách. V Ústavu pro choromyslné probíhala praktická výuka na pokojích nemocných po dobu 30 dnů. V rámci teoretického předmětu „dieta v nemocnici“ probíhala praxe v kuchyni, kde se dívky seznamovaly s vařením diet po dobu 22 hodin. Výuka ošetrovatelské techniky probíhala v odborné učebně, která byla postupem let zřízena a vybavována potřebnými pomůckami, včetně ošetrovatelského modelu člověka. Po řádném probrání učební látky v prvním semestru 1. ročníku docházely žákyně po šestičlenných skupinách za vedení sestry představené a obou školních sester na ranní práce do nemocnice. Postupně se přidával počet „pracovních“ hodin, takže žákyně praktikovaly celé dopoledne, nebo odpoledne (Mlýnková, 2009a). Poté se dostatečně seznámily s problematikou školní

stanice, nastoupily celodenní směnu. Škola požadovala z každého oddělení písemné hodnocení žákyň. Žákyně nevychovala pouze ke kvalitní instrumentální ošetrovatelské péči, ale byly vedeny k tomu, aby si vypěstovaly opravdový vztah zejména k lidem opuštěným, zanedbaným, dospělým i dětem. To se lze nejlépe naučit pouze u lůžka nemocného (Šťastný, Panýrek, 1901). Sestry se věnují pacientům i v době nepřítomnosti lékaře. V dobách, kdy byly povoleny návštěvy jen dvakrát týdně, byly navíc osobními důvěřnicemi svěřených nemocných. Tuto roli důvěřnic pacientů a často i rodin mají vlastně dodnes (Drábková, Eliášová, 2003).

Kromě dvouletého studia měly být zřízeny i teoreticko-praktické pokračovací kurzy pro personál ze Všeobecné nemocnice v Praze a z ústavů, které souvisely s ošetrovatelskou školou. Účelem kurzů bylo připravit frekventantky k diplomové zkoušce i bez nutnosti tuto školu navštěvovat (Vytejková, 2014). Absolventky ošetrovatelských škol byly teoreticky i prakticky vyškoleny v ošetrování nemocných v nemocnicích i jiných ústavech, dále pro vyučování v ošetrovatelských školách i pro dozor v nich a pro různá další odvětví veřejné zdravotní péče (Ptáček, 1999).

Ošetrovatelské školy nevznikaly jen v Praze, ale i v dalších městech, a to v Chomutově roku 1917, v Opavě roku 1926, v Hradci Králové roku 1935, v Brně v Sirotčí ulici roku 1936, ve Znojmě roku 1937, v Moravské Ostravě roku 1937, v Kroměříži roku 1939, v Olomouci roku 1939, v Brně v Černé ulici roku 1939 a další. Na Praze III pak vznikla roku 1939 Ošetrovatelská škola Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (Vytejková, 2014).

Myšlenka založit v Hradci Králové (sídle biskupství) druhou ošetrovatelskou školu v Čechách vznikla roku 1935 z popudu papeže Pia XI. na kongresu katolických ošetrovatelek v Římě. Papež se za zakládání takovýchto škol přimlouval a kladl důraz na odborné školení sester (Ptáček, 1999).

Roku 1921 založily první absolventky ošetrovatelské školy Spolek absolventek ošetrovatelské školy. O sedm let později byl přejmenován na Spolek diplomovaných sester, který se zasloužil o budování sesterských ubytoven, rozšíření občanské svobody ošetrovatelek, změnu pracovní doby a dovolené. Jeho členky usilovaly o poskytování kvalifikované služby nemocným a sociálně potřebným občanům. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kurzy, podporoval budování dalších ošetrovatelských škol a spolupracoval se zahraničními sesterskými institucemi. Postupem času se úroveň

vzdělávání sester, ošetrovatelské péče i její organizace zlepšovaly. Snažily se nejen o rozvoj nemocniční činnosti v českém ošetrovatelství, ale i o zlepšení činnosti v primární péči, tedy v terénu. Pro práci v terénu byly sestry připravovány v rámci jednoletého studia na Vyšší sociální škole, otevřené roku 1918 v Praze. V terénní péči se sestry zaměřovaly na výchovu sociálně slabších jedinců ke zdravotnímu uvědomění, rodičovství a prevenci šíření infekčních chorob. Po roce 1948 terénní práce sester zanikla. Obnovena byla až v 70. letech prostřednictvím geriatrické sestry v rámci návštěvní doby (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Dále se zlepšily podmínky ošetrovatelky vládním nařízením z března roku 1927. Došlo k úpravě jejich služebních a platových poměrů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních ve Všeobecné nemocnici v Praze. Docházelo tak ke zlepšení sociálního postavení sester současně se zvyšující se úrovní ošetrovatelské péče (Krausová, 2010).

Významný propad pro řádové ošetrovatelství nastává pro většinu řádů po první světové válce a změně režimu po roce 1918. Místo monarchie nastupuje republika, ve které je katolická církev pouze trpěna. Činnost řeholnic v nemocnicích a útulcích nemohl ve skutečnosti nikdo nahradit, ale z oblasti školství byly vytlačovány (Petráček, 2013).

Období vzniku samostatného Československého státu roku 1918 byl historickým přelomem v životě našich národů. O charakteru nového státu rozhodla česká buržoazie jako hlavní složka národní a demokratické revoluce. Během 20 let získalo Československo v Evropě postavení vyspělého kulturního státu. Řadu pozitivních změn si přinesla samostatnost pro naše školství a zdravotnictví. Úspěšný začátek prvních let republiky ale vystřídala stagnace v souvislosti s ekonomickými, sociálními a politickými problémy mladého státu (Hlaváčková et al., 2011).

Nejtemnější částí dějin českého národa je období 17. 11. 1939. Druhá světová válka znamenala zlom ve vývoji československého ošetrovatelství. Jakákoliv publikační činnost byla zastavena. Přestaly být otevírány nové obory na vysokých školách. Byla zastavena mezinárodní spolupráce. Lékaři i sestry byli gestapem odváděni přímo z pracovišť nebo byli ihned propouštěni ze zaměstnání. Mnoho kvalifikovaných i nekvalifikovaných sester působilo ve válce v odbojovém hnutí, jiné byly zapojeny do zahraniční armády (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Výuka na ošetrovatelských školách dále pokračovala, válečné hrůzy naléhavě zvyšovaly potřebu ošetrovatelského personálu. Nejvíce vzdělaných sester pracovalo v největších všeobecných nemocnicích

– v Praze a v Brně. Nedostatek ošetřovatelek a význam jejich práce jim přinášely i určitou výhodu, byly uchráněny před totálním nasazením (Krausová, 2010).

Zdárný rozvoj významného pražského zdravotnického zařízení, jež bylo v rukou Řádu Milosrdných bratří, velmi tvrdě zastavila druhá světová válka. V roce 1941 byl řád zrušen a majetek propadl ve prospěch německé říše. Samotná nemocnice byla přeměněna na lazaret příslušníků Luftwaffe (Jokl, 2001). Hluboká krize nastala pro všechny řády. Ubývalo mladých lidí a tím také ubývalo ošetřovatelů, kteří by mohli plnit své poslání v nemocnicích při ošetřování nemocných. Ani pro Kongregaci Milosrdných sester to nebyly lehké časy (Karmasýnová, 1973). Po porážce Německa byla Kongregace označena za přísluhovače nacismu a její nemocnice byla po téměř 110 letech předána státu jako pobočka Státní fakultní nemocnice (Kutnohorská, 2010; Smit, 2014).

Po osvobození v roce 1945 byl mnohým řádům jejich majetek navrácen. Tyse snažily vrátit vše do původního stavu a najít si své místo a určení ve zdravotnictví poválečné republiky. Bohužel na to měly jen necelé 3 roky, tedy dobu příliš krátkou na zahlázení válečných ran (Jokl, 2001).

Po skončení války se zvýšila potřeba především kvalifikovaného ošetřovatelského personálu. V platnost vstoupily organizační řády, pracovní náplně sester, práva a povinnosti staničních a vrchních sester. Postupem doby si sestry získávaly uznání ze stran vedoucích lékařů. Byly považovány za významné spolupracovnice, které lékař potřeboval pro zajištění kvalitní odborné ošetřovatelské péče (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V květnu 1940 vydalo ministerstvo sociálních věcí stanovisko, kde je popis náplně práce všech zaměstnanců všeobecných veřejných nemocnic (Krausová, 2010). Pokrokovou školou byla po válce Vyšší ošetřovatelská škola, otevřená roku 1946 v Praze. Poskytovala sestrám na ošetřovatelských školách specializační pedagogické vzdělání, dále pak připravovala vrchní sestry pro řídicí funkci v ošetřovatelství. Současně s rozvojem medicíny a techniky se rozrůstala i činnost lékařů a povinnosti sester–ošetřovatelek (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Další významnou změnu v rozvoji poválečného československého ošetřovatelství znamenal komunistický převrat v únoru roku 1948. Ošetřovatelské školy byly sloučeny

a přejmenovány na střední zdravotnické školy, které připravovaly všechny kategorie zdravotnických pracovníků. Pracovní podmínky byly ovšem stále nedostačující. I přestože pracovní zákon nedovoloval delší než osmihodinovou pracovní dobu, v praxi tomu bylo jinak. Přesčasové hodiny ani služby o víkendech a svátcích nebo noční směny nebyly finančně zvýhodněny. Celkový počet odpracovaných hodin často neodpovídal osmačtyřiceti hodinám stanoveným zákonem (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Činnost československých sester byla dlouhodobě omezena. Komunistický režim jim nedovoloval založit vlastní profesní organizaci, proto byly všechny sestry sdruženy v Revolučním odborovém hnutí. O osudu pracovníků včetně sester na jejich pracovištích a v místě bydliště rozhodovaly výbory komunistické strany (Vlček, 2004).

Těžké časy si prožily nejen civilní ošetřovatelky, ale i řádové sestry. Období totality násilně přerušilo staletou tradici řádových nemocnic s výchovou vlastních ošetřovatelů a ošetřovatelek, která zvláště na počátku jejich činnosti byla mnohem kvalitnější než výchova světského ošetřovatelského personálu ve všeobecných nemocnicích (Hlaváčková, 1996a). Komunisté církev pronásledovali a perzekuovali. V roce 1949 byly rušeny církevní školy, vyjma škol pro postižené děti (Vlček, 2004). Nemocnice byly zestátněny, řeholní sestry byly postupně nahrazovány civilními sestrami (Staňková, 2003). Do vězení byli odsouzeni kněží, řeholníci i aktivní věřící ve vykonstruovaných politických procesech. Cílem byla úplná likvidace řeholního i církevního života (Vlček, 2004).

3.4 Vývoj ošetřovatelství ve 2. polovině 20. století

Komunisté se obávali vlivu katolické církve a nařídili likvidaci mužských i ženských klášterů, a touto hrubou a násilnou činností chtěli její vliv značně oslabit (Ptáček, 1999). Členové mužských řádů byli během dubna 1950 vystěhováni z klášterů, které byly zabaveny ve prospěch státu. Pouze s nejnnutnějšími věcmi byli odvezeni do soustředěvacích táborů. Jediným mužským řádem, který byl ušetřen, byl řád Milosrdných bratří. Jeho výhoda byla v tom, že šlo o velmi kvalifikované ošetřovatele v nemocnicích a v domovech důchodců, a tak se jejich velký počet nedal v těchto zařízeních snadno a rychle nahradit. Přesto neušli ti nejvyšší představitelé řádu odsouzení. Jejich nemocnice byly zestátněny a činnost Milosrdných bratří ve zdravotnictví byla omezená. Obdobná situace čekala i ženské řády. Cílem byla redukce členek řeholních řádů na co nejmenší počet, odchod mladých členek do

civilního života a rušení nemocnic a sociálních ústavů s řeholním personálem. Sestry byly využívány jako levné pracovní síly převážně v obtížných sociálních provozech (např. péče o mentálně a tělesně postižené), dále v průmyslu jako tkadleny a přadleny a v zemědělství (Vlček, 2005). Některé řádové sestry pak byly převezeny do Albrechtic u polských hranic (Koutníková, 1996).

Netypickým řádem byla Kongregace svaté Zdislavy. Její členky měly možnost chodit v civilním oblečení, mohly mít civilní zaměstnání a žít civilním soukromým životem. Na rozdíl od jiných řádových sester nemusely nemocnice opustit, protože nebyly nápadné a chodily mimo službu v civilním oblečení. Víru mohly vyznávat v soukromí. Musely skládat slib chudoby, čistoty a poslušnosti a musely se účastnit pravidelných setkání. Jejich činnost byla i přesto postupně zastavená vlivem nízkého zájmu o tuto práci (Staňková, 2003).

Vzhledem k nedostatku odborných zdravotníků, kteří měli nahradit civilní sestry, byl jejich odchod ze zdravotnictví odložen. Řeholnicím, které ve zdravotnictví zůstaly, byla zakázána jakákoliv náboženská činnost. Byly podrobovány systematické politické převýchově. V následujících šestiměsíčních kurzech byly školeny civilní ošetřovatelky jako nástupkyně za řádové sestry, které musely odejít do domovů důchodců a ústavů sociální péče. Tato výměna byla dokončená až roku 1962 (Vlček, 2005).

Následkem tohoto komunistického působení v Československu vznikla Česká katolická charita. Jde o specifickou službu, která je státem poskytována starším řeholnicím a kněžím jako následek křivd, vzniklých jejich násilným stěhováním v padesátých letech. Na dlouhou dobu byl přerušen jejich přirozený život v kláštrech. Počet řeholníků se během totality značně snížil. V produktivním věku bylo minimum řeholníků a klášterní budovy vrácené řádům byly většinou v dezolátním stavu. Některé kongregace nebyly schopny se v plné míře o sestry postarat samy. Domovy České katolické charity poskytují komplexní služby (ubytování, stravování, rehabilitační péči, pomoc s hygienou) řeholnicím a duchovním. Díky těmto domovům mohou zůstat ve svých komunitách a přitom mají trvalou péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Důležitým prvkem v péči je umožnění realizace duchovního poslání obyvatel domovů, kde je jim umožněno sloužit denně mši svatou. Proto je ve všech domovech velmi důležitá kaple, aby obyvatelé mohli i nadále žít plnohodnotným životem modlitby, což

je pro ně ve stáří podstatná forma realizace jejich životního poslání (Česká katolická charita, 2017).

V období Pražského jara roku 1968 požádala některá řeholní společenství o možnost obnovy veřejné činnosti (Ptáček, 1999).

Po roce 1989 se řeholníci mohli opět vrátit do veřejného života i do zdravotnických a sociálních služeb. Bohužel se již nenacházeli ve zdravotnictví v takovém počtu, jako tomu bylo před rokem 1948. Jejich návrat byl pozvolný a dodnes tvoří jen malou část všech zdravotnických pracovníků (Hlaváčková, 1996a).

Ošetřování v průběhu let se měnilo v souvislosti s novými poznatky. Do této doby bylo typické ošetřovat tzv. funkčním systémem, kdy každá sestra měla na starost nějaký výkon. Velkou nevýhodou bylo, že žádná sestra neznala konkrétně jednoho pacienta a jeho potřeby a žádný pacient neznal svou sestru. Až v 70. letech se v USA podařilo tento systém přeměnit na systém skupinové péče (Švejdrová, 2011).

První sestry pracovaly, aniž by měly nárok na osobní život a neměly materiální starosti. Časy se změnily. V roce 1968 byla v Londýně snad první stávka zdravotních sester v historii za zvýšení mezd. Veřejnost jejich počínání odsuzovala a kritizovala. Náhle se tím ozřejmilo, že jde o povolání, které je morálně vysoce hodnoceno. Vyvíjí se v souladu s rozvojem moderní medicíny. Ale aristokratické a řádové sestry se transformovaly do občanek civilní společnosti s běžnými potřebami a vlastním osobním životem. Sedmdesátá léta a konec 20. století se stal přelomovým v náhledu na povolání sester. Odborná úroveň se dále zvyšovala. Tomu se musel přizpůsobit i nový profil sestry. Měla si zachovat předchozí empatii a připojit technické znalosti, flexibilitu myšlení a rychlost v počínání, dokonce i samostatné rozhodování a zodpovědnost. Tomu odpovídalo i jejich nové vzdělání – pomaturitní, vyšší odborné a postupně i vysokoškolské bakalářské a magisterské. Sestry se staly určitou elitou, i ve finančním hodnocení se příznivě odlišily od sester na odděleních standardní péče. Vztahy k lékařům se změnily – sestra se posunula v hierarchii na horizontální úroveň a přijala s tím související úkol se trvale vzdělávat, rozšířit rozsah své činnosti, nést samostatnou zodpovědnost a vyučovat další kandidátky (Drábková, Eliášová, 2003).

Ve 2. polovině 20. století se začala měnit i oblast výzkumu. Zásluhy již nebyly připisovány jednotlivcům, lékařům, kteří byli zapálení pro svou práci, ale odteď byly

výzkumy natolik komplikované, že musely být prováděny v týmu pod záštitou některé farmaceutické či technologické společnosti (Švejdvová, 2011).

V roce 1960 vznikl u nás Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Možnost dalšího vysokoškolského vzdělání mají sestry od roku 1992 otevřením bakalářského studia ošetrovatelství na některých lékařských fakultách, později také na fakultách zdravotně sociálních. Zde se sestry odborně vzdělávají a zvyšují si svoji kvalifikaci. Moderní ošetrovatelství vyžaduje od sester mnohem větší samostatnost, odpovědnost a zaměřenost na lidský aspekt kontaktu s nemocným, respektování jeho rovnoprávnosti v rozhodování a účasti na vlastní péči. Současné ošetrovatelství, ošetrovatelství jako profese, se snaží všemi těmito reformami a změnou myšlení každého, kdo se snaží pomoci nemocnému člověku (Pospíšilová, Tóthová, 2014), naplnit odkaz zakladatelky Florenc Nightingale.

Aby se ošetrovatelství stalo samostatným respektovaným oborem, potřebovalo mít svůj vědecký základ. Marjory Gordon byla první, kdo definoval model ošetrovatelství, model funkčního zdraví. Postupně se přidávaly i další ošetrovatelské modely od různých autorek. Důležité bylo sestavení ošetrovatelských diagnóz a jejich pojmenování. Tomu vděčíme Americké asociaci pro sesterskou diagnostiku (NANDA). Systém ošetrovatelských diagnóz se rozvíjí i dnes. Sestra musela také vše písemně zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, jaké činnosti u pacienta vykonala (Švejdvová, 2011) aj.

Ani dnes není vývoj ošetrovatelství dokončen. Práce sester se stává stále více odbornou, technicky náročnou, přibývá kompetencí, vše musí být v souladu s celou osobností člověka a holistickým přístupem k pacientovi. Z toho důvodu sestry dále studují a prohlubují své znalosti a dovednosti. Snahou je, aby sestra poskytovala vysoce kvalitní péči s ohledem na všechny pacientovy potřeby (Švejdvová, 2011). V současnosti se řády opět věnují poskytování pomoci nemocným a trpícím po celém světě. V Čechách se například Řád svatého Lazara věnuje podpoře Dětské psychiatrické nemocnice v Opařanech (Řehořová, 2014). Založil také hospic Štrasburk v Praze–Bohnicích (Vaníčková, 1999).

Sestry Boromejky poskytují i nadále komplexní sociální a léčebnou péči a komplexní rehabilitaci (Koutníková, 1996).

Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského zakládá a podporuje v současnosti nemocnice po celém světě, mezi nimi zvláště leprosária v rozvojových zemích a poskytuje jim potřebnou materiální a finanční pomoc (Brix, 1991).

Řádové sestry svaté Alžběty i dnes působí v nemocnici Na Slupi (Staňková, 2003).

Kongregace Šedých sester u svatého Bartoloměje v Praze v současnosti pracuje v charitním domově pro řeholnice v Opavě, v Olomouci a v nemocnici v Uherském Hradišti. Nyní sestry pracují jako učitelky ošetřovatelství na Církevní střední zdravotnické škole v Brně (Vaníčková, 1999).

4 Zapojení řádů do péče o nemocné ve světě

V předchozí kapitole bylo snahou popsat počátky řádového ošetrovatelství ve světě s následným zaměřením na Čechy a Moravu. I zde bylo nutné zasadit ho do kontextu doby a života významných osob, jež ovlivnily vznik a vývoj řádového ošetrovatelství.

V 1. století n. l. navštěvovalo a ošetřovalo nemocné mnoho dobročinných osob. Podnětem byla křesťanská víra a rozvoj společnosti. Péče v kláštorech byla chápána jako čin křesťanského milosrdenství. S rozvojem společnosti začali nemocní přicházet do chrámů. Zde se kněží buď modlili za jejich vyléčení, anebo jim pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy – původce nemocí. Díky tomu vešli kněží do povědomí jako kněží-lékaři (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Kněží chránili a tajili své léčitelско-náboženské znalosti a schopnosti a svým léčením si získávali neobyčejnou vážnost (Bořík, Boříková, 2004).

Vliv církve značně sílil. Strach a pověry měly své pevné místo v myšlení lidí, kteří věřili, že nemoc je trestem za jejich hříchy a že jediným způsobem, jak se vyléčit, je prosit Boha o odpuštění. Bůh byl považován za největšího lékaře, který zná lék na všechny nemoci světa. Nemocný mohl žádat o odpuštění nebo se vydat na dalekou pouť do Svaté země (Švejdová, 2011).

Slovo nebo modlitba a později i dieta měly být počátkem léčení. Kde nepomohla rada, přicházel na řadu oheň nahrazující aseptu. Někdy bylo nutno přistoupit i k chirurgickým úkonům, a kde neuspěl ani ranhojič se svými nástroji, veškeré naděje se upínaly k zázračné léčbě vodou. Ranhojič ošetřoval zranění, zduřelé mízní uzliny morového nebo jiného původu, kýly a vyrážky všeho druhu od svrabu přes syfilis, spálu, spalničky až po další kožní nemoci (Bořík, Boříková, 2004).

Mužské a ženské kláštery převzaly pěstování bylin a vyráběly z nich léky proti chorobám. Přirozeného léčebného účinku bylin, vody a slunce na lidský organismus se využívalo k léčbě nemocí. Každý medikament ale musel obsahovat náboženský prvek a ke zlepšení jeho účinku byly odříkávány modlitby, které měly zahánět „d'áblovu vlivy“. Léčitelstvím se odjakživa zabývaly ženy. Jejich obraz je vylíčen v podobě ošetřujícího anděla – pomocníka. V historii také najdeme mnoho žen léčitelek/lékařek, například Hildegarda z Bingenů nebo Trotula ze Salerna (Kutnohorská, 2010).

Od 4. století začaly vznikat první kláštery, kde se o nemocné starali mniši a jeptišky. Do péče se také zapojilo mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev. Během následujících století byly církevními řády v mnoha zemích zakládány mužské i ženské kláštery, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali nejen tělesně, ale i duševně nemocné. Poskytovali jim útočiště, stravu, další fyzickou péči a duchovní podporu. Jejich činnost lze považovat za první pokusy o uspokojování tělesných, duševních a sociálních potřeb lidí (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Kláštery měly velký význam pro rozvoj medicíny. Zprvu se řada mnichů věnovala lékařství. Další prací mnichů bylo opisovat knihy věhlasných řeckých, římských a perských lékařů (Švejdvová, 2011). Naproti tomu církev nepodporovala, někdy dokonce přísně trestala zkoumání procesů probíhajících v těle člověka a hledání příčin nemocí (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Mezi léty 1050–1225 nastal zvrát v medicíně. Západoevropská společnost se rychle rozvíjela a rostl počet obyvatel, města se rozšiřovala a čím zvyšoval se i počet světských lékařů. Roku 1163 si církev chtěla uchránit kláštery, a tak zakázala mnichům praktikovat medicínu a později i studovat lékařství na univerzitách (Švejdvová, 2011).

Vedle katolické církve působila i církev protestantská. Katolická církev směřovala církevní řády k péči o potřebné a nemocné do klášterů a špitálů. Protestantská církev se zaměřovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě. V zemích, kde protestantská církev působila, se o nemocné staraly zejména diakonky (Švejdvová, 2011). Ty buď docházely do domácností, kde pečovaly o nemocné a pomáhaly jim při nejrůznějších potížích, anebo o ně pečovaly v nemocnicích, pokud si to sám nemocný nebo jeho blízcí přáli. První náznak organizovaného ošetřovatelství bylo možné pozorovat právě v hnutí protestantských diakonek. Neskládaly řeholní slib jako katolické milosrdné sestry. Byly jakousi motivací pro Theodora Fliednera, luteránského pastora z Německa, k založení ošetřovatelské školy roku 1836. V této škole, byť za nesouhlasu svých rodičů, dokonce absolvovala svůj tříměsíční kurz i Florence Nightingale. Diakonky musely projít teoretickou i praktickou přípravou vedenou lékařem a složit zkoušku z farmacie. Za svoji práci nebyly finančně ohodnoceny, ale bylo o jejich základní potřeby postaráno až do stáří (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Diakonské spolky rozvinuly u nás i jinde svou činnost nejvíce ve 30. letech 20. století, kdy bylo zakládáno mnoho domů diakonie. Česká diakonie se významně podílela na ošetřování raněných z pražských barikád, repatriantů a prvních pacientů z koncentračního tábora v Terezíně (Holý, 1996).

Ošetřovatelské řády lze rozdělit na církevní, rytířské a světské. Církevní řády žijí životem, který je zasvěcen v klášteře s přijetím řádového života. Tento život přijali převážně mniši, kteří poskytovali péči v kláštorech. Rytířské řády vznikaly v době válek. Poskytovaly péči všem zraněným a členy byli rytíři s filozofií „zabijeme nepřítele, ale zraněné ošetříme.“ Světské řády žily běžným světským (civilním) životem. Jejich filozofie je založená na pomoci bližnímu svému (Švejdrová, 2011).

Charitativní ošetřovatelská péče neboli řádové opatrovnictví se stalo základem pro profesionální ošetřovatelství. Ve středověku byla tato činnost individuální, neorganizovaná a dlouhou dobu velmi roztráštěná. Poskytována byla hluboce věřícími osobami, které nebyly příslušníky křesťanských řádů a nabízely především uspokojování těch nejzákladnějších potřeb života. Obětování se a dobrovolné snášení utrpení bylo tenkrát povýšeno na smysl lidského života. Zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, hygieny, duchovní podpory a později pomoc chudým a strádajícím osobám (Staňková, 2003), to byly základní rysy charitativní činnosti. Do roku 1292 mohly ošetřovat nemocné ve špitálech i ženy, ale poté se špitální opatrovnictví přeneslo do rukou mužů (Kutnohorská, 2010). Je možné, že to byl právě jeden z důvodů, proč začaly ženy ošetřovat nemocné v jejich domovech (Krchovová, 1978). Až vydáním dekretu Tridentským koncilem roku 1545 mohly tuto práci vykonávat opět i ženy. Tridentský koncil téhož roku omezil ošetřování nemocných v jejich domovech a dovolil ženám pečovat o ně pouze v klášterních špitálech (Kutnohorská, 2010). Toto rozhodnutí negativně ovlivnilo péči o ubožáky mimo špitály (Krchovová, 1978). Základní ideou všech činností bylo sedm zásad křesťanského přikázání (Kutnohorská, 2010).

