



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Chirurgické ošetřovatelství v proměnách času

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Markéta Vršanová

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci s názvem „Chirurgické ošetřovatelství v proměnách času“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Věře Staskové, Ph.D., za odborné vedení mé práce a cenné poznámky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mojí rodině, která mě při psaní práce velmi podpořila.

Chirurgické ošetřovatelství v proměnách času

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá historickým vývojem chirurgického ošetřovatelství. Práce je koncipována jako historicko-analytická studie, včetně vypracování interpretativního textu metodou textové hermeneutiky. V práci jsou zachyceny hlavní dějinné epochy, které jsou obecně popsány z hlediska hlavních historických událostí a změn, které v té době nastaly na našem území, ale i ve světě. U každé dějinné epochy je pak popsán vývoj související s postupným vznikem a rozvojem ošetřovatelství a později ošetřovatelství v chirurgii, a to až do současnosti. Hlavním cílem diplomové práce je snaha analyzovat vývoj chirurgického českého a světového ošetřovatelství v průběhu staletí. Pro kontinuální vyhodnocování sledovaného vývoje posloužily tři výzkumné otázky, které byly zaměřené na průběžné hodnocení vývoje chirurgického ošetřovatelství, na změny v ošetřovatelské péči a na to, jaké dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetřovatelství v historickém kontextu.

Výzkumné otázky posloužily ke zjištění, že prvopočátky chirurgického ošetřovatelství se vztahují až do pravěku k počátkům vývoje společnosti i myšlení. V rámci dalšího rozvoje mělo zásadní vliv náboženství a jeho hodnoty. Zejména křesťanství v době středověku vedlo k zakládání prvních zařízení, jako byly lazarety nebo špitály. K formování systému zdravotnictví i ke zkvalitnění ošetřovatelské péče přispěly reformy Marie Terezie a Josefa II. v 18. století. Ošetřovatelství se stalo profesí a pozice ošetřovatelek se začala měnit, zlepšil se i jejich přístup ke vzdělání, jelikož započalo zakládání prvních ošetřovatelských škol. Napříč historií měly na dosažení pokroku v chirurgickém ošetřovatelství paradoxně pozitivní vliv válečné konflikty. Velmi významná byla krymská válka, důležité bylo také např. objevení antisepsy a Flemingův objev antibiotik. Stejně tak sehrál roli i rozvoj v oblasti hygieny a krycích materiálů ve 20. století, na který dále navazují zejména technologické inovace, pokračující i v 21. století.

Klíčová slova: Historie ošetřovatelství; chirurgické ošetřovatelství; vývoj chirurgického ošetřovatelství; církevní ošetřovatelství; historie sesterské profese.

Changes in Surgical Nursing Over Time

Abstract

The diploma thesis deals with the historical development of surgical nursing. It is designed as a historical-analytical study, and it also includes an interpretative text. The text is based on textual hermeneutics method. The thesis captures the main historical epochs, which are generally described in terms of major historical events and changes that occurred at that time in our territory and abroad. For each historical epoch until now, the thesis explores the gradual emergence and development of nursing, and later also surgical nursing. The main objective of the thesis is to analyse the development of Czech and foreign surgical nursing over the centuries. Three research questions were used to continuously evaluate the monitored development. These questions focused on the ongoing evaluation of the development of surgical nursing, on changes in nursing care and on what events at the time influenced the development of surgical nursing in the historical context.

Based on the research questions, it can be concluded that the very beginning of surgical nursing can be traced back to the development of society and thinking in prehistoric times. In terms of further development, religion and its values had a major influence. The medieval Christianity in particular supported the establishment of first nursing facilities, such as infirmaries and hospitals. In 18th century, Empress Maria-Theresa's reforms, followed by Emperor Joseph's reforms, both contributed to the formation of healthcare system and improvement of nursing care. Nursing became a profession and the position of nurses began to change. First nursing schools were established and as a result, nurses gained a better access to education. Throughout history, war conflicts have had positive effects on the advancements in surgical nursing. In this respect, a major role is attributed to the Crimean War in 19th century. Apart from armed conflicts, the major discoveries which contributed to the development of nursing include Lister's discovery of antiseptics and Fleming's discovery of antibiotics. Another major influence was the rapid development of hygiene and medical dressings in 20th century, followed by technological innovations in 21st century.

Key words: History of nursing; surgical nursing; development of surgical nursing; church nursing; history of the nursing profession.

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Cíl práce a výzkumné otázky.....	10
3	Metodika.....	11
4	Pravěk a starověk.....	12
4.1	Pravěk a starověk ve světě.....	12
4.2	Pravěk a starověk na našem území.....	14
4.3	Ošetřovatelství a chirurgie v pravěku a starověku.....	16
5	Středověk.....	22
5.1	Středověk ve světě.....	22
5.2	Středověk na našem území.....	24
5.3	Ošetřovatelství ve středověku.....	26
6	Novověk.....	32
6.1	Novověk ve světě.....	32
6.2	Novověk na našem území.....	35
6.3	Ošetřovatelství a chirurgie v době novověku.....	36
6.3.1	Ošetřovatelství v období 15.–18. století.....	36
6.3.2	Chirurgie v období 15.–18. století.....	39
6.3.3	Ošetřovatelství v 19. století.....	43
6.3.4	Chirurgie v 19. století.....	47
7	Moderní dějiny 20. století.....	50
7.1	Moderní dějiny 20. století ve světě.....	50
7.2	20. století na našem území.....	51
7.3	Ošetřovatelství a chirurgie ve 20. století.....	52
7.3.1	Vývoj chirurgie ve 20. století.....	53
7.3.2	Ošetřovatelství počátku 20. století do konce 1. světové války.....	55
7.3.3	Ošetřovatelství v letech 1918–1945.....	56

7.3.4	Ošetřovatelství v době 2. světové války	59
7.3.5	Ošetřovatelství po konci 2. světové války	60
7.4	Chirurgické ošetřovatelství v 21. století.....	65
8	Závěr	67
9	Seznam literatury	73
10	Příloha.....	81

1 Úvod

Lidská společnost se neustále vyvíjí a dospělí lidé často s euforií vzpomínají na své dětství, ve kterém se jejich způsob života lišil od toho současného. Dnes již mezi námi nežijí pamětníci, kteří by osobně zažili život před více jak jedním staletím, tudíž jsme odkázáni pouze na dochované prameny, ze kterých si můžeme udělat obrázek o tom, jak se tehdy žilo. Někdy nám to může zjednodušit například zhlédnutí historického filmu, ve kterém vidíme rozdíly mezi životem v naší minulosti a životem dnes. Čím vzdálenější je pak dané období, tím větší je rozdíl oproti životu v dnešním světě. Může nás to pak přimět k tomu, abychom se zamysleli nad obrovským pokrokem a posunem, který lidstvo učinilo a jímž se posunulo ke komfortnějšímu způsobu života.

Úroveň poznání, jehož v oblasti lidského zdraví, ale i v oblasti medicíny a systému zdravotnické péče lidstvo postupem času dosáhlo, vede k tomu, že se ve vyspělé společnosti dlouhodobě zvyšuje průměrný věk dožití. Navyšuje se také i kvalita života, což má ale i mnoho dalších pozitiv. Současná úroveň vědomostí, kterou lidstvo aktuálně má, je výsledkem dlouhodobého zkoumání a objevování. Lidské bádání započalo již v rámci prvních civilizací, jež se pokoušely nějakým způsobem řešit například zranění nebo choroby. O těchto prvních historicky významných osobnostech dnes někdy hovoříme jako o průkopnících léčitelství a na jejich zjištění pak bylo postupně navazováno, až se v průběhu času dostala medicína do stavu, v jakém ji známe dnes. Historie zdravotnictví je velmi členitá a provázaná událostmi různého významu, včetně postupného formování oblasti ošetrovatelství a růstu jeho důležitosti.

Právě na oblast ošetrovatelství se zaměřuje tato diplomová práce, která zkoumá jeho postupný historický vývoj, konkrétně pak historický vývoj se zaměřením na oblast chirurgického ošetrovatelství. Snahou je obsáhnout zejména klíčové milníky a důležité historické události, které vedly k formování chirurgického ošetrovatelství do jeho dnešní podoby. Zároveň nechybí ani pohled na současný stav v této oblasti.

Budoucnost medicíny je fascinující a plná výzev, ale i její historie je velmi zajímavá, bohatá na pozoruhodné události a zásadní objevy, díky nimž bylo mnoha lidem umožněno prodloužení jejich života nebo jeho zkvalitnění. Nejen díky objevům a klíčovým událostem je třeba si tuto historii připomínat a s pokorou i obdivem vzpomínat na epizody, které nám umožňují žít život tak, jak ho žijeme dnes. Je zásadní se i dnes učit z případných

chyb a omylů tak, aby i naše další směřování bylo v pozitivním duchu a kladlo důraz na udržitelnost. Vlastní fascinace historií a vývojem v medicíně i samotném ošetřovatelství mě vedla k výběru tématu této diplomové práce. Zároveň ve snaze o zachycení přesnějších informací a lepší zacílení tématu je práce zaměřena na zmíněné chirurgické ošetřovatelství, které je samo o sobě velmi specifickou a složitou oblastí už jen díky typické charakteristice nemocí a zranění u pacientů, na něž se chirurgické ošetřovatelství ve své činnosti zaměřuje. Vzhledem k těmto faktorům je práce pojata jako jakási historická exkurze do událostí v oblasti chirurgického ošetřovatelství a je koncipována jako historicko-analytická studie s následným vypracováním interpretativního textu metodou textové hermeneutiky.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je snaha analyzovat vývoj českého a světového chirurgického ošetřovatelství v průběhu staletí. Práce se bude zaměřovat zejména na klíčové milníky a faktory, které přispěly k tomu, že se chirurgické ošetřovatelství a úroveň kvalitní péče o nemocné vyvinuly do podoby, v jaké je známe dnes. Cílem práce je zaměření se na postupnou identifikaci historického vývoje v oblasti chirurgického ošetřovatelství, respektive na události, jež předcházely jeho vzniku a ovlivňovaly jeho formování (zásadní změny a transformace). V neposlední řadě je důležité neopomenout ani vliv dobových událostí na další vývoj chirurgického ošetřovatelství.

Pro naplnění tohoto hlavního cíle byly zároveň stanoveny i výzkumné otázky, které se zaměřují na dosažení cíle v konkrétních oblastech. První výzkumná otázka hledá odpověď na to, jaký vývoj v jednotlivých historických obdobích zaznamenalo chirurgické ošetřovatelství. Druhá výzkumná otázka je orientována na to, jakými změnami prošla ošetřovatelská péče v rámci historického vývoje. Poslední výzkumná otázka pak sleduje dobové události a hledá odpověď na to, které z nich ovlivnily vývoj chirurgického ošetřovatelství v historickém kontextu.

3 Metodika

Diplomová práce se zabývá historickým vývojem chirurgického ošetřovatelství. Práce je metodicky koncipována jako historicko-analytická studie, včetně vypracování interpretativního textu metodou textové hermeneutiky. V práci jsou zachyceny hlavní dějinné epochy, obecně popsány z hlediska nejdůležitějších historických událostí. Dále jsou popsány klíčové změny, k nimž došlo na našem území i ve světě. U každé dějinné epochy je vylíčen vývoj související s postupným vznikem a rozvojem ošetřovatelství, později s chirurgickým ošetřovatelstvím. Informace obsažené v práci byly získány na základě vlastního samostudia odborné literatury a dalších odborných pramenů, jako jsou archivy nebo online databáze odborných pramenů. V případě elektronických online databází byl významným zdrojem zejména webový portál Pubmed, z něhož bylo čerpáno nejčastěji. Prozkoumány pak byly i další databáze zaměřené na zkoumanou problematiku. Je možné zmínit například databáze jako Embase, Toxline, BioOne, Zoological Record. V případě těchto zdrojů nebyly při vyhledávání nalezeny informace, které by pro účely této práce bylo možné efektivně využít pro zvýšení vypovídací hodnoty. Využity však byly informace z databází Biological Abstracts a Biosis Previews, ve srovnání s databází Pub Med však spíše okrajově. Jednotlivé prameny byly prozkoumány a informace relevantní pro tuto práci byly následně s využitím metody syntézy uplatněny při psaní této práce.