Z ošetřovatelského hlediska přispěly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetřovatelských řádů především křížácké výpravy a náboženské války. Tyto války byly vedeny v raném středověku v letech 1095–1230 západními Evropany proti muslimům za účelem znovuzískání Svaté země. Úkolem bylo pečovat o zraněné křížáky ve zbudovaných lazaretech nebo také o poutníky, kteří onemocněli na cestě do Svaté země (Staňková, 2003). První špitály vznikaly právě v době křížáckých válek v Palestině. Za cíl své činnosti si kladly sloužit Bohu a trpícím bližním (Vaníčková, 1999). Ve starověku se o nemocné a zraněné vojáky starali nejen kněží, ale i otroci. I staří Římané stavěli při svých taženích lazarety, v nichž pečovali o zraněné a nemocné vojáky. Původním posláním těchto řádů byla obrana svatých míst a hranic křesťanského

světa (Kutnohorská, 2010). Je jisté, že období křížáckých válek mělo velký vliv na růst a rozvoj nemocnic, který se tímto velmi zrychlil. Na druhou stranu se ukázalo, že nakažlivé nemoci a nemoci vůbec byly pro křížáky mocnějšími a nebezpečnějšími nepřáteli než Saraceni a všichni spojení nepřátelé dohromady (Brixi, 1991).

Způsob, který se promítl do ošetřování, vycházel z kombinace přísných náboženských pravidel a vojenské hierarchie. Patřila sem přísná morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetrovacích jednotek s velkými pokoji pro lehčí pacienty, postranními pokoji pro vážnější pacienty a boxy pro pacienty v kritickém stavu. Mezi nejznámější vojenské ošetrovatelské řády, jejichž posláním bylo pečovat o raněné a nemocné, patřili Maltézští rytíři a rytíři sv. Lazara (Staňková, 2003). Johanité při své cestě vytvořili ošetrovatelský dům, kde poskytovali péči raněným vojákům, obyčejným lidem i obyvatelům Jeruzaléma bez rozdílu národnosti, pohlaví, věku, sociálního postavení nebo náboženského vyznání (Švejdrová, 2011).

Ze svých bojů si křížáci nepřinesli jen slávu, ale také děsivou metlu lidstva. Z Orientu do Evropy zatáhli francouzskou nemoc zvanou také syfilis. Byla strašná již jen z toho důvodu, že byla téměř v každé zemi Evropy, kam se křížáci vraceli ze svých výprav (Reisner, 1977).

V průběhu staletí zasáhla svět řada dalších epidemií, na jejichž likvidaci a poskytování péče nakaženým měly řády velký podíl. Ve středověku byl život lidí ovlivněn několika epidemiemi, a to leprou, cholerou a především pak morem. Mor zasáhl velkou část světa ve třech epidemiích, a to v 6. století, 14.–17. století a poslední v 19. století (Švejdrová, 2011). V 15. století zachvátila Evropu epidemie černého kašle (Čornej, 2014).

Řád maltézských rytířů zakládal nemocnice nejen pro ženy a námořníky, ale také pro izolaci nemocných trpících infekčními chorobami. Vznikaly předpisy zahrnující karanténní opatření, systém hlášení infekčních chorob, opatření při pohřbívání a stanovení dohledu nad leprou (Řád Maltézských rytířů, 2017).

Při epidemiích moru zemřelo více lidí než při obou světových válkách. Odhaduje se, že to byla asi třetina obyvatel Evropy. První historicky doložená morová epidemie propukla za panování Justiniána I. roku 541 v Konstantinopoli. Onemocnění je infekční a je přenášeno z drobných zvířat (hlodavců a malých savců) na člověka blechami

(Švejdvová, 2011). Protože bakterie vyvolávající onemocnění byla objevena a popsána až roku 1895, nevěděla si středověká a raně novověká medicína s chorobou rady. V té době byla proto příčina moru vysvětlována různě. Církev byla přesvědčená, že jde o Boží trest za hříchy lidstva. Lékaři ale věřili, že důvodem morových epidemií je spojení planet a série zemětřesení, které morovým epidemiím předcházely. Nejúčinnější ochranou bylo opustit místo výskytu epidemie. V 17. století se pak přistupovalo k izolaci lokalit, v nichž nemoc propukla. Všechna ostatní doporučení, recepty a lékařské prostředky se ukázaly jako neúčinné. Přesto bylo možné využít poznatku, že mor se nejvíce šíří ve vlhkém a teplém počasí. V českých podmínkách to bylo v období od května do září. Nemoc ustávala s nástupem chladnějšího, zvláště mrazivého období. Označení mor se ovšem užívalo i pro jiná epidemická onemocnění často končící smrtí, zejména pro skvrnitý tyfus, který propukal jako důsledek podvýživy v neúrodných časech (Čornej, 2014).

Pro postižené leprou vznikaly izolované útulky nazývané leprosária, jež byla zakládána například Vojenským a špitálním řádem svatého Lazara Jeruzalémského (Čornej, 2014). I přestože jejich posláním byla péče o nemocné leprou, ošetřovali postižené i jinými nakažlivými chorobami, např. malárií, tyfem, cholerou a morem (Řehořová, 2014). Církev se snažila o vypracování pravidel, jak se chovat k malomocným, ale ta byla dodržována spíše ve větších městech. Izolací do leprosária byl nemocný do konce života zbaven svéprávnosti (Švejdvová, 2011).

Lepra, známá také pod názvem malomocenství, je chronické infekční onemocnění napadající nervy. O lepře se zmiňuje i Bible. V mnoha textech je uvedené svědectví obyvatel postižených měst. Například v knize Dekameron od slavného italského spisovatele Giovanni Boccaccia se píše: „Taková byla krutost nebes a z velké části i lidí, že od března (1348) do následujícího července zemřelo v branách Florencie podle odhadů více než 100000 lidí za utrpení, které s sebou přináší mor a hrubost dosud zdravých k nemocným“ (Švejdvová, 2011, s. 58–59).

Pozdně středověká medicína se zaměřovala též na dnu, revma, horečnatá onemocnění (pod tímto označením se skrývala široká škála chorob včetně břišního tyfu, paratyfu, salmonelózy, hepatitidy), léčbu močových a ledvinových kamenů i onemocnění dýchacího a trávicího ústrojí, zvláště zácpy a průjmu. Trvalý problém představovaly dětské nemoci a častá úmrtí žen při porodu a v šestinedělí (Čornej, 2014).

Diagnostika těchto nemocí spočívala pouze ve zkoumání stavu kůže (hlavně teplota a zabarvení), krve, moči a stolice. Tehdejší medicína vyznávala v souladu s antickým názorem humorální teorii a zaměřovala se na obnovu rovnováhy čtyř hlavních tělesných šťáv, jimiž byly krev, hlen, žlutá žluč, tmavá žluč, eventuálně voda. Proto lékaři často přistupovali k pouštění žilou, k přikládání baněk, k podávání projímadel, dávidel a různých lektvarů (Čornej, 2014). Lékařským doporučením pozdního středověku, na které se kladl důraz, byla profylaxe. Profylaxe propojuje antické dědictví s každodenní zkušeností a lékařskou praxí. Pohyb zahrnující i ranní cvičení, pravidelná hygiena ústní dutiny, pokud možno lehký a snadno stravitelný pokrm a množství stravy, které je adekvátní k vydané tělesné energii patřily k hlavním doporučením. Stravovací návyky se zákonitě promítaly do zdravotního stavu, což si zkušení lékaři dobře uvědomovali (Čornej, 2014).

Péče o nemocné spočívala v zajišťování základních potřeb, ochlazování při vysokých horečkách a poskytnutí emocionální pomoci. Zemřelí lidé se pohřbívali v nočních hodinách. Jediný, kdo ošetřoval nemocné, byly tzv. ošetřovatelky – opatrovnice. Byly to ženy pokleslých mravů, často zlodějky. Stávalo se totiž, že když nemocný zemřel, opatrovnice ho okradla. Lékaři také doporučovali vykuřování vzduchu aromatickými silicemi (Švejdrová, 2011).

Zpověď užívaná jako poslední služba umírajícímu pacientovi se postupně transformovala do určitého výslechu, který obsahoval všechny lidské etapy života. Mapoval duchovní orientaci, sociální původ a příslušnost, pracovní poměry, manželství, sex apod. Zpověď byla tedy tím nejefektivnějším prostředkem sociální kontroly a dodnes je základem moderní psychoterapie. Povinnost vyzpovídat se před každým lékařským zákrokem byla prohlášena za zákon roku 1215. V současné době takto sestra zpovídá pacienta, aby určila jeho anamnézu (Pořízka, 1995).

V 17. století se díky usilovné snaze sv. Vincenta a sv. Louisy začala charitativní péče poprvé sjednocovat a organizovat. Sv. Vincent z Pauli byl kněz, který se ve svých kázáních již roku 1617 zabýval potřebou péče o chudé a nemocné. Je pokládán za zakladatele Charity a dodnes je nazýván patronem chudých. Organizoval materiální i duchovní pomoc chudým a potřebným rodinám a všiml si nutnosti zorganizovat osoby, které tuto činnost poskytují. Sv. Vincent založil roku 1633 při nemocničním kostele v Chatillon charitativní apoštolskou komunitu s názvem Dcery charity. Členkami byly

mladé dívky, které se staraly o nemocné. Sv. Louise z Marillac se již od útlého věku účastnila s vincentkami charitativní práce. Společně se sv. Vincentem spolupracovala v organizaci poskytující charitativní činnost. Ve společenství Dcer charity založila školu pro dívky. Nezaměřovala se jen na dobré vzdělání, ale i na dobrovolnou péči o chudé, nemocné a postižené osoby (Staňková, 2003).

Další organizace, která sdružovala různé skupiny s charitativním zaměřením, působila v německém Freiburgu na konci 19. století. Podobně se pak tyto organizace vytvářely v dalších zemích a v roce 1922 i v Československu. V současné době se činnost charity rozšířila v souvislosti s vývojem společnosti a vznikem nových problémů. Pomáhá spoluobčanům, kteří se ocitli na okraji společnosti, osamělým matkám s dětmi, osobám bez přístřeší, zdravotně a mentálně postiženým, sociálně slabým rodinám, drogově závislým, opuštěným starým lidem, uprchlíkům, vězňům a osobám vracejícím se z výkonu trestu. Významná je i pomoc při přírodních a humanitárních katastrofách. V současné době u nás pomáhá sdružení Česká katolická charita, která je součástí římskokatolické církve. Pomáhá bližním v nouzi bez ohledu na jejich příslušnost k rase, národnosti či náboženství. Má přes 200 charitativních domovů, poraden a středisek pomoci (Staňková, 2003).

4.1 Vývoj řádového ošetřovatelství na území Čech a Moravy

Na území Čech a Moravy existuje již přes tisíc let řeholní život. Za tuto dobu prošel obdobími rozmachu, stagnace i úpadku. Během let svého působení postihlo řády několik velkých krizí, které byly zlomové, pro některé znamenaly přímo jejich zkázu. Patří k nim doba husitská, reformační, osvícenská a komunistická. Mnoho řádů ztratilo velkou část svého majetku, jiné úplně zanikly. Tím však daly možnost pro vznik nových nebo reformovaných společenství, která se novým podmínkám přizpůsobila (Krausová, 2010).

Počátky řádového ošetřovatelství u nás jsou spojeny se šířením křesťanství a počátky řeholního života (roku 967) v období 10. století za vlády knížete Boleslava (935–967) (Švejdrová, 2011). Ten byl u zrodu prvního hospice – útulku pro nemocné kupce a pocestné v Praze na Františku (Krausová, 2010). Ošetřovatelské řády zakládaly již od začátku své činnosti první špitály. Ty byly zřizovány především při kláštorech, kaplích nebo kostelech a byly velmi malé a jen s několika lůžky (Kutnohorská, 2010). Současně se špitály vznikaly v té době první hospice na území Prahy. Sloužily jako

útulky pro chudé, nemajetné a nemocné (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Byly odkázány na dobročinnost bohatých (Krausová, 2010). Počátkům řádového ošetrovatelství ale předcházelo jednání papeže Řehoře Velikého, který klášterům uložil povinnost péče o chudé, postižené a nemocné (Švejdvová, 2011). Integrovaní částí církevních společenství a součástí jejich poslání se v souvislosti s šířením křesťanství stávaly infirmaria a nemocnice. Tuto rozhodující úlohu si křesťanství udrželo prakticky až do novověku (Bixi, 1991).

S ošetrovatelstvím souvisí mnoho osob, jež pečovaly o nemocné (Krausová, 2010). Například Svátá Hedvika Slezká se narodila roku 1175. Příkladem byla její péče o chudé. Zakládala kláštery, z nichž největší byl v Trebnici. Ve Vratislavi založila v roce 1214 první špitál u Sv. Ducha ve Slezsku, později útulek pro malomocné, který podporovala penězi a dary (Mlýnková, 2006).

O péči o nemocné a chudé v Čechách, konkrétně v Praze, do konce 12. století mnoho nevíme. V podstatě lze pouze předpokládat existenci špitálů u benediktinských klášterů (Bláhová, 1987). Ovšem to, co víme, je, že v Praze byl založen ženský benediktinský klášter sv. Jiří. Kláštery benediktýnů a později i dalších řádů byly centry poskytování pomoci pro lidi trpící různými druhy bídy a dle možností poskytovaly i ošetření tělesných neduhů. Takovou práci prováděly osoby bez odborného vzdělání, které zkušenosti převzaly od svých předchůdců. Pomoc člověku v nouzi patřila k projevům nejvyšší zbožnosti a humánnosti, a i přestože nedosahovala úrovně později vznikajících špitálních řádů, měla ve své době značný význam (Vaníčková, 1999). V regulích špitálu bylo také zdůrazňováno, že ponižující ošetrovatelská práce bude výsostně odměněná v nebi skrze spásu duše (Pořízka, 1995). Povinnost zřizovat špitály a pečovat o ně výslovně ukládaly řádové předpisy johanitům, kteří přišli do Prahy někdy před rokem 1169 (Bláhová, 1987).

Nejspíše právě tímto docházelo k rozvoji řádů a kongregací s ošetrovatelským zaměřením (Kutnohorská, 2010). Vedle benediktýnů existovaly další církevní ošetrovatelské řády a kongregace a to johanité a vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, Suverénní vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty (řád maltézských rytířů), johanitky, řád Křižovníků s červenou hvězdou, řád Milosrdných bratří, řád sv. Alžběty, Kongregace Milosrdných sester sv. Karla

Boromejského, Kongregace Šedých sester a různé kongregace III. řádu sv. Františka (Krausová, 2010).

Do počátku 14. století bylo na území Prahy na 25 klášterních institucí, jimž řádové předpisy ukládaly péči o chudé, poutníky a nemocné. Starost o nemocné se však týkala vesměs jen členů příslušných řádů. S výjimkou křížovnického špitálu šlo tedy převážně o infirmaria (nemocnice) a soukromé špitály. Po celou předhusitskou dobu nedošlo k žádné proměně rozsahu jejich činnosti. Lze tedy shrnout, že na počátku 14. století existoval na území Prahy jen jediný špitál s veřejnou působností, totiž křížovnický a vedle něj pak leprosárium u sv. Lazara. Obojí však bylo bez profesionální lékařské péče, což ovšem znamená, že šlo vlastně jen o útulky, kde se chovancům dostalo duchovní útěchy, stravy, popřípadě šatstva a v zimě pochopitelně tepla. Špitály svou převažující funkcí stejně starobince a chudobince pouze zmírňovaly každodenní nesnáze městské okrajové vrstvy. Odhadem zjistitelný počet datovaných míst v pražských špitálech předhusitské doby, tj. asi 200 až 250 míst, byl jen zlomkem nezbytných možností pro ty, kteří potřebovali pravidelný a hmatatelný projev milosrdenství. Je nepochybné, že existence špitálů snižovala počet žebráků před kostely a na veřejných prostranstvích jen v nepatrné míře především proto, že denní dávky potravin byly ve špitálech zpravidla minimální a chovanci schopní pohybu si žebrotou zlepšovali existenční minimum. Nepochybně významnější byly právní aspekty špitálů. Špitální právo bylo svým způsobem analogií práva azylu a poskytovalo chovancům jisté možnosti právní ochrany, a to jak v případě vzniku špitálu jako měšťanské nadace, tak i tehdy, když šlo o církevní fundaci, tedy o zřízení zádušního jmění ve prospěch zakládaného ústavu. Lze totiž konstatovat, že zejména špitály měšťanského (patricijského) založení byly v předhusitské Praze nejen charitativními zařízeními, ale současně i nástrojem, kterým si tzv. starý patriciát udržoval vliv ve městě i v době, kdy město pouštěl a přecházel tak do řad zemanské šlechty (Nový, 1987).

Významný propad řádového ošetřovatelství nastává pro většinu řádu po první světové válce a změně režimu v roce 1918. Místo monarchie, která církev využívala pro své potřeby, nastupuje republika, ve které je katolická církev pouze trpěna. Činnost řeholnic v nemocnicích a útulcích nemohl ve skutečnosti nikdo nahradit, neboť poskytovaly cenné, laciné a hlavně nenahraditelné služby. Co se týče oblasti školství, odtud byly vytlačovány. Musely si hledat nové činnosti, například jako farní hospodyně nebo katechetky (Petráček, 2013).

Ve třicátých letech začíná s hospodářskou krizí a zvyšujícím se politickým napětím počet řeholníků a především řeholnic opět narůstat. Je to doba nejvyššího rozmachu ženských kongregací v řadě zemí západní Evropy, po kterých následuje pokles. Na obnovení růstu ve třicátých letech má vliv několik faktorů, a to jednak demografický nárůst populace, lepší postavení katolické církve v Československu a také jistá existenční nejistota. Mnoho žen chce mít spolehlivé zajištění, které umožňuje kongregace. Je duchovně vznešené, hmotně zabezpečené a celospolečensky akceptované a oceňované naplnění vlastního života. Jde o to, že této situaci ve třicátých a čtyřicátých letech předcházelo zrušení nevolnictví a později zrušení posledních feudálních předpisů roku 1848, které otevřelo i chudým dcerkám z početných rodin rolníků a řemeslníků cestu do kláštera. Do této doby bylo předpokladem vstupu do kongregací osobní svoboda a určitý majetek, který si přinášely jako věno. Vstupu neurozených žen selského původu bránily stavovské překážky (Petráček, 2013).

Dalším důvodem pro vstup řeholnic do kláštera je emancipace žen. Byla to jejich jediná společensky akceptovaná a dokonce oceňovaná šance uniknout z mužské domácí nadvlády, nenechat se uvázat do koloběhu nekončící dřiny na poli, v hospodářství a u plotny, z neustálého rození dětí a nikdy nekončící péče o ně. Další velkou motivací pro ambiciózní mladé ženy této doby byl řeholní hábit dlouho jedinou cestou, jak se dostat k výkonu náročných, sofistikovaných zaměstnání, jaká představovala práce kvalifikovaných ošetřovatelek a zdravotních sester, později lékařek a laborantek a od poloviny 19. století učitelek a vychovatelek (Petráček, 2013).

V souladu s puritánským a prudérním duchem 19. století se také vyzdvihuje celibát a vůbec dokonalost a nadřazenost řeholního stavu před manželstvím. Kombinací těchto prvků tak vzniká náboženská mentalita, která velí se naprosto odevzdat nezištné službě i za cenu vyčerpání a časně smrti. Díky spiritualitě dokázaly řeholnice 19. století podat neuvěřitelné, až heroické výkony při budování nových zařízení v sociální, charitativní a vzdělávací oblasti. Státní představitelé například Francie využívali jejich svatého nadšení a disciplinovaného odhodlání natolik, že je posílali na ta místa v misiích, kde Evropané umírali po několika měsících či letech. Řeholní představené to často věděly, ale nebyl důvod promarnit tuto možnost pomoci druhým v nouzi. Nebylo totiž nic zasloužilejšího než smrt v obětavé službě.

Právě ve třicátých a čtyřicátých letech dochází k budování rozsáhlých areálů, které poskytovaly přístřeší desítkám sester a stovkám jejich svěřenců (Petráček, 2013).

Na konci čtyřicátých let se situace zdá být v některých oblastech stabilizovaná, ovšem u diecézí, které byly v blízkosti hranic, je počet ovlivněn odtržením sudetských oblastí (Petráček, 2013).

Žádný růst řeholního života ovšem nemůže pokračovat do nekonečna. Již nacisté omezovali činnost sester a zmocňovali se jejich budov a majetku, to se ovšem nedá srovnat se systematicky brutální a neobvykle rychlou likvidací řeholního života, do které se pustili českoslovenští komunisté po roce 1948 (Petráček, 2013).

5 Řády zabývající se péčí o nemocné

Tato kapitola slouží pro vytvoření přehledu řádů, které se věnovaly péči o nemocné a chudé. Svoji činností, ať už ve větší nebo menší míře získaly své místo v českých dějinách. Některé řády dnes již péči o nemocné neposkytují, přesto byly ve své době nepostradatelné. Již jsem se zmínila, že o péči o nemocné a chudé v Čechách do konce 12. století mnoho nevíme. Předpokládá se existence špitálů u benediktinských klášterů. Ovšem vedle benediktinů existovaly další církevní ošetrovatelské řády a kongregace. V 11. století zde působili johanité a Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, ve 12. století Suverénní vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty (řád maltézských rytířů) a johanitky, ve 13. století řád Křížovníků s červenou hvězdou (založený sv. Anežkou Českou), v 16. století řád Milosrdných bratří, v 17. století řád sv. Alžběty (alžbětinky), Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského, v 19. a 20. století Kongregace Šedých sester a různé kongregace III. řádu sv. Františka.

5.1 Benediktini

Nejstarším řádem, který položil základy nejstarší organizované řehole v západní Evropě, byl řád benediktinů. Benedikt z Nursie roku 529 shromáždil mnišskou komunitu, ze které později vznikl řád benediktinů (Řád sv. Benedikta, 2017). Benedikt sepsal několik zásad pro ošetřování v klášterních nemocnicích, kterými se mniši museli řídit. Především bylo důležité, aby péče o nemocné byla poskytována v souladu s textem Nového zákona a byla postavena na stejnou úroveň jako služba Kristu. Péče o nemocné a lékařské zkušenosti byly předávány od starších a zkušenějších mnichů. Jedno z nejdůležitějších středisek klášterní medicíny, které bylo založeno franckým biskupem Pirminem roku 724, se stal benediktinský konvent na ostrově Reichenau v Bodamském jezeře (Švejdvová, 2011). Z dochovaných materiálů je známo, že mniši uměli amputovat končetiny, vyprovokovat porod, léčit kurděje a vyléčit člověka s kocovinou. Jako analgetikum používali masti, které připravovali z opia a tuku nebo odvar z bolehlavu plamatého. K vyvolání porodu používali zrníčka jalovce a plísně námele (Švejdvová, 2011; Řád sv. Benedikta, 2017).

5.2 *Řád maltézských rytířů*

Nejstarší křesťanský rytířský řád, Řád maltézských rytířů je mezinárodní společenství zvané také jako johanité, rytíři sv. Jana Jerusalemského, Bratři jerusalemští nebo rytíři rhodští. Za sebou má více než devět set let nepřerušené historie. Za zakladatele je považován Pierre Gérard de Martique žijící v 11. století v Palestině (Mikulášová, 2006). Jeho původním úkolem bylo udržovat dva špitály pro křesťanské poutníky, kteří tehdy v hojném počtu putovali do Svaté země na místa, kde dle legendy žil a zemřel Kristus. Další úkol, později hlavní, byl dán historickým vývojem v těchto místech. Po pádu Jerusalema musel řád hledat nové sídlo, kterým se stal roku 1310 ostrov Rhodos. Po řadě přesunů sídla řádu přes Maltu roku 1530, sicilskou Catanii, Ferraru našel sídlo v Římě, kde je doposud (Národní archiv, 1965).

Staňková, 2003, uvádí, že Řád maltézských rytířů vznikl jako větev johanitů ze silně náboženské potřeby šířit křesťanství prostřednictvím křižáckého hnutí.

Pod jeho vedením poskytovali členové řádu v malém špitále na okraji Jeruzaléma pomoc a péči příchozím poutníkům, raněným vojákům, civilistům i obyvatelům Jeruzaléma. Služba a péče o nemocného člověka byly považovány za čestnou službu Kristu. Významný je také přínos řádu v oblasti medicíny a ošetřovatelství. Spojením religiozně–hospitálního cíle nabídl řád lidem různých vyznání široké spektrum služeb postavených na holistických principech (Řád Maltézských rytířů, 2017). Patronem řádu se stal svatý Jan Křtitel. Heslo řádu je „obrana víry a služba chudým.“ Počátek tohoto řádu je spojený s první výpravou do Svaté země roku 1099 (Švejdová, 2011). Po roce 1187 začaly ve službách řádu působit také ženy – tzv. druhý řád sester johanitek (Mikulášová, 2006).

V dobách křižáckých válek se řád zasloužil o zakládání špitálů. Johanité na své cestě vytvořili ošetřovatelský dům, kde poskytovali péči raněným vojákům, obyčejným lidem i obyvatelům Jeruzaléma bez rozdílu národnosti, pohlaví, věku, sociálního postavení nebo náboženského vyznání. Tento řád se rozrůstal o členy z řad vyléčených vojáků a jejich velitelů, civilistů i duchovních. Špitály byly financovány z darů, příspěvků, válečných kořistí od jeruzalémského krále či jim byl darován pozemek v Jeruzalémě nebo Evropě. Špitály johanitů měly na tehdejší dobu vysokou kvalitu poskytované péče, která vycházela z lékařských metod arabské, řecké a indické medicíny. Řád zaměstnával muslimské, křesťanské i židovské lékaře. Jejich spolupráce byla velmi prospěšná,

protože si předávali zkušenosti a osvědčené léčebné způsoby. To bylo pro nemocné jistě výhodné a na svou dobu neobvyklé (Švejdvová, 2011).

Zajímavé bylo podávání stravy nemocným na stříbrných talířích se stříbrným příborem. O drahých kovech se již odedávna vědělo, že mají antibakteriální účinek. Byl veden rozpis, kdy a kdo má na starost přípravu jídla pro nemocné. Nemocní byli oslovováni jako páni a samotní ošetřující se oslovovali služebníky, tím byla vyjadřována úcta k nemocným (Švejdvová, 2011). Také se dodržovala čistota prostředí nemocnic a čistota prádla. Taková opatření v této době nebyla zcela obvyklá (Mikulášová, 2006).

Další nemocnice založili johanité na Maltě, ty byly určené pro ženy, námořníky nebo pro izolaci nemocných trpících infekčními chorobami (Řád maltézských rytířů, 2017). V nemocnicích byl zaveden systém skupinové péče. Každý ošetřovatel i ošetřovatelka měli na starosti 6 až 8 nemocných. Podle jejich stavu byla posuzována i náročnost ošetřovatelské péče. V nemocnicích byl dále zaveden velmi propracovaný systém zdravotního kodexu ochrany zdraví společnosti. Tyto předpisy zahrnovaly karanténní opatření, systém hlášení infekčních chorob, opatření při pohřbívání, stanovení dohledu nad leprou, přidělování licencí pro praktikování medicíny a chirurgické praxe, kontrolu potravin, stanovení plateb za léčbu a prodej léků. Ošetřovatel musel být stejného pohlaví jako pacient (Švejdvová, 2011; Řád maltézských rytířů, 2017). Lůžka se nemocným upravovala každý večer. Lůžkoviny se měnily tak často, jak jen bylo potřeba. Někdy žádala potřeba výměnu prádla i několikrát denně. Lůžka byla opatřena závěsy v zájmu zajištění soukromí pacientů. Příliš znečištěné lůžkoviny se spalovaly a dále se nežívaly (Mikulášová, 2006).

Ošetřovatelé pracovali pod přísným dohledem nemocničních profesních řádových rytířů a dostávali za svou práci plat. Při porušení pravidel jim byly udělovány pokuty, odebrán plat nebo při vážnějším pochybení byli propuštěni (Švejdvová, 2011).

Pracovní povinnosti ošetřujícího personálu byly upraveny písemnými pravidly. V archivech se zachoval v italském originálu soubor nařízení, určitý pracovní řád, který obsahoval 23 ustanovení. Nařízení byla postupem času a vývoje aktualizována (Mikulášová, 2006).

Za prvé: Dohlížející rytíři a sloužící ošetřovatelé v nemocnici musí být poslušni zákonů. Jestliže při výkonu služby selžou a proviní se proti úřadu soudce nebo kaplana, budou

potrestání ztrátou měsíčního platu. Při druhém provinění budou propuštěni. Za druhé: Ošetřovatelé musejí dbát na to, aby byly staré pacientky (panny) umístěny odděleně od ostatních nemocných pacientů, jak jen to okolnosti dovolí. Za třetí: Musejí být pracovití a soucítit s pacienty. Nesmějí otálet s ošetřením nemocného, postávat ve dveřích nemocnice. Musejí poskytnout veškerou nezbytnou pomoc nemocným, zvláště jsou-li to těžce nemocní či umírající. Za čtvrté: Ošetřovatel ve službě na malém pokoji, kde je umístěn jeden či více vážně nemocných, se nezdržuje mimo pokoj. Za páté: Dohlížející rytíři odesílají návštěvy pryč z pokojů 15 minut před lékařskou vizitou a 15 minut před podáváním jídla. Musejí zavřít dveře vedoucí na schodiště. Po jídle musí přepočítat všechno nádobí a umýt ho. Za šesté: Ošetřovatel z každého pokoje musí stát během vizity na určené straně lůžka, aby dobře slyšel lékařovy instrukce. Za sedmé: Ošetřovatel nesmí zasahovat do práce lékaře, chirurga a chirurga–holiče vyjadřováním vlastních názorů. Za osmé: Ošetřovatelé nesmějí zanedbávat plnění lékařských ordinací. Nedodržení tohoto paragrafu je trestáno odebráním měsíčního platu. Za deváté: Ošetřovatel ve službě nesmí podat nemocnému masovou polévku. Za desáté: Ošetřovatel ve službě zabavuje pacientům se souhlasem pekaře každý den tvrdý chleba. Pro sebe si nepřivlastní čerstvý chléb a nenahradí jej tvrdým pod pokutou ztráty svého týdenního přidělu chleba. Za jedenácté: Návštěvám není dovoleno vnášet jakékoliv potraviny pro nemocné. Za dvanácté: Dvakrát denně – v poledne a při zvonění andělského zvonu – se prohlížejí pacientovy zíněnky a kontroluje se, zda u sebe nemá nemocný tajnou zásobu potravin. Za třinácté: Každá ošetřovatelka je povinna uklízet podlahu určeného pokoje, čistit okna od prachu a uklízet lůžka. Při nedodržení povinností ztrácí svůj dvouměsíční plat. Za čtrnácté: Žádný ošetřovatel nemá právo měnit si rozpis služeb. Musí se starat o nemocné na svém pokoji a nesmí zasahovat do práce na jiných pokojích. Za patnácté: Ošetřovatelky nesmějí opouštět nemocnici, vyjma potřeb osobních a naléhavých. Za šestnácté: Nemocným, zvláště starým pannám, není dovoleno mít návštěvy, které s nimi nejsou v příbuzenském vztahu. Za sedmnácté: Při večerním zvonění andělského zvonu je nutné zamknout dveře vedoucí na schodiště a také bránu. Klíče jsou předávány kaplanovi. Za osmnácté: Olejové lampy, které osvětlují pokoj, musejí dobře svítit. Jestliže ošetřovatelé šetří na spotřebě oleje, aby si ho vzali pro vlastní potřebu, propadne jim čtrnáctidenní plat. Za devatenácté: Na konci každého měsíce se ošetřovatelky dostaví k soudci, přesně spočítají talíře a prádlo a jiné prostředky užívané v nemocnici. V případě ztráty stříbrného nádobí a oblečení jsou ošetřovatelky povinny zaplatit jejich cenu. Za dvacáté: Pradleny jsou zodpovědné za

bezpečné nakládání s prádlem a za jeho sušení pod podloubím nemocnice. Za dvacáté první: Žíněnký, prostěradla a jiné prostředky se nesmějí vynášet ven z nemocnice, vyjma urgentních případů. Za dvacáté druhé: Ošetřovatelé a ošetřovatelky ve službě se musejí vyhnout mluvení s kýmkoliv a musejí, pokud je to možné, pracovat tiše a dbát na požadavky nemocnice. Jedním z požadavků je, že urážku nesmějí vrátit, ale musejí vyčkat na příchod soudce. Za dvacáté třetí: Ošetřovatelům je zakázáno komunikovat s hrobníkem a jeho podřízenými pod trestem propuštění (Švejdová, 2011, s. 54–56). Z uvedeného je jasné, že podmínky práce sloužících ošetřovatelů a ošetřovatelek byly tvrdé. Důslednost, obětavost, naděje a víra však přinášely kvalitní péči, jistotu pro nemocné a zraněné a vytvořily tak až do současnosti nezměnitelnou tradici a zákon, který je pevně zakotven v jednom článku v Ústavní listině řádu: „Bez ohledu na náboženství, rasu, původ nebo věk koná dílo milosrdenství vůči nemocným, potřebným a osobám bez vlasti. Zejména vyvíjí instituční činnost v nemocniční oblasti, včetně sociální a zdravotnické pomoci a také ve prospěch obětí velkých pohrom a válek“ (Mikulášová, 2006, s. 13–15).

Hospitální činnost řádových rytířů a pomocných bratří na území Evropy zaznamenala největší rozmach v době vrcholného a pozdního středověku (1291–1420) (Mikulášová, 2006).

Do Čech byl řád uveden králem Vladislavem kolem roku 1159, kdy je datována zakládací listina první české komendy. Řád se usídlil v několika městech, a to v Praze, Manětíně, Kadani, Ploskovicích, Kladsku a Strakoniciích. V některých oblastech byly špitály johanitů jediným zařízením, které poskytovalo péči potřebným (Kutnohorská, 2010).

5.3 Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského

Řád sv. Lazara Jeruzalémského je jedním z nejstarších charitativních společenství s dlouhou tradicí. Činnost řádu zaznamenala období rozvoje a popularity, ale i období nepříznivá, kdy byl řád blízko zániku (Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského, 2016).

Nárůst členů řádu a povinnost bránit své lazarety před nájezdy nepřátel způsobily, že se řád změnil z původně církevního řádu v řád rytířský. Rytíři se nesoustřeďovali pouze na

ochranu leprosárií, ale bojovali v různých válkách a bitvách společně s templáři či dalšími řády (Švejdová, 2011).

Své sídlo měl řád ve Francii a na Kypru, postupně se usazoval také v různých zemích Evropy – ve Švýcarsku, Anglii, Skotsku a v Čechách (Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského, 2016).

Vlivem dlouhých období bojů a častých zámořských plaveb získal řádový konvent specifické medicínsko-ošetrovatelské znalosti z oblasti cestovního lékařství, hospicové péče, lodního lékařství, provozu lazaretních lodí, infekční medicíny, vojenské medicíny a karantény. Řád prováděl i určitou formu záchranné služby po zemětřeseních v oblastech kolem Středozevního moře (Mikulášová, 2006).

Po svém vzniku se díky své skromnosti a obětavému úsilí pomoci nemocným a trpícím úspěšně rozvíjel ve 13. století již nejen v Orientu, ale i v Evropě, kde zakládal své špitály a komendy v různých zemích prostřednictvím různých členů řádu (Brix, 1991).

Hlavním posláním řádu bylo pečovat o nemocné s leprou (Švejdová, 2011), ale přicházeli i nemocní s jinými nakažlivými chorobami, např. malárií, tyfem, cholerou a morem (Řehořová, 2014). Nemocní byli vyšetřováni knězem, aniž by se jich dotkl. Žili odděleně a jen v určitých dnech mohli vyjít ven. Museli mít u sebe řehtačku nebo zvonek a ohlašovat, že jdou po ulici, aby ostatní lidé měli možnost přejít na druhou stranu. Církev se snažila o vypracování pravidel, jak se chovat k malomocným, ale ta byla dodržována spíše ve větších městech. Izolací do leprosária byl nemocný do konce života zbaven svéprávnosti (Švejdová, 2011).

Ve 20. století se díky postupnému vymýcení uvedených chorob změnilo zaměření řádu. Svoji práci se snažil zaměřit spíše na humanitární pomoc (Staňková, 2003). Charitativní činnost se dále zaměřovala na pomoc nemocným v rozvojových zemích. Řádoví bratři a jejich spolupracovníci založili nebo podpořili vznik a působení nemocnic, zdravotnických středisek či sirotčinců např. v Senegalu, Kamerunu, Libanonu, Sýrii, Egyptě, Thajsku, Nigérii, Tanzanii, Gabunu a dalších (Řehořová, 2014).

Do českých zemí se řád dostává dle některých historiků ve 12. století, pravděpodobně za vlády krále Vladislava II. Snažil se české země kulturně pozdvihnout, a proto na své

území pozval templáře i další rytířské řády a podporoval jejich zdejší mise. První centrum řádu bylo v Praze a první špitál s kaplí na Zderaze za pražskými hradbami stranou městské zástavby, a to až koncem 12. století. Důvodem vzniku byla zranění vojáků z křížových výprav i různé nakažlivé choroby, které sem donesli (Kutnohorská, 2010).

Velkou pohromou bylo pro řád období husitských válek, které jeho činnost zastavily. Činnost řádu byla obnovena počátkem 90. let 20. století (Kutnohorská, 2010).

Od roku 1940 až do konce války působil také na francouzské frontě jako ambulanti oddíl. Za okupace Francie členové řádu sv. Lazara také utvořili dobrovolnický oddíl, který zachránil mnoho životů během bombardování zejména v Normandii a v okolí Paříže (Řehořová, 2014).

V současnosti se řád opět věnuje poskytování pomoci nemocným a trpícím po celém světě. V Čechách se lazariáni věnují podpoře Dětské psychiatrické nemocnice v Opařanech (Řehořová, 2014). Velmi významnou aktivitou řádu je založení hospice Štrasburk v Praze-Bohnicích (Vaničková, 1999). Členové řádu organizují přednáškové cykly pro osoby pečující o dlouhodobě nemocné či umírající. Lazariánská pomocná služba vypomáhá seniorům, nemocným či rodinám s postiženými dětmi. Dále spolupracují s OSN a jsou partnery Armády ČR. Sdružení pracovníků sv. Lazara přispělo k realizaci projektu zaměřené na budování nových studní v suchých oblastech Afriky (Řehořová, 2014). Zakládají nebo podporují nemocnice po celém světě, mezi nimi zvláště leprosária v rozvojových zemích a poskytují jim potřebnou materiální a finanční pomoc. Kromě toho zasílají léky, obvazový materiál, ale i odborníky do míst postižených katastrofami, udržují ambulanti vozy záchranné služby a nemocniční vozové parky a pomáhají při masových církevních i světských událostech. Vzhledem ke své skromnosti a zásadně charitativní činnosti zůstává řád bez bohatší souvislé archivní dokumentace (Brix, 1991). Přes veškerou charitativní pomoc zůstává řád věrný svému poslání v duchu náboženské, rasové a národnostní tolerance (Staňková, 2003).

5.4 Řád Křížovníku s červenou hvězdou

Řád Křížovníku s červenou hvězdou byl na rozdíl od ostatních českého původu a těšil se velké přízni Přemyslovců. Laické špitální bratrstvo při kostele sv. Haštala v Praze

založila roku 1233 sv. Anežka Přemyslovna, dcera krále Přemysla Otakara I (Národní archiv, 1958). Tato významná postava raného ošetrovatelství v českých zemích byla zakladatelkou a spoluzakladatelkou klášterů v Praze. Byla první královskou dcerou, která vstoupila do chudého řádu sv. Kláry, neboť svůj život chtěla zasvětit víře a modlitbám. Nejstarším z klášterů byl sv. František se špitálem u sv. Haštala, založený roku 1233. Založila také špitál Na Františku roku 1234. Celý svůj život zasvětila pomoci chudým a nemocným. Byla první ženou, která založila mužský řád, a první ženou, která založila český ošetrovatelský řád. Založila řád Křížovníku s červenou hvězdou a vypracovala pokyny, kterými se bylo nutno řídit při ošetřování a opatrování chudých a nemocných. Jedná se o první etický kodex, zásad ošetrovatelské péče v raném středověku (Krausová, 2010). Svatá Anežka Česká položila základy ošetřování nemocných v Čechách. Později byla právem považována za zakladatelku a patronku českého ošetrovatelství (Pospíšilová, Tóthová, 2014; Krausová, 2010).

Tento mužský řád zůstal dodnes jediným řeholním řádem českého původu, který založila žena. Bratrstvo vycházelo z ideálu chudoby sv. Františka z Assisi. Anežka Přemyslovna darovala řádu část svého majetku a svých statků. Od samého začátku byla hlavním posláním řádu milosrdná láska k člověku, který potřebuje pomoc a společenství druhých (Kutnohorská, 2010).

Vztah řádu k chudým, hlavně v prvním století, byl velice dobrý. Všechny dary byly určeny hlavně pro nemocné. Řádoví bratři a sestry dostávali tentýž chléb a nápoj jako všichni ostatní – tedy i nemocní. Za vlády Karla IV. spravoval řád přes šedesát špitálů v českých zemích (Bořík, Boříková, 2004).

Zpočátku byli jeho členy jen laici jako prvotní bratrstvo, později vstoupili do jeho řad i kněží, kteří během let nabyli převahy. Řád se tak proměnil v duchovní instituci. Vstupovalo do něj i mnoho šlechticů, kteří svůj veškerý majetek odevzdávali řádu ve prospěch chudých a mnoho z nich pak působilo jako bratři–laici v oblasti charitativní činnosti. Špitál byl časem značně zveleben a patřil k nejbohatším ústavům. Velmi negativně na řád působilo období husitských válek. Po nich většina špitálů zanikla a v řádu převládala pastorační činnost nad původní, charitativní. Řád přečkal třicetiletou válku a panování Josefa II., který řád nezrušil, protože v řádových pravidlech byla zdůrazňována povinnost starat se o chudé. Proto mu tato péče nebyla odňata a jeho činnost pokračovala dále (Vlček, Rys, 1982).

V roce 1832 založil řád v Praze – Karlíně na špitálském poli první dětskou opatrovnu tohoto druhu v Čechách (Vaničková, 1999). V 50. letech 20. století bylo řádu zabráněno věnovat se své činnosti. Teprve po roce 1990 mohl svou činnost obnovit a navázat na odkaz své zakladatelky. Příslušníci řádu dnes již ve zdravotnických zařízeních nepracují (Kutnohorská, 2010).

5.5 Řád Milosrdných bratří

Špitálský řád Milosrdných bratří byl založen roku 1537 a pochází ze Španělska. Zakladatelem byl Jan z Boha, vlastním jménem Juan Chudad, v Granadě (Národní archiv, 1960b). Jan z Boha je považován za průkopníka ošetrovatelské péče. Pečoval o celého člověka, a to jak o tělo, tak o duši. Heslo řádu bylo „Tělem k duši“ a hlavním posláním snižování lidského utrpení (Švejdová, 2011).

Své členy Jan z Boha školil v péči o nemocné a ve svých nemocnicích zaměstnával i světské lékaře. Proto byly špitály Milosrdných bratří zakládány po celé Evropě nejlepšími lůžkovými zařízeními až do vzniku státy zakládaných zdravotních ústavů v 18. století (Hlaváčková, 2009).

S pomocí knížete Karla z Lichtenštejna přichází řád do českých zemí roku 1605, kdy byl založen špitál ve Valticích na jižní Moravě. Spolu se šířením katolické církve se konvent dostal také do Prahy na Staré Město (Na Františku) roku 1620, do Nového Města nad Metují roku 1646, Prostějov a roku 1733, Kuksu roku 1743, Brna roku 1747, Letovic roku 1750, Vizovic roku 1781. Na Slovensku byl konvent ve Spišském Podhradí založený roku 1650, v Bratislavě roku 1669 a ve Skalici roku 1796 (Národní archiv, 1960b); Hlaváčková, 1996a). I když bylo hlavní sídlo řádu v Brně, špitál v Praze Na Františku byl jako druhý špitál Milosrdných bratří u nás, který si však brzy získal významné postavení nejen v rámci našich zemí, ale i v celé středoevropské oblasti. Založen byl roku 1620 (Hlaváčková, 1996b). Špitál byl na svou dobu významným a odborně uznávaným ústavem (Hlaváčková, 1996a).

Podle regulí řádu směli být v jejich ústavech hospitalizováni pouze muži. Ženy a děti směly být ošetřeny pouze ambulantně. V pozdější době ale bylo nutné ošetřovat i ženy, a tak byly zřizovány i ženské nemocnice Milosrdných sester, ve kterých byly ošetřovány i nemocné ženy (Karmasýnová, 1973).

Milosrdní bratři přinesli do zdravotnictví hlubokou změnu. Téměř do konce 18. století se u nás ještě nevyskytuje pojem nemocnice jako zařízení výhradně léčebné (Hlaváčková, 1996b). Přežívá středověké označení špitál pro sociální a charitativní ústavy a jen v ústavech spravovaných řády a zabývajících se speciálně ošetřováním nemocných se vyvíjí určitá léčebná péče, která šla ruku v ruce s vývojem lékařské vědy, školství i zdravotnického ústavnictví (Karmasýnová, 1973). Takovým léčebným ústavem v pravém slova smyslu se stávala postupně během druhé poloviny 18. století právě nemocnice Milosrdných bratří v Praze Na Františku (Hlaváčková, 1996b). Řádové stanovy Milosrdných bratří příkazují ošetřování a léčení jak tělesně, tak duševně nemocných bohatých, hlavně však chudých, starých, práce neschopných a sirotků jakéhokoliv vyznání či národnosti (Karmasýnová, 1973). Řád dbal na vysokou úroveň hygieny a pohodlí nemocných. Rozděloval nemocné podle jejich potřeb a onemocnění, pozorováni byli i duševně nemocní a jejich prožitky (Švejdrová, 2011). V nemocnicích milosrdných bratří byli pacienti oblečení do jednotného úboru, leželi na lůžkách vybavených záclonami, které jim zaručovaly určité soukromí. K dispozici měli i knihovnu s českými a německými knihami. Jejich pobyt v nemocnici byl rozdělen pravidelnými lékařskými vizitami, léčebnými procedurami a jídlem (Hlaváčková, 2009).

I když v té době neexistovala žádná ošetřovatelská škola nebo učiliště, podle stanov řádu se musel každý novic podvolit roční odborné zdravotnické průpravě, ze které vzešel kvalifikovaný ošetřovatel (Karmasýnová, 1973). Zpočátku přitahovala tato možnost chlapce z chudých rodin, kteří neměli možnost z finančních důvodů získat zdravotnické vzdělání (Hlaváčková, 1996b). Příprava spočívala mimo jiné v získávání potřebných zdravotnických vědomostí a přivykání na ošetřování nemocných. Novic vykonával v nemocnici různé hrubší práce a teprve po složení slibu a po jednoroční přípravě mohl vykonávat samostatné opatrování nemocných. Ošetřování nemocných se věnovalo 8–10 bratrů, mezi nimiž byli 2–3 lékaři (Karmasýnová, 1973). Schopní jedinci byli vysíláni řádem na další lékařská a chirurgická studia (Hlaváčková et al., 2011). Mnozí členové řádu byli vynikajícími odborníky ve svém oboru, jejich zásluhami získávali Milosrdní bratři také finanční podporu pro řád i nemocné (Karmasýnová, 1973).

Příslušníci řádu se také často domáhali zavedení odborných přednášek na lékařské fakultě pro opatrovníky a porodní báby, např. Jochim Vrabeco o to usiloval koncem 18. století (Krausová, 2010).

Do dějin se nemocnice Milosrdných bratří zapsala roku 1847, kdy zde byla poprvé v Čechách použita éterová narkóza. Provedl ji řádový chirurg Celestýn Opitz (1810–886) (Hlaváčková, 2009).

V květnu 1965 (Jokl, 2001) se Nemocnice Milosrdných bratří opět zapsala do dějin zdravotnictví. Jako první v tehdejším Československu a v celé střední Evropě měla anesteziologicko-resuscitační oddělení. Chod špitálů byl zajišťován členy řádu vybíráním almužen. Dalším bohatým zdrojem financí se pro nemocnice Milosrdných bratří staly příjmy klášterních lékáren. Lékárna vydávala léky nejen pacientům hospitalizovaným v nemocnici, ale vydávala léky i mimo klášter pro obyvatele měst a jejich okolí. Konvent Milosrdných bratří v Prostějově založila Marie Anna jako poděkování za vyléčení těžce nemocného syna knížete Jana Nepomuka z Lichtenštejna Dr. Lazarem Löblem. I takto byl řád podporován (Karmasýnová, 1973).

V případě nedostatku vlastních odborných sil přijímali Milosrdní bratři do svých nemocnic i městské lékaře, často i univerzitní profesory, kteří se též podíleli na školení ošetřovatelů (Hlaváčková, 1996a); Hlaváčková et al., 2011). Ve srovnání s jinými špitály, kde působily jako ošetřovatelé většinou zcela neškolené osoby a kam docházel lékař třeba jen jednou či dvakrát v týdnu, byla péče o nemocné v nemocnicích Milosrdných bratří na mnohem lepší úrovni (Hlaváčková et al., 2011).

Špitály Milosrdných bratří se tak lišily od běžného typu spravovaného světskými institucemi tím, že v nich ošetřovaly nemocné výhradně proškolené osoby a tím se staly určitým přechodem k novověkému evropskému pojetí nemocnice (Kutnohorská, 2010).

Hluboká krize nastala pro řád ve druhé polovině 19. století. Bylo tomu tak proto, že řád sám prožíval hlubokou vnitřní krizi, kdy ubývalo mladých lidí a tím také ubývalo ošetřovatelů, kteří by mohli plnit své poslání v nemocnicích při ošetřování nemocných (Karmasýnová, 1973).

Zdárný rozvoj významného pražského zdravotnického zařízení velmi tvrdě zastavila až druhá světová válka. V roce 1941 byl řád zrušen a majetek propadl ve prospěch německé říše. Samotná nemocnice byla přeměněna na lazaret příslušníků Luftwaffe. Po

osvobození v roce 1945 byla nemocnice navrácena řádu, který se snažil vrátit nemocnici její původní místo a poslání ve zdravotnictví poválečné republiky (Jokl, 2001). V roce 1948 po únorovém politickém převratu byla zestátněna. Až roku 1992 se stala Nemocnice Na Františku samostatným právním subjektem zřízeným městskou částí Prahy 1 (Hlaváčková, 2009).

Nemocnice se také mohla pochlubit nejen medicínskými úspěchy a kapacitami lékařů, kteří zde působili napříč generacemi, ale byla unikátní i co do vybavení. Byl zde centrální rozvod kyslíku a tlakového vzduchu, moderní ventilátory, vyvýšený centrální velín, permanentní kontrola krevních plynů přímo na oddělení atd. Je to jedna z řady významných prvenství této nemocnice. Řada zařízení přistoupila k těmto změnám až o několik let později (Jokl, 2001).

5.6 Řád svaté Alžběty

Mezi řády, které se věnovaly charitativní činnosti, dále patřily alžbětinky. Alžbětinky jsou původně terciářky františkánské řehole sv. Františka z Assisi (Národní archiv, 1960a); Staňková, 2003). Tzv. třetí řád byl založen sv. Františkem Serafinským ve 13. století pro osoby žijící mimo klášter, ale toužící po křesťanské dokonalosti. Ideály kongregace sv. Františka si alžbětinky převzaly. Patronkou tohoto řádu se stala sestřenice sv. Anežky sv. Alžběta Durynská. Věnovala se službě nemocným, chudým a potřebným (Staňková, 2003). Alžbětinky pracovaly v duchu hesla sv. Alžběty Durynské „Naší povinností je činit druhé šťastnými“ (Kutnohorská, 2010).

Cílem řádu bylo povznést ošetřování nemocných službou řeholních sester (Kutnohorská, 2010). Pracovaly ve špitálech a nemocnicích, které byly zakládány při všech konventech v Evropě (Staňková, 2003).

Zakladatelkou řádu je na přelomu 16. a 17. století Apolonie Radermacherová z Cách. S několika dalšími řádovými sestrami provedla reformu špitálu (Kutnohorská, 2010). V roce 1719 přišly alžbětinky do Prahy (Hlaváčková, 1996a).

Za pomoci pražského arcibiskupa a císaře Karla VI. vznikla nemocnice Na Slupi na Praze II. roku 1722. I v dalších městech vznikaly nemocnice alžbětinek, a to v Kadani, Brně a Těšíně (Kutnohorská, 2010). Podobně jako v nemocnicích Milosrdných bratří i zde pracovaly vzdělané a proškolené osoby (Hlaváčková, 1996a). V Praze bylo postaveno na svou dobu moderní zařízení, bezplatné, určené pouze

k léčení žen. Ženy byly v té době léčeny lékaři, na rozdíl od ostatních pacientů v jiných špitálech. Do nemocnice u alžbětinek přicházely ženy z chudých sociálních poměrů (Kutnohorská, 2010). Pacientky byly na rozdíl od jiných špitálů již léčeny dvěma lékaři, z nichž jeden byl medicus (internista) a druhý ranhojič (chirurg). Veškeré ošetrovatelské a pomocné práce vykonávaly řeholnice. Nemocnice měla i vlastní lékárnu, spravovanou sestrami – lékárnice. Během první světové války se stala nemocnice lazaretem (Staňková, 2003).

Dle dochovaných záznamů z 19. století se v nemocnici kladl velký důraz na čistotu a pořádek. Při přijetí byla každá nemocná svlečená, očištěná, učesaná a převlečená do ústavního prádla. U každé pacientky byl sepsován podrobný chorobopis a vystaven tzv. záhlavní lístek, na němž byla vyznačena její nemoc a délka pobytu. Informace o přijímaných nemocných, zemřelých, počtu porodů či potratu nebo o výskytu nemocí byly sepsovány do výkazu o nemocnicích (Příloha 2). Těžce nemocným se denně čistily zuby, vyplachovala ústa a vymývaly oči. Prostěradla na postelích se vyměňovala vždy, kdy to bylo třeba, nejméně jednou týdně. Nemocniční sály (pokoje) se denně myly a větraly. U těžce nemocných byla sestra přítomná nepřetržitě. Seděla u lůžka nemocné a pomáhala jí, v čem mohla, přitom ji utěšovala a dodávala odvalu. Sestry v ambulantní části mnohdy zastávaly práci ústavního ranhojiče, prováděly převazy, pouštěly žilou a zručně trhaly zuby (Staňková, 2003).

Sestry rovněž působily v sociálních službách, učily náboženství ve školách, pomáhaly ve farnostech apod. (Staňková, 2003).