4 Pravěk a starověk

Pravěk či prehistorické období jakožto označení nejstaršího období lidské civilizace bylo specifické zejména primitivní úrovní lidské společnosti. Z tohoto důvodu dochované důkazy o životě tehdejší společnosti nemají takovou vypovídací hodnotu jako například u lidských společností, které již ovládaly písmo. Stejně tak i časové určení jednotlivých milníků obvykle není konkrétní, ale vztahuje se k určitému intervalu, ve kterém se dle dochovaných nálezů předpokládá, že k dané události došlo. Starověk byl obdobím, které na pravěk navazuje a jež bylo spjato zejména s civilizacemi starého Řecka a Říma, Babylonskou říší a dalšími významnými říšemi a státy v nejstarších dobách před příchodem středověku (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

4.1 Pravěk a starověk ve světě

Vznik písma je považován za jeden ze základních milníků pro konec období pravěku, jelikož znamená zásadní posun v rámci civilizace a jejích společenských i kulturních hodnot. Konec pravěku jakožto začátek starověku proto není pevně vymezen a v jednotlivých oblastech se liší zejména v závislosti na tom, kdy daná civilizace začala písmo používat nebo sama objevila vlastní druh písma. Kdy a kde konkrétně první písmo vzniklo, zůstává záhadou, ale dle archeologických nálezů se datuje vznik prvního písma okolo roku 4000 před naším letopočtem v oblasti tehdejší Mezopotámie na Blízkém východě, zatímco například na Nové Guineji bylo písmo rozšířeno až v 19. století našeho letopočtu (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

Konec pravěku v oblasti jižní části Evropy je pak možné spojovat s vytvořením antických (novověkých) států Řecka a Říma v období přibližně 500 let před naším letopočtem. Počátek pravěku je pak obecně datován v souvislosti s prvními dochovanými známkami o životě člověka, jejichž stáří je odhadováno na dobu přibližně 3 miliony let před naším letopočtem, díky čemuž byl pravěk doposud nejdelším historickým obdobím (Parker, 2012).

Vzhledem k neexistenci písma byly hlavními prameny informací o pravěké historické etapě především dochované hmotné nálezy o činnosti tehdejších lidí v podobě jejich výtvorů i ostatků. Jejich charakter a kvalita tak snižují možnosti lepšího poznání pravěkého života.

Výhodou ale je, že díky moderním metodám a technologiím se úroveň poznání stále více prohlubuje, zejména co se týká analytických postupů souvisejících se získáváním informací z ostatků pravěkých osob s využitím laboratorních zařízení a počítačových programů a simulací (Parker, 2012).

Nejen z nálezů dochovaných ostatků je zřejmé, že v období pravěku prošel člověk velkým fyziologickým vývojem, kdy se jeho tělo postupně měnilo. Tato evoluce, jejíž počátky jsou spojovány s vývojem opic, označuje jako prvního předchůdce člověka australopitekuse. Australopithecus byl díky svému předpokládanému fyzickému vzezření nejvíce připodobňován opicím a měl zároveň nejmenší mozkovnu, jak ve svém textu uvádí i Parker (2012). Ten se dále zmiňuje i o tom, že stejně jako se posléze člověk měnil fyziologicky, zvětšovala se i jeho mozkovna. V prehistorickém vývoji se zvětšila přibližně až 4×. Mezi další předchůdce dnešního člověka patří Homo habilis, tedy člověk zručný, žijící přibližně 3–1 milion let př. n. l., dále Homo erectus neboli člověk vzpřímený, žijící 1 mil. 300 tis. let před naším letopočtem. V evoluci pak následuje typ označovaný jako neandrtálec (člověk pravěký, žijící 300–40 tis. let př. n. l.), kromaňonec (člověk pravěký žijící 40–10 tis. let př. n. l.) a posledním zmiňovaným fyzickým druhem člověka je dnešní člověk, označovaný jako Homo sapiens, člověk rozumný. Z hlediska fyziologického vývoje byl proto pravěk velmi významným evolučním obdobím, který vedl k transformaci člověka i z hlediska jeho intelektuálních schopností, a to díky zvětšení obsahu mozkovny až na 1300–1600 cm² z původního obsahu mozkovny australopitekuse. Dle dochovaných nálezů se udává její objem 380–500 cm² (Hrbková, 2015).

Předchůdci dnešního člověka nejprve potravu získávali sběrem rostlin a plodů v přírodě a až později objevili možnosti lovu jako dalšího způsobu obživy. Postupem času začali ke svému životu využívat složitější nástroje, a to nejen pro účely lovu. Jejich využití a další vývoj navíc později vedl i k formování pravěkého zemědělství. Došlo tak k posunu v soběstačnosti. Pravěký člověk již nebyl závislý pouze na tom, co našel nebo ulovil, ale mohl si i sám účelově zdroj obživy na úrovni tehdejšího primitivního zemědělství vytvořit. Zásadní vliv na život a kvalitu pravěkého člověka měl i oheň. Původně byli pravěcí lidé odkázáni pouze na přírodní síly jakožto zdroje požárů (zejména oheň vznikající úderem blesku). Pokud jej z přírody získali, snažili se uchovat si ho co nejdéle. Posun však představoval objev zdroje ohně v podobě křesání (Mandelová, 1995).

Další období starověké dějinné etapy pak bylo spojené s existencí v té době prvních vyspělých civilizací a jejich působením v určité geografické oblasti. Jedná se o období, které je i podle vymezení v díle od Parkera (2012) možné obecně datovat v rozmezí 4 tisíce let před naším letopočtem až do doby 6.–7. století našeho letopočtu, kdy byl starověk vystřídán středověkem. Nejstarší a největší vyspělé civilizace se nacházely na území Středního východu, ve Středomoří a dále pak na území Asie, zejména v její jižní a východní části. Dílčí součástí starověku bylo pak i období označované jako antika, které je spjaté výhradně se státy starého Řecka a Říma, nicméně právě pozdějším rozpadem Říše římské končí období starověku. Vedle antického Řecka a Říma dále existovaly i jiné státy a vyspělé starověké civilizace. Mezi ty významné patřila například tzv. Mezopotámská říše skládající se z dalších menších útvarů (např. Babylon, Sumer atd.), Perská říše, Egypt a další civilizace (Hrbková, 2015).

Období starověku bylo obecně charakteristické velkým posunem v úrovni poznání i myšlení a tato doba přinesla velké rozdíly ve způsobu života. Ve světě existovaly konkrétní oblasti, ve kterých se soustředil pokrok a vědomosti, zatímco jiné zůstávaly zaostalé a osídlené barbarskými kmeny. Například řečtí básníci a filozofové tvořili spisy s myšlenkami, které jsou dodnes významné, v jiných oblastech Evropy se lidé živili lovem, žili kočovným způsobem života a objev písma jim nebyl znám (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

4.2 Pravěk a starověk na našem území

Vzhledem k tomu, jaká je obecně nízká míra poznání o období pravěku, jsou podobně omezené i zdroje informací o pravěku na našem území. První dochované zmínky o působení pravěkých lidí na našem území jsou podle Mandelové (1995) datovány přibližně do období až 2 500 let před naším letopočtem a dále uvádí, že výskyt člověka vzpřímeného dokládají nálezy například na severozápadě Čech u Bečova, ale především nálezy na Moravě, které jsou odhadovány na stáří přibližně 200–50 tisíc let před naším letopočtem. Nedaleko Přerova se pak nachází jeskynní nálezy dokládající život našich předchůdců z dob pravěkého paleolitu. Tyto nálezy se dochovaly v jeskyních v Předmostí u Přerova, jež jsou po Dolních Věstonicích druhým největším archeologickým nalezištěm na našem území z dob pravěku. Mezi další významná naleziště se pak řadí oblasti jako Pavlov nebo Petřkovice, které jsou rovněž na Moravě. Společně se všechna tato naleziště označují jako Pavlovienská (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

Nejvíce dochovaných důkazů na území dnešní České republiky podle Parkera (2012) nasvědčuje především působení člověka dnešního typu, tedy *Homo sapiens*. Dochované skutečnosti již svědčí i o jeho jisté úrovni vyspělosti, neboť byly nalezeny důkazy související s pohřebnictvím, loveckými schopnostmi a k tomu používanými nástroji, svědčí také o jeho tendencích postupného přechodu k sídlištnímu způsobu života, respektive o vzrůstajícím odklonu od putování za potravou. Dosažený rozvoj schopností a dovedností ze zachovaných artefaktů vypovídá i o takových dovednostech, jako jsou práce s keramikou i její vypalování, pletení z přírodních materiálů, výroba šperků, dekorativní činnosti na nástrojích, dále výroba a užívání rituálních předmětů v rámci pohřbívání. Uvedený soubor vypovídá o zručnosti, celkovém uměleckém a dovednostním projevu v životě tehdejších předků. Nejznámějším dochovaným předmětem svědčícím o zručnosti, kreativitě a uměleckém projevu pravěkých lidí je tzv. Věstonická venuše, malá soška nahé ženy s umocněnými vnadami. Období, které je typické největší četností archeologických nálezů na našem území, je datováno přibližně mezi lety 40–10 tisíc před naším letopočtem (Mandelová, 1995).

V naší historii je pak dále významné období doby bronzové (2000–800 př. n. l.), a posléze doby železné (800–50 př. n. l.), které byly nejvíce charakteristické objevem a následným rozvojem práce s těmito kovy. Postupně docházelo k rozvoji barterového (směnného) obchodu a v tomto případě již hovoříme o období starověku na našem území (Hrbková, 2015).

Nicméně podle Sulitkové (2011) nepůsobily na našem území trvale žádné z výše zmiňovaných civilizací, které by byly v tomto období výrazně pokrokové (ve srovnání s vyspělými starověkými civilizacemi) a naše území je tak možné považovat převážně za oblast, kde ve starověku působily barbarské kmeny. Text *Praehistorica* (Borkovský, 1938) se zmiňuje o tom, že více než 100 let př. n. l. se na našem území začali objevovat Keltové se svojí kulturou. V období doby římské (50 př. n. l. – 380 n. l.) zde působily kmeny germánské, ale i mnoho dalších menších kmenů, včetně přítomnosti Římanů v některých oblastech. Následovalo období stěhování národů (380–568 n. l.), které bylo charakteristické velkými přesuny. Nejprve to bylo velmi výrazným odchodem menších národů z území dnešního Česka, posléze příchody nebo nájezdy jiných skupin obyvatel. Přibližně v polovině 6. století pak došlo k významnému osídlení našeho území Slovany ze severu z území dnešního Polska, ale zároveň i z jihozápadu z oblasti Podunají (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

4.3 Ošetřovatelství a chirurgie v pravěku a starověku

V důsledku toho, že z období pravěku nebyly dochovány žádné zmínky o existenci písma, je zásadně snižována kvalita a dostupnost informací o této historické etapě. Velká část informací tak zůstává zahalena tajemstvím. Mnohé poznatky mohou být blíže domněnkám, nebo dochází vlivem nových poznání ke změně některých informací. Podobný vliv na tento handicap má i úroveň vědomostí v rámci oblasti tehdejšího způsobu péče a léčby o nemocné v souvislosti se základy budoucího vzniku ošetřovatelství. Je však zřejmé, že primitivní způsob života vedl tehdejšího člověka i k experimentování a víře v nadpřirozeno. Vše dokazují zejména historické nálezy o uskutečňovaných rituálních aktech, o provádění obětí a podobně. Duchovní se snažili vlivem různých úkonů, nástrojů, šamanských činností a zvyklostí dosáhnout uzdravení obvykle s přesvědčením, že je třeba výhradní pomoci ze strany vyšší moci. Všechno bylo vkládáno do rukou božích nebo jiné nadpřirozené síly, a to úměrně k duchovním znalostem a přesvědčením pravěkých osob, které žily ve velmi dlouhém historickém období a jejichž znalosti, kultura, ale především obecná úroveň jejich mentálních schopností procházely tímto dlouhodobým vývojem a postupně rostly (Švejdová, 2011).