Řád žil ve velké chudobě a odříkání. Opakovaně se střídala období dobrá a období zlá, kdy řád bojoval o svou existenci. Velkými donátory byla česká šlechta a movité obyvatelstvo, které využívalo jeho služeb (Staňková, 2003).

Špitál přežil úspěšně josefínské reformy, během kterých bylo zrušeno mnoho klášterů a špitálů, jež měly sloužit pro vznik nových velkých zemských nemocnic. Roku 1949 byla nemocnice zestátněna, řeholní sestry byly postupně nahrazovány civilními. Poslední řádová sestra odešla roku 1957, ale od roku 1990 začal řád obnovovat svoji činnost a opravovat kostel a klášter. Řádové sestry dnes znovu působí v nemocnici sv. Alžběty Na Slupi (Staňková, 2003).

Alžbětky i Milosrdné sestry se věnovaly od počátku i speciální výchově sester - ošetřovatelek. Ve srovnání s Milosrdnými bratry byla ovšem jejich příprava v souladu s dobovými možnostmi vzdělávání dívek zaměřená prakticky, nikoliv jako případná příprava schopných sester pro vyšší zdravotnické vzdělání. Až na počátku 20. let se začalo uvažovat o tom, že by prakticky vyškolené sestry se svolením církve absolvovaly i teoretický ošetřovatelský kurz (Hlaváčková, 1996a).

5.7 Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Kongregace milosrdných sester vznikla po třicetileté válce roku 1652 ve Francii. Boromejky jsou třetí nejstarší ženskou kongregací (Staňková, 2003). Založená byla advokátem Emanuel Chauvenel. Dům milosrdenství, jak se ústavu přezdívalo, se o nemocné morem, cholera, hladové a chudé prostřednictvím pěti sester. Později složily řeholní slib milosrdenství, vytrvalosti, poslušnosti a čistoty. Milosrdné je lidé začali nazývat pro jejich neutuchající práci pro druhé (Smit, 2014).

„Z řehole Boromejek Kongregace vede své členky po staletí k životu podle evangelia, k následování Pána a vytrvale usiluje svými činy rozlévat milosrdnou lásku chudým, nemocným, jakkoliv postiženým, opuštěným a zanedbaným. Nehledají vděk, ani zisk, ani uznání světa, ale snaží se účinně milovat všechny lidi, protože je miluje Bůh, který žádá, abychom si vzájemně sloužili a pomáhali“ (Staňková, 2003, s. 13-18).

Zprvu se jejich činnost soustředila na návštěvy a péči o nemocné po domech těch nejhudších a nejpotřebnějších. Brzy se jejich návštěvy na žádosti mnohých rozšířily až na působení v nemocnicích, sirotčincích, školách pro chudé děti, v práci pro neslyšící, službou pro postižené (Smit, 2014).

Do Prahy přišly Boromejky ze svého sídla v Nancy roku 1837. Prvním impulzem byla činnost Aloise Kláry, profesor pražské univerzity, který chtěl vyřešit těžkou situaci dospělých slepců (Koutníková, 1996; Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 2017b).

Boromejky na Malé Straně Pod Petřínem nechali postavit roku 1848 klášter s kostelem sv. Karla Boromejského, nemocnici Pod Petřínem a mateřinec se sídlem své generální představené (Staňková, 2003). Na Klárově založily boromejky také malou komunitu v ústavu pro nevidomé. Roku 1854 vzrostla nemocnost natolik, že Všeobecná nemocnice nemohla ošetřit všechny potřebné, a tak požádala o pomoc sestry

Boromejky. Boromejky viděly nutnost přestavby své nemocnice z důvodu kapacity. Rozšířená také byla o novou lékárnu. Roku 1858 koupily Boromejky dům a dvůr v Řepích u Prahy, kde vybudovaly nalezinec pro více než 400 dětí. Roku 1864 se Boromejky ujaly práce s ženskými trestankyněmi a byly pod dohledem ministerstva spravedlnosti. Tyto vězenkyně pracovaly v dílnách ručních prací, prádelně, pekárně, na zahradě a na velkostatku (Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 2017a).

Za Rakouska-Uherska se boromejky vzdělávaly ve Vídni, poté v Čsl. Státní ošetrovatelské škole. Roku 1939 otevřela Kongregace v nemocnici Pod Petřínem vlastní církevní ošetrovatelskou školu, která získala právo veřejnosti, tj. vychovávala i civilní žákyně. Fungovala až do roku 1948, kdy byla nejprve sloučená s Vyšší sociální školou zdravotní na Alšově nábřeží a následně byla její činnost zcela zastavena (roku 1951) (Staňková, 2003). Představená církevní ošetrovatelské školy Kongregace Boromejek v Nemocnici Pod Petřínem S. M. Klosová po druhé světové válce vyslovila dnes již slavný citát – myšlenku, kterou si do života odnášejí už celé generace sester: „Která je to síla tak mocná v člověku, že jej vede k tomu, aby své nejlepší schopnosti, svou fyzickou výkonnost věnoval trpícím nemocným? Snad vás udiví, když odpovím za vás, že je to tajemná, těžko definovatelná touha lidského srdce po štěstí, po naplnění života. Víím, s jakou chutí a s jakým nadšením vstupujete do svého nového povolání... Jděte jako pravé dcery českého národa ke svým nemocným a rozdávejte všem z pokladů svého ušlechtilého srdce. Svět zakusil, co dokáže pýcha a nenávisť, dokažte nyní, co dokáže láska!“ (Krausová, 2010, s. 11–13).

Ve válečných dobách pečovaly boromejky o raněné vojáky (Kutnohorská, 2010). V době Pražského povstání boromejky ošetrovaly raněné a osvobozené terezínské vězňe. Po porážce Německa byla kongregace označena za přísluhovače nacismu a nemocnice byla po téměř 110 letech předána státu jako pobočka Státní fakultní nemocnice (Smit, 2014).

S nástupem komunismu roku 1950 byla jejich činnost přerušena a byly násilně převezeny do Albrechtic u polských hranic (Koutníková, 1996).

Sestry, jež zůstaly na území Čech, byly roku 1952 zproštěny služby v nemocnicích a nahrazeny civilními. Jejich ošetrovatelská škola byla zavřena, nemocnice zestátněny. Sestry boromejky musely odevzdat inventář a klíče a nedobrovolně ustoupit násilí

komunistického režimu. Mnohé byly vězněny, některé pracovaly v civilních zaměstnáních a některé tajně vedly řeholní život a po dobu totalitního režimu přijímaly do svého řádu nové členky (Staňková, 2003). Tak mohla kongregace po revoluci začít opět realizovat své poslání, které se naplňuje hlavně v sociální a ošetrovatelské péči. V roce 1990 se boromejky vrátily do své nemocnice Pod Petřínem (Koutníková, 1996).

Po změně společenské situace byl roku 1992 areál řádu vrácen a došlo k dohodě. Fakultní nemocnice uznala vlastnická práva Kongregace a 1. 10. 1993 vznikla Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, včetně nově vysvěceného kostela, která navázala na téměř 140letou tradici (Kutnohorská, 2010). Kromě odborné péče poskytuje i pomoc mladistvým se závislostí na psychotropních látkách (Smit, 2014).

Po 38 letech začaly boromejky tam, kde jim byla násilně před mnoha lety zastavena jejich činnost, aby mohly v klidné a radostné spolupráci s lékaři a civilními sestrami vytvořit kolektiv, který udělá vše pro blaho svých nemocných (Staňková, 2003).

Financování provozu ošetrovatelského ústavu boromejek je rozděleno do tří skupin. První skupinou jsou ošetrovatelská lůžka. Jejich platby jsou zajištěny smluvně se zdravotními pojišťovnami. Druhou skupinou jsou lůžka sociální. Část si platí pacient sám, zbytek se vyplácí z dotací ministerstva práce a sociálních věcí a městských částí. Třetí skupinou je komplexní domácí péče. Proplácená je z fondů zdravotního pojištění (Koutníková, 1996).

Sestry i nadále poskytují komplexní sociální péči, léčebnou péči a komplexní rehabilitaci. Jejich systém práce se koordinuje tak, aby byla vzájemná návaznost zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče. Jednou z prací boromejek je také v rámci resocializačního programu poskytování pracovní příležitosti odsouzeným ženám, které byly prvotrestané (Koutníková, 1996). Některé vybrané vězenkyně pak po roce 1996 pracují společně s Boromejkami v Domově sv. Karla Boromejského (Staňková, 2003). Vedle zdravotnictví působily sestry boromejky i ve školství, v nápravných zařízeních pro mladistvé a v trestnicích (Koutníková, 1996). Boromejky sloužily všude tam, kde to bylo zapotřebí, a vyznačovaly se svou pohotovostí a připraveností (Kutnohorská, 2010; Smit, 2014). Při rozhovoru se sestrou Fidelis mi bylo sděleno, že literatura k ošetrování řádovými sestrami téměř neexistuje, protože si sestry dříve psaly jen kroniky domu, a to převážně tam, kde se věnovaly školství. Nemocnice, ve kterých sestry sloužily, měly jen

výjimečně psanou kroniku, do níž ale nepsaly o tom, jakým způsobem ošetřovaly nemocné.

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze je nestátní zdravotnické zařízení. Zřizovatelem je kongregace. Jedná se o malou nemocnici rodinného typu v historickém centru Prahy, která poskytuje péči především obyvatelům Prahy. Nemocnice má dlouhodobě vysoký standard poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče. „Posláním je služba člověku, spočívající v navrácení zdraví a zlepšování kvality života nemocných prostředky současné medicíny na principech křesťanské etiky, vytváření příznivé atmosféry prostřednictvím vzájemných přátelských vztahů mezi odbornými týmy nemocnice, pacienty a jejich blízkými.“ Duchovní službu v nemocnici nabízejí kaplani. Jedná se především o lidský zájem vyjádřený osobní návštěvou a přítomností, rozhovor, modlitbu a četbu Bible, udílení svátostí, zprostředkování kontaktu s duchovními všech církví a náboženství registrovaných v České republice, účast na katolických bohoslužbách či jejich poslech na lůžku ze sluchátek, poslech Radia Proglas ze sluchátek. Všem bez rozdílu jsou ochotni věnovat čas a sdílet jejich radosti, ale i starosti, strach, bolest, osamocení, úzkost. Každý pacient, jeho příbuzný či známý má právo si spirituální podporu vyžádat, přijmout, ale i odmítnout (Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 2017a).

5.8 Kongregace Šedých sester u svatého Bartoloměje v Praze (Kongregace Šedých sester III. řádu sv. Františka/pražská)

Kongregace Šedých sester je řád domácí a původní. Kongregace byla založená v Praze roku 1856 sestrami Annou (Dulcelinou) a Marií (Xaverií) Plaňanskými a jejich přítelkyní Františkou (Johannou) Grossmannovou. Živily se šitím a navštěvovaly nemocné. Z různých důvodů jim nebylo povoleno vstoupit do kláštera a stát se milosrdnými sestrami. Nakonec se rozhodly založit duchovní spolek k obsluze nemocných. Z této myšlenky nakonec za významné pomoci kněze Havránka, příslušníka řádu Křižovníků s červenou hvězdou a kardinála Schwarzenberga, vznikla Kongregace Šedých sester, zaměřená především na péči v domácnostech. Původním posláním Kongregace bylo ošetřování nemocných, zvláště chudých a opuštěných, v jejich domovech. Teprve později sestry své úmysly rozšířily o péči o raněné při válečných událostech a o nemocné a postižené v chorobincích a nemocnicích. Ženy se

stěhovaly do skromného společného bytu, odkud odcházely na první návštěvy nemocných (Staňková, 2003).

Od roku 1844 působila v Opavě kongregace opavských františkánek. Kromě Opavy sestry působily v Olomouci, Prostějově a dalších městech, a sice ve starobincích, sirotčincích a sanatoriích. Vlastní ošetrovatelská škola byla v Olomouci a Opavě (Vaničková, 1999).

Po kratším pobytu na Malé Straně získala Kongregace dům na Starém Městě, který se stal mateřincem Kongregace a fungoval až do roku 1950. K domu přiléhal kostel sv. Bartoloměje. Členky řádu se velmi uplatnily při ošetřování raněných a nemocných vojáků v období válek v letech 1859, 1864 a 1866. Za tuto obětavou práci byla odměněná sestra představená Johanna (Grossmannová) císařem Františkem Josefem I. záslužným křížem s korunou (Staňková, 2003; Národní archiv, 1966).

Na začátku 20. století měla kongregace 11 ústavů, v nichž zajišťovala ošetrovatelskou péči. Dále vznikalo mnoho filiálních domů např. v Poděbradech, Plzni a dalších. Dnes je mateřský dům kongregace v Lomnici u Vodňan (Staňková, 2003).

V současnosti sestry pracují v charitním domově pro řeholnice v Opavě, v Olomouci a v nemocnici v Uherském Hradišti. Kongregace brněnských františkánek založená roku 1886 v Brně měla též svoji ošetrovatelskou školu. Kromě toho měly sestry také dvouletou ošetrovatelskou školu v Jihlavě. Nyní sestry pracují jako učitelky ošetrovatelství na Církevní střední zdravotnické škole v Brně (Vaničková, 1999). Po komunikaci s představenou řádu mi bylo sděleno, že se řádové sestry musí řídit stejnými instrukcemi jako civilní zdravotní sestry.

5.9 Diakonky

Slovo diakonie je odvozeno z řeckého slovesa diakonein a znamená sloužit, pomáhat. Původně šlo o posluhování, především u stolu (Holý, 1996). V 15. století začaly diakonky provozovat návštěvní ošetrovatelství v domech nemocných (Krchová, 1978). Jejich práce spočívala ve službě sociální, sekretářské a správní. Sociální služby zahrnovaly především vyučování žen a dětí a výchovu sirotků. Péči poskytovaly vdovy, později i mladé dívky žijící mravným životem, jako pokračování služeb žen, které provázely Ježíše a staraly se o něj a jeho úředníky. V tehdejších východních zemích mohla k chudým a nemocným ženám vstoupit do místnosti zase jenom žena.

Prvopočátky novodobé České diakonie lze datovat od druhé poloviny 19. století. Zde nebyly tolik známy, ale postupně hlavně službou nemocným si v rodinách získávaly své jméno. Důležité bylo zavedení dvou- až tříměsíčních výchovných kurzů ošetrovatelství, ale též křesťanské výchovy, práce s biblí a jiné, takže nové diakonky nemusely jezdit za vzděláním do zahraničí. Diakonské spolky rozvinuly u nás i jinde svou činnost nejvíce ve 30. letech 20. století, kdy bylo zakládáno mnoho domů diakonie. Česká diakonie se významně podílela na ošetřování raněných z pražských barikád, repatriantů a prvních pacientů z koncentračního tábora v Terezíně (Holý, 1996).

5.10 Kongregace svaté Zdislavy

Česká kongregace sester dominikánek byla založená v době velké obnovy dominikánského řádu v 19. století. Vznikla spojením laických členek české národnosti a čtyř dominikánek povolanych ze Štýrska v Řepčíně u Olomouce roku 1889. Jejich patronkou se stala sv. Zdislava (Staňková, 2003). Poutníci, nemocní a potřební u ní nalézali vždy nejlaskavější přijetí. Vždy se s nimi dělila, podporovala je, kde jen mohla, a sama žila skromně. Byla proto všemi milována a nazývána matkou chudých (Krausová, 2010). Její příkladný život byl naplněn láskou k Bohu a lidem, byl plný touhy po záchraně duší. Osobnost Zdislavy je opředena nadpřirozenou mocí, která jí byla přisouzena. V Dalimilově kronice se dočteme: „Pět mrtvých boží mocí vzkřísila, mnoho slepým zrak navrátila, chromých malomocných mnoho uzdravila a nad jinými ubohými veliké divy činila“. Dne 21. 5. 1996 byla Zdislava svatořečená papežem Janem Pavlem II. (Mlýnková, 2006, s. 19).

Cílem kongregace byla od počátku činnost v charitativních ústavech a výchova dívek. Roku 1948 působily v ČSR téměř na 30 místech, zejména pak v zařízeních sociální péče, na obecných, odborných a řádových školách. Zdislavky nebyly typickým řádem. Měly možnost chodit v civilním oblečení, mít civilní zaměstnání a žít civilním soukromým životem. Musely skládat slib chudoby, čistoty a poslušnosti a musely se účastnit pravidelných setkání. To umožnilo ženám realizovat se jak v povolání, tak v zasvěcení se Bohu. Členkami se stávaly často lékařky, doktorky přírodních věd, sestry. Zdislavky organizovaly i vzdělávání svých členek jako katechetek pomáhajících při výuce náboženství, farních sester a jako pečovatelek docházejících do rodin. Jejich činnost byla postupně zastavená pod vlivem politické situace a nízkým zájmem o tuto práci. Řada z nich postupně absolvovala

ošetřovatelskou školu a staly se z nich kvalifikované sestry. Na rozdíl od jiných řádových sester nemusely nemocnice opustit, protože nebyly nápadné a chodily mimo službu v civilním oblečení. Víru mohly vyznávat v soukromí (Staňková, 2003).

6 Role řádu v zařízeních k ošetřování

V této kapitole jsou popsána zařízení různého druhu, která zajišťovala péči nemocným dětem a dospělým. Byly to převážně hospice (hospitale, xenodocheia), špitály (nemocnice, hospitalia), leprosária a infirmaria. Ve své době to byly významná a nenahraditelná zařízení a jejich postupná proměna znamenala stále lepší a kvalitnější péči o nemocné. Důvodem výběru právě těchto konkrétních zařízení byla spojitost s řády a jejich nenahraditelný význam v oblasti péče o nemocné.

6.1 Hospice/hospitále/xenodocheia

Zvláštní důraz na pohostinství kladlo křesťanství. Podle vzoru biblického Samaritána spojovalo péči o nemocné, staré osoby, sirotky a chudé vůbec. Jakmile římský stát přiznal křesťanům stejná práva jako vyznavačům jiných náboženství, začali křesťané zřizovat domy sloužící pohostinnosti, tedy xenodocheia (Bláhová, 1987).

Spontánní rozvoj pohostinnosti byl zanedlouho zakotven právními normami. Zvláštní význam měla xenodocheia v rozvíjejícím se poutnictví. V tomto směru působili především mniši benediktinského řádu, jimiž řádové předpisy výslovně ukládaly povinnost hospitanty (Bláhová, 1987). Benediktinský řád byl nejstarší organizovaná řehole západní Evropy. Důraz byl kladen především na to, aby péče o nemocné byla poskytována v souladu s textem Nového zákona a byla postavená na stejnou úroveň jako služba Kristu (Švejsová, 2011; Řád sv. Benedikta, 2017). Podobné povinnosti nebyly ovšem v Evropě spojeny pouze s křesťanstvím. Archaická pohostinnost, ukládající povinnost přijmout každého poutníka, je doložena u Germánů i u východních Slovanů (Bláhová, 1987).

V pozdější době byla tato zařízení přejmenována na hospice, ale jejich úloha útulku pro poutníky zůstala nezměněná. Mniši zde zbloudilým poutníkům poskytl nocleh, stravu případně je ošetřili. Hospice byly zřizovány i na místech pro poutníky posvátných (př. na cestě ke Kristovu hrobu do Svaté země), později na všech cestách vedoucích z různých zemí do Říma. Tak činili mniši na hoře Karmel. Později byly zakládány útulky, např. roku 962 klášterní hospic v průsmyku svatého Bernarda, který byl vlastně první stanicí první pomoci. Podobný hospic byl na hoře svatého Gottharda, kde se používalo k vyhledávání poutníků cvičených bernardinských psů (Dvořáček, 2009). Významným hospicem se stal hospic v Římě, založený Karlem IV. pro Čechy, kteří se

zde zdržovali. Pocestní nacházeli hospice jak v horských průsmycích, tak i na přechodech vodních toků, na okrajích pustin a nebezpečných míst. Kupci, kteří často křižovali celý svět od východu na západ, s sebou často přinášeli různé infekční nemoci, které u nás vedly k epidemiím. Tito lidé měli jedinou záchranu svých životů právě v těchto zařízeních (Bořík, Boříková, 2004).

Tyto ústavy jsou základem našich nemocnic a jiných sociálních ústavů, vzešlých z ideje obětavé pomoci, a mají svůj vliv na vývoj zdravotnické kultury lidstva i v dnešní moderní době (Dvořáček, 2009).

6.2 *Infirmaria*

V benediktinských klášterech se o mnichy a jeptišky staral zručný a svědomitý ošetřovatel, tzv. fraterinfirmarius nebo sestra infirmaria, ve zvláštní místnosti k tomu vyhrazené. Z jedné místnosti se postupem času vyvinulo celé infirmarium, což je velická místnost nebo i celá nemocniční budova. Zprvu byla určená jen pro mnichy a jeptišky, ale za krátkou dobu i pro žáky klášterních škol a poté i pro celou klášterní komunitu. V infirmariu byla nemocným poskytována nejen lékařská péče, ale byly tu připravovány léky z bylin vypěstovaných na vlastní zahradě. Pro ostatní potřebné se začaly zakládat také samostatné budovym hospitale či hospitium, tedy špitály. Do nich byli přijímáni nejen nemocní, ale i domácí chudí, kteří v nich dostávali různé zaopatření (stravu, oděv, almužnu) a přespoucí chudí poutníci nocleh (Bořík, Boříková, 2004).

6.3 *Leprosária*

Infekční nemoci se na zdravotním stavu lidí v minulosti podepsaly větší měrou než dnes. Jejich diagnostika a léčba byly nedílnou součástí všech lékařských oborů. Jako u jiných chorob se nemocní původně léčili doma. Až později se nejkvalitnější péče přesunula do nemocnic. Do té doby se význam ústavní léčby omezil jen na poskytnutí útulku a umožnění základního ošetření nemocných, protože chyběly účinné léčebné prostředky a postupy, jež by pomohly v léčbě infekčních nemocí. Přímými předchůdci infekčních oddělení jsou nejspíše právě leprosária (Svobodný, 1999).

Jedním z předních problémů středověku bylo malomocenství (Bláhová, 1987). Leprosária byla útlukem pro malomocné (Švejdomá, 2011). Vyskytovalo se v Evropě již od starověku. Od prvních křížových výprav však nabývalo na intenzitě a zvláště města

s velkým počtem obyvatel a primitivním i hygienickými podmínkami jím byla silně zasažená. To vedlo ve 12. století k zavedení speciálních opatření, která měla alespoň chránit zdravé obyvatelstvo před nákazou. Malomocným byla proto vyhrazována místa ve špitálech nebo byla zřizována speciální leprosária za městskými hradbami, která nahradila starší chatrče v polích, v nichž byli malomocní odděleni od zdravé populace (Bláhová, 1987). Důvodem byl silný zápach z hnisajících ran, který byl cítit daleko za hradby leprosária (Švejdvová, 2011). Leprosária byla sice zřizována nejčastěji mimo město, ale i přes nebezpečí nákazy byla většinou umístována na frekventovaných místech, na důležitých dopravních cestách, na křižovatkách a na řekách, neboť zde byla častá příležitost k získání almužny.

Leprosária měla stejně jako špitály své vlastní statuty se speciálními předpisy, jimiž se měl personál i nemocní řídit (Bláhová, 1987). Péče o nemocné spočívala v tlumení bolesti, péči o rány a zajištění základních potřeb (Švejdvová, 2011).

V dochovaných materiálech se uvádí, že takovýmto zařízením byl v Praze špitál sv. Lazara, který byl určený pro chudé a nemocné. Zanikl v husitských válkách (Vlček, Rys, 1982). Svobodný, 2000, uvádí, že tento špitál přežil i husitské války a sloužil v Praze jako leprosárium, ne špitál pro chudé a nemocné. První dochované zmínky o něm byly z roku 1282.

6.4 Nemocnice/špitály/hospitalia

Významový obsah tohoto slova je velmi široký. Špitál ve slovnících bývá vysvětlen jako hospital, který je buď církevní, nebo světský ústav pro nemocné nebo zestárlé chudé osoby, nebo jde o útulek po pocestné – hospic (Bořík, Boříková, 2004). Poskytování zdravotní péče zde nebylo hlavním cílem. Staročeský slovník označuje špitál jako ospitál, což je hostinec, tedy dům pro pocestné. Francouzské slovo hôpital byl určen pro ošetřování nemocných stížených vyhojitelnými nemocemi. Kdežto hôtel byl dům pro přijímání cizinců. Všechna tato slova mají základ v latinském výrazu hospitium a z něho jsou odvozena. Tehdy byly pohostinství, péče o chudé a nemocné ještě spojeny v nerozlučný celek jako výraz křesťanské lásky k bližnímu (Bořík, Boříková, 2004; Cuřínová, 2000).

Nemocnice neboli špitály byla zařízení, která poskytovala útulek ubožákům z nejnižších vrstev chudiny, žebrákům, chronicky a nevyлéčitelně nemocným, přestárlým,

slabomyslným, dospělým i dětem bez domova. Ve středověku se takovými útulky staly především klášterní (hlavně při biskupských) a světské špitály (Cuřínová, 2000).

V 8. století se nejspíše vlivem iroskotských mnichů vedle xenodocheií objevují i další místa spojená s přijímáním „hostů“, tj. poutníků, nemocných a chudých. Těmto ústavům se říkalo hospitalia – špitály. Ustanovení týkající se péče o „hosty“ a zřizování a udržování vhodných zařízení byla ve francké době předmětem oficiálního zákonodárství i usnesení koncilů. V praxi tuto povinnost plnili především církevní instituce, biskupové, kapituly a hlavně všech asi 650 klášterů Franské říše. Kláštery byly vybaveny prostorami pro ubytování poutníků. Pro chudé poutníky to byly hospitalepauperum a pro ty zámožnější to byly hospitaledivitum. Hospitály se lišily nejen v úrovni ubytování, ale i v poskytovaných službách (Bláhová, 1987).

Na chod špitálů byla vyhrazena část příjmu z církevního majetku, z desátku velkých statků nebo dobročinností vznikaly různé nadace, z nichž byly špitály zřizovány a udržovány (Bořík, Boříková, 2004; Bláhová, 1987). O tom, komu špitál bude poskytovat svou péči a v jakém rozsahu, rozhodoval jak záměr zakladatele a výše finančních zdrojů, tak jeho správa a organizace (Svobodný, 2009). Zřizovat nemocnice mohly obce, okresy, sbory anebo jednotliví zakladatelé. Špitální fundace byla úkonem právním a současně vyžadovala dostačující ekonomické zabezpečení (nemovitý majetek, platy, daňové úlevy, výnosy z mýt a pokut, dary, odkazy, almužny apod.) Jednotlivé špitály měly oddělenou organizaci správy majetku od vlastní péče o chovance (Kotrbelec, 1888-1916).

Zvlášť velkou roli při zakládání špitálů měli feudálové a měšťané královských měst. Při jejich založení odevzdávali velký movitý i nemovitý majetek. Podle středověkých idejí křesťanské péče a milosrdenství si vykupovali svou spásu (Cuřínová, 2000). Tedy přednostní právo na zaopatření ve špitálech měli ti, kteří si zakoupili tzv. provizi (Bořík, Boříková, 2004). Svým vlastníkům pak špitál přinášel řadu výhod. Nejen zajištění v období důchodu, ale i přednost při ošetření. Tím si zajistili byt, stravu a ošetření v případě nemoci. Nemajetní pak obsazovali zbylá místa. Ovšem tehdejší sociální situaci špitály nemohly zcela pokrýt. Počet nemocných byl určen zakládací listinou a závisel na celkovém výnosu špitálního jmění. Průměrně bylo ve špitálech 10–20 lůžek. Jen málokdy přesáhl počet lůžek třicítka (Cuřínová, 2000; Kotrbelec, 1888–1916). Nemocní bez majetku tak často zůstávali za branami špitálu. Denní režim

v těchto ústavech péče o nemocné byl řízen od 16. století domácími řády, které udávaly brzké ranní buzení, úklid, oblékání, povinné bohoslužby, čas na jídlo a zábavu (Cuřínová, 2000). Ve špitálských domech byl kladen důraz na čistotu, pořádek a zbožnost (Bořík, Boříková, 2004). Špitál poskytoval často jen nouzové přístřeší. Zvláště těžké to bylo v období hladomoru a epidemií (Cuřínová, 2000).

Přímý dohled nad špitálem měl jeden z chovanců, který za to dostával zvláštní odměnu. Ve větších špitálech byli služební a ošetřovatelé bez zdravotnického vzdělání. Pečovali pouze o čistotu a stravování nemocných. Chovanci špitálu dostávali stravu a ošacení a příspěvek na běžné potřeby, který nebyl velký ani pravidelný. Často pak museli prosit o almužnu (Bořík, Boříková, 2004).

Špitály pro chudé přijímaly zpravidla 12 chudých na noc (symbolický počet apoštolů), jimž poskytovaly také nejnutnější potravu. I přesto počet osob uchylujících se do těchto ústavů byl na mnoha místech překročen (Bláhová, 1987). Nemůžeme předpokládat víc než poskytnutí lůžka, stravy, případně ošetření vnějších ran, přiložení obkladů, podání bylinných léků nebo pouštění žilou. Úroveň středověké medicíny nemohla poskytnout více v podstatě nikomu, tím méně chudobou zchátralým, chronicky nemocným a starým osobám, které tvořily obyvatelstvo středověkých špitálů (Hlaváčková et al., 2011). Cesta do nemocnice byla pro nemocného nejčastěji cestou poslední, to byl nejspíše i důvod, proč se lidé nemocnice báli. Ještě dnes se setkáme u starých lidí se strachem před nemocnicí. O nějaké významnější činnosti v těchto špitálech se nedá vůbec mluvit, vždyť tyto ústavy neměly ani operační sály. Čestnou výjimku činilo jen několik ústavů (Ledeč, 1905–1955).

S novým vzednutím vlny poutnictví v 11. století začal proces oddělování funkcí ubytoven pro poutníky (hospitium) a vlastních špitálů, pečujících v duchu křesťanského milosrdenství o chudé, nemocné, staré, sirotky a další potřebné. Nemoc špitálníků navíc nebývala zpravidla určujícím důvodem k přijetí, ale jen průvodním jevem chudoby nebo stáří. Tehdejší špitály se tak svým posláním blížily spíše dnešním léčebnám pro dlouhodobě nemocné, domovům pro seniory nebo hospicům spíše než moderním nemocnicím. Naprostá většina nemocných byla totiž ošetřována ve svých domovech, s výjimkou speciálních případů, pro které existovaly vlastní útulky (leprosária, morové lazarety, špitály pro syfilitiky). Přesto i ve špitálech existovaly snahy postarat se

o nemocné profesionálně, s pomocí ošetrovatelského nebo lékařského personálu (Svobodný, 2009).

Velkým krokem kupředu bylo založení první nemocnice v Cesarei v Malé Asii papežem Basilem Velikým. První nemocnice měly status klášterních nemocnic. Byly až do 12. století jediným typem nemocnice. Otevření dalších klášterních nemocnic na sebe nenechalo dlouhou dobu čekat. Dnes je nejznámější klášterní nemocnice v Saint Gallen ve Švýcarsku (Švejdová, 2011).

Od 10. století vznikaly v českých zemích špitály a lazarety na mnoha místech. Jsou spjaty s příchodem křesťanství a plnily spíše charitativní a sociální funkci (Švejdová, 2011; Cuřínová, 2000).

Ve velkých městech se musely špitály přizpůsobovat potřebám a problémům městské společnosti, v níž v důsledku rychlého růstu nabývaly problémy nemoci a chudoby nových dimenzí. Velká hustota obyvatelstva, velká koncentrace lidí bez pravidelného příjmu a špatné hygienické podmínky byly příčinou růstu sociální bídy a šíření nemocí. V těchto větších městech lze tedy pozorovat postupnou specializaci špitálů. Např. ze 6 milánských špitálů ve 12. století měl jeden již od svého založení působit jako nemocnice, jiné zas přijímat nalezence a churavějící chudé nebo přestárlé osoby (Bláhová, 1987). Přímou pro nemocné byla leprosária, která se zaměřovala pouze na nakažené malomocenstvím, a infirmaria, což byly klášterní nemocnice pro řeholníky. Určit, který špitál v Čechách a na Moravě byl nejvýznamnější, je velmi těžké. Špitálnictví bylo totiž v českých zemích poměrně rozvinuté (Cuřínová, 2000). I když se traduje, že pražské špitály patřily k nejstarším v našich zemích, je o nich dochováno jen velmi málo pramenů, tím méně pak o léčebné péči poskytované v nich špitálníkům (Hlaváčková et al., 2011).

Postupem doby se špitály změnilly v ústavy, do kterých se uchylovali staří, nemocní a lidé neschopní pracovat. Pomoc poskytovali lékaři empirické a řemeslní ranlékaři (holiči, kořenáři, mastičkáři, potulní chirurgové). Aprobovaní lékaři, tedy ti, kteří měli vzdělání na univerzitách, docházeli do špitálů jen vzácně. Samouky v lékařství se stávali kněží a mniši (Kutnohorská, 2010).

Církevní řády sehrály velkou roli při zakládání špitálů. Nejstarším z nich byl benediktinský (sv. Jiří, Břevnov) založený v 6. století. U nás se objevil roku 993.

Podobně zaměřené byly Řád německých rytířů, Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou a Řád johanitů. Ošetřování nemocných bylo považováno za práci pod úroveň a méněcennou, přímo hodnou opovrhování, ale členové řádu ji vykonávali v souvislosti s pozemským odříkáním (Kotrbelec, 1888–1916; Cuřínová, 2000). Vaníčková, 1999, píše, že benediktinský klášter sv. Jiří v Praze byl založen 967 a samotné počátky řeholního života jsou spjaté právě se založením ženského benediktinského kláštera sv. Jiří v Praze.

Kláštevní nemocnice měly chirurgický pavilon, v jehož blízkosti byl pavilon pro těžce nemocné pacienty, kde byl zapotřebí zvýšený dohled lékaře. Pavilon pro těžce nemocné je předchůdcem dnešních jednotek intenzivní péče. Pokojem pro nemocné byla velká místnost, kde bylo přes 30 lůžek podél stěn v jedné řadě. Zprvu byla v místnosti i operační část, ta se ale později oddělila do samostatné místnosti. Nebylo také výjimkou, že v jednom lůžku byli umístěni i dva pacienti. Součástí nemocnice byla i klášterní zahrada, kde mniši pěstovali léčivé byliny a poté z nich chystali léčivé lektvary. V současnosti to jsou předchůdci dnešních lékáren. V areálu nemocnice se dále nacházela ubytovna pro lékaře a knihovna se samostatným vchodem (Švejdomá, 2011).

Nejstarší doložený útulek v Praze je pravděpodobně z období 10. století, z doby vlády knížete Boleslava (935-967), a to Týnský špitál Panny Marie (Švejdomá, 2011; Kutnohorská, 2010). Ovšem nejnovější práce však upozornily na to, že zatím není doložen před koncem 12. století (Hlaváčková, 2001). Pečovali tu nejen o cizí kupce přicházející z Vídně a Carnunta, ale také o 12 chudých, starých a nemocných (Švejdomá, 2011; Kutnohorská, 2010). Špitál měl ošetrovatelský personál i pomocnice. Pro ně už byl sestaven konkrétní služební řád. Ošetrovatele bylo sedm na dvanáct nemocných. Chod špitálu zajišťovaly jakési důchody z výnosu ze sousedních dvorů. Ve špitále byl zbudovaný kostelík, který se později stal hlavním staroměstským chrámem. Podle nadační listiny byl špitál založen proto, aby jeho vybudováním bylo dosaženo pro stavebníka i mecenáše odpuštění hříchů (Vlček, Rys, 1982). Dům pak sloužil světským osobám, později byla na tomto místě týnská fara. Poslední zmínka o špitálu je uvedena v pramenech k roku 1279. Tím jsou zprávy o špitálu v podstatě vyčerpány. I tyto skoupé údaje jsou však zčásti zcela vykonstruovány, zčásti založeny na nespolehlivém prameni. Diplomatičká falsa ve starších dobách často zachycovala skutečný stav doby, k níž se měla vztahovat (Bláhová, 1987).

V 11. století stál ve vyšehradském podhradí špitál, který byl založen knížetem Břetislavem I. (1037–1055). Špitál s kaplí sv. Mauricia měl sloužit jako dům pro chudý lid. Bohužel se nezachovala žádná kamenná ani písemná památka (Vlček, Rys, 1982).

U maltézského kláštera stál malý špitál bratří jeruzalémských, založený roku 1159. O špitálu se dochovalo jen velmi málo informací a pravděpodobně zanikl v husitských válkách (Vlček, Rys, 1982).

Málo informací víme také o špitálu Řádu strážců Božího hrobu, který byl postaven na Zderaze roku 1190, v blízkosti kaple sv. Petra a Pavla. Spálen a vypleněn byl roku 1420 (Vlček, Rys, 1982).

V dochovaných materiálech se ještě uvádí špitál sv. Lazara, který byl určený pro chudé a nemocné. Zanikl v husitských válkách (Vlček, Rys, 1982).

Ve 13.–15. století u nás špitálů přibývalo, došlo k jejich rozvoji, samostatnosti a jejich význam rostl (Cuřínová, 2000). Ve 13. století začal stoupat počet nemocnic, které byly založeny rytířskými řády (Švejdová, 2011).

Stranou nezůstávala ani vrchnost a soukromé osoby. V lidumilnosti se mezi sebou přímo předháněly. Některé špitály byly velmi chudé. Chovancům poskytovaly jen ubytování. Vše ostatní si museli vyžebrot. Těch špitálů, které byly dobře zaopatřeny různými nadacemi, odkazy a hmotnými statky, bylo mnoho. Na jejich správu volili úředníky a někdy i špitální písaře, kteří vedli veškeré účetnictví (Bořík, Boříková, 2004).

Jedním z nejstarších špitálů v evropském regionu byl špitál sv. Františka v Praze, založený roku 1234 blahoslavenou Anežkou, dcerou krále Přemysla Otakara I. a sestrou krále Václava II. Byl určen pro poutníky a k pečování o tělesně i duševně nemocné bez rozdílu stavu a náboženství. Spravoval jej řád Křižovníků s červenou hvězdou, který Anežka Přemyslovna založila (Vlček, Rys, 1982). Stavba špitálu právě u mostu nebyla náhodná. Racionální důvody k tomu byly především hygienické. Dále strategická poloha umožnila komunikačně nejfrekventovanější místo, kde špitál také profitoval z mostného. Díky bohatým nadacím a privilegiím se špitál rychle vyšvihl na přední místo ve městě. Neohrozil ho ani vznik nových špitálů, ani rušení špitálu Josefem II. (Svobodný, 2000).

Dalším útlukem pro poutníky se ve 14. století stal špitál sv. Alžběty. Opět se nacházel v pražském podhradí a postaven byl pražským arcibiskupem Janem Očkem z Vlašimě. V době husitských válek se kostel i špitál staly útočištěm Pražanů. Špitál měl 12–15 lůžek. Jako útulek působil až do roku 1776, poté se rozpadl (Vlček, Rys, 1982).

Na Hradčanech založil arcibiskup Jan Očko z Vlašimě (1364–1380) ještě jeden špitál při kostele sv. Antonína a Alžběty. Byl vyhrazen nemocným duchovním svatovítské kapituly a bylo zde asi 18 lůžek. Zbořen byl v období husitských válek a znovu obnoven Ferdinandem I, který sem umístil 18 nemocných mužů a 12 služebníků od sv. Víta. Josefem II. byl tento špitál zrušen a přeměněn ve vojenskou nemocnici (Vlček, Rys, 1982).

Mezi nejlepší pražské nemocnice se řadil Bohuslavův špitál, který založil roku 1354 (nebo 1320, prameny se liší) Bohuslav, syn Olbrama Menhartovice, na místě dnešní nemocnice Milosrdných bratří. Špitál je také známý pod názvem sv. Kříže. Řád Milosrdných bratří převzal budovu roku 1620 a špitál zvelebil natolik, že se zařadil mezi nejslavnější pražské nemocnice, a proto ji ani Josef II. nezrušil (Vlček, Rys, 1982).

Jakubův špitál (nebo špitál proti sv. Ambroži) založený roku 1350 Johlinem Jakubovým z rodu Velflovičů na náměstí Republiky u dnešního kostela sv. Josefa byl velmi významný a rozlehlý. Po třicetileté válce zpustl a v 18. století za vlády Marie Terezie sloužil jako kasárna (Vlček, Rys, 1982).

Špitály zřízené cizinci nebo pro cizince vyhrazené zřídili premonstráti v období po Bílé hoře. Špitál s kaplí sv. Alžběty roku 1364 byl určen hlavně pro Němce. Po 40. letech byl z vojenských důvodů zrušen a znovu otevřen až v 19. století opět premonstráty a sloužil k ošetřování 20 nemocných starých lidí (Vlček, Rys, 1982).

Špitál v Templu sloužil ženám, které v tomto domě vedly zbožný život, ošetřovaly nemocné a konaly jiné bohublé skutky (Vlček, Rys, 1982). Městský špitál malostranský byl na Malostranském náměstí. Ve špitále bylo ošetřováno 38 zchudlých malostranských měšťanů. Ti dostávali zlatku týdně k obživě a nosili modré pláště s bílým límcem. Roku 1787 byl špitál zrušen (Vlček, Rys, 1982).

Za vlády Vladislava II. byl postaven špitál zasvěcený sv. Trojici a obrácení sv. Pavla. Stal se nejvyhledávanějším a největším špitálem na Novém Městě pražském. Roku

1646 musel být špitál i s nedalekým kostelem sv. Pavla z vojenských důvodů zbořen (Vlček, Rys, 1982).

Celková úroveň péče ve špitále v předhusitské době nebyla uspokojivá a stávala se předmětem kritiky, kterou kněží prezentovali ve svých kázáních (Bořík, Boříková, 2004).

Zmínky o tom, jak se léčilo v prvních špitálech do 15. století, je velmi málo. Asi nejlépe byly spravovány špitály řízené ošetrovatelskými řády. V ostatních světských špitálech byli nemocní ošetřováni tak jako v soukromí. Léčilo se dle tehdejší medicíny a užívaly se domácí prostředky (Bořík, Boříková, 2004). Standard poskytovaný všem chovancům obsahoval zajištění útulku a stravy, ošetření a obvázání ran, podávání dezinfekčních a utišujících prostředků a pouštění žilou. Samozřejmostí byla péče o duše špitálníků (a také fundátorů a dobrodinců špitálu), která byla důležitější než péče o jejich tělo. Působení lékaře ve špitále se alespoň v Praze zdá být doloženo až napočátku 15. století. Z té doby existuje dokonce zpráva o tom, že známý profesor lékařské fakulty a královský lékař Albík z Uničova navštěvoval nemocné ve špitálech se svými žáky, aby je učil lékařskému umění v praxi (Svobodný, 2009).

Na dnešním místě ministerstva spravedlnosti byl roku 1505 zakoupen dům, který měl sloužit jako špitál určený pro neduživé a chudé. Byli tu léčeni hlavně nemocní trpící francouzskou nemocí, kterých bylo asi 48. Později tu byl zřízen městský chorobinec (Vlček, Rys, 1982).

Židé měli svůj vlastní špitál v ghettu, založený ještě před rokem 1542. Měl 12 ženských a 8 mužských postelí. Ošetrovatelskou péči vykonávali vždy pouze židé (Vlček, Rys, 1982).

Dějiny klinické výuky porodnictví jsou u nás spojeny s Vlašským neboli Italským špitálem. Potomci italských mincmistrů vytvořili v Praze kolonii, kde si roku 1602 zakoupili dům na Jánském vršku na Malé Straně, ve kterém zřídili špitál pro 20 nemocných (Hlaváčková et al., 2011). Tento ústav byl brzy nejlepším v celé Praze a dostal se pod ochranu samotného císaře Rudolfa II. Ten vydal zvláštní majestát, který špitál osvobodil od všech daní a dávek (Vlček, Rys, 1982). Stal se přímým předchůdcem zemské porodnice a nalezince, zřízených za josefínských reforem, jedním z prvních klinických zařízení lékařské fakulty i nepřímým předchůdcem pozdějších

dětských nemocnic (Svobodný, 2001). V případě epidemií v něm nesměli být léčeni nemocní nakažlivými chorobami. Vlašský špitál byl velmi dobře veden a svou organizací i úrovní léčebné péče se přibližoval pojmu nemocnice (Vlček, Rys, 1982). Podobně jako u špitálů Milosrdných bratří a Alžbětinek bylo i ve Vlašském špitále vnitřní uspořádání na svou dobu vysoce účelové. Zahrnovalo oddělené sály pro ženy, muže a děti, prostory pro správu špitálu, školu a nezbytné hospodářské zázemí (Svobodný, 2001). Kromě lidí starých a nezuživých obojího pohlaví přijímal do své péče hlavně těhotné ženy, kojence, děti nalezené, opuštěné a osiřelé od jejich narození po práh dospělosti (Vlček, Rys, 1982).

Péče o děti byla zaměřená na jejich tělesné i duchovní blaho od křtu přes poskytnutí ubytování, oděvu, stravy, vzdělání až po zabezpečení při odchodu ze špitálu do života. Důležitou složkou byla ale v případě potřeby i zdravotní péče. Vedle správného a hospodářského personálu (v čele se správcem podřízeným kongregaci), blíže neznámého počtu ošetřovatelů a ošetřovatelek pečujících o tělesné potřeby, kněze a učitelů zaměstnával špitál také externího lékaře a ranlékaře (chirurga). Z dochovaných pramenů víme, že počet chovanců (dětí) ve špitále byl různý, neboť zde žily jen děti školního věku a dospělí. Mladší děti byly umístovány do rodin kojných a pěstounů, starší do služby nebo do učení. Roční výkazy ze 70. a 80. let 18. století hovoří o přibližně tisícovce zaopatřených za pouhý rok. Přes veškerou péči tyto děti umíraly častěji než jejich vrstevníci ve vlastních rodinách. Teprve u dětí školního věku se mohly projevit přednosti vynuceného života ve špitále včetně pravidelné výživy a zdravotní péče (Svobodný, 2001). Aby stačil návalu nových uchazečů o přijetí, musel být špitál rozšířen (Vlček, Rys, 1982). Špitál se nacházel v Soukenické ulici na Novém Městě pražském, založený byl roku 1765 z odkazu hraběnky Marie Kinské. V rámci reformních pokusů Marie Terezie byl Vlašský špitál spojen roku 1776 s novoměstským nalezincem a porodnicí Marie Magdalény. Bezplatně rodící ženy se totiž musely podvolit demonstracím při výuce praktického porodnictví jak studentů medicíny, tak porodních asistentek. K fakultní výuce špitál sloužil již dříve. Byl povinen dodávat fakultě těla zemřelých k demonstračním pitvám (Svobodný, 2001). O rok později roku 1777 splynul s Vlašským špitálem také tehdejší francouzský špitál sv. Ludvíka, který stával na Senovážném náměstí (Vlček, Rys, 1982; Svobodný, 2001).

Od připojení porodnice se Vlašský špitál stal významným zdravotnickým centrem péče o rodičky a novorozence. V porodnici našly útočiště chudé rodičky v sále s dvaceti

čistě povlečenými postelemi. Rodily ve zvláštní místnosti, vybavené třemi porodnickými lůžky. Porody vedla odborně vyškolená asistentka Rosalie Sanderová, které pomáhaly opatrovnice (Svobodný, 2001).

Vlašský špitál se pro svou činnost těšil přízni panovníků – Leopolda I, Karla VI. i Marie Terezie. Koncem 18. století dosáhl největšího rozkvětu (Vlček, Rys, 1982).

Osudným se pro špitál stalo jeho bohatství. Patřil totiž v té době mezi nejbohatší a v mnoha ohledech nejlépe vedené sociálně–zdravotní ústavy Prahy. I přesto ho za své vlády Josef II. roku 1789 náhle zrušil. Některé principy jeho péče, část stávajících chovanců (rodičky a nalezinci) a někteří členové personálu přešli do nově vzniklé porodnice a nalezince u sv. Apolináře, vzniklé téhož roku. Sem byla převedena klinická výuka porodnictví (Svobodný, 2001). Činnost špitálu byla obnovena roku 1804 a činnost kongregace se zaměřovala spíše na péči o sirotky Italů v Praze. Stal se velmi známým nejen pro péči o italské sirotky, ale i o ty české (Vlček, Rys, 1982). V Praze se nejvíce podobal nemocnici špitál Milosrdných bratří, založený roku 1620 na Františku. Roku 1635 měla pražská nemocnice Milosrdných bratří 14 lůžek a po dalších přestavbách až 108. Ve druhé polovině 18. století začala hrát nemocnice Milosrdných bratří důležitou úlohu v rozvoji našeho lékařství. Stala se sídlem prvních klinických pracovišť pražské lékařské fakulty. Studenti medicíny se zde učili i péči o ambulantně nemocné, nejen dospělé, ale i děti. Významným nedostatkem klinik u Milosrdných byla skutečnost, že do nemocnice nesměly být přijímány ženy. Působil zde chirurg V. J. Vrabec (1740-1804), který jako první u nás požádal roku 1786 o povolení přednášet na lékařské fakultě o ošetřovatelství, které však nedostal (Hlaváčková et al., 2011).

Roku 1622 si po vzoru Vlachů zřídili špitál pro 12 starců i Francouzi bydlící v Praze. V roce 1777 jej Josef II. zrušil a připojil k Vlašskému špitálu (Vlček, Rys, 1982). Pozadu nebyla ani další česká města. Například v Karlových Varech byl zřízen špitál U sv. Bernarda otevřený roku 1812. Sloužil nemocným všech národností. Roku 1892 se proměnil v cizinecký špitál na Kysibelské ulici (Bořík, Boříková, 2004).

Nemocnice v pravém slova smyslu vznikaly až v 17. století, především ve velkých evropských městech, tzv. charité. Ty byly již spojeny s lékařskými školami. Za vlády Josefa II. byla otevřena roku 1784 Všeobecná nemocnice ve Vídni a roku 1790 v Praze. Otevřením nové nemocnice končila éra starých špitálů, které tím zanikly. Právě v Praze

bylo tehdy zrušeno třináct malých samostatných špitálů a jejich jmění bylo převedeno na všeobecnou nemocnici. Typ nemocnic s velkými sály pro nemocné, často propojenými i s kaplí, brzy přestal vyhovovat hygienickým požadavkům a bylo třeba hledat modernější řešení. Prosazována byla pavilónová zařízení v domech, které byly obehnány i dostatečně prostornou zahradou pro pacienty. Na jednoho pacienta se počítalo 150 až 200 m². Dále se připravovala výstavba nemocnic s odborným zaměřením nebo výstavba soukromých sanatorií. Všechna nová zařízení musela splňovat podmínky určené pro veřejnou nemocnici. Pro dlouhodobě nemocné se budovaly chorobince, pro staré občany chudobince, pro chudé děti nalezince a sirotčince. Zřizovány byly již i ústavy pro choromyslné, hluchoněmé nebo slepé (Bořík, Boříková, 2004).

Špitál pro vysloužilé kněze, kteří buď zchudli, nebo nemohli kvůli svému zdravotnímu stavu vykonávat duchovní správu, byl zřízen až koncem 17. století. Tento kněžský špitál byl velmi pěkně a účelně zřízen pro 27 osob (Vlček, Rys, 1982). V osvícenském období bylo důležité, že nemocnice přestávaly mít charakter pouhého azylu, který měly dřívější špitály. Povaha nových nemocí si vyžadovala v průběhu let i budování ústavů se zdravotnickým zaměřením. Stávaly se zařízeními, jejichž hlavním posláním byla léčebná činnost. Provedena byla rozsáhlá reforma lékařského školství. Vznikaly tak i první opatření a ucelené teorie o zdravotnictví. Napomáhaly tak k řešení obecných potíží státu, který potřeboval spokojenější obyvatelstvo, zdravější vojáky a pracovní sílu (Kutnohorská, 2010).

Druhou největší pražskou nemocnicí po Milosrdných bratřích byla v 18. století nemocnice alžbětinek, založená roku 1722 Na Slupi, která byla určena k léčení žen (Hlaváčková et al., 2011). Během své existence prošla řadou kritických období. Po stavební a technické stránce byla nemocnice na svou dobu dokonale uzpůsobená nemocničním potřebám: prostorná, dobře osvětlená, důmyslně větraná a komunikačně snadno přístupná. Podobně jako u Milosrdných zde byly postele se závěsy pro oddělení jednotlivých nemocných. Místnost byla vyzdobena obrazy českých patronů, v čele sálu stál oltář. V prvním patře jižního traktu se nacházel hlavní a zpočátku jediný sál s 33 lůžky, určený pro vnitřní nemoci. Ve stejném patře byl později zřízen i menší sál se 14 lůžky pro chirurgické nemoci a operační sálek pro lehčí operace. V prvním patře se ještě nacházela ústavní lékárna, která ale nesměla léky vydávat mimo nemocnici. V 19. století byly zřízeny dvě menší nemocniční síně a infekční oddělení. Z dnešního

hlediska tam bylo ovšem nedostatečné hygienické vybavení, na svou dobu ovšem standardní – jedna studna, žádná kanalizace, koupelny byly zřízené až v moderní době. V nemocnici byla rovněž ambulantní část, kde se přijímaly příchozí pacientky. Sestry alžbětinky ošetrovaly nejen nemocné, ale zastávaly i většinu ostatních prací spojených s provozem nemocnice. V obdobích válek vypomáhaly sestry také v blízkých nouzových špitálech. Pacientky bez rozdílu vyznání pocházely většinou z nižších sociálních vrstev. Byly zdarma léčeny především služebné, později nižší úřednice a další příslušnice středních stavů a velmi často také řádové sestry (Svobodný, 2001). Vybudování nových zdravotnických ústavů v Praze na sklonku 18. století je třeba vidět jako součást uskutečňování osvícenských reforem v rakouské monarchii. Smysl a cíle těchto reforem péče jsou obdobné jako v jiných oblastech, ovšem mají svoje specifické rysy. Úsilí o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva mělo sloužit k lepšímu vybudování hospodářsky prosperujícího, vojensky silného absolutistického státu. Ten byl v druhé polovině 18. století katastrofální. Obyvatelstvo bylo zdecimováno válkami, které vedla Marie Terezie o uhájení svého dědictví, a hladomorem v letech 1771–1772, který provázely velká neúroda a živelné pohromy (Hlaváčková et al., 2011). Ke všemu se ještě přidaly infekční nemoci, které ničily vyhladovělé obyvatelstvo stejně neúprosně jako středověký mor. Většina obyvatelstva, která tyto hrůzy přežila, byla tělesně slabá, nemocná, a proto nevyhovující pro pracovní nebo vojenskou sílu. Zprávy odvodních komisí z druhé poloviny 18. století zachycují popisy špatného zdravotního stavu mladých mužů, žen i obrovskou dětskou úmrtnost (Platt, 1920).