Vývoj, respektive předzvěst chirurgického ošetřovatelství v době pravěku byl velmi úzce spjat s obecně nízkou intelektuální úrovní tehdejších lidí a jejich primitivním způsobem chování. Běžný život pravěkých lidí byl velmi odlišný od toho našeho, dožívali se nízkého věku, jak uvádí Sulitková (2011). Text Borkovského (1938) pak popisuje to, že pravěcí lidé během života utrpěli různá zranění, která však nedokázali léčit, a proto hledali pomoc u nadpřirozených mocností. Nejen skutečnost, že žili v tlupách, vedla ke snahám o pomoc zraněným a nemocným členům. Historické důkazy svědčí o provádění rituálních aktů a uctívání bohů, které pravděpodobně neměly příznivý efekt na zlepšení zdravotního stavu, proto je možné tvrdit, že vývoj chirurgického ošetřovatelství v době pravěku (jakožto řešená problematika první výzkumné otázky) spočíval především ve snahách o nalezení způsobu, jak lze nemocnému pomoci, pokud je to vůbec možné. Často se tak jednalo o banální metody typu pokus–omyl současně se zmiňovanými šamanskými obřady (Švejdová, 2011)

Z textu Cuřínové (2002) je zřejmé, že už v pravěku lze nalézt podložené první historické kořeny ošetřovatelství, ač ve značně primitivní podobě, a to i ve velmi dalekosáhlé historii. Dokladem toho jsou ostatky z dob pravěku, zejména pak z období jeho konce. Na nich,

konkrétně pak na kosterních pozůstatcích jsou zřejmé lidské zásahy ve formě zhojených zlomenin, nebo dokonce v podobě trepanací lebky, která byla prováděna na lidech, kteří byli zcela při vědomí. Trepanace byla vykonávána spíše jako experiment, neboť tehdejší lidé neznali dokonale anatomii lidského těla, a to konkrétně jeho mozkovou část. Dle Svobodného a Hlaváčkové (2004) byl tento výkon na lebce prováděn různými ostrými nástroji, které si pravěcí lidé vyráběli sami například s použitím pazourku. Dále při výrobě nástrojů nacházely uplatnění i další materiály, a to třeba sopečné sklo, ostré lastury a v pozdějších dobách samozřejmě i kovy. O rozšíření trepanace svědčí i fakt, že na některých pohřebištích našli archeologové stopy po této operaci u každého desátého nebožtíka, přičemž výjimkou nebylo ani několik otvorů najednou v jedné lebce. Samotná technika otevření lebky měla rozličné formy. Nejčastěji bylo prováděné rytí do lebeční kosti ostrým hrotem zhotoveného nástroje. Tento postup byl sice časově náročný, ale povoloval dávnému operatérovi větší kontrolu nad pronikáním nástroje kostí. Riziko, že ostří či hrot zasáhnou do mozkové tkáně, se tak snižovalo. Z uvedených skutečností lze usuzovat, že medicína nebyla dostatečně rozvinutá.

V pravěku panovaly zákony přírodního výběru, neboť pravěcí lidé obvykle nepřežili následky závažných zranění a onemocnění, panovaly tak zákony přírodního výběru, které můžeme pozorovat v živočišné říši dodnes. Lidé si poskytovali péči takzvaně instinktivní. Pračlověk pečoval sám o sebe jako o zvířata – nehýbal se, ležel, vymýval si ránu. Kruté podmínky nutily primitivní lidské obyvatele ke každodennímu boji o holý život, a nebylo zde proto místo pro slabé a nemocné jedince (Hrbková, 2015).

Pravěká medicína byla nazývána spíše jako paleoterapie, což znamenalo pravěké léčení. Paleoterapie se zabývala příčinou a původem nemocí, za něž byly považovány víra, existence duchů, nadpřirozené síly či šamanství (Niklíček a Štein, 1985). Svobodný (2004) popisuje 3 fáze paleoterapie, a to léčení sebe sama jako fáze první, následuje pomoc mezi lidmi a poslední fázi popsal jako pomoc profesionální. Lze považovat paleoterapii za první výskyt medicíny? V textech Niklíčka lze sledovat, že se již v pravěku objevily prvopočátky léčení, lidé se snažili o vyléčení ran tím, že je vysávali, nebo je chladili. Nejen péče o rány se vyvíjela, docházelo také k léčení pomocí rostlin a bylin, pravěcí lidé začali zjišťovat jejich účinky a používali je za léčebné byliny. Lze předpokládat, že pravěk znamenal v léčení důležitý mezník, kdy byla poskytována péče, kterou ještě však nelze nazvat ošetrovatelskou.

Šlo spíše o péči instinktivní poskytovanou na základě pocitů a s pomocí nadpřirozených sil, což vedlo k prvním náznakům vývoje medicíny a ošetrovatelské péče (Nikliček a Štein, 1985).

Postupně pravěcí předci své poznatky rozšiřovali a získávali zkušenosti ohledně příznivých, nebo naopak negativních důsledků svého konání. Poznání se pak postupně rozvíjelo i v oblasti využívání přírodních rostlin a jejich účinků, ale využívala se i zvířata a jejich části, včetně vnitřností, jak uvádí Cuřínová (2002). Úroveň tehdejší péče však byla velmi primitivní. Je však možné již v období pravěku hovořit o prvních náznacích v zakrývání ran a péči o ně? Ano, ač k tomu byly využívány přírodní materiály (například listy rostlin), takové tendence už v období pravěku existovaly. Zároveň se začalo objevovat i vyplachování ran, a to zejména vodou. Hygienická i znalostní úroveň byla v péči o nemocné a zraněné naprosto minimální, a proto nebylo neobvyklé zvolení metody amputace a s tím samozřejmě souvisela i vysoká smrtelnost v důsledku těchto prováděných zákroků, které však často měly spíše podobu šamanského rituálu (Švejdová, 2011).

Mnohem častěji je podle Weisse (2007) možné se setkat s historickými důkazy svědčícími o činnosti v péči o zraněné a nemocné v kulturách starého Egypta, Indie, Babylonské říše nebo s asyrskou kulturou. Jsou datovány přibližně do roku 4600 před naším letopočtem. Tehdy se i podle Zemana et al. (1993) jednalo převážně o činnosti, jako jsou obřízka, léčba rozžhaveným kovem (zástava krvácení, břišní kýla), venesekce (chirurgické otevření žíly), incize hlíz, sešívání ran (včetně vnitřních orgánů). Uvedené činnosti vykonávali kněží, jejichž anatomické znalosti byly obvykle pouze banální. Ke zvýšení úrovně poznání však mimo jiné napomáhalo i balzamování zemřelých. Hojně se při těchto zákrocích využívalo omamných látek (např. opium, mandragora, marihuana), jež měly za cíl uvolnění a úlevu pro pacienta (Strouhal et al., 2010).

Historicky významné bylo i období sumerské civilizace na území tehdejší Mezopotámie, z něhož se uchoval odkaz hliněných destiček s klínovým písmem. Zmiňovaný písemný odkaz rovněž zanechal informace o problematice lékařství v tehdejší společnosti, jak uvádí i Weiss (2007), včetně prvního historicky zaznamenaného lékařského předpisu. Zároveň se dochoval i odkaz o vzniku základních lékařských technik, včetně nástroje velmi blízkému dnešnímu skalpelu nebo také trepanu.

V rámci mezopotámské legislativy je dále významné pro tuto práci i to, že v ní nechybí ani úprava oblasti systému odměňování práce lékařů (včetně oblasti dnešní chirurgie), jakožto úprava systému odškodného pro případné oběti (Zeman et al., 1993).

Dalším významným milníkem je možné označit období starého Egypta, konkrétně první formální ujednání o chirurgii, které zanechal Imothep přibližně v období okolo 2 700 let před naším letopočtem, jak uvádí Strouhal et al. (2010). Chirurgické ujednání se vztahuje k metodickému procesu obřízky a je dochováno ve formě obrazového postupu vrytého do sloupu u vstupu do chrámu Memphis. Oproti neandrtálským praktikám jeskynních lidí se velmi posunula úroveň znalostí a dovedností, avšak význam rituálů a uctívání božstev byl v této době stále velmi silný a na některé postupy mohl mít i negativní vliv (Halioua, 2004).

Nutno připomenout, že období starověku je obdobím, ve kterém se uchovaly důkazy o prvopočátcích chirurgie, kterým se ve svém díle věnuje i Cuřínová (2002) a jež je časově možné datovat přibližně do období až 4 600 let před naším letopočtem. Jedná se o obřízku, snahy o zastavení nebo zmírnění krvácení žhavým kovem, sešívání ran i orgánů a další úkony prováděné kněžskými. V Mezopotámii k rozvoji znalostí často využívali raněné z válek, na kterých zkoušeli různé pokusné metody na bázi chirurgie s využitím řezných nástrojů. V Egyptě se dochoval Imothepův záznam o jeho chirurgických počinech, dále je dochována malba postupu obřízky v chrámu Memphis nebo tzv. Ebersův papyrus dlouhý 20 m. Papyrus je věnovaný soudobým lékařským poznatkům. Egypťané se rovněž zaměřovali na válečné oběti, ale i na běžná poranění. Existují zachované důkazy o provedení trepanací lebek, amputací, léčbě zlomenin, nebo dokonce zaškrcování žil. Obvazování ran (obvykle louhovanými materiály) bylo rovněž běžnou praxí, vše dokládají prameny z období až 3000 let před naším letopočtem. V civilizaci starověkého Řecka a Říma byla doložena přítomnost vojenských lékařů ve válkách. Vedle ošetřování raněných se soustředili zejména na léčbu poranění, včetně chirurgických úkonů na bázi řezu. Římané dokonce budovali lazarety určené pro léčbu válečných obětí. Starověk byl tedy spjat především s léčebnými poznatky souvisejícími se základy medicíny (Švejdová, 2011).

V souvislosti s hledáním odpovědí na výzkumné otázky se nabízí položit první z nich: „Jaký vývoj zaznamenalo chirurgické ošetřovatelství ve středověku?“ Ve vztahu k dané historické etapě a celkové úrovni tehdejší společnosti nemůžeme hovořit o chirurgickém

ošetřovatelství, nýbrž spíše o položení základů pro budoucí vznik ošetřovatelství. Úroveň péče byla v dobách pravěku opravdu velmi primitivní. Z analyzovaných odborných textů dále vyplývá, že lze ve zkoumané oblasti sledovat nepatrný vývoj. U zástupců nejstarších pravěkých lidských druhů (např. Australopithecus) totiž nebyla pomoc v podobě ošetření zřejmě vůbec obvyklá (i vzhledem k malé mozkové kapacitě). Postupně s vývojem intelektu a celkového růstu poznání u pravěkých osob se u mladších nálezů objevuje stále více důkazů o pravěkých tendencích pomáhat druhým. Lidé si tedy uvědomili, že je možné se zraněnými nebo nemocnými pracovat tak, aby se jejich stav zlepšil. Tyto primitivní snahy však později zcela překračují dochované důkazy o posunu v rámci úrovně poznání v oblasti péče o nemocné a raněné, jak bylo uvedeno například v textu věnovanému období starověkého Egypta. V té době totiž již bylo možné hovořit o skutečných základech dnešní medicíny i chirurgického ošetřovatelství.

Dále je třeba hledat i odpověď na druhou výzkumnou otázku: „Jakými změnami prošla ošetřovatelská péče o chirurgicky nemocné v rámci historického vývoje?“ Z uvedených informací vyplývá, že v pravěku došlo k posunu od úrovně neuvědomování si svých možností pomoci druhým přes úroveň barbarských metod až po stupně poznání v dobách starověku. S touto rovinou poznání bylo dokonce dosaženo úspěchů při prováděných zákrocích, léčitelských a ošetřovatelských metodách, jako je například vyhojená amputace. Velkým posunem pak byla úroveň starověkých civilizací, které již dokázaly některé problémy chirurgicky řešit. Je třeba zdůraznit, že používané metody měly často velmi rituální, nebo dokonce barbarský charakter. Vycházely převážně z myšlenky, že uzdravení je v rukou božstev a lidé sami jej příliš ovlivnit nemohou. Velká část získaných zkušeností tak byla nabyta tzv. metodou „pokus – omyl“, nebo byly nové poznatky té doby často ovlivněny pouhou náhodou.

Třetí výzkumná otázka – „Jaké dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetřovatelství v historickém kontextu?“ – je opět z hlediska odpovědí ovlivněna dochovanými prameny. V souvislosti se starověkým a zejména pravěkým historickým obdobím je proto třeba upozornit na to, že kvůli špatné kvalitě dochovaných pramenů je období zahaleno jistou mírou tajemství. Nelze tak přesně určit souvislosti mezi dobovými událostmi a dosaženým pokrokem, jelikož i identifikace samotných časových událostí je často obtížná. Možné je zmínit například rozvoj směnného obchodu nebo období stěhování národů, které vedly ke střetávání různých kultur.

Často tak jejich vlivem došlo i k šíření informací a poznání napříč různými skupinami a tlupami, a to včetně zkušeností a znalostí v oblasti péče o nemocné a raněné. Stejně tak ale docházelo ke střetávání kultur v rámci bojů a válek, zejména v období starověku.