Marie Terezie i Josef II. se snažili najít návod na zvýšení počtu obyvatelstva a zlepšení jeho zdravotního stavu tím, že věnovali velkou pozornost různým populacionistickým teoriím. Jednou z hlavních cest k dosažení těchto cílů byly reformy veřejného zdravotnictví a zdravotnického školství (Archiv hlavního města Prahy, 2016). Právě důraz na klinickou výuku byl jedním ze základních prvků osvícenských reforem zdravotnického školství v rakouské monarchii (Archiv hlavního města Praha, 2016; Hlaváčková, 1996b). Za zvlášť důležité pokládal Josef II. péči o zdravotní stav obyvatelstva zlepšením kvality nemocnic a zdravotnických ústavů. Byl neúprosný k organizaci nemocniční služby, kdy po roce svého působení na trůnu (24. 5. 1781) vydal direktivní pravidla, v nichž byly stanoveny jednotné zásady pro vybudování centrálních zdravotních ústavů v rakouské monarchii. Péče o chudé nemocné měla být zajišťována všeobecnými nemocnicemi, chudé opuštěné rodičky a mládež měly nalézat

azyl v porodnicích, nalezincích a sirotčincích. Osoby, které nemohly pracovat, o opuštěné a chronicky nemocné se měly starat chorobince. Pro duševně nemocné osoby byly zřízené ústavy pro choromyslné. Nemocnice byla založena jako nadační ústav, postavený pod přímý dohled českého gubernia. Finanční prostředky pro vybudování a financování všech těchto ústavů se měly získat především zrušením některých klášterů a nevyhovujících špitálů, chudobinců a jiných útulků prodejem jejich budov. Direktivní pravidla se dotkla i samotných řádů, protože jejich činnost v těchto ústavech se velkou měrou omezila. Soustředění různých sociálních nadací, fondů apod. mělo být převedeno do fondů centrálních (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Výjimku tvořily řády, jež měly v řádových pravidlech zdůrazňovanou povinnost starat se o chudé. Jedním z takových řádů byl Řád Křižovníků s červenou hvězdou, proto mu tato péče nebyla odňata a jeho činnost pokračovala dále. Ušetřen byl i řád Milosrdných bratří, který roku 1620 zvelebil Bohuslavův špitál natolik, že se řadil mezi nejslavnější pražské nemocnice, a proto ani ji Josef II. nezrušil (Vlček, Rys, 1982).

Tato direktivní pravidla byla do Čech zaslána již v květnu roku 1781, ale jejich realizace v Praze trvala až do doby otevření nových zdravotních ústavů na přelomu 80. a 90 let. Ze stejného fondu se zajišťovalo i financování blázince, porodnice, nalezince, sirotčince i chorobince. Roku 1827 bylo ovšem nařízeno, aby každý ze zmíněných ústavů vedl zcela oddělené účty (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

6.5 Všeobecná nemocnice v Praze

Nyní bych uvedla, jak vypadala Všeobecná nemocnice, nazývaná také jako „štitf“ v době otevření roku 1790 (někdy je uváděn rok 1791). Důvodem výběru tohoto zařízení byl historický přínos, obsahující 2 století nepřerušené péče civilních i řádových sester. Kapitola dále mapuje, jaké bylo uspořádání nemocnice, jaké měla zařízení, kdo a za jakých podmínek byl do ní přijímán k ošetření, jak probíhala péče o nemocného od jeho příchodu až po propuštění, stravování nemocných, platy lékařů a ošetřovatelů, povinnosti lékařů a ošetřovatelů, podmínky přijetí ošetřovatelů do nemocnice, povinnosti a význam řádových sester v nemocnici, sociální postavení ošetřovatelů, osoby, jež se podílely na zlepšení situace ošetřovatelů v nemocnici a význam založení všeobecné nemocnice (Příloha 4, 5).

Tyto informace lze získat velmi dobře jak z původních plánů dochovaných v Národním archivu, tak i z pečlivého popisu rovněž doplněného plány, který uveřejnil její první ředitel, protomedik T. Bayer ve své známé publikaci z roku 1793 (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Jádro všeobecné nemocnice tvořila budova bývalého ústavu šlechtičen s hlavní frontou do tehdejší Lipové ulice a se dvěma postranními křídly, která ohraničovala nemocniční dvůr. Za ním bylo prostranství, jehož střed tvořila ústavní kaple. Obklopovaly ji mladé stromy, které měly zpříjemňovat pacientům procházky. Vedle hlavního vchodu do nemocnice byla postavena nevelká přízemní márnice s pitevnou. Za novou budovou blázince byl malý dvoupokojový domek určený pro nemocné vzteklinou. Téměř celé přízemí hlavní budovy zabíraly byty zaměstnanců, přijímací kancelář, sklady, ústavní kuchyň a lázně (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Pokoje nemocných byly umístěny v prvním a druhém patře. Nemocnice měla v době otevření 300 lůžek pro pacienty a 34 pro ošetřovatelský personál, který spal v nemocničních sálech spolu s nemocnými. Celý vedlejší dům u Houžvičků zabíral pomocný nemocniční provoz. V jeho přízemí byla umístěna lékárna, laboratoř a sklad, byty lékárnického personálu, prádelna a byty pradelen. V prvním patře byly byty lékařů a ranlékařů. Všechny místnosti v nemocnici měly dřevěné podlahy, cihlové byly na chodbách. Kamna vytápěly chodby a do velkých sálů byla instalována hned dvě. V každém patře byly čtyři záchody, přístupné rovnou z pokojů a čištěné podzemními kanály. Objekty byly zásobovány částečně říční, částečně studniční vodou, která byla rozváděna trubkami (Archiv hlavního města Praha, 2016). Vnitřní zařízení bylo prosté, postele se slamníky byly od sebe vzdálené nejméně dvě stopy, mezi nimi stály otevřené skříňky na léky, malé stolky u hlavy postele a stolek na jídlo. V každém pokoji byl stůl s několika židlemi a lavicemi. Pokud mohl nemocný sedět sám, bylo zapotřebí tří židlí, z nichž jedna byla jako lenoška s vysokým lenochem (Delan, Strong, 1921). Skříně pro inventář (ošetřovací potřeby, nádobí hliněné či cínové, prádlo atd.), lucerna k osvětlování místnosti olejem nebo svíčkami a nástěnný teploměr. Nábytek byl získán levně v dražbě po zrušení generálního semináře. Roku 1791 věnovali nemocnici čeští stavové po korunovační slavnosti císaře Leopolda různé předměty a zařízení (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Kdo a za jakých podmínek byl přijímán do nemocnice k ošetření? Byli to muži a ženy s výjimkou těch, kteří trpěli nevyléčitelnou chorobou. Pro osoby chronicky nemocné byl určen chorobinec. Nemocnice přijímala pacienty bez ohledu na stav, náboženství a národnost. Zásada nemocnice přijímat pacienty pouze s vyléčitelnými chorobami se brzy ukázala jako neúčinná a prakticky neodhalitelná, neboť akutní potíže zakrývaly chronický stav nemocného. Nepomohlo ani nařízení, že neplatící nemocní se při příchodu do všeobecné nemocnice musí prokázat potvrzením lékaře, že netrpí chronickou chorobou. Věkové omezení v této vyhlášce nebylo. V popisu nemocnice z roku 1845 bylo uvedeno, že zde byly léčeny děti od 4 let, menší jen tehdy, když měly neštovice. Ten, kdo si mohl ošetřování zaplatit, si mohl zvolit jednu ze tříd lišících se mírou pohodlí a stravou. V první řadě byla stanovena denní taxa 40 kr., ve druhé 20 kr., ve třetí 10 kr. a platit se muselo týden dopředu. Na bezplatnou péči měli nárok zcela nezámožní a ti, za něž nemohli platit rodiče. Nemocní, kteří pobírali nějakou chudinskou podporu, ji nedostávaly v době pobytu v nemocnici. Za čeledíny a služby měli platit taxy třetí třídy jejich zaměstnavatelé, rovněž tak se vybízely cechy, aby platily léčení svým členům, kteří se nemohli léčit doma. Péče o platící pacienty ve třetí třídě a neplatící byla stejná. Bezplatně mohli být přijímáni rodilí Pražané a ti, kteří zde žili alespoň 10 let. Všichni se však museli prokázat osvědčením chudoby, které dostaly ve farním okrsku svého bydliště na zvláště určených formulářích. Musel je podepsat farář, tzv. otec chudých, a účetní (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Zvláštní pasáž byla věnována přijímání nemocných s pohlavními chorobami, kteří byli léčení částečně na chirurgickém oddělení, částečně na zvláštním oddělení pro ženy -prostitutky. Venerici nemuseli při přijetí do nemocnice uvádět své jméno. Poslední část stanovovala přijímání duševně nemocných do blázince (Hlaváčková et al., 2011).

První kontakt pacienta s nemocnicí spočíval v jeho zapsání písařem do denního protokolu nemocnice a vyřízení finanční stránky jeho pobytu. Nezaplatil-li třídní pacient příslušnou taxu, byl přesunut do třetí třídy. Hned poté dostal v přijímací kanceláři první radu od lékaře. Zvonkem přivolaný lékař či ranlékař pacienta vyšetřil, zaznamenal diagnózu a rozhodl, zda jde o nemoc vnější, či vnitřní. Na základě toho jej poslal na příslušný pokoj s tabulkou, na níž bylo jeho jméno a číslo dle přijímacího protokolu (Příloha 3). Zde mu bylo vykázáno lůžko, na něž se pověsila jeho identifikační tabulka. Od počátku existence nemocnice zde bylo specializované léčení nemocí chirurgických, vnitřních a částečně i pohlavních (Hlaváčková et al., 2011).

Slušná a dostatečná strava byla podávána především pacientům I. a II. třídy, pacienti III. třídy, kterých byla po celou dobu existence tříd až do jejich zrušení roku 1948 velká většina, se museli spokojit ráno a večer pouze s polévkou a v poledne po polévce následovalo hovězí maso s omáčkou či zeleninou a denní porce chleba. Čistá postel byla zajištěná v sobotu, kdy se povlečení povinně vyměňovalo. Horší to již bylo s čistotou lůžek během týdne. Od dubna 1949 byla zdravotní péče pro pojištěnce bezplatná (Hlaváčková et al., 2011).

Výše platu lékařů, ranlékařů i úředníků odpovídaly fixním platům obvyklým v té době a podle dochovaných seznamů uchazečů byl o místa vždy velký zájem. V té době se zejména lékaři a ranlékaři velice snažili získat místo s pevným platem, protože výnos soukromé praxe nebyl jistý. S výjimkou prvního lékaře bydlel ostatní zdravotní a správní personál v ústavu a dostával k platu i naturální dříví a svíčky. Ošetřovatelky pracovaly v nemocnici ve velmi špatných podmínkách. Velmi nízké, zpočátku bez stravy byly platy ošetřovatelů a ošetřovatelek, kteří se po dlouhá desetiletí nazývali pouze hlídači (Wärter, Wärterinnen) nebo obsluhovačky. Platy byly rozděleny podle délky a kvality služeb do tří pásem. Jejich odměnou za vykonanou praxi v ošetřovatelství jim byla poskytnuta bezplatná strava, ubytování a služební oděv. V následujícím popisu je zřejmé, že služba byla velmi těžká (Hlaváčková et al., 2011).

Pokoje nemocných představovaly sály o 15 až 27 lůžkách (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978). Ošetřovatelé a ošetřovatelky rozdělení na pokojích podle počtu lůžek museli spát s nemocnými na pokoji oddělení záclonou či dřevěnou příčkou. Své osobní věci měly uloženy v různých bednách a skříních na chodbách a podobně (Hlaváčková et al., 2011). Řádové sestry bydlely ve zvláštních ubytovnách, tzv. klausurách, které pro ně vybudovaly jejich kongregace v areálu příslušné nemocnice. Pracovní režim byl výrazně ovlivněn řádovými sestrami. K dispozici byly stále mimo dobu, kdy odcházely od nemocných spát a k modlitbám a jiným náboženským úkonům, které jim předepisoval jejich církevní řád. Civilní ošetřovatelky pracovaly většinou v turnusech po 24 nebo 36 hodinách. Byly stále více omezovány i ve svém osobním životě (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978). Nemocniční služba prakticky vylučovala rodinný život, ale od roku 1914 byl přímo zákonem stanoven celibát (Hlaváčková et al., 2011). V některých nemocnicích měly ošetřovatelky volnou jednu celou neděli v měsíci. Nesměly se vzdalit bez dovolení z nemocnice. Vycházky mimo ústav byly povolovány primáři, v zimě od 17 do 21 hodin, v létě pak do 22 hodin.

O volno na vycházku musela ošetřovatelka písemně požádat prostřednictvím propustky, tzv. pasírky, a požadavek předložit k podpisu lékaři oddělení, někde dokonce správci či řediteli nemocnice. Na propustce musel být uvedený přesný čas odchodu a návratu do nemocnice (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978). Nedodržení předpisů bylo postihováno finančními tresty, omezením či zákazem vycházek, v nejhorším případě až propuštěním (Hlaváčková et al., 2011). Ještě roku 1836 bylo dovoleno je i tělesně trestat. Při tyfových epidemiích bylo lůžek pro nemocné nedostatek, a tak museli ošetřovatelé a ošetřovatelky svá lůžka uvolnit nemocným a přespávat na provizorních lehátkách. Dnem a nocí měli pečovat o nemocné dle pokynů lékařů a ranlékařů (Hlaváčková et al., 2011).

V Delan, Strong, (1921) jsou sepsaná některá pravidla, kterými se měly ošetřovatelky při své práci řídit. Podobná pravidla sestavila už svatá Anežka Česká, která založila řád Křižovníků s červenou hvězdou. Jedná se o první etický kodex zásad ošetřovatelské péče v raném středověku. Svatá Anežka Česká položila základy ošetřování nemocných v Čechách (Krausová, 2010).

Za nemocného je odpovědná pouze jedna osoba. Sama rozhoduje o péči, vyhledává lékaře, řídí se podle jeho nařízení. Ošetřovatelka musí nosit šaty s rukávy, které lze vyhrnout, dále zástěru a obuv s gumovými podpatky. Celý její oděv musí být pohodlný a vhodný k praní. Sama musí být upravená, čistá a nehty mít krátké a hladké. Šperky, hlavně prsteny a řetězy, které dělají hluk, jsou v pokoji nevhodné. Ošetřovatelka musí vědět, že její vlastní spánek, strava a pohyb na vzduchu jsou důležitější pro blaho nemocného než pro její vlastní. Na vyčerpanou, ospalou ošetřovatelku, ať vycvičenou nebo nevyčvičenou se nelze spolehnout, že bude vykonávat lékařské příkazy nebo že pečlivě zapisovat poznámky o změnách ve stavu nemocného. Dokonalost a únava nejdou ruku v ruce od počátku světa a nikdo nemůže správně vykonávat práci, trpí-li nedostatkem spánku a odpočinku. Osoba, která chce opravdu ošetřovat co možná nejlépe, ze sebe nedělá mučednici. Ošetřovatelka má denně vycházet. Čerstvý vzduch i občasné vzdálení se od chorého je nezbytné pro její tělesné i duševní zdraví. Mimo to prokáže nemocnému jednou za čas velkou laskavost, když po dobu svého osvěžení na něho myslí co možná nejméně. Naproti tomu osoba odpovědná za pacienta musí mít na mysli, že jedině ona je denně odpovědná celých 24 hodin za nemocného. Tím se nemyslí, že u něho musí být každou minutu a dělat všechno sama, ale že má připravit vše potřebné, přičemž vykonávat to může buď sama, nebo jiná spolehlivá osoba. Pokud

se vzdálí i na půl hodiny má, určit na své místo někoho spolehlivého, aby převzal odpovědnost, než se vrátí. Osobě, která ji zastupuje, musí sdělit, co se u nemocného bude provádět, tzn. musí-li se podat lék, jídlo, provést léčení. Může snadno napsat harmonogram všech úkonů, které budou po splnění odškrtnávány. Obdobně musí zastupující ošetřovatel sdělit vše ošetřovatelce, která se vrátila ke svému nemocnému (Delan, Strong, 1921).

Každá žena pečující o nemocného si musí pamatovat, že je jeho hlavním, ne-li jediným pojiťkem s normálním světem a že jeho žalostný stav je hodný politování. Nesmí být podrážděná a neochotná, nemůže reptat. Každá osoba, která se stará o nemocného, musí také vědět, že je v důvěrnějším styku s pacientem a že taková nucená důvěrnost vyžaduje zvláštní ohledy z její strany (Delan, Strong, 1921).

Jak Florence Nightingale praví: „Je nemožné naučiti někoho z knihy, kterak zacházeti s nemocným, zrovna tak jako ho ošetřovati. Okolnosti musí býti jiné v každém jednotlivém případě. Ale lze působiti na ošetřovatelku, aby přemýšlela. Např. Co se stane po dobu mé nepřítomnosti? V úterý musím odejít. Ale čistý vzduch nebo přesnost jsou neméně důležité pro mého pacienta v úterý, jako byly v pondělí. Nebo: v 10 hodin večer nejsem nikdy u nemocného, ale klid v 10hodin má pro něho tentýž význam jako 5 minut před desátou. Ačkoli se to může zdáti podivným, poměrně málo se tak jasně uvažuje, a když, tedy to jen způsobí, že oddaný přítel neb ošetřovatelka se vzdálí ještě na kratší dobu od svého nemocného – a ne, aby si to zařídili tak, aby nemocný měl stále to, v čem ošetřování záleží“ (Nightingale, 1874, s. 40).

Každodenní péče o nemocné se mění podle jeho stavu, záliby a času, který mu může ošetřovatelka věnovat. Denně se měří teplota, tep, i dech, podávají se léky a potrava. Nemocný je ošetřován přesně podle pokynů lékaře a ošetřovatelka musí vědět, zda si lékař přeje, aby byl nemocný buzen k jídlu nebo léčení. Pro předem promyšlený plán péče je zapotřebí si zapamatovat tyto pokyny. Životní síla nemocného je nejmenší z rána, a proto koupel a léčebné výkony unavující a bolestné mají přijít až po snídání. Nemocný se často probudí velice brzy a nemůže se dočkat dne. V tomto případě je vhodný horký nápoj, po kterém nemocný znovu usne. I kdyby byl čas k snídání blízko, má se podat jídlo co možná nejdříve po vyspání (Vlasák, 1902).

Nemocný nesmí trpět hladem. Strava se musí podávat vždy těsně před snídaní rodiny. Před snídaní se nemocnému podá podložní mísa, tzv. „kálecí mísa“, umyje si obličej

a ruce, vyčistí si zuby, učeše si vlasy, ustele se postel a pokoj je v pořádku. Pokud byl pokoj upraven před spaním, a když byla noc klidná, tyto služby trvají pouze několik minut. Nepořádek v pokoji nemocného ráno není zrovna na místě, tak je tomu podobně i během dne. Po snídani může nemocný odpočívat, nebo pokud má dovoleno, může si číst dopisy a noviny, zatímco ošetřovatelka připravuje ostatní práci (Delan, Strong, 1921; Billroth, 1903).

Asi za hodinu po snídani se nemocný vykoupe. Může se však koupat i večer, pokud si to ráno nepřeje. Pokoj se nejlépe vyvětrá, když může nemocný do jiné místnosti, změna mu totiž obvykle prospěje. Jedině lékař může určit, kdy a jak dlouho může pacient sedět po nemoci, a jedině on je za toto rozhodnutí odpovědný. Než nemocný vstane, musí mu ošetřovatelka dát punčochy, trepky a plášť. Nemocný vsedě musí být teple přikrytý, mít stoličku pod nohy a polštáře pohodlně upraveny. Vítané jsou návštěvy k nemocnému, které velmi příznivě působí na jeho stav. Taková návštěva je světelným paprskem neutěšeného dne. Nejvhodnější doba k návštěvám je pozdě ráno a brzy odpoledne. K večeru je nemocný většinou unavený, zvláště když špatně spal. Pokud má horečku, stoupá bolest hlavy a neklid během dne, a proto se musí pamatovat na to, že nepohodlná postel a těžká přikrývka způsobují velkou část nepokoje, jenž se klade za příčinu horečky (Vlasák, 1902). Tření zad a nohou lihem, omytí teplou houbou a přestlání postele i změna teploty napomáhají k ulehčení a lepšímu spánku (Delan, Strong, 1921; Vlasák, 1902).

Před spaním si má ošetřovatelka nejprve připravit své lůžko a pak učinit opatření, aby nemocný spal. Umýt mu obličej a ruce nebo ho vykoupat ve vaně. Ošetřovatelka nemocnému poslouží, pokud si přeje vykartáčovat vlasy, převléci ho nebo smést drobečky z postele, je-li nutné natřít záda a ostatní otlačená místa lihem, natřást polštáře, podat nějaký, nejlépe horký nápoj nebo vyčistit ústa a podložit mísu. Ošetřovatelka kontroluje, aby nohy nemocného byly teplé, postel pořádně přikrytá, pokoj vyvětrán a celkově v dobrém stavu. Světlo musí být zhasnuté nebo přizpůsobené noci. Budí-li se nemocný často ze spaní, ošetřovatelka mu vykoupe nohy v horké vodě nebo ho natírá houbou po celé délce holeně po 15 minut, užívajíc při tom horkou vodu a klidné pohyby směrem dolů (Delan, Strong, 1921).

Večer se ošetřovatelka naposled nemocného zeptá, zda ještě něco nepotřebuje. Pokud ne, dá mu dobrou noc, vzdálí se a zůstane venku aspoň tak dlouho, než usne. Nemocný

se vmyslí do toho, že již nic nebude následovat a že nastal čas ke spaní (Delan, Strong, 1921).

Noc, i když je nejpříznivější, je pro nemocného člověka nudnou a smutnou dobou. Bolest, zemdlenost a skleslost se potmě hůře snášejí, nervové úzkosti a chorobné představy vzdorují vůli nemocného. Nikdy není dost laskavosti a nikdo ji neocení víc než ti, jež jsou nemocní, když se vzbudí a nedočkavě očekávají ráno (Delan, Strong, 1921).

Činnosti, které řádové a civilní sestry musely tedy vykonávat, jsou příprava lůžek pro nové nemocné, stlaní lůžek nemocných, výměna polštářů a prostěradla u nemocného, zvedání, obracení, přesouvání a přenášení nemocného v lůžku, pomoc při posazování nemocného mimo lůžko, úprava různých poloh na lůžku pomůckami, prevence proleženin, lázeň nemocného na lůžku, péče o dutinu ústní, vlasy a nehty, večerní péče o nemocného a koupel kojence, sledování objektivních a subjektivních příznaků choroby. Mezi objektivní (věcné) příznaky patří měření teploty, tepu, dechu, sledování celkového vzhledu a jednotlivých smyslů, duševního stavu, spánku, ztrát na váze, zvracení, ztráty chuti k jídlu, sledování stolice a moči. Mezi subjektivní příznaky patří bolest (Delan, Strong, 1921). Podání podložní mísy, přikládání obkladů a náplastí, podání léků, klystýru, aplikace inhalace, používání mastí a mazání, výživa bezvládných a neschopných nemocných, příprava jídla, servírování, péče o nemocného před jídlem a po jídle. Zapisování z pozorování nemocného, péče o nemocné s přenosnou chorobou, průběžná a závěrečná dezinfekce (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978). O příznacích nemocného, lécích, stravě, ošetřování atd. musel být veden přesný zápis, aby měl lékař neustálý přehled a aby osoba, která by ho třeba na čas zastupovala, věděla, co se s nemocným dělo. Záznam musel být přesný, jednoduchý a stručný. Zápisník byl místem pro skutečné události, ne pro názory. Nebyl-li přesný, byl horší než žádný. Zápis se v pokoji neměly nechávat, protože nemocný neměl vidět posudky o své osobě (Delan, Strong, 1921).

Mimo ošetrovatelskou péči musely sestry udržovat v čistotě pokoje nemocných, a to větrat a topit, čistit a uklízet, zajistit osvětlení a starat se o prádlo, šatstvo a různé nemocniční zařízení (Hlaváčková et al., 2011).

Tyto těžké pracovní podmínky pak vedly k tomu, že ne každý se dokázal následně chovat laskavě ke svým pacientům (Hlaváčková et al., 2011).

Zajímavé bylo, jak měla vypadat domácí lékárníčka a konkrétně léky, které se dříve užívaly k ošetřování. V každé domácnosti měla být skříňka na léky a ranhojičské potřeby. Přihrádka v ní se doporučovala ze skla. Skříňka měla být uzamčena a klíč uložen tak, aby ho děti nenašly. Jedovaté látky se musely dávat do zvláštních skleněných lahviček s nápadnými štítky. Všechny lahvičky s léky musely být dobře uzavřeny, aby se obsah nevypařoval (Delan, Strong, 1921). Nejlepší bylo, když se léky a ranhojičské potřeby kupovaly v malém množství, aby se nezkazily. Mít doma dokonalou lékárníčku a značnou zásobu léků nebylo ani úsporné, ani nutné. Jako projímadla se užívala karlovarská sůl, ricinový olej, seidlizský prášek, šaratická voda, pastilky novopuren, dětský med pro děti. Proti průjmům jsou dobré doverské prášky (1–3x denně). K dezinfekci se pak užívala jodová tinktura (k dezinfekci malých ran a odřenin kůže pomocí malých chomáčků čisté vaty), 70% líh (k dezinfekci teploměru nebo jiné pomůcky, kterou nejde vyvařit, dále ke vtírání do kůže, nebo k dezinfekci kůže). Tyto dezinfekční prostředky byly určeny pouze k vnějšímu užití (Delan, Strong, 1921; Billroth, 1903). Líh vyrobený ze dřeva a líh denaturovaný jsou jedovaté a v domácnosti se musely užívat pouze do lamp. Na první pomoc se užívala dvě gázová obinadla 8 cm, dvě široká 10 cm a dvě kaliková, jeden balíček soupravy pro první pomoc, jaký mají vojáci v poli, octan hlinitý v prášku nebo roztoku, malý balíček vaty, štůček mušelinu, cívka lepkavé náplasti 2 ½ cm široká, náplast anglická, borová mast, gáza napuštěná dermatolem nebo jiné prostředky na popáleniny, krycí jehly a nůžky. Pro případ omdlení nebo vysílení sloužil čpavek k čichání nebo užívání. Lahvička s čpavkem měla mít gumovou zátku. Čpavek se přidával do vody, a to 1½ kávové lžice do sklenice naplněné do ¼ nebo ½ vodou. Horká káva a čaj byly také dobrými dráždidly, ale dlouho trvalo, než se připraví. Lepší pak bylo mít po ruce čpavek nebo tzv. hofmanské kapky (Delan, Strong, 1921).

Dále bylo vhodné mít po ruce thé proti kašli (ibišové), pro pocení (bezové), pro kloktání (šalvějové). Olivový olej, hořčici a žaludeční sondu bylo možné použít z kuchyně. Vazelína čistá nebo borová, zinková mast jemnější zvaná cremecelste, mastkový prášek k zasypaní, benzin k čištění kůže, odoform k mazání (Delan, Strong, 1921).

Z nástrojů je zapotřebí kávová lžice, lékařský teploměr, vak na horkou vodu nebo led, irigátor a lihový kahan, kde nemají plyn ani elektrická kamna (Delan, Strong, 1921).

Ve známém dvorském dekretu z roku 1788 se doporučovalo získat ošetřovatele, nižší sluhy a laické bratry ze zrušených špitálů a klášterů. Měl jim stačit obdobný malý plat jako ve zrušených zařízeních, v nichž pracovali. Tímto způsobem se ale nepodařilo získat větší počet ošetřovatelů ani ošetřovatelek pocházejících z nejhudších vrstev obyvatelstva, aby jich byl dostatek. Nemocnice tím často trpěla (Hlaváčková et al., 2011). Kvůli bídnému platu měli o tuto práci zájem pouze uchazeči, kteří nenašli jiné zaměstnání. Nevyhovující ubytovací podmínky ošetřovatelek tak velmi nepříznivě ovlivnily možnost získat dostatek vhodných uchazeček, ale i přesto nebylo možné vzhledem k finanční situaci nemocnice tyto problémy radikálně řešit. Ještě ani roku 1909 nebyla žádná závazná pravidla, která by zaručovala ošetřovatelkám slušné ubytování (Archiv hlavního města Prahy, 2016). Sociální postavení ošetřovatelek zůstávalo po dlouhou dobu na velmi špatné úrovni a mělo nízkou společenskou prestiž. Žádosti o zvýšení ošetřovatelských platů gubernium neřešilo (Hlaváčková et al., 2011).

Roku 1838 se problémy ošetřovatelského personálu začal opět zabývat prof. Nussard. Z jeho přehledu vyplývá, že počet ošetřovatelek byl menší, než počet pokojů nemocných. Upozorňoval na jejich zdraví a zdraví pacientů, kteří jsou velmi často ponecháni sami sobě nejen v noci, ale i ve dne. Ošetřovatelky musely opouštět pokoje, aby pacientovi obstarali jídlo, léky a další nezbytnosti. Nejkritičtější situace byla v době, kdy jedna či více ošetřovatelek onemocněly a neměl se kdo o pacienty postarat. Není přesně známo, zda bylo jeho žádosti vyhověno, ale roku 1838 vyšel dvorský dekret, který alespoň trochu zlepšil stav ošetřovatelů. V dekretu se stanovuje, že velmi dobrým ošetřovatelům se má do služby započítat i doba, v níž nepracovali pro nemoc nebo proto, že byl z nějakého důvodu nemocniční pokoj, na který byli přiděleni, uzavřen (Hlaváčková et al., 2011).

Další zajímavý pohled na ošetřovatelský personál a poměry v nemocnici se dovídáme ze zápisku J. T. Helda (1770–1851). Held pracoval jako fyzik v nemocnici u Milosrdných bratří, byl zvyklý na jiný způsob činností, proto je jeho svědectví tak důležité. Práci ošetřovatelského personálu považoval za jeden z největších problémů Všeobecné nemocnice. Zjistil, že většinu z nich nepřivedla k nemocniční službě láska k této práci, ale byli k ní dohnáni nouzí a také tím, že nenašli jiné zaměstnání. Popisuje, že i práce jako draní peří byla lépe placená než těžká nemocniční služba. Šokován byl především tím, že ošetřovatelé dostávali peněžní odměnu za každého zemřelého, aby se jim vynahradila smutná práce s mrtvými. Nejen ošetřovatelé, ale i ranlékaři pracovali

velmi ledabyly a dost často si předepisovali na účet svých pacientů líh, který ve službě následně užívali. Held si všímal i jazyka, kterým lékaři mluví s nemocnými a přikládal velký význam tomu, aby lékaři mluvili s nemocnými jejich mateřštinou (Hlaváčková et al., 2011).

Do nemocniční ošetrovatelské služby nesměly být přijímány osoby starší 40 let. Musely být zdravé jak po tělesné, tak po psychické stránce, musely umět psát, číst a počítat v obou zemských jazycích a musely prokázat svoji bezúhonnost a schopnost k opatrovnické službě. Počet ošetrovatelů při otevření nemocnice byl stanoven na 10 pro mužské pacienty a 10 pro ženské. Brzy byl zvýšen kvůli velkému množství hospitalizovaných a kolísal podle potřeby. Stále více se dávala přednost ženám před muži, protože se lépe osvědčovaly v těžké službě (Hlaváčková et al., 2011).

Úmrtnost v té době byla vysoká, v nemocnici zemřelo víc jak třetina přijatých, a to nejčastěji na tuberkulózu, senilní marasmus, mrtvici a tyfus, který se ve velkých pokojích rychle šířil. Ovšem význam založení Všeobecné nemocnice, která znamenala kvalitativní skok ve vývoji lůžkových zařízení u nás zejména poté, co se stala klinickou základnou pražské lékařské fakulty, je jistě nepopíratelný (Archiv hlavního města Praha, 2016).

Milosrdné sestry převzaly dle smlouvy ze dne 4. 4. 1856 péči o nemocné ve Všeobecné nemocnici. V této funkci se osvědčily lépe než v řízení složitých finančních a správních záležitostí nemocnice. Jejich působení zde bylo ukončeno 31. 8. 1863 a ošetrování nemocných a správa nemocnice se opět octila plně v rukou civilních osob (Hlaváčková et al., 2011).

Nemocnice zřizovala také filiálky, což byly ústavy, do kterých se uchylovali nemocní, když nebylo místo ve Všeobecné nemocnici. Nová filiálka, největší a nejdéle sloužící byla nově postavená Nemocnice Milosrdných sester řádu sv. Karla Boromejského (dnes Pod Petřínem). Byla vybudována spolu s kostelem v letech 1851–1855. Kapacitu měla nemocnice okolo 230 lůžek. Všeobecná nemocnice sem posílala především nevyléčitelné pacienty a rekonvalescenty. Lékaři ústavu a ošetrovatelky – řádové sestry – nepodléhali ředitelství Všeobecné nemocnice. Obdobnou smlouvu měla Všeobecná nemocnice s dětskou nemocnicí Na Moráni. Jako další filiálka byla připojená v květnu 1939 Nemocnice alžbětinek Na Slupi, která pak sloužila jako výpomocná nemocnice pro ženy (Archiv hlavního města Prahy, 2016).

Po skončení první světové války v letech 1914–1918 byl zdravotní stav obyvatelstva ve vzniklé první Československé republice velmi špatný. Strádání, hlad, podvýživa, invalidita a vysoká morbidita vyžadovaly naléhavou pomoc. Tehdejší společnost nebyla schopna problémy řešit a poměr buržoazního státu se k potřebám zdravotnictví projevil výrazněji pouze v opatřeních proti přenosným nemocem. Přímo nedostačující byla lůžková kapacita zdravotnických zařízení. Umožňovala hospitalizaci v českých zemích zhruba jedné čtvrtině indikovaných nemocných. Ošetrovatelský personál v nemocnicích představovaly tehdy především řeholní sestry–ošetřovatelky. V nemocnici pracovaly zpravidla členky stejného řádu. Kromě katolických řádových sester vykonávaly ošetrovatelskou službu v nemocnicích také evangelické diakonky a jen ojediněle odborně školené diplomované civilní sestry jak české, tak německé národnosti. Vedoucí lékař nemocnice mohl ovlivňovat jen civilní ošetrovatelský personál. Řádové sestry měly v každém ústavu, kde působily, svou představenou. Ta je řídila a nedopustila, aby kdokoliv zasahoval do její kompetence. Jaké byly ideální požadavky na profesionální ošetrovatelky, lze vyvodit z knihy Delan, Strong, 1921, která vyšla roku 1920. Přeložil ji z angličtiny MUDr. J. Lenz, primář nemocnice alžbětinek a vrchní policejní lékař v Praze. Klade důraz na odborné teoretické znalosti ošetrovatelky jako předpoklad její dobré práce. Ošetrovatelka měla pracovat přesně, dovedně, odpovědně, s laskavostí a rozvahou tak, aby žádný její úkon nebyl prováděn na základě stereotypu (Ošetrovatelství v době první republiky, 1978; Platt, 1920).

Plat ošetrovatelek v poválečných letech byl stále minimální. Počítalo se s odměnami od pacientů a jejich příbuzných. Mnoho ošetrovatelek pracovalo dokonce řadu let bezplatně, pouze za stravu a bydlení. Příplatky pro vrchní sestry a příplatky za dozor nad inventářem byly stanoveny výnosem, stejně tak příplatky za službu na infekčním a tuberkulózním oddělení, na odděleních rtg a radioterapie i za namáhavé noční služby. Penzijní důchod byl sestrám přidělen až po 60. roce věku. Pokud se sestra vdala a po sňatku odešla a nevykonávala službu ošetrovatelky, měla nárok na odbytné, ale ztrácela nárok na penzi. Počítalo se s tím, že ošetrovatelskou profesi budou vykonávat pouze svobodní lidé. Byly ale i výjimky, kdy mohla být ošetrovatelka přijata vdaná nebo měla-li děti. Sociální postavení ošetrovatelského personálu v době první republiky lze nejlépe sledovat podle postupně vydávaných právních norem. Rozdíl ve vzdělání mezi diplomovanou ošetrovatelkou a ošetrovatelkou bez diplomové kvalifikace se ve vládním nařízení z roku 1927 č. 22 vůbec neprojevil. Diplomované ošetrovatelky se cítily

ukřivdění, že nebylo ohodnoceno jejich odborné vzdělání a byly prakticky zařazeny do kategorie pomocných ošetřovatelek. Platila pro ně také nejnižší vymezená dovolená (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978).

Vládním nařízením byl také zdůrazňován požadavek svědomité práce a kázně ošetřovatelek, zachování služebního (lékařského) tajemství a zákaz přijímání spropitného. Služební poměr řádových sester k ministerstvu veřejného zdravotnictví neexistoval. Pro ně platily individuální smlouvy mezi léčebnými ústavami a řádovými kongregacemi (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978; Platt, 1920).

V časopisu *Československá nemocnice* vyšel roku 1934 článek o Ošetřovatelství v Československu, jehož autorka, diplomovaná sestra Hazel Avis Goff popisuje ošetřovatelskou péči v různých evropských zemích a také v tehdejším Československu. Měla přístup ke všem oficiálním datům a informacím. Ve svém článku popisuje, že řádové sestry mají postavení vybudované tradicí, a tedy jsou schopné pracovat za jakýchkoliv podmínek, neboť je jejich práce službou Bohu. Některé ústavy dávají přednost dokonce řádovým sestrám před civilními, neboť mají lepší disciplínu a vykonávají všechnu práci (Ošetřovatelství v době první republiky, 1978).

7 Závěr

Historie ošetrovatelské péče v českých zemích je datována od raného středověku. Po staletí je ošetrovatelství spojováno s šířením křesťanské víry. Víra často vede ke smyslu a odhodlání pomáhat druhým v nemoci a nouzi. Církev tedy hraje nepostradatelnou úlohu v péči o nemocné a postižené. V 18. století dochází k zakládání špitálů a do ošetrování nemocných vstupuje světská moc. Přítomností řádových sester u lůžka a péči o nemocné si církev udržuje svoji dominantní moc. Díky pozorování mnoha řádových sester se vytvářely cenné zkušenosti a materiály, které se předávaly po staletí. Rozvoj řádového ošetrovatelství byl ovlivněn společenskou situací v každé době a člověkem, kterého během života provází nemoci, války, epidemie a katastrofy. Jedním z klíčových témat je, proč se řádové sestry v současnosti neangažují v sociální a zdravotnické oblasti takovou měrou, jako tomu bylo dříve.

Činnosti, které řádové a civilní sestry musely provádět, měly nejrozmanitější charakter. Zahrnovaly komplexní ošetrovatelskou péči o nemocného, o prostředí, ve kterém se nacházel a zajištění chodu celého nemocničního zařízení. Zdůrazňována byla životospráva, lázně, tělocvik, vzduch, slunce a jiné zdravotnické prostředky při léčení nemocí. Důležité bylo také vzdělání řádových sester, kde se rozvíjely jejich teoretické a praktické dovednosti potřebné v praxi.

Cílem této teoretické práce bylo na základě dostupné literatury zmapovat historii řádového ošetrovatelství a nalézt paralelu se současností. Součástí je i pochopit, jak se ošetrovatelství vyvíjelo od dob svého vzniku a jakým způsobem k tomu přispěly řádové sestry. V úvodu práce bylo nutné objasnit vývoj ošetrovatelství od nejstarších dob, původ řádové péče napříč staletími, charakteristiku jednotlivých řádů, jež měly zásluhu na ošetrování nemocných, a upozornit na významné osobnosti, které se podílely buď na založení řádu s ošetrovatelským zaměřením, nebo se zabývaly ošetrovatelskou problematikou. Nejrozsáhlejší částí je pak kapitola zařízení k ošetrování, která je pro tuto práci nejvýznamnější z hlediska poskytované péče řádovými sestrami.

Díky spiritualitě dokázaly řeholnice podat neuvěřitelné výkony při budování nových zařízení v sociální, charitativní a vzdělávací oblasti. Jejich práce je impozantní, přes všechny nesnáze, se kterými se musely potýkat, dokázaly pomoci statisícům lidí. Jistě si proto zaslouží, aby jejich činnost byla neustále připomínána.

Diplomová práce by mohla sloužit všem, kteří chtějí poznat historii ošetrovatelství z pohledu řadových sester a inspirovat dnešní sestry k lepšímu přístupu v péči o nemocné.

8 Seznam použitých zdrojů

1. Archív hlavního města Prahy, 2016. *Všeobecná fakultní nemocnice*. Praha, 1095, 581.
2. BILLROTH, T., 1903. *Ošetřování nemocných doma i v nemocnici: příruční knížka pro rodiny a ošetřovatelky nemocných*. Vídeň: K. Gerold syn. 308 s. ISBN neuvedeno.
3. BLÁHOVÁ, M., 1987. Staropražské špitály. 1. vznik špitálu v Evropě a počátky v Praze. *Časopis lékařů českých*. 126(34), 1083-1085. ISSN 0008-7335.
4. BOŘÍK, O., BOŘÍKOVÁ, J., 2004. *Hospice, špitály a nemocnice v Karlových Varech*. Dobřichovice: Kava-Pech. 292 s. ISBN 80-85853-73-6.
5. BRIXI, R., 1991. Rytířské špitální řády v naší historii a současnosti. *Zdraví*. 39(12), 14. ISSN 0139-5629.
6. CUŘÍNOVÁ, L., 2000. Špitály a chorobince. *Zdraví*. 48(8), 64. ISSN 0139-5629.
7. ČESKÁ KATOLICKÁ CHARITA, 2017. *Úvodem. Česká katolická charita: Domovy duchovních a řeholnic* [online]. Praha: ČKCH [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://www.ckch.cz/>
8. ČORNEJ, P., 2014. Čeští lékaři na prahu husitské revoluce. *Postgraduální medicína*. 16(7), 701-706. ISSN 1212-4184.
9. DELAN, J., STRONG, A., 1921. *Domácí zdravotní péče a ošetřování nemocných*. Praha: Čs. Červený kříž. 283 s. ISBN neuvedeno.
10. DRÁBKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, B., 2003. Sestra jako partner lékaře již nyní a v budoucnosti: Sesterská sekce. In: ZAZULA, R. et al. *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 283-287 s.
11. DVOŘÁČEK, D., 2009. Stručné dějiny poskytování první pomoci, organizovaného záchranářství a ošetřovatelské péče o zraněné. *Urgentní medicína*. 12(3), 31-33. ISSN 1212-1924.
12. HLAVÁČKOVÁ, L., 1996a). Řádové nemocnice - centra výuky ošetřovatelství. *Zdravotnické noviny*. 45(20), 15. ISSN 1805-2355.
13. HLAVÁČKOVÁ, L., 1996b). Nemocnice Milosrdných bratří a Celestýn Opitz. *Sborník lékařský*. 97(1), 161-166. ISSN 0036-5327.
14. HLAVÁČKOVÁ, L., 2001. Pražské špitály a nemocnice před založením Všeobecné nemocnice. *Nemocnice*. 6-19. ISSN neuvedeno.

15. HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. Medicína a první světová válka. *Praktický lékař*. 84(7), 367-368. ISSN 0032-6739.
16. HLAVÁČKOVÁ, L., 2009. Z historie pražské nemocnice milosrdných bratří. *Medical tribune*. 5(13), B7. ISSN 1214-8911.
17. HLAVÁČKOVÁ, L., SVOBODNÝ, P., BŘÍZA, J., 2011. *Dějiny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 1790-2010*. 3. vydání. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice. 231s. ISBN 978-80-7345-243-8.
18. HOLÝ, J., 1996. Nemocnice "České Diakonie" v Praze. *Časopis lékařů českých*. 135(22), 736-738. ISSN 0008-7335.
19. CHVÁTALOVÁ, H., 2009. Ženy, které měnily zdravotnictví. 1... Florence Nightingale (1820-1910). *Florence*. 5(5), 13-14. ISSN 1801-464X.
20. JAKŠIČOVÁ, D., 2010. *Dcery své doby? Školské sestry sv. Františka, chudé školské sestry Naší Paní a školské sestry de Notre Dame v českých zemích v letech 1851-1938 (1950)*. České Budějovice. Disertační práce. FF JU.
21. JOKL, I., 2001. Nemocnice Na Františku s poliklinikou. *Nemocnice*. 30-38. ISSN neuvedeno.
22. KARMASÝNOVÁ, A., 1973. Z historie nemocnice milosrdných bratří ve Valticích. *Praktický lékař*. 53(23), 904-906. ISSN 0032-6739.
23. KONGREGACE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO, 1941. *První absolventky ošetrovatelské školy Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze III. 1939-1941. Kronika ošetrovatelské školy Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze III. 1*. Praha.
24. KONGREGACE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO, 2017a). *Historie Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze*. [online]. Praha: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.[cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/o-nas/>
25. KONGREGACE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO, 2017b). *Dějiny Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského* [online]. Praha: 25. Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského[cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.boromejky.cz/11.htm>
26. KOTRBELEC, A., 1916. *Sbírka oběžníků vydaných v letech 1888-1916 zemským výborem a zemskou správní komisí království Českého v záležitostech*

- všeobecných veřejných nemocnic s příslušnými zákonnými ustanoveními.* Praha: Zemská správní komise král. Českého.
27. KOUTNÍKOVÁ, Y., 1996. Boromejky se vrátily k tradici ošetrovatelského ústavu v Řepích, který bude spojovat zdravotní, sociální péči a volné vězeňství. *Zdravotnické noviny.* 45(38), 8-9. ISSN 1805-2355.
 28. KRAUSOVÁ, K., 2010. Historie českého ošetrovatelství do roku 1989. *Florence.* 6(3), 11-13. ISSN 1801-464X.
 29. KRCHOVOVÁ, I., 1978. Staré špitály (o původním opatrování a ošetrování). *Zdravotnická pracovnice.* 28(4), 3. ISSN 0049-8572.
 30. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství.* Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
 31. LEDEČ, J., 1955. *Kronika českobrodské nemocnice 1905-1955.* 24 s. SČT 03-2374-55.
 32. MATOUŠEK, M., 1952. O začátcích našeho ošetrovatelství. *Zdravotnická pracovnice.* 2, 573-575. ISSN 0049-8572.
 33. MIKULÁŠOVÁ, D., 2006. Ošetrovatelství v historii řeholních řádů. *Florence.* 2(10), 13-15. ISSN 1801-464X.
 34. MLÝNKOVÁ, J., 2006. Významné ženy ošetrovatelství. *Florence.* 2(6), 19. ISSN 1801-464X.
 35. MLÝNKOVÁ, J., 2009a). Kursy na první státní ošetrovatelské škole. *Florence.* 5(12), 15-16. ISSN 1801-464X.
 36. MLÝNKOVÁ, J., 2009b). První státní ošetrovatelská škola. *Florence.* 5(10), 11-12. ISSN 1801-464X.
 37. Národní archiv, 1958. *Křížovníci s červenou hvězdou - generalát a konvent.* Praha: (ŘKř), 195, 85.
 38. Národní archiv, 1960a. *Alžbětinky – konvent.* Praha: (ŘAI), 32.
 39. Národní archiv, 1960b. *Milosrdní bratři – provincialát a konvent.* Praha: (ŘMB), 41, 199.
 40. Národní archiv, 1965. *Maltézští rytíři – české velkopřerovství.* Praha: (ŘM), 198, 584/01.
 41. Národní archiv, 1966. *Františkáni – provincialát a konvent.* Praha: (ŘF Praha), 38, 652.
 42. NIGHTINGALE, F., 1874. *Knih o ošetrování nemocných.* Praha: J. Otto. 187 s. ISBN nevedeno.

43. NOVÝ, R., 1987. Staropražskéšpitály. 2. pražsképředhusitskéšpitály. *Časopis lékařů českých*. 126(35/36), 1127-1129. ISSN 0008-7335.
44. Ošetřovatelství v době první republiky, 1978. *Zdravotnická pracovnice*. 28(4), 16-20. ISSN 0049-8572.
45. PETRÁČEK, T., 2013. *Sekularizace a katolicismus v českých zemích: specifické rysy české cesty od lidové církve k nejateističtější zemi světa*. Ostrava: Moravapress. 134 s. ISBN 978-80-87853-05-4.
46. PLATT, P., 1920. *Přehled veřejného zdravotnictví Velké Prahy*. sv. II., *Přehled sociálních zařízení Velké Prahy*. Praha: Ministerstvo sociální péče. 128 s. ISBN neuvedeno.
47. POŘÍZKA, J., 1995. Péče v křesťanském pojetí. *Zdravotnické noviny*. 44(47), 15. ISSN 1805-2355.
48. POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetřovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. 180 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
49. PTÁČEK, J., 1999. Kongregace Šedých sester 3. řádu sv. Františka, její ošetřovatelská škola a působení v Hradci Králové: K 50. výročí středního a vyššího zdrav. školství v Hradci Králové. *Scan*. 9(4), 14-15. ISSN 1211-295X.
50. ŘÁD SV. BENEDIKTA, 2017. *Život podle řehole. Řád sv. Benedikta* [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.benediktini.cz/zivot-podle-rehole.html>
51. ŘÁD MALTEZSKÝCH RYTÍŘŮ, 2017. *Řád a jeho instituce*[online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: http://www.maltezskyrad.cz/o_radu_en.html
52. ŘEHOŘOVÁ, M., 2014. Pomoc ve znamení zeleného kříže. *Sestra*. 24(1), 21-23. ISSN 1210-0404.
53. REISNER, V., 1977. Špitály a špitálníci. *Časopis lékařů českých*. 116(29-30), 937-938. ISSN 0008-7335.
54. SLÍPKA, J., 2005. Kořeny českého ošetřovatelství. *Sestra*. 15(5), 6-7. ISSN 1210-0404.
55. SMIT, J., 2014. Z historie českých špitálů. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. *Scan*. 24(4), 29. ISSN 1211-295X.
56. STAŇKOVÁ, M., 2003. Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče. *Sestra*. 13(6), 3-18. ISSN 1210-0404.

57. SVOBODNÝ, P., 1999. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Lidové noviny. 179 s. ISBN 80-7106-315-0.
58. SVOBODNÝ, P., 2000. Pražské středověké špitály. *Sanquis*. 7, 46-50. ISSN 1212-6535.
59. SVOBODNÝ, P., 2001. Nemocnice alžbětinek a vlašský špitál: Pražské špitály v kontextu zdravotnictví 18. století. *Sanquis*. 10, 55-58. ISSN 1212-6535.
60. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1.
61. SVOBODNÝ, P., 2009. Středověké a raně novověké špitály v českých zemích. *Medical tribune*. 5(11), C6. ISSN 1214-8911.
62. ŠŤASTNÝ, J., PANÝREK, D., 1901. *Ošetřování nemocných: ku potřebě ošetřovatelek z povolání i širších kruhů*. Praha: Šimáček. 152 s. ISBN neuvedeno.
63. ŠVEJDOVÁ, K., 2011. *Historie ošetřovatelství a medicíny*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 111 s. ISBN 978-80-7372-645-4.
64. VANÍČKOVÁ, K., 1999. Církevní řády ve službě nemocným. *Praktický lékař*. 79(5), 295-297. ISSN 0032-6739.
65. VLASÁK, E., 1902. *Krátké poučení pro ošetřovatelky nemocných*. Praha: Bursík a Kohout. 152 s. ISBN neuvedeno.
66. VLČEK, J., RYS, J., 1982. Staré pražské nemocnice a špitály. *Praktický lékař*. 62(24), 908-912. ISSN 0032-6739.
67. VLČEK, V., 2004. *Perzekuce mužských řádů a kongregací komunistickým režimem 1948-1964*. Olomouc: Matice cyrilometodějská. ISBN 80-7266-179-5.
68. VLČEK, V., 2005. *Ženské řehole za komunismu (1948-1989): sborník příspěvků z konference pořádané Konferencí vyšších představených ženských řeholí v ČR a Českou křesťanskou akademií dne 1. října 2003 v koslele sv. Voršily v Praze*. Olomouc: Matice cyrilometodějská. ISBN 80-7266-195-7.
69. VOJENSKÝ A ŠPITÁLNÍ ŘÁD SVATÉHO LAZARA JERUZALÉMSKÉHO, 2016. *Řád sv. Lazara v českých zemích. Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského* [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.oslj.cz/oradu/historie/rad-sv-lazara-jeruzalemskeho-v-ceskych-zemich/>
70. VYTEJČKOVÁ, R., 2014. Ošetřovatelské školy slaví letos sto let od svého zřízení. *Florence*. 10(7-8), 6-7. ISSN 1801-464X.

71. WICHSOVÁ, J., 2005. Florence Nightingalová - dáma s lampou: [nar. 12.5.1820, zakladatelka moderního ošetrovatelství]. *Sestra*. 15(9), 14-16. ISSN 1210-0404.

Seznam příloh

Příloha 1: Diplom

Příloha 2: Výkazy o nemocnicích

Příloha 3: Přijímací protokol

Příloha 4: Instrukce pro personál ošetřovatelský ve Všeobecné nemocnici

Příloha 5: Domácí řád veřejné Všeobecné nemocnice 1888-1916

Příloha 1: Diplom



Zdroj: KOTRBELEC, A., 1916. *Sbírka oběžníků vydaných v letech 1888–1916 zemským výborem a zemskou správní komisí království Českého v záležitostech všeobecných veřejných nemocnic s příslušnými zákonnými ustanoveními*. Praha: Zemská správní komise král. Českého.

Příloha 2: Výkazy o nemocnicích

Statistika léčebných ústavů. Vzorec A 1.

Politický okres Praha II Rok 1939
 Obec Nové Město Měsíc _____

Měsíční výkaz o nemocnicích.