5 Středověk

Středověk je označení pro etapu lidské civilizace či dějinné epochy, která navázala na období starověku. Jedná se o časově velmi dlouhou periodu, která byla později po jejím překlenutí nahrazena dalším údobím – novověkem. Konkrétně je pak doba středověku datována přibližně od počátku 6. století našeho letopočtu (v návaznosti na pád Západořímské říše v roce 476) až do přelomu 15. a 16. století. Konec středověku je spojován s objevením Ameriky v roce 1492 nebo také s dobytím Konstantinopole v roce 1453. V rámci této přibližně 1 000 let trvající dějinné epochy je pak středověk rozdělován na raný, vrcholný a pozdní (Bingham et al., 2003).

5.1 *Středověk ve světě*

Z hlediska významných historických událostí, které se udály v etapě středověku, je třeba nejprve je obecně vymezit z celosvětového hlediska, ale zejména se zaměřením na Evropu. Mezi největší a nejvýznamnější státy v tomto období patřila nejprve Franská říše společně s Byzantskou říší. Později pak vrcholu dosáhla Svatá říše římská, ale i království ve Francii, v Anglii a dalších tradičních evropských státech (Bingham et al., 2003).

V období středověku byl z mocensky politického hlediska obzvláště významný vliv církve, a to především římskokatolické, včetně válečných konfliktů v podobě křížových výprav organizovaných v souvislosti s tematikou víry, což zmiňuje i text od Märtla (2007). Obecně pak v rámci raného středověku docházelo zejména k šíření křesťanské víry mezi pohany a posléze po jejím rozšíření nastal další vzestup významu a moci církve i jejích hodnostářů. Došlo tak k velkému růstu sakrálního majetkového bohatství. Církevní vliv ovlivnil i mnoho válečných historických událostí, které se udály v souvislosti s tímto vlivem. Chování církve ovlivnilo zmiňované křížové výpravy a křížácké státy, ve středověku pak iniciovalo postupný vznik protestantské církve (Janda, 2011).

Společnost byla v Evropě polarizována do několika sociálních vrstev, mezi nimiž bylo velmi obtížné přecházet, jak je zřejmé z textu *Dvory a rezidence ve středověku* (2006). Prostý lid byl reprezentován zejména lidmi pracujícími v zemědělství a řemeslné výrobě. Tito lidé byli obvykle poddáni šlechtě nebo církvi a obhospodařovali jejich majetek. V zemědělství se velmi rozšířil trojpolní systém, který na poli střídal tři formy obhospodařování půdy – jarní sklizeň, podzimní sklizeň a nechání pole ladem jako louku pro dobytek. Dále byla významnou skupinou obyvatel měšťanská vrstva. Vyšší vrstvou

byli šlechtici, tou nejvyšší pak církev a panovníci. Pouze představitelé vyšších společenských vrstev měli přístup ke vzdělání. Nicméně vzdělanost v období středověku byla výsadou pouze mužské části vyšších společenských vrstev. Muži mohli studovat i na univerzitách, které vznikaly v období středověku, konkrétně po roce 1088, kdy je datováno založení Boloňské univerzity, nabízející studium medicíny, ale i dalších oborů, jako jsou hudba, matematika nebo kanonické právo. Posléze následovalo založení dalších, dodnes existujících a prestižních univerzit zejména na území západní Evropy (Bingham et al., 2003). Z analyzovaného textu je zřejmé, že ač byl přístup ke vzdělanosti omezený, vznik univerzit významně přispěl k prohloubení úrovně znalostí a dovedností v rámci lékařské péče obecně. Dále docházelo i k jejich formálnímu předávání z učitelů na studenty pod záštitou univerzity, jakožto vzdělávací instituce. Můžeme říci, že některé středověké lékařské metody byly odlišné od těch dnešních a z hlediska hledání odpovědí na výzkumné otázky je třeba označit vznik univerzit za významný milník s kladným dopadem na růst vzdělanosti v oblasti lékařské péče i s přínosem v okruhu nových poznatků.

V souvislosti se středověkem se dále nabízí zmínit tzv. stěhování národů, což je proces probíhající od konce starověku do počátku středověku. Jedná se o velmi rozsáhlou migraci obyvatel převážně směrem z východu na západ do Evropy. Migrace probíhala na několika místech nezávisle na sobě a migranty byly převážně barbarské kmeny, které odcházely z míst, která jim již nedokázala poskytnout dostatečnou obživu. Cílem bylo například území Římské říše, kde si často úspěšně vybojovali nový prostor (zemědělskou půdu) a naučili se soudobému způsobu zemědělství (Janda, 2011).

Z hlediska zdravotnictví pak právě zmiňované křížové výpravy a mnohé další válečné konflikty vedly k celkově vysoké smrtnosti stejně jako stávající úroveň tehdejší péče. V tomto období měly velmi fatální dopad i nejrůznější zhoubné choroby, které se šířily, zejména mor, u něhož byla velmi vysoká smrtnost, jak uvádí Bingham et al. (2003). Nabízí se označit tyto historické události jako významný faktor, který v době středověku působil na rozvoj vzdělávání a poznání v oblasti tehdejší ošetrovatelské péče a lékařství. Důvodem je i to, že právě skrze zvýšené nároky na péči o nemocné a raněné docházelo k růstu poznání a předávání vědomostí a poznatků ve společnosti. Vlivem nemocí došlo k významnému poklesu obyvatelstva, ale společnost měla snahu zraněným a nemocným pomáhat. Konkrétní metody a postupy odpovídaly středověké úrovni hygienických standardů a byly dnešním požadavkům velmi vzdáleny. Právě hygienu kombinovanou

s přírodním léčitelstvím (např. bylinné odvary, čaje a masti) a dalšími specifickými postupy a metodami tehdejšího systému péče (např. fenomén pijavic) je proto možné označit za hlavní prostředky v rámci péče o nemocné a raněné (Atlas světových dějin: pro střední školy, 1995).

5.2 *Středověk na našem území*

Území České republiky se formovalo již v době středověku jako Království české, které se během uvedeného období územně měnilo. Oblastní uspořádání reagovalo na připojení/odpojení území v sousedství. Zároveň vznikala nová města či statky a docházelo tak ke krajinným změnám skrze žďáření lesů. Nejprve vznikala hradiště a území bylo označováno jako Sámova říše (7.–8. století našeho letopočtu), kde vládla knížata jako Mojmír I., kníže Rastislav nebo kníže Svatopluk. Následovalo období Velké Moravy v letech 822–906 (Janda, 2011).

Nutno upozornit, že Češi byli v době středověku nejzápadnějším slovanským národem, a tudíž i jejich mluva byla blízká právě ostatním východním státům, zatímco kulturní hodnoty a politické směřování bylo tradičně vedeno směrem k západní vzdělanosti a národům. Tuto skutečnost potvrzuje ve svém díle i Peschke (2008). Popsaná orientace se dlouhodobě projevovala právě i v období středověku, kdy výjimkou byla vláda knížete Rastislava související s příchodem Cyrila a Metoděje na Velkou Moravu v období let 825–855 ze Soluně (dnes makedonské) a tím pádem i šíření tamější víry. Ta se však posléze vymezila směrem k Římu jakožto církevnímu centru katolické církve (Janda, 2011).

Janda (2011) dále uvádí, že po pádu Velkomoravské říše vznikl český stát, v jehož čele se pak střídaly šlechtické rody, z nichž nejstarší byl rod Slavíkovců panující v období 870–995. Velmi významné bylo období vlády Přemyslovců v období let 955 až 1306, mezi jejichž význačné zástupce se řadí svatý Václav, patron naší země, posléze i Přemysl Otakar I., jenž byl prvním králem a podstatně se podílel na vzniku právní úpravy na právo vládnout, včetně získání Zlaté buly sicilské v roce 1212. Rod Přemyslovců zanikl tzv. po meči po zavraždění Václava III. a následně nebyl další následník trůnu (Peschke, 2008).

Po Přemyslovcích usedl na vladařské křeslo rod Lucemburků. První byl Jan Lucemburský a následován byl pak Karlem IV., který panoval v letech 1347–1378, jehož přínos byl pro rozvoj naší země obrovský v mnoha oblastech. Za jeho nejvýznamnější počín lze

považovat založení Univerzity Karlovy v roce 1348, kde společně s filosofickou, právníkou a teologickou fakultou byla i fakulta lékařská, jež velmi významně přispěla k rozvoji medicíny zejména skrze možnosti vzdělávání, ale například i mnohými objevy a poznatky (Peschke, 2008).

V souvislosti s vytěžením stříbra v dolech v Kutné Hoře, které započalo již za doby vlády Karla IV., nastala později tzv. krize středověké společnosti v Čechách z toho důvodu, že se jednalo o významný zdroj (kutnohorské stříbro) podporující moc. Rostly ceny řemeslné výroby, zároveň klesaly ceny zemědělské produkce, což vedlo k sociálním problémům v tehdejší společnosti. Rovněž se prohlubovaly rozdíly mezi sociálními vrstvami, což způsobovalo konflikty a napětí ve společnosti mezi bohatými a chudými. Nerovné podmínky podněcovaly i konflikty mezi šlechtou a vládnoucími panovníky, následníky Karla IV. Docházelo ke sporům o půdu a moc (Bingham et al., 2003).

Vliv církve byl obrovský nejen díky tomu, že vlastnila 1/3 půdy v zemi, ale i mnoho dalšího nedotknutelného majetku, který dále rostl i skrze prodej odpustků, zpoplatnění náboženských úkonů nebo vybírání desátků, jak ve svém textu tvrdí Wagner a Mudra (2006). Docházelo tak k rozporu mezi životem církevních hodnostářů (blahobyť a odklon od povinností) a Biblí, čímž došlo k jejímu úpadku zjevnému i navenek. Uvedené skutečnosti potvrzuje i zdroj Dvory a rezidence ve středověku (2006). Církev pak následně ztratila autoritu a upadla v nelibost šlechty i ostatních vrstev. Do popředí vstoupili reformátoři apelující na návrat církve ke křesťanským hodnotám a její nápravu, z nichž nejvýznamnější byl Mistr Jan Hus.

Je možné podotknout, že toto negativní chování uvnitř církve i odklon od jejích hodnot mohl negativně působit na rozvoj v oblasti charitativní a ošetrovatelské péče ze strany církve, která v období středověku působila jako její hlavní poskytovatel. Situace tedy nepříznivě působila na její další rozvoj a zkvalitňování. Na druhou stranu byla v tomto období starostlivost ze strany církve velmi silně zatěžována morovými ránami a dalšími epidemiemi nebo válkami, které v období středověku proběhly. Církev i přes svůj úpadek nadále plnila úkony související s provozem špitálů, azylových domů a dalších podobných zařízení (Čornej, 2009).

Na reformní myšlenky Jana Husa navázaly husitské svazy formované z řad lidu. Snažily se dostupnými prostředky bojovat za změnu a reformaci současného stavu církve. Hlavním husitským vojevůdcem se stal Jan Žižka z Trocnova. Po roce 1419, v němž došlo k 1. pražské defenestraci, byla proti těmto lidovým vojenským hnutím papežem Martinem dokonce vyslána 1. křížová výprava. V následujících přibližně deseti letech se uskutečnilo těchto křížových výprav proti husitům celkem dokonce pět. Bitvy vyvrcholily v roce 1431 střetem u Domažlic, který ale ani nezapočal, jelikož křižáčtí vojáci se zalekli husitů a prchli. Následovalo vyjednávání mezi Římem a husity, které vyvrcholilo založením husitské církve. Na trůn v roce 1458 usedl Jiří z Poděbrad, který je zároveň považován za jednoho z kališníků. V dalších letech pak došlo k opětovnému rozvoji v zemi (Wagner a Mudra, 2006).

5.3 Ošetřovatelství ve středověku

Péče o nemocné a zraněné ve středověku velmi významně těžila z poznatků nabytých v době antiky. Ve srovnání s antikou nejsou zároveň dosažené středověké pokroky tak významné, obzvláště na území dnešní Evropy. Je však třeba vyzdvihnout zejména zavedení systému vzdělávání na univerzitách s lékařskými fakultami, což vedlo jak k určité standardizaci, tak zároveň k vytvoření center pro kumulaci vědomostí a formování nových poznání. Mimo evropské státy však je poznání v lékařství progresivnější, a to zejména ve státech Byzantské a arabské říše.