1. Úplný název nemocnice Ženská nemocnice Alžbětinská Praha II. Ústav č. 448

2. Počet **lůžek pro nemocné**: a) normálních) 140 b) skutečný (převyšuje-li normál) 150

3. Počet **lékařů**: a) stálých (definitivních): mužů 6 žen
 b) pomocných: mužů 2 žen

4. Počet **ošetřovatelů**: a) diplomovaných: mužů žen 4
 b) ostatních: mužů žen 25 34

Z úhrnu ošetřovatelů bylo členů církevních řádů: mužů žen úhrnem

5. Pohyb **ošetřovanců**:)

	Muži		Ženy	
	úhrn	z toho v době bytosti	úhrn	z toho v době bytosti
Počet ošetřovaných 1. dne v měsíci			89	8
V tomto měsíci bylo jich přijato			1414	14
Úhrnem			1506	15
Během měsíce ubylo ošetřovanců: a) propuštěním			1155	15
b) úmrtím			268	
Úhrnem			1423	15
Dle toho zbylo posledního dne v měsíci ošetřovanců:			83	

6. Úhrnný počet **ošetřovacích dnů**: mužů žen 38.412 dní

7. **Nemoci ošetřovanců propuštěných nebo zemřelých:**

Číslo mezinárod. klasifikace	Název nemoci	Počet propuštěných		Počet zemřelých
		muži	ženy	muži
1, 2	Tyf břišní a paratyfy		3	
3	Tyf skvrnitý			
6	Neštovice pravé (variola)			
7	Spalničky (morbilli)			
8	Spála (scarlatina)		2	
9	Zádušný kašel (pertussis)			
10	Mázdřivka (diphtheria)			
11	Chřipka (influenza)		92	
23	Tuberkulóza ústrojí dýchacího		29	
24-32	Všechny jiné tuberkulózy		2	
34	Příjice		2	
35	Kapavka a ostatní nemoci venerické			
38	Stridavka (malaria)		1	
4, 5, 12-22, 33, 36, 37, 38-44	Jiné nemoci nakažlivé a cizopasně), (též z cizopasníků střevních)		5	

1) T. j. určený rozsahem stavby a minimem pečadavků hygieny.
 2) Bez pacientů ambulantních a bez sedících kolenně v ústavě narozených.
 3) Vyskytne-li se mor, cholera, žltá zimnice, tyf svratný nebo lepra, nutno je uvést v poznámce, i když vyskytl jen jeden případ.

Čís. skl. 597 č. — Státní tiskárna v Praze

Číslo mezinárod. klasifikace	Název nemoci	Počet propuštěných		Počet zemřelých	
		muži	ženy	muži	ženy
43-83	Rakovina a jiné zhoubné nádory (kterékoliv orgánu)	44		52	
54, 85	Nádory nezhoubné (kterékoliv orgánu)	55		4	
57, 88	Rheumatismus vleký a dna	40		3	
59	Ůplavice cukrová	22		12	
75	Alkoholismus vleký nebo prudký	1			
56, 60, 74, 76, 77	Nemoci krve, endokrinních žláz, vleké otravy a jiné nemoci celkové	11			
80, 83	Ůbyt mléky a postupná obrna pováželná	4			
82	Krvácení mozkové, vmetek nebo záhař mozková	30		26	
78, 79, 81, 83-87	Jiné nemoci soustavy živé (kromě psychosy)	24			
84	Dementia praecox a jiné psychosy	8			
88, 89	Nemoci oka, ucha a jejich adnex	10			
90-95	Nemoci srdeční	42		49	
96-103	Jiné nemoci ústrojí oběhu krevního (též snět)	54		4	
106	Zánět průdušek	37		14	
107-109	Záněty plic	20		30	
104, 105, 110-114	Jiné nemoci ústrojí dýchacího (kromě tbc)	42		3	
115	Nemoci dutiny ústní, lžtanu a mandlí	42			
119, 120	Průjem a katarrh střevní	16			
121	Zánět červíkového pířívěsku	35			
122	Křiva, neprůchodnost střeva	14			
124-127	Nemoci jater a žlučodů	44		2	
116-118, 123, 128, 129	Jiné nemoci ústrojí zařívácho	36		1	
130-132	Záněty ledvin	19		2	
133-137	Jiné nemoci ústrojí močového	11		2	
138, 139	Neveneričké nemoci ústrojí pohlavního	153			
149a	Normální porod				
145	Infekce poporodní (nikoli z potratu)		2		
140, 141	Potrat (též septický)		14		
142-144, 149b, 146-148, 150	Jiné nemoci těhotenství, porodu a stavu poporodního		8		
151-153	Nemoci kůže a podkožního vaziva (kromě tbc)		23		
154-156	Nemoci kostí (kromě tbc) a nemoci ústrojí pohybu (kromě reumatických)		4		
157-161	Vrozená slabost, vrozené vady tvarové, předčasné narození atd.		1		
162	Stavečká sešlost		42		48
163-171	Pokusy sebevraždy		1		
172-198	Úrazy a poranění (též náhodilé otravy)		36		2
199, 200	Nerozlišené nebo nedostatečně určené nemoci				

v 27 února r. 1940
 ině 27 února 1940
 v. Š. Klapálek
 podpis vedoucího ústavu

Zdroj: Národní archiv, 1960a. *Alžbětinky – konvent*. Praha: (ŘAI), 32, 222.

Příloha 3: Přijímací protokol

Příloha k oběžníku č. 10. 85

Číslo prot. ošetř.

Ošetřovací lístek

všeob. veřejné nemocnice v _____

Jméno: _____

Stáří: _____

Povolání, zaměstnání: _____

Příslušnost: _____

Den přijetí: _____ na _____ třídu

Způsob nemoci: _____

Den propuštění (vyléčení, polepšení, nevyléčení) neb úmrtí: _____

Datum a číslo oznámení v případě nemoci déle trvající: _____

Za **nezhojitelné** a k dalšímu ponechání v ústavě nezpůsobilé oznám(a) dne _____ lékař ústavu.

Nemocenské pokladně ohledně přijetí tohoto člena v nemocenské ošetřování učiněno oznámení dne _____

Poranění za současného vytknutí nároku k náhradě léčebného oznámeno dne _____

Náklad léčebný k pozůstalosti přihlášen dne _____

Obec domovská zpravena v příčině převzetí tohoto nezhojitelného nemocného dne _____

Dle depositního denníku byly převzaty v uschování ústavu:

čl. denn. _____

_____ lékař ústavu.

_____ správce.

Form. 20 cm x 27 1/2 cm.

86

Počet kusů	Druh	Jakost			Látka	Barva	Poznámka
		nové	obno- šené	staré			
	Košile						
	Podvlečkačky						
	Spodničky						
	Kalhoty						
	Kabáty						
	Kazajky						
	Vesty						
	Svrchníky (pláště)						
	Šaty ženské						
	Čepice						
	Čepce						
	Klobouky						
	Šátky na krk						
	Šátky velké						
	Šátky kapsní						
	Punčochy (ponožky)						
	Boty						
	Střevice						

Převzal v uschování: _____
_____ správce.

Stvrzení v příčině vydání při propuštění ošetřovaného: _____

Zdroj: KOTRBELEC, A., 1916. *Sbírka oběžníků vydaných v letech 1888-1916 zemským výborem a zemskou správní komisí království Českého v záležitostech všeobecných veřejných nemocnic s příslušnými zákonnými ustanoveními*. Praha: Zemská správní komise král. Českého.

Příloha 4: Instrukce pro personál ošetřovatelský ve Všeobecné nemocnici

Instrukce pro personál ošetřovatelský ve Všeobecné nemocnici:

1. Ošetřovatelé jsou povinni konat službu v nemocnici svědomitě dle předpisů této instrukce, dle nařízení správního výboru, lékaře a správce ústavu, jejichž rozkazů mají vždy ochotně a bez odkladu uposlechnout.

Jsou také povinni vést mimo tuto službu spořádaný a zcela bezúhonný život. Mezi sebou a oproti ostatnímu služebnictvu se musí chovat slušně a snášenlivě.

2. Ošetřovatel je bezprostředně podřízen lékaři, pokud se týče, správci ústavu.

Stížnosti a přání se přednášejí řídicímu lékaři ústavu, popřípadě předsedovi správního výboru.

3. Chce-li ošetřovatel vypovědět službu, musí to oznámit písemně měsíc předem správnímu výboru.

Dopustí-li se ošetřovatel hrubého porušení svých povinností ve službě, především vzešlo-li tím nebezpečí pro život nebo příznivý průběh nemoci ošetřovance, má lékař právo jej ihned suspendovat.

Správní výbor může pak ošetřovatele v takových případech bez výpovědi propustit.

Ostatně platí pro personál ošetřovatelský mimo tuto instrukci též řád čelední.

4. Ošetřovatel je povinen ošetřovat stejně ochotně, vlídně a vždy přesně dle nařízení a poučení lékaře osoby i při nakažlivých nemocech, přičemž je mu v mezích lékařem naznačených učinit vše, co by sloužit mohlo k osobnímu pohodlí nebo k úlevě nemocných.

5. Ošetřovateli, kterému byla svěřena obsluha osob, stížených nemocemi obecně nakažlivými, se přísně zakazuje přístup na ostatní oddělení a do společné kuchyně ústavu, zároveň vyhýbat se styku s ostatním ošetřovatelským a služebním personálem a přihlížet k tomu, aby ničeho z prádla, nádob atd. z oddělení isolačního do ostatních oddělení nebylo přeneseno.

6. Bez lékařského poukazu nesmí ošetřovatel nemocného na oddělení přijmout.

Osoby umírající, těžce zraněné nebo stížené chorobou povážlivou (nebezpečnou) budou až do rozhodnutí lékaře, který je ihned zavolán, v ústavu ponechány. Těmto osobám je poskytnuta první pomoc dle návodů daných lékařem pro tyto případy.

Osoby, na kterých se známky smrti již projeví, budou uloženy v místnosti dostatečně vyhřáté, po dvě hodiny střeženy a lékařem pokusy k oživení na nich byly vykonány.

7. Ošetřovatel je povinen peníze, skvosty a cenné věci, které nemocný do ústavu s sebou přinesl, jakož i šatstvo a prádlo, které lékař ústavu nemocnému užívat v ústavu nepovolil, odevzdat správci k zaznamenání a uschování.

Totéž platí i o zbraních, nástrojích apod., jako o holích, které nemocný nepoužívá k opírání.

V případě potřeby musí být šatstvo, prádlo atd. před uschováním náležitě očištěno nebo dezinfikované.

Ošetřovatelům se přísně zakazuje žádat na ošetřovaných nebo jejich příbuzných a známých, aby jim nějaké věci, šatstvo nebo peníze půjčili nebo darovali.

8. Před uložením do postele musí být nemocný, pokud to dovolí jeho stav, umyt, popřípadě očištěn od hmyzu a poté do čistého ústavního prádla převléknut, pokud mu nebylo dovoleno užít prádlo vlastní.

Prádlo i lůžko musí být v zimním období přiměřeně vyhřáté.

9. Ošetřovatel, musí dohlížet na to, aby každý nemocný měl před snídaní, pokud to jeho stav dovolí, umytý obličej a ruce, učesané vlasy a vypláchnutá ústa.

V případě potřeby mu je ošetřovatel nápomocen.

10. Před dopolední lékařskou návštěvou musí být též veškeré postele přestlány a řádně upraveny, světnice náležitě vyčištěny (vymety) a ze všech předmětů utřen prach a zároveň vyvětrána místnost tak, aby průvan nemocné neohrozil.

Slabým a těžce nemocným se musí postel dle potřeby i vícekrát denně přestlat. Nemocný se po tu dobu šetrně uloží na jinou postel.

11. Při lékařské návštěvě nemocných musí být ošetřovatel vždy přítomen a lékaři podávat o svém pozorování nemocného stručnou zprávu. Nikdy však nesmí pronášet úsudky o nemoci nebo léčení.

Veškerá nařízení lékaře si musí ošetřovatel dobře zapamatovat, popřípadě zaznamenat.

Dále musí ošetřovatel dbát na to, aby předepsané léky a lékařské potřeby byly včas hotové, zodpovědně provedené a nebyly zaměněny.

Musí dbát také na to, aby veškeré lahvičky, kelímky apod., v nichž byla dodána léčiva z lékárny, byly po jejich použití vrácené nepoškozené zpět lékárně.

12. Obsluhu nemocným nesmí ošetřovatel nikdy zanedbávat a nesmí se též z příkázaného oddělení bez dovolení lékaře vzdálit.

Návštěvy příbuzných nebo známých smí ošetřovatel přijímat jen tehdy, když nemá službu, a to jen v místnosti k tomu zvláště určené nebo v zahradě, nikdy však v síni nemocných.

Střídavé vycházky ošetřovatelů jak v záležitostech služebních, tak i v soukromých, ustanovuje nebo povoluje lékař ústavu.

13. Ošetřovatel je zodpovědný za užívání léků nemocným přesně předepsaných v určitý čas a dávce.

Týká se to i ostatních předepsaných prostředků, výkonů (obvazy, mazání, tření, vstříkávání, zasypávání, omývání a zabalování, klystýry, studené a teplé obklady, hořčičná těsta, křenové placky atd.) a lázní. Ošetřovatel je musí svědomitě obstarat v přesně stanovený čas a v určité míře (teplotě) dle nařízení lékaře.

14. Ošetřovatel musí co nejpřísněji dohlížet na to, aby byl domácí řád ve všem přesně dodržován, zejména, aby nemocní neopouštěli svá lůžka ani světnice bez lékařského dovolení. Nemocným, kterým byly dovoleny vycházky, aby se procházeli pouze v nemocniční zahradě a v určitý čas se opět vrátili do světnice nebo ulehli do postele. Nemocným bez lékařského svolení se nedonášely ani pokrmy ani nápoje, a aby návštěvy lékařem povolené chodily pouze v předepsaných hodinách.

V případě, že ošetřovatel zjistí, že návštěva nemocného rozčiluje, musí dotyčnou osobu na to upozornit a slušně ji poprosit, aby se vzdálila.

15. Ve stanový čas musí převzít ošetřovatel stravu pro své oddělení a přitom hledět k tomu, aby mu byly vydány pro každého nemocného lékařem předepsané pokrmy a nápoje v řádné míře a jakosti. Stravu je pak povinen ihned rozdělit jednotlivým nemocným.

Osobám slabým, neobratným a malým dětem musí ošetřovatel pokrmy rozkrájet a být jim jakkoliv nápomocen.

Zároveň musí ošetřovatel dohlížet na to, aby byla strava podávaná v čistých nádobách a s čistým příborem.

Každou nepřístojnost při stravování musí ošetřovatel při nejbližší příležitosti oznámit lékaři. V každé síni nemocných musí být dostatek čerstvé pitné vody.

16. Ošetřovatel nesmí požadovat peněžitou náhradu (relutum) za stravu, jemuž osobně náleží, od správy ústavu nebo stravovatele. Též mu není dovoleno přenechat, prodávat, vyměňovat anebo bez lékařského nařízení připravovat pokrmy.

17. Ošetřovatel je povinen zavolat ihned lékaře v případě, že zpozoruje na nemocném zvláštní příznaky jako náhlé zeslábnutí, krvotoky, křeče, násilné vrhnutí apod., nebo že

se stav nemocného nápadně zhoršil a lékařem nebylo dáno pro takové případy přesných instrukcí. Lékař se smí volat i v hodinách mimořádných nebo v době noční.

18. Pokud si nemocný přeje duchovního, musí jej ošetřovatel ihned opatřit. Tuto informaci oznámit lékaři a duchovnímu.

Po dobu pobytu duchovního u nemocného musí ošetřovatel v tichosti konat jen nejnnutnější práci. Klid musí dodržovat i ostatní nemocní.

Umírajícímu musí ošetřovatel všemožně pomoci a poslední službu mu poskytnout.

Zemře-li nemocný, musí ošetřovatel mrtvolu zakrýt prostěradlem.

Po dvou hodinách bude mrtvola, kterou dříve ošetřovatel opatřil cedulkou obsahující jméno, příjmení a ošetřovací číslo zemřelého, služebním personálem odnesena slušným způsobem do umrlčí komory.

Nebyl-li přítomen lékař, ošetřovatel si zaznamená hodinu úmrtí, kterou pak lékaři oznámí.

19. Ošetřovatel je zodpovědný za zachování čistoty v síních, na chodbách a záchodech na přidělených odděleních.

Čištění, topení a provětrávání místností musí být provedené způsobem, který nemocného neobtěžuje a je lékařem schválený.

Ošetřovatel musí dbát také na podlahu, stěny, okna a nábytek, aby nebyly od odpadků, špinavé a poškrábány. V případě znečištění musí být ihned čistě umyty.

20. Pokud není určen jiný zřízenec, přísluší ošetřovateli také čištění, rozsvěcování a zhasínání lamp v místnostech oddělení, kterému mu byly svěřeny. Zároveň musí přihlížet k tomu, aby bylo se světlem opatrně zacházeno.

V případě vypuknutí požáru v nemocnici musí ošetřovatel pokud možno ihned informovat správce, lékaře ústavu a místní hasičský sbor. Sám se pak všemožně snažit o záchranění nemocných a ústavního majetku.

21. Nádobí a nářadí musí být v čistotě a ve světnicích jen po tu dobu, pokud jsou nezbytně nutné.

Misky a láhve, které nemocní užívají k vykonávání tělesných potřeb, musí být po každém užití ihned odneseny ze světnice a náležitě vyčištěny, popřípadě dezinfikovány. Plivátka musí ošetřovatel každodenně řádně vyčistit.

22. Špinavé ložní prádlo a oblekové musí být uschováno na místě k tomu určeném. V ustanovených dnech musí být odevzdáno k čištění a za čisté vyměněno.

Ošetřovatel musí kontrolovat, aby prádlo, které převzal, bylo v dobrém stavu a opatřené ústavní značkou.

Kusy značně pokálené nebo potřísněné hnisem a podobně musí být ihned očištěné a dezinfikovány a vyměněné za čisté.

23. V pokojích a na chodbách, kde se nemocní scházejí, se nesmí sušit ani žehlit prádlo, obvazy, štípat dříví nebo tlouci uhlí. Ve světnicích pro nemocné určené se nesmí vařit nebo ohřívat jakékoliv pokrmy nebo teplé nápoje.

Do skladišť a sklepů, na půdy atd., do místností, kde jsou látky uložené a snadno vzplanou, se smí vcházet jen s uzavřenou svítilnou.

24. Při nastoupení služby odevzdají se ošetřovateli veškeré předměty inventární (nábytek, nářadí, prádlo, šatstvo atd.) příslušného oddělení zvláštní inventární knížkou (seznam), do které mu správce každý nově přidělený kus zapíše, odevzdaný pak odepíše.

Ošetřovatel je povinen s těmito věcmi zacházet šetrně.

Ručí osobně za každý ztracený nebo svévolně poškozený kus.

Každé poškození způsobené nemocnými musí ošetřovatel ihned nahlásit správci ústavu. Totéž musí učinit tehdy, když se objeví nutnost nějaké opravy věcí užíváním poškozených, pokud to ošetřovatel sám provést nemůže.

25. S materiálem k topení, osvětlení a čištění a obecně s majetkem ústavu musí ošetřovatel co nejsvědomitěji hospodařit.

Je povinen uhradit ústavu škodu vzniklou například odcizením (zpronevřením) nebo plýtváním.

26. Veškerá ustanovení této instrukce mají plnou platnost též pro ošetřovatelky.

Poznámka: Je-li svěřeno ošetřování v nemocnici duchovní kongregaci (řádu), je instrukce pro personál vypracována s odchylkami, nutnými vzhledem ke smlouvě v příčině té platné. Po případě bude vypracována též instrukce pro světský personál ošetřovatelský při nemocnici ustanovený.

Zdroj: Archiv hlavního města Prahy, 2016. *Všeobecná fakultní nemocnice Praha*. 1095, 581.

Příloha 5: Domácí řád veřejné všeobecné nemocnice 1888-1916

Domácí řád veřejné všeobecné nemocnice 1888–1916, Vyhláška c. k. místodržitele pro Čechy ze dne 25. června 1895, čísl. 82.250, kterým se prohlašují osnovy domácího řádu a instrukcí pro ordinujícího lékaře, správce a personál ošetřovatelský ve všeobecných veřejných nemocnicích, které zemským výborem království Českého v souladu s místodržitelstvím stanoveny byly jako jednotné vzory, platné pro veškeré všeobecné veřejné nemocnice v království Českém, vyjímajíc cis. král. všeobecnou nemocnici v Praze.

1. O tom, zda je nemocný způsobilý k přijetí do nemocnice a kdy bude propuštěn z léčby, rozhoduje s konečnou platností lékař ústavu. Každý přijatý nemocný je povinný se podrobit předpisům tohoto domácího řádu a nařízením lékařů a ostatních funkcionářů ústavů a ošetřovatelského personálu. Ke všem těmto osobám se musí nemocný chovat zdvořile a slušně.

2. Peníze, cenné věci, oblečení a prádlo, které nemocný přinese do ústavu, se odevzdají správě nemocnice. Správa nemocnice vše řádně zaznamená a uschová. V případě ztráty majetku nemocného bere na sebe ústav zodpovědnost. Zbraně, střelivo, nástroje a hole, v případě, že je nemocný nepotřebuje k opírání, se taktéž odevzdají správě nemocnice. Osobní peřiny jsou výjimečně povoleny, pokud to lékař ústavu ze zvláštních příčin povolí. Lékař může nařídit dezinfekci oblečení nebo prádla, které bylo do nemocnice přijato, a nemocný se proti tomu nemůže vzpírat. Předměty, které byly uloženy k úschově, se vydají nemocnému při jeho propuštění. V případě úmrtí nemocného s nimi nemocnice naloží dle platných příslušných předpisů.

3. Přijatému nemocnému ukáže lékař ústavu místnost a postel, které bez svolení lékaře nemocný nesmí opustit. V případě potřeby se musí ošetřovanec ještě před ulehnutím podrobit důkladnému očištění.

4. Nemocní mají ústavní prádlo a šatstvo, potřeby ložní a předměty, které se v nemocnici používají, udržovat v pořádku a čistotě. Nesmějí s nimi libovolně nakládat ani je úmyslně ničit, neboť by škodu způsobenou na těchto věcech museli uhradit.

5. Každý ošetřovanec musí zachovávat v pokojích, na chodbách, v záchodech a v nemocniční zahradě nejpřísnější čistotu, pořádek a mravnost.

Se světlem a ohněm musí každý zacházet co nejopatrněji. Hry o peníze nebo o jiné výhry se v ústavu zakazují. Kouřit se smí se zvláštním lékařským povolením jen v zahradě, popřípadě ve zvláštních místnostech, ve kterých se ošetřovanci zdržují při své léčbě.

Hluk a nevhodné chování (zpívání, pískání, hádky, bouchání dveřmi apod.), které ruší nemocniční klid, se přísně zakazují.

6. Při pravidelných lékařských návštěvách musí všichni nemocní, i ti, kterým bylo povoleno se zdržovat mimo lůžko, být na svém lůžku a očekávat svého lékaře.

7. Stravování v nemocnici je dle platné jídelní normy a předpisu lékařského. Snídaně je v 7 hodin ráno, oběd ve 12 hodin a večeře v 6 hodin. Bez lékařského svolení nesmí nikdo ošetřovaným nosit jídlo nebo pítí.

8. Před snídaní se musí každý nemocný umýt, vypláchnout ústa a učesat se. Pokud je potřeba, pomůže nemocnému ošetřovatel (ošetřovatelka). Lehnout si do postele v šatech nebo obuvi je zakázáno. Ti, kterým je dovoleno opustit lůžko se svolením lékaře, se musí v zimě vrátit do 8. hodiny a v létě do 9. hodiny večerní zpět do svého lůžka.

9. Nemocní nesmějí opustit ústav. Výjimku může udělit lékař a povolit vycházky mimo ústav nemocnému na určitou dobu, kterou nemocný nesmí překročit.

10. Vycházet z pokoje na chodbu ve večerních hodinách nebo v noci je zakázáno.

11. Návštěvy nemocných mezi sebou v ústavu nejsou dovoleny. Výjimku tvoří případy povolené lékařem.
12. Návštěvní hodiny jsou povoleny od 2 do 4 hodin odpoledne. Mimo tuto dobu se nesmí nikdo cizí bez zvláštního povolení od lékaře v ústavu zdržovat. Každý cizí se musí chovat v ústavu slušně a dodržovat klid nemocných. Při porušení musí ihned opustit ústav, popřípadě mu bude udělen zákaz dalšího přístupu do ústavu. Protokolární výsledky nemocných mohou se dít jen tenkrát, když lékař ústavu k tomu svolil.
13. Do zahrady smí chodit jen ošetřovanci se svolením lékaře v době určené. Cizím je do zahrady vstup zakázán. Výjimku tvoří osoby (v omezeném počtu), které jdou v době návštěv za nemocným.
14. Každý, kdo chce být ošetřován dle lepší třídy, je povinen uhradit poplatek vždy nejméně 14 dní předem ve správní kanceláři. V případě kratší doby ošetřování se nemocnému vrátí přeplacený obnos.
15. Zřízencům nemocnice je přísně zakázáno přijímat dary za služby, které poskytují.
16. Každý má možnost vyznat svou víru. Při tom však nesmí rušit pořádek domácí a klid ostatních nemocných.
- Nemocný, který si přeje náboženskou útěchu, sdělí to ošetřovateli/ošetřovatelce a ti informují lékaře. K vykonávání náboženských povinností nesmí být žádný nemocný nucen.
17. Nemocní, kteří nejsou ohroženi nakažlivou nemocí, mohou vstoupit do nemocniční knihovny a vypůjčit si knihy ke čtení. Za poškození nebo ztrátu knihy nemocný ručí osobně. Knihy z půjčoven do ústavu nosit je přísně zakázáno.
18. Prání, stížnosti a potřeby se hlásí lékaři. Skutečně oprávněným a nutným požadavkům dle možností se vyhová.
19. Přejí-li si příbuzní nemocného, aby jim o jeho stavu byly zasílány zprávy písemně (popřípadě zvláštním poslem) anebo telegraficky, musí to při přijetí nemocného nahlásit včas ústavu a poplatky s podáním těchto zpráv předem složit.
20. Nemocní nesmí být proti své vůli nuceni k nějaké práci. Výjimečně v případě srozumění s lékařem ústavu.
21. Při propuštění z ústavu musí každý nemocný odevzdat neporušené prádlo a ostatní věci, které mu byly svěřeny nemocnicí. Zároveň vrátí správa ústavu listiny, šatstvo, peníze a ostatní věci, které od něho při nastoupení do nemocnice převzala do úschovy.
22. Povinností lékařů, správních úředníků a ostatních zřízenců ústavu je kontrola dodržování veškerých nařízení a ustanovení domácího řádu.
23. Ten z nemocných, kdo bude jednat proti předpisům domácího řádu, bude napomenut, popřípadě pokárán. V nejhorším případě pak přiměřeně potrestán. Tresty ukládá lékař dle svého uznání a na základě okolností. Odepře nemocnému jídelní dávky, vycházky do zahrady nebo bude mít nemocný zákaz návštěv apod. Pro hrubé porušení domácí kázně zejména, když opakované domlouvání a domácí potrestání nebylo účinné, může lékař nemocného, v případě že to dovoluje jeho zdravotní stav, okamžitě z ústavu propustit.
- Přestupky zákonů spadají v řízení příslušných úřadů, kterým správa nemocnice viníka ihned oznámí a dle okolností k dalšímu úřednímu jednání vydá.

Zdroj: Vyhláška c. k. místodržitele pro Čechy ze dne 25. června 1895, čísl. 82.250, kterým se prohlašují osnovy domácího řádu a instrukcí pro ordinujícího lékaře, správce a personál ošetřovatelský ve všeobecných veřejných nemocnicích, které zemským výborem království Českého v souladu s místodržitelstvím stanoveny byly jako

jednotné vzory, platné pro veškeré všeobecné veřejné nemocnice v království Českém,
vyjímajíc cí. král. všeobecnou nemocnici v Praze.