Ošetřovatelská péče o nemocné a potřebné byla v Evropě během středověku zatěžována zejména zmíněnými válkami a epidemiemi. Jde zejména o morové epidemie, ale velmi závažné byly rovněž i epidemie lepry. Pokud bychom měli lepru blíže specifikovat, jedná se o infekční onemocnění bakterií *Mycobacterium leprae*, která poškozuje nervy, díky tomu pak dochází ke ztrátě citu. Zároveň se na kůži tvoří vředovité rány a dochází k dalším závažným poškozením kůže a posléze i imunitního systému nebo ke ztrátě zraku. Lepra byla označována i jako malomocenství a šířila se po celém světě zejména dotykem. V péči o takto nemocné měl významnou zásluhu řád rytířů svatého Lazara Jeruzalémského, který zakládal špitály zvané leprosária mimo lidská sídla kvůli vysokému zápachu z hnisajících ran nemocných, jak uvádí Staňková (2001). Nemocným v těchto leprosáriích byla poskytována základní ošetřovatelská péče o jejich rány, byla tlumena bolest (ač nemocní byli vlivem nervových poškození často apatičtí), ale především byly zabezpečovány jejich základní životní potřeby. Morové epidemie pak

měly několik podob a ve světě se objevily poprvé přibližně 500 let před naším letopočtem. Ve středověku pak byla nejsilnější vlna morových ran datována od období poloviny 14. století až do konce 17. století. Ve srovnání s jinými kouty Evropy byly na našem území morové nákazy méně rozšířené a objevovaly se zde nejvíce až v 17. století, kdy kvůli nim Ferdinand III. vydal i morový řád. Zároveň veškeré poznatky o morových epidemiích vedly ke zvýšené publikační činnosti s cílem poskytnout informace napříč společenskými vrstvami (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

Středověké ošetřovatelství tak bylo aktivně postaveno do situace, kdy bylo třeba pečovat o morem zasažené osoby. Nicméně jako první volba byla obvykle zvolena naopak izolace nakažených osob z důvodu ochrany zdravých jedinců. Docházelo k odloučení nejen jedinců a rodin, ale i celých měst nebo oblastí vzhledem k vysoké infekčnosti tohoto onemocnění. Ošetřovatelská péče poskytovaná zejména ženami, tzv. opatrovnicemi, byla proto opravdu velmi riskantní činností. Existovaly i další pomocné práce vykonávané směrem k nemocným, avšak právě ošetřovatelky a posléze pak i tzv. „ohledavačky“ ohledávající těla zemřelých přicházely s morem do nejtěsnějšího kontaktu. Pomocnice byly pak dále limitovány i ve svém osobním životě, jelikož nemohly například mít vlastní obchod, pracovat v prádelně a nemohly vykonávat další podobné práce, u kterých by hrozilo opětovné šíření moru. Péči o morem postižené jedince proto často vykonávali také bezdomovci, zloději a ostatní osoby z nejnižších vrstev společnosti. Tito lidé byli bohužel zároveň motivováni i tím, že nemocné mohli lehce okrást. Na druhou stranu mnoho z nich bylo rovněž nakaženo morem a později na něj zemřelo (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

Pomoc probíhala přímo v domácnostech, ale byly také zřizovány morové špitály, těch však bylo málo. Nicméně vlivem karantén a dalších omezujících opatření v souvislosti se snahou o zabránění šíření moru byla omezena i ostatní ošetřovatelská péče. Osoby, které ji v lokalitách zasažených morem potřebovaly, byly kvůli tomu velmi znevýhodněny, a proto docházelo například i ke zvýšené úmrtnosti během porodů (jak dětí, tak i rodičích žen). Samotná ošetřovatelská péče o morem nakažené jedince spočívala zejména v tom, že bylo těmto osobám pomáháno se zajištěním základních potřeb, chladem byly snižovány horečky nebo jim byla poskytována základní psychická podpora, zejména v duchovní podobě (Staňková, 2001).

Je proto vhodné položit otázku, čím je vývoj chirurgického ošetřovatelství v tomto období ovlivněn? Tento vývoj byl významně poznamenán tím, že ve středověku muselo lidstvo čelit morovým epidemiím a válkám, které předurčovaly charakter nemocí a zranění. Špitálů a ostatních zařízení byl ale nedostatek. Významní mecenáši je sice zakládali, ale jejich kapacity byly omezené. Proto právě budování zařízení poskytujících péči o nemocné je možné označit za zásadní oblast vývoje chirurgického ošetřovatelství (Svobodný a Hlaváčková, 1999).

Zároveň je možné usuzovat, že vlivem majetkového postavení církve (hromadění majetku) nebyl potenciál dostatečně naplněn, respektive vývoj mohl být rychlejší a tím pádem i pomoc mohla být rozsáhlejší. Špitály, azylové domy a další zařízení budovaná církví fungovala v dobách středověku navíc primárně jako například přístřeší pro chudé. Podmínky byly velmi prosté, a to i na poměry středověké doby. Nelze je tak vnímat jako zařízení, kde by byla aktivně poskytována ošetrovatelská péče. Jednalo se totiž spíše o zajištění azylu, v jehož rámci se církevní hodnostáři snažili svou pomoc zprostředkovávat zejména s pomocí léčby duše, tedy prostřednictvím víry, jelikož božská síla byla vnímána jako hlavní element ovlivňující možnost zdárného uzdravení (Svobodný a Hlaváčková, 1999).

Mezi významné osobnosti ošetrovatelské péče se ve středověku řadí léčitelka a bylinkářka Hildegarda z Bingen, která podle Staňkové (2001) pocházela ze šlechtické rodiny a byla významnou představitelkou ošetrovatelství na počátku prvního tisíciletí. V klášteře rozšiřovala své znalosti a dovednosti ošetrovatelství i léčitelství včetně metod, jako jsou léčba kameny, dietami, fototerapie a podobně. Poznatky přehledně zaznamenávala. Nabízí se upozornit, že i v dnešní době mnohé z jejích principů přetrvávají, zejména zásada péče o zdraví těla i ducha, prevence skrze dobrý spánek, potravu, klid, pohyb a očistu (Buben et al., 1955).

Druhou významnou ošetrovatelkou středověku byla Tortula, která i jako žena dokázala proniknout do oblasti lékařského prostředí, ve kterém aktivně působila v italské nemocnici. Zároveň publikovala různé texty a knihy, ve kterých sdílela svá dosažená poznání. Byla velmi vzdělanou ženou, jejíž poznatky byly pokrokové, například přičítání důvodu neplodnosti i mužům (Brooke, 1997).

Dále se nabízí zmínit svatou Hedviku Slezskou, jež byla velmi skromnou šlechtičnou a zasloužila se jako zakladatelka mnoha klášterů o zřízení souvisejících zařízení pro chudé a nemocné, včetně útulků pro malomocné, jak uvádí i Buben et al. (1955). Založené instituce velmi významně podporovala a také v nich pomáhala. Podobně pak i svatá Alžběta Duryňská, jež byla rovněž urozeného původu, ale život věnovala především péči o chudé a nemocné osoby. To, jakým způsobem finančně i osobně podporovala chudé a nemocné, bylo více než velkorysé. Zakládala špitály, snažila se podporovat pracovní uplatnění chudých. Byla průkopnicí změny vnímání bohatých v přijímání zodpovědnosti za situaci chudých a nemocných, tedy jakési sociální zodpovědnosti bohatých (Staňková, 2001).

Co se pak týká českých představitelk, je možné zmínit Zdislavu z Lemberka žijící po roce 1220. Dle Kalisty (1941) se zasloužila o vystavění chrámu s klášterem, při kterém založila i špitál, v němž pak velmi aktivně pracovala a dochované historické prameny (Dalimilova kronika) dokládají, že dokázala vrátit zrak slepým, vzkřísit mrtvé, uzdravit nemocné, ale i jinak pomoci potřebným, chudým a nemocným.

Nelze opomenout svatou Anežku Českou, která je naší nejznámější průkopnicí v oblasti ošetrovatelství, ale především v oblasti pomoci nemocným a chudým. Dobrovolně se stala ženou Boha namísto císaře a po svém vstupu do kláštera se velmi aktivně podílela na dalším rozvoji, například založila první zaalpský klášter sv. Františka z Assisi v roce 1233, kostel nebo špitál, a to vše za podpory své rodiny (Dalimil a Maralík, 1948).

Svatá Anežka Česká je považována za zakladatelku Rytířského řádu Křižovníků s červenou hvězdou. Bratrstvo, které v kostele a špitále působilo, se totiž později v tento řád transformovalo. Špitál v Praze, který byl pojmenován Na Františku, pochází z roku 1234 a dodnes nepřetržitě funguje, čímž se stal nejstarším svého druhu v Evropě. Zmíněné instituce, které zakládala, propojovala, ale především v nich aktivně pracovala. Velmi významně pomáhaly chudým a nemocným osobám a její zásluhou se tak dostalo pomoci obrovskému množství lidí (Šorm, 1932).

Obecně je pak možné shledat značný přínos i v činnosti zástupců řádu sv. Lazara Jeruzalémského a řádu sv. Jana Jeruzalémského, jinak zvaném i jako johanité, nebo v působení Suverénního řádu maltézských rytířů, Řádu Křižovníků s červenou hvězdou, o působení řádu klarisek pod františkánskou církví nebo menší útvary sester boromejek či třeba diakonek (Kutnohorská, 2010).

Jak tedy tyto významné historické osobnosti ovlivnily vývoj ošetrovatelství? Obecně je možné shrnout, že se jedná o přínos v rámci jejich kontinuálně prospěšné činnosti, díky které zároveň ovlivnily i své okolí a přispěly k celkovému růstu. Tyto osoby obvykle vnímaly potřebu pomoci druhým jako velmi zásadní a snažily se maximalizovat svou činnost, ale i činnost druhých tak, aby došlo ke zlepšení tehdejšího stavu. Zároveň jsou to ale i jednorázové, avšak velmi významné počiny, které měly z dlouhodobého hlediska zásadní význam. Jako vzor je možné uvést například založení specializovaných zařízení jako špitály a podobně.

Z prozkoumaného textu je zřejmé, že se jedná o přínos mužů i žen na úrovni i celých skupin, které svou prací, vlivem, finanční podporou a investicemi, objevy, poznatky, aktivní péčí a podporou nebo jiným způsobem pomohly v rozvoji a zkvalitňování péče v dobách středověku. Komplexně bylo dosaženo toho, že dlouhodobě rostl počet subjektů, zaměřujících se na pomoc potřebným, stejně tak se do jisté míry měnila i jejich práce, která reagovala na soudobé poznatky a zkušenosti. Nicméně právě zakládání špitálů a dalších podobných zařízení, včetně prvopočátků poskytování terénní péče, je možné označit za důležitý bod ve vývoji systému ošetrovatelské péče až do její dnešní podoby (Duinová a Sutcliffová, 1997).

Z rozebraných informací lze formulovat odpověď na výzkumnou otázku: „Jaký vývoj zaznamenalo chirurgické ošetrovatelství ve středověku?“ Středověk se dle analyzovaných textů a dokumentů a ve srovnání s následujícími historickými obdobími, neprojevil jako příliš dynamický, co se pokroku v oblasti vývoje ošetrovatelské péče týká. Je nutné zmínit, že na druhou stranu zde bylo velmi mnoho příležitostí v rámci péče o zraněné a nemocné, jež přispěly k objevu různých nových poznatků v praxi při jejich ošetrování, které však bylo založené zejména na přírodní léčbě, ale také na alternativních a duchovních principech. Hluboce věřící lidé tak mohli spoléhat na boží spravedlnost, aniž by je to přímo motivovalo k hledání vlastních způsobů léčby. Pozitivní vývoj v oblasti ošetrovatelské péče tak byl do značné míry ovlivněn tím, že se jednalo o nezbytnou činnost, kterou si vyžádaly dobové události. V zájmu celé společnosti bylo pomáhat potřebným (nemocným, raněným a chudým osobám, opuštěným dětem a podobně), přičemž tato pomoc byla v přímém kontextu s křesťanskými hodnotami, a tudíž se právě církev stala nejvýznamnějším poskytovatelem péče a pomoci potřebným.

Na první výzkumnou otázku navazuje druhá výzkumná otázka: „Jakými změnami prošla ošetrovatelská péče o chirurgicky nemocné v rámci historického vývoje?“ V období středověku ještě nebylo přesně definováno chirurgické ošetrovatelství, avšak v rámci celé této dějinné etapy lze hovořit o posunu od poskytování laické péče na úroveň charitativní péče, kterou poskytovaly azylové domy a špitály, jež byly ve středověku zakládány. Obecně tedy byly ve středověku položeny základy poskytování ošetrovatelské péče institucionalizovaně, jelikož pod institutem církve a jednotlivých církevních zařízení byla poskytována péče potřebným.

Je však třeba zodpovědět i třetí výzkumnou otázku: „Jaké dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetrovatelství v historickém kontextu?“ Z dobových událostí je možné vyzdvihnout nepřímý pozitivní vliv zakládání univerzit v Evropě. Založení Univerzity Karlovy je možné označit za velmi významný moment pro rozvoj systému vzdělávání v oblasti lékařství na našem území, který se v rámci rozkvětu vzdělanosti sekundárně projevoval i v oblasti další související a navazující péče o zraněné a nemocné. Tedy tím, že došlo ke zlepšení úrovně vzdělanosti v medicíně, k budování univerzit jako center vzdělanosti, sdílení, uchovávání a rozvoji poznatků, se tak mohly informace částečně a postupně šířit i do oblasti ošetrovatelství a zvyšovat tak jeho úroveň.

6 Novověk

Novověk je další dějinnou epochou lidstva, která je charakteristická velkými změnami napříč společnostmi, včetně změn politických, kulturních, ale i celkových transformací ve způsobu života lidí. K těmto změnám došlo postupně během několika stovek let. Novověk opět není jednotně časově vymezen a datum jeho začátku i konce se v různých zdrojích liší. Často je ale jeho počátek spojován s objevením Ameriky (1492), s vynálezem knihtisku (1450) nebo s počátkem církevní reformace. Podobně je to i s jeho koncem, který některé zdroje datují k závěru 18. století, jiné k ukončení 19. století nebo se můžeme setkat i s daty v souvislosti s první světovou válkou (Mandelová, 1995).

Období 16.–18. století se pak označuje i jako raný novověk a následující období pak vrcholným novověkem. Nicméně časové vymezení se prolíná i s etapou označenou jako moderní dějiny, a to v závislosti na zdrojovém pramenu (Opera historica, 1991).

6.1 *Novověk ve světě*

Novověk souvisí se zásadním posunem společnosti z hlediska jejího myšlení a životního stylu. Rovněž v tomto období docházelo k velkému posunu ve znalostech a poznání, ať už co se týče vynálezů, tak i co do poznávání sebe samého, vnímání Boha nebo objevování nových vzdálených světů, kontinentů a jejich kultur a bohatství, jak ve svém díle uvádí Yates (2000). Tento převrat a posun v úrovni myšlení a poznání, včetně změn v oblasti duchovní víry a postavení církve ve společnosti, je natolik charakteristický, že i časové vymezení novověku, jak už bylo zmíněno, je někdy spojováno i s církevními reformami. Tyto přeměny byly natolik zásadní, že se dostaly do mnoha dalších oblastí, včetně reformy na úrovni politické a odklonu od autorit a právě ten později vedl k budování prvních základů občanské společnosti (Mandelová, 1995).

Období největšího pokroku je označováno jako osvícenství, které můžeme datovat přibližně do 17. a 18. století. Nicméně v předcházejících staletích, zejména v období romantismu, tento pokrok sice existoval, ale zároveň je důležité zmínit i to, že zejména v 16. a 17. pokračovaly morové epidemie, kombinované s četnými válečnými konflikty, jako byla například 30letá válka. Vzhledem k jejich charakteru (vysoká smrtnost, povinnost účastnit se bojů, ekonomická negativa) z nich plynuly i mnohé negativní dopady na úroveň života ve společnosti (Opera historica, 1991).

V 17. století proběhla i 30letá válka, která započala stavovskými povstáními v Čechách, jež vyjadřovala nesouhlas s církevními i mocenskými poměry v zemi. Avšak vzhledem k aktuálnosti a naléhavosti tohoto tématu i v jiných zemích se tento konflikt rozšířil po Evropě, a to již jako převážně boj na podporu šíření protestanství. Významně se v té době šířila i cholera. V důsledku těchto událostí došlo v zasažených oblastech později i sekundárně ke snížení životní úrovně obyvatelstva a posílení feudalismu, což se opět změnilo až v návaznosti na Velkou francouzskou revoluci. Zámořské objevy, ale například i změny v hospodaření vedly k většímu rozvoji obchodu a tržního hospodářství. Nejen země kolonizátorů ekonomicky velmi rostly, ale docházelo k růstu životní úrovně obecně i na dalších místech. I tento ekonomický pokrok obyvatelstva způsobil posun společnosti na úrovni kultury i vzdělanosti, rozvíjely se vědní obory a zejména vzdělávání se stávalo dostupnějším (Augusta et al., 2015).

V souvislosti s rozmachem společnosti a s růstem obchodu došlo ke vzniku prvních manufaktur, které hromadně vyráběly nejprve plátenické zboží, později produkty i z dalších oborů a postupně se staly základem pro kapitalismus a průmyslovou výrobu. Současně tak rostl i obchod nebo doprava (Kostlán, 1994).

V rámci sociálního postavení byly stále velmi výrazné genderové stereotypy, zejména co se týká potlačování ženských práv, ale rovněž hrálo dále důležitou roli i stavovské postavení. V období novověku byly v souvislosti s těmito negativními sociálními faktory podniknuty zásadní kroky, jež společně tvořily hlavní posun pro budoucí ustanovení nezcizitelných až posvátných lidských práv. Mezi principiální kroky patří například přijetí francouzské Deklarace práv člověka a občana z roku 1789 a následně nové ústavy v roce 1791 (Opera historica, 1991). Tyto legislativní nástroje a další navazující dokumenty je možné považovat za první výchozí prameny dnešní demokracie stojící na tom, že práva jednoho končí v okamžiku, kdy omezují práva někoho jiného, a zároveň s tím, že práva mohou být omezena ale i legislativně. Mezi přirozená či základní lidská práva byla zařazena svoboda, právo vlastnictví, bezpečnosti současně s právem reagovat na utlačování. Tendence prosazování vlastních nároků a svobod a odklon od autoritářství jakožto základů pro vznik občanské společnosti ale vedly k tomu, že ve Spojených státech byl vyhlášen samostatný stát na základě Deklarace nezávislosti, konkrétně v roce 1776 (Mandelová, 1995).

Je důležité zmínit, že v období novověku docházelo k nástupu krize církve, která následně vygradovala v období osvícenství (17.–18. století), v jehož rámci pak došlo k významným reformám a změnám k lepšímu. Charakteristickým projevem bylo vyjadřování nespokojenosti s církví v souvislosti například s odporem vyvolaným husitskými válkami. Na projevy nevládnosti navíc navázaly v novověku i nepokoje v dalších částech Evropy, kde bylo navázáno na husitskou kritiku církve. Dále se tak rozmáhaly snahy o církevní reformy, které byly spojeny i s ozbrojenými konflikty (Kostlán, 1994).

V zahraničí byl s reorganizací církve výrazně spjat Martin Luther a další vzdělanci, kteří už v době okolo 16. století odmítali výsadní církevní postavení jakožto prostředníka vztahu mezi člověkem a Bohem. Docházelo tak k transformaci tohoto vztahu skrze vlastní duchovní víru, ale především k omezování vlivu církve. Gradovaly snahy o napravení nevhodných poměrů panujících uvnitř církve (odklon od Boha, světský způsob života, hromadění majetku, zneužívání prostých věřících, politický a mocenský vliv atd.). Hlavním prostředkem boje byla kritika poměrů, projevy vzdoru a šíření reformem. Současně docházelo ke vzniku nových církví, které se od té původní částečně oddělovaly a snažily se být lepší. Nejvýraznější z nich pak byla církev protestantské víry, která vycházela z odporu vůči původní katolické církvi a byla oficiálně uznána například na území tehdejšího Německa. Na tomto území se velmi rozšířila, ač se původně jednalo spíše o označení hlavního reformního církevního hnutí (Suchánek a Drška, 2018).

S protestantskou vírou pak přicházely i některé změny v ošetrovatelské péči, která do té doby byla primárně poskytována hromadně právě církevními zařízeními, zejména v rámci činnosti klášterů a špitálů. Protestantská víra však tuto činnost vykonávala spíše terénním způsobem, a to prostřednictvím tzv. diakonek, což byly zejména vdovy a staré ženy nebo jiné dobrovolnice, pro které byl charakteristický i velmi mravný způsob života a uctívání církevních hodnot (Kafková, 1992).

Pokud bychom jako součást novověku vymezili i 19. století, jedná se o období nevídaného hospodářského růstu. Dle Běliny (1995) je spjat s odklonem od zemědělství díky mechanizaci a stejně tak i s rozvojem těžební činnosti a následným zpracováním nerostného bohatství v průmyslové výrobě. Velký vliv mělo využití páry. V této epoše došlo k mnoha významným objevům a vynálezům, které napomohly zlepšit způsob života a jeho kvalitu, včetně pokroku ve zdravotnictví. Kolonizace byla v této době na vrcholu

a evropské státy se staly celosvětově nejvlivnějšími. Obzvláště prosperovala Anglie, kde byl pokrok zapříčiněn souladem s průmyslovou revolucí. V polovině 19. století však zintenzivnily střety ve společnosti i válečné konflikty, z nichž největší byly tzv. krymská válka (primárně mezi Ruskem a Osmanskou říší) a občanská válka v USA (boj Severu proti Jihu). Itálie a Německo se před koncem 19. století začaly intenzivněji podílet na kolonizaci, zejména na území Afriky a Asie, a posilovaly tak své bohatství i vliv. Z tohoto důvodu narušily světové mocenské rozložení sil, což později přispělo i k vypuknutí I. světové války (Bingham et al., 2001).

6.2 Novověk na našem území

Na našem území je období novověku spjato zejména s panováním Habsburků, později s habsbursko-lotrinskou dynastií, což byly nejdéle panující šlechtické rody, u moci byly po většinu období novověku. Během jejich vlády probíhaly změny v rámci jejich moci, včetně územního vymezení ovládaného teritoria. Toto území bylo nejprve Říší římskou a později došlo k vytvoření Rakousko-Uherska. Vládě Habsburků v období novověku předcházela vláda Jiřího z Poděbrad a následně vláda Jagelonců v 16. století. V návaznosti na protestanské boje v 17. století byl krátce u moci i vůdce protestantů Fridrich Falcký, který však prohrál stavovské povstání. Možná i díky jeho neúspěchu se na našem území protestanství neuchytilo tak jako v jiných západních zemích (Mandelová, 1995).

Obecně se pak vývoj v novověku shodoval s vývojem v ostatních evropských státech, ale s tou výjimkou, že naše země nebyly na rozdíl od západních přímořských států přímo zapojeny do kolonizace. Přibližně do poloviny 17. století probíhala také rekatolizace, která byla úspěšná a nastartovala tak pozitivní ekonomický vývoj a prosperitu v nastoleném období osvícenství (Halada, 1984).

Na našem území v té době proběhlo mnoho změn a reforem, zejména na popud Marie Terezie a Josefa II. Reformy se promítly i do zdravotní péče, což je rozebráno v následující kapitole. Byl zde také velmi silný tlak na poněmčování obyvatelstva, který vedl k tzv. národnímu obrození, jež je charakteristické úspěšnými snahami za znovuvzkříšení českého jazyka a posílení české národní příslušnosti (Lněničková, 1995). V závěru 19. století na našem území panovala konstituční rakousko-uherská monarchie, v níž společně žilo několik národů. Z celkové situace dle Lenderová et al. (2001) pramenila i nespokojenost a touha po osamostatnění se, jež po skončení 1. světové války

vyústila ve vznik nových samostatných států. Další pokračování hlavních historických událostí je obsaženo v kapitole moderní dějiny, která pojednává o období 20. století na našem území (Traub, 1920).

6.3 Ošetřovatelství a chirurgie v době novověku

V době novověku rovněž i ošetřovatelství a chirurgie zaznamenaly zásadní posun. Souvislost mezi dosaženým rozvojem byla zejména v součinnosti s válečnými konflikty, jako byla například krymská válka. Zmiňované pokroky budou blíže specifikovány v následujících subkapitolách. Vzhledem k uvedeným událostem je období novověku rozděleno do dvou částí pro lepší udržení časové osy. V této době je totiž již možné relativně přesněji vymezit pokroky v ošetřovatelství a chirurgii samostatně, proto je každému oboru věnována samostatná subkapitola.

6.3.1 Ošetřovatelství v období 15.–18. století

Po skončení středověku následovala dvě významná období, která se nazývají renesance (cca 14.–16. století) a osvícenství (17.–18. století). Renesance uzavírá středověk a společně tato dvě období znamenala velký progres a změny, které se uskutečnily i v oblasti ošetřovatelství či opatrovnictví, jak bývalo v této době někdy nazýváno. Nejen díky církevním reformám probíhajícím v Evropě se totiž měnila ošetřovatelská péče, do té doby zajišťovaná primárně katolickou církví. Nově se začala rozšiřovat působnost a význam takzvaných sester diakonek, které byly spojovány s poskytováním ošetřovatelské péče v rámci protestantské víry. Jednalo se převážně o Německo a Anglii. Na našem území tyto sestry rovněž působily, a to i navzdory tomu, že se zde protestantství obecně příliš nerozšířilo a církevních reforem bylo dosaženo primárně prostřednictvím procesu rekatolizace. Diakonky se na našem území soustředily zejména v oblasti Prahy, kde docházely do domácností. V polovině 16. století však došlo k zákazu poskytování této péče (Kutnohorská, 2010).

V 18. století fungovaly zejména na území států západní Evropy stabilně nemocnice. Péče v nich poskytovaná však byla spíše na úrovni azylových domů, jelikož v nich nacházeli zázemí nejen pacienti, ale i chudina, sirotci, invalidní váleční veteráni, nebo dokonce prostitutky a další lidé z nejnižší společenské vrstvy. Nemocnice byly přeplněné a jedno lůžko sdílelo několik osob. Hygiena v té době nebyla brána v potaz, a tudíž se zde ve velkém šířila různá vážná onemocnění. Chirurgické oddělení v této době bylo obvyklou součástí dobových nemocnic (Kutnohorská, 2010). Dle Palivce (2005) se nabízí upozornit

na to, že v 16. století byl vybudován v moravských Valticích špitál, který zde zřídil a provozoval řád Milosrdných bratří. Ve svém textu se tomuto špitálu věnuje Číhal (2015), který dále uvádí, že zástupci tohoto řádu ve Valticích přistupovali k léčbě alternativním způsobem. Alternativně z pohledu léčby duše a těla a určování priorit. Primárně se snažili uzdravit tělo místo toho, aby se snažili léčit u nemocných nejprve duši. Církevní léčba totiž obvykle zraněné a nemocné léčila s vědomím, že podle církevních hodnot může tělo prožít utrpení, ale duše musí zůstat čistá, nebo musí být očištěna, aby mohla být později vykoupena do ráje. Léčba těla tedy do té doby ustupovala léčbě duše, primární orientace na léčbu těla se stala v církevním zařízení převratem.

Období osvícenství v 17.–18. století přineslo ve společnosti i ve zdravotnictví posun, a to nejen skrze ústup od významu božské moci a posun k racionálnějšímu smýšlení, postupnému mírnění vztahu feudálů a nevolníků, ale de facto skrze všeobecný růst a pokrok, včetně pokroku v oblasti lékařství i ošetrovatelství. Ve společnosti se měnil pohled nejen na víru v Boha, ale přibližně v 18. století se začal měnit i pohled na význam ostatního nelékařského personálu při péči o nemocné a raněné (Kafková, 1992).

V zahraničí v dobách osvícenství vycházela první literatura, která se v oblasti zdravotnictví zaměřovala i na oblast ošetrovatelství a opatrovnictví a některé tituly se dostaly i na naše území. Významnou českou knihou s touto tematikou byla pražská kniha Jindřicha Jana Nepomuckého Krance z roku 1770 nazvaná Výborné naučení pro báby a jiné při porodech pomáhající osoby. Tento učenec se rovněž soustředil na šíření informací o ošetřování nemocných pacientů z hlediska výkonu opatrovnické praxe, také ale informoval o problematice dětského vývinu, nebo o utužování zdravotní kondice. Své poznatky prezentoval na přednáškách určených pouze mužskému publiku. Nicméně v praxi, zejména v církevních zařízeních, byla velmi často úroveň poskytované péče velmi nízká a nebyly příliš aplikovány již známé informace napomáhající rekonvalescenci. Namísto aktivního opatrovnického přístupu byli pacienti spíše pouze pod dohledem a byli nabádáni k modlitbám a víře v Boha (Kutnohorská, 2010).

Tento stav se však postupně zlepšoval, a to i díky působnosti tehdejších panovníků. Osvícenství je na našem území totiž spojováno s reformami panovníků Marie Terezie a jejího syna Františka Josefa II. Jejich reformy se propsaly i do oblasti péče o nemocné a zraněné.

Jednalo se především o tvorbu nové legislativy pro oblast tehdejší lékařské a ošetrovatelské péče, vytvoření relativně komplexního systému zdravotní správy, ale rovněž i změny v rámci vzdělávání, které se sekundárně proluly i do oblasti lékařské a ošetrovatelské praxe (Lněničková, 1995).

V návaznosti na to, jak významné v té době byly tzv. osvícenské reformy, je třeba zmínit rok 1745, který byl spjat s příjezdem lékaře Gerharda van Swieten z Holandska do Vídně, jenž se zasadil o prosazení zmiňovaných zásadních změn a reform ve zdravotnictví v Rakousko-Uhersku, protože například práce lékaře byla do té doby v působnosti kněžích. Jednalo se o přelom v oblasti poskytované zdravotní péče, která byla doposud primárně v rukou církve. Zvýšila se úroveň a zároveň se omezila moc církve (Plevová a Slowik, 2008).

V souvislosti se zdravím je třeba dále zmínit i to, že lze v této době sledovat růst v úrovni všeobecné informovanosti obyvatelstva. Podle Krausové (2010) šlo zejména o vnímání významu vlastní péče o zdraví i důležitost hygieny. Zlepšil se status necírkevních poskytovatelů v oblasti zdravotnické péče (zejména porodních bab a „ranhojičů“), a navíc jim bylo umožněno, aby se účastnili přednášek na pražské lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Je třeba zmínit i přínos Václava Joachima, který na fakultě účelově organizoval školení zaměřená na uspokojování potřeb pacientů, která navštěvovali především opatrovníci. Později tohoto profesora nahradil přírodovědec Antonín Holý. V rámci hromadného vzdělávání však již jiné možnosti pro nelékaře nebyly (Kafková, 1992).

Jako nejzásadnější krok v rámci učiněných legislativních změn je pak konkrétně možné zmínit ustanovení tzv. Generálního zdravotního řádu z r. 1753 pro Moravu, Čechy a Slezsko a následně pak pro celou habsburskou monarchii. Přijaté ustanovení například vymezovalo pravomoci fyzikusů, což byli tehdejší lékaři působící mimo církve, a de facto tak oficiálně rozšiřovali působnost lékařů i mimo církve (Lněničková, 1995). Rovněž nařizovalo, že pracovníci ve zdravotnictví spadají pod správu předsedy zdravotní říšské komise a mají přesně vymezena práva a povinnosti, včetně například postupů pro boj s epidemiemi, které v té době značně sužovaly obyvatelstvo a pro něž byly řešením převážně karantény. Předsedové říšské komise působili pod Státní zdravotnickou správou, která vykonávala centrální dozor nad situací ve zdravotnictví a jednotlivými zdravotnickými profesemi.

Cílem bylo především sjednocení systému v oblasti tehdejšího zdravotnictví, ale rovněž i zkvalitnění péče v tom smyslu, že primární činností nemocnic by mělo být poskytování zdravotnických služeb místo služeb azylového domu pro chudinu (Kutnohorská, 2010).

Ke konci 18. století se v Rakousku-Uhersku, a to konkrétně i na území našeho dnešního státu, začaly zakládat všeobecné nemocnice, jejich součástí byly i porodnice. První z těchto nemocnic byla v Brně založena v roce 1785, další pak byla všeobecná nemocnice v Olomouci v roce 1787, v Praze na Karlově náměstí byla všeobecná nemocnice otevřena v roce 1790. Nově zakládané nemocnice se soustředily právě na poskytování zdravotnických služeb, nikoli převážně na azylové a charitativní služby pro chudé, jako tomu bylo u špitálů a nemocnic do té doby (Kutnohorská, 2010).

Zmiňované nemocnice totiž poskytovaly péči za úplatu, a to konkrétně ve čtyřech stupních péče, lišících se mírou pohodlí a stravou. V první řadě byla stanovena denní taxa 40 krejcarů, ve druhé 20 krejcarů, ve třetí 10 krejcarů a platit se muselo týden dopředu, vyjma nejnižší úrovně péče, která byla zdarma a na niž měli nárok zcela nezámožní a ti, za něž nemohli platit rodiče. Nejvyšší a zároveň nejdražší stupeň poskytované péče byl nejkomfortnější. Rozdíly v komfortu spočívaly například v počtu lůžek na pokoji (někdy až 30 pacientů), způsobu stravování nebo vybavenosti pokojů. Čím více byl tedy pacient za hospitalizaci ochoten zaplatit, tím lepších služeb a komfortu se mu dostávalo. Práce v těchto nemocničních zařízeních byla velmi náročná, jelikož například na Karlově náměstí v Praze se počet míst pohyboval okolo 300, zatímco na pozici ošetřovatelů zde pracovalo pouze okolo deseti osob. V brněnské nemocnici byl počet lůžek přibližně poloviční, avšak počet pracovníků byl okolo 25. Z toho vyplývá, že mezi jednotlivými pracovišti byly stále velké rozdíly a neexistovala zde efektivní standardizace jako v dnešní době, která by vnesla rovnost do oblasti pracovních podmínek nebo do oblasti poskytované péče (Kafková, 1992).

6.3.2 Chirurgie v období 15.–18. století

V období 15.–18. století se velmi významně vyvinula i chirurgie. Rozvoj chirurgického oboru se navíc začal postupně stále více přibližovat i oblasti ošetřovatelství, které postupně začalo nacházet podstatné uplatnění. Z historického hlediska můžeme v 15.–18. století hovořit o období renesance, jež je spjato s vyzdvihováním lidské krásy, což vedlo k rozvoji oblasti anatomie, jak dokládají například i díla Leonarda da Vinciho (Siewert a Allgöwer, 1998).

Dále lze sledovat i rozvoj chirurgie, která opět využívala příležitost praktické aplikace na válečných obětech, kde mnoho lékařů získalo cenné zkušenosti, a to i na úkor nepovedených zákroků. Obvykle však chirurgická léčba zasahovala do vnějších částí těla (zlomeniny, popáleniny, řezná a střelná zranění, záněty, vředy a podobně) a byla vnímána spíše jako řemeslná činnost založená na řezání, která fungovala mimo běžné lékaře, kteří používali jiné postupy (Pokrivčák, 2014).

V analyzovaných textech bylo dohledáno, že chirurgové také trhali zuby nebo pouštěli žilou v přesvědčení, že příliš mnoho krve organismu neprospívá. Prováděli také náročné úkony jako trepanace lebek nebo úkony na bázi plastických operací. Jejich činnost však nedosahovala prestiže, jako tomu bylo u běžných lékařů. Vzájemně se sdružovali do cechů a vědomosti byly předávány z mistrů na jejich učedníky a mnoho členů z jejich řad bylo také nevzdělaných (Šteiner, 2015).

Prestiž chirurgické profese zvýšil až Ludvík XIV., kterému byly zdárně odstraněny hemeroidy, jimiž Král slunce údajně trpěl celý život. Operace se zhostil jistý Charlese-Françoise Felix, povoláním královský holič. Lékaři v té době málokdy řezali do živého lidského těla a chirurgické zákroky, včetně pouštění krve nebo extrakce zubů byly svěřovány právě holičům. Když byl Charlese-Françoise Felix vyzván k této nevšední operaci, moudře požádal o šest měsíců na přípravu. Pod královským patronátem získal asi 75 mužů z vězení a venkova v dobrém zdravotním stavu. Cvičně jim řezal do inkriminovaných partií, a to bez anestézie a antibiotik. Mnoho mužů tento výkon nepřežilo, ale díky důslednému trénování řezné techniky Felix postupně zdokonalil své dva chirurgické nástroje, jimiž byly zakřivený skalpel (faucille) a navíječ a operace tak proběhla úspěšně (Plevová a Slowik, 2008).

Došlo zejména k růstu v rámci odborného vzdělávání chirurgů a jejich přiblížení se na úroveň lékařů, jakožto obor na pomezí fyziologické léčby, anatomie a lékařství. Zároveň byla jejich práce velmi surová a pro pacienty bolestivá nejen díky absenci analgetik, ale obecně díky používané metodice. Nevýhodou byla i velmi vysoká smrtnost, a to často i jako důsledek použitých praktik (Plevová a Slowik, 2008). Právě to lze spojovat s dosud de facto chybějící propojeností tehdejšího ošetrovatelství a chirurgie. Chirurgové vykonávali svou praxi v podstatě samostatně a neexistovala zde přímá vazba na ošetrovatelské procesy a poskytování ošetrovatelské péče.

Chirurgové se dokázali určitým způsobem postarat o závažná poranění nebo specifické zdravotní obtíže, avšak celkový úspěch jejich zákroku často ztroskotával na absenci další péče o tyto pacienty ze strany ošetrovatelského personálu.

Chirurgie se v dobách novověku zaměřovala především na vnější části lidského těla. Rány byly často zasaženy sepsí a i to byl důvod, proč chirurgičtí lékaři příliš nezasahovali do vnitřních orgánů, jelikož jejich snaha byla obvykle neúspěšná kvůli pozdějšímu zanícení rány. Jejich praxe byla nejčastěji spjata s řeznými úkony pilkou nebo skalpely. Šlo především o amputace, které byly vykonávány často velmi neuváženě i v případě zlomenin. V rámci anglického námořnictva znamenaly významný přínos například práce chirurga J. Woodalla, autora teoreticko-metodického díla *Pomocník chirurga*, nebo R. Wisemanna, který napsal mimo jiné i knihy *Pojednání o ranách*. Specializací obou byla zejména námořní chirurgie (Švejdrová, 2011).

Na základě chirurgických zkušeností z válek vznikala i další podobná díla. Válečné poznatky byly pro rozvoj chirurgie velmi důležité. S používáním střelného prachu navíc došlo ve srovnání s řeznými a bodnými ranami ke zhoršování rozsahu i závažnosti válečných poranění. Chirurgové Hieronym Brunschwig, Tomas Gale nebo například Hans von Gersdorff vydali v období 15.–16. století knihy pojednávající o jejich chirurgických poznacích a možnostech ošetřování ran. Zmíněná kniha z konce 15. století vypovídající o ošetřování ran obsahuje i chirurgické ilustrace. V této době bylo velmi rozšířené vypalování ran, včetně těch způsobených střelným prachem, a to v domněnku, že vypálením bude zlikvidováno vše špatné, například jed (Porter, 2013).

V období renesance se podle Portera (2013) i v chirurgii formovaly významné osobnosti. Předním renesančním chirurgem byl Ambrois Paré, jenž přispěl k rozšíření obvazové techniky pro hojení ran namísto nešetrného a neefektivního vypalování například vroucím olejem či rozžhaveným železem. Jednalo se o velmi bolestivý zákrok a mnoho nemocných na tuto léčbu i zemřelo. Použití krytí místo vypalování bylo dílem náhody způsobené nedostatkem oleje. Ambrois Paré zjistil, že je tato metoda mnohem účinnější a šetrnější. Z analýzy dokumentů vyplynulo, že se také detailně zabýval inovacemi v dalších oblastech, včetně například zastavování krvácení, užití tzv. ligatur neboli podvazování tepen, což znamenalo velký průlom v lékařství a používalo se při provádění amputací.

Ambrois Paré také popsal bolest pociťovanou v amputované končetině pacientů. Zastával přesvědčení, že tzv. fantomová bolest se děje v hlavě, ne ve zbytku končetiny. Byl tak významným inovátorem.

V období 2. poloviny 18. století se do dějin české chirurgie, ale i ošetrovatelství zapsal Václav Joachim, původně člen řádu Milosrdných bratří a vystudovaný chirurg působící v Nemocnici Na Františku, ale i v zahraničí. Později vystudoval medicínu a stal se doktorem. Přínos pro zdravotnictví spočíval zejména v jeho historicky prvních významných snahách o započetí systematického vzdělávání církevních představitelů na vysokých školách. Snažil se, aby na školách byly pořádány osvětové akce zaměřené na vzdělávání ošetrovatelů a opatrovníků z řad církve, „ranhojičů“, porodních bab a dalších podobných osob. Bohužel se mu však nepodařilo přesvědčit vlivné osoby a vzdělávání nelékařského personálu započalo až později (Kutnohorská, 2010).

Z analyzovaných zdrojů je třeba zhodnotit výzkumné otázky. První z nich zní: „Jaký vývoj tedy zaznamenalo chirurgické ošetrovatelství v období 15.–18. století?“ Oproti středověku je třeba vyzdvihnout zejména iniciativu Marie Terezie a jejího syna Josefa II., jejichž pole působnosti se projevilo například skrze zmiňované zákony a další úpravu této oblasti. Obecně pak vývoj ovlivňovaly zejména probíhající válečné konflikty i epidemie, které v celé naší historii umožňovaly rozvoj tohoto oboru skrze obrovskou příležitost při léčbě válečných zranění, jež byla často spjata zejména s amputacemi.

Dále navazuje na analyzovaný text druhá výzkumná otázka: „Jakými změnami prošla v této době ošetrovatelská péče o chirurgicky nemocné v rámci historického vývoje?“ Vzhledem k tomu, že byly zakládány první nemocnice, lze hovořit o tom, že v této době započala transformace poskytování této péče, která pokračovala i v dalších stoletích a vedla právě k přesunu ošetrovatelské péče do nemocnic a později i ambulancí.

V souvislosti s tímto historickým obdobím je třeba zhodnotit i poslední výzkumnou otázku: „Jaké dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetrovatelství v historickém kontextu?“ Mimo zmiňované války a epidemie měly podstatný vliv i zámořské cesty a činnost lodních lékařů. Nicméně nelze opomenout vliv krize církve a rekatolizace, která vedla ke vzniku a rozvoji nových náboženství (husitství, protestanství, ...). Ošetrovatelství v této době bylo téměř výhradní výsadou církve, v praxi začaly působit nové sestry zvané diakonky.

6.3.3 Ošetřovatelství v 19. století

V období 19. století přichází zásadní zlom a dá se hovořit o tom, že se jedná o počátek moderního a profesionálního ošetřovatelství. Na tento zlom má celkový vliv zásadní posun ve vědě a i poznání, jež pomohlo dosáhnout pokroku napříč společenskými obory. Nicméně jako hlavní důvod pro posun v ošetřovatelské péči je třeba označit pokrok v medicíně a také vliv válečných konfliktů, které rovněž přispěly k růstu úrovně v ošetřovatelství (Slabotinský a Stöhrvá, 2013). Dle Hartmanna (2019) měl velký vliv rozvoj přádelny v německém Haidenheimu, kterou v roce 1818 převzal Ludwig von Hartmann. V jeho stopách pokračoval jeho syn, který z ní vytvořil v té době pokrokovou velkovýrobu obvazů s inovativní technikou obvazového materiálu v podobě karbolové gázy.

Za první oficiální učebnici všeobecného ošetřovatelství je považována kniha Františka Christiana Krugelsteina z roku 1807, jak uvádí i Niklíček a Štein (1985). Učebnice se zaměřuje na náplň práce ošetřovatelů, kde je zdůrazňován význam péče o potřeby pacienta a dávkování léků, cílená podpora jeho rekonvalescence i znalosti související s chorobami obecně. Problémem pro šíření jejího obsahu však často byly pořizovací náklady na získání knihy, nebo nízká míra gramotnosti napříč skupinami lidí pracujícími v oblasti tehdejšího ošetřovatelství (Kutnohorská, 2010).

V první polovině 19. století se předávání informací a praktických dovedností, a to i přes existenci literárních děl, dělo nejčastěji způsobem „z generace na generaci“. Starší opatrovnice zaučovaly ty mladší obzvlášť v rámci církevních ošetřovatelek, které byly pod vedením jejich nejvyšší představitelky, nazývané jako matka představená (Torrance a Serginson, 1999). Dle Portera (2001) ve zmiňovaných církevních zařízeních nadále převládala úroveň poskytované péče charitativního rázu, šlo zejména o zajištění základních sociálních nebo hospicových služeb. Změna nastala až s postupným vznikem prvních ošetřovatelských škol, které generovaly do tohoto oboru první profesionální pracovnice zejména až v závěru 19. století. Početně však absolventky ošetřovatelských škol nedosahovaly ani zdaleka kvantity laicky vyškolených pečovatelek a zejména pak církevních představelek.

Velký pokrok v ošetřovatelství v období 19. století souvisel s válečnými konflikty, zejména s krymskou válkou v letech 1853–1856. V čele dění stála Florence Nightingalová, která se zásadním způsobem zasadila o zlepšení podmínek v péči

o zraněné vojáky. Kvůli nepříznivým podmínkám, a to zejména hygienickým, vojáci častěji umírali v důsledku jiných onemocnění, která se během léčby šířila (cholera, tyfus, střevní infekce, nemoci přenášené hlodavci atd.). Florence Nightingalová svým kritickým a zároveň aktivním přístupem například dosáhla oddělení nemocných na základě diagnózy, ale především se zasloužila o zlepšení podmínek v péči o nemocné, jako byly například hygiena a úklid, praní lůžkovin, lepší strava, větrání místností, vybudování toalet atd., výrazně tak snížila úmrtnost zraněných (Kovařík, 2020).

V myšlence diferenciaci a oddělování raněných navazovala na Dominique Larreyho, který působil jako lékař po boku Napoleona. Nicméně jeho primárním zájmem při oddělování nemocných na základě diagnózy nebylo zamezení šíření infekčních nemocí, ale preference poskytování péče těm, u kterých byla vyšší pravděpodobnost přežití, a to zejména z důvodu omezených zdrojů (Kafková, 1992).

Pokud byl tedy například nedostatek obvazového materiálu, byli primárně ošetřeni spíše ti, u nichž se předpokládalo úspěšné залéčení, než osoby, u kterých byl předpoklad fatálních důsledků. Krymská válka přinesla obecně velký posun v oblasti ošetrovatelství, kam začala pronikat větší organizace poskytované péče, neboť do té doby byli nemocní především spíše kontrolováni namísto aktivního přístupu k jejich ošetřování a naplňování jejich potřeb (Kutnohorská, 2010).

Z textu vyplývá, že Florence Nightingalová se zasadila o pokrok v rámci profesionalizace ošetrovatelské profese. Je autorkou metodické příručky pro opatrovnice s názvem *Kniha o ošetřování nemocných*, která byla v roce 1874 přeložena i do češtiny a jež tak mohla sloužit ke vzdělávání českých ošetrovatelek a opatrovnic.

Významný a světově uznávaný lékař Nikolaj Ivanovič Pirogov působil v krymské válce. Jeho velmi důležitým přínosem bylo použití éteru pro účely anestezie, a to právě i v polních podmínkách. Díky svému působení a přínosu je řazen mezi přední zakladatele chirurgie. Další výraznou osobností v této historické době byl Jean Henri Dunant, který založil Červený kříž a při svém působení vycházel z válečných zkušeností, tentokrát se jednalo o války na území Itálie v průběhu 19. století (Plevová a Slowik, 2008).

Co se pak týká rozvoje ošetřovatelství v zámoří, je zapotřebí zmínit to, že například i v Americe je možné dosažené pokroky rovněž spojovat především s válkami, konkrétně s občanskou válkou mezi roky 1861–1865. Speciální lékařské a ošetřovatelské jednotky byly začleněny napříč vojenskými oddíly (Porter, 2001).

V 19. století byl celkový posun v rámci vývoje ošetřovatelství i medicíny obecně ještě výraznější než v předchozích obdobích, a to nejen v ohledu na obecné tendence zakládání spolků (např. Spolek lékařů českých) nebo prosazování práv (např. v souvislosti s národním obrozením), ale i v souvislosti s touhou společnosti po vzdělání i dobrém zdraví. V Čechách, respektive na českém území v rámci habsburské monarchie, došlo k založení první ošetřovatelské školy v roce 1874. Bylo to na popud Elišky Krásnohorské a Karoliny Světlé jakožto významných bojovnic za emancipaci a dostupnost vzdělávání pro ženy na našem území (Pohlová, 2008). Trend emancipace a boje za práva žen měl dle analyzovaných dokumentů celkově příznivý dopad na oblast ošetřovatelské péče. Bylo to dáno právě tím, že v něm působily převážně ženy, jejichž hlasy, názory nebo potřeby začaly být společností více vnímány. Bylo také více než zřejmé, že dostupnost vzdělávání je klíčovým faktorem pro růst kvality ošetřovatelské péče.

V této činnosti jim podle Mlýnkové (2009) napomohla i součinnost se Spolkem lékařů českých, především s Vítězslavem Jánským. Jednalo se o zásadní krok, který významně pomohl formovat ženy jako pracovnice pro konkrétní ošetřovatelské odvětví. Činnost školy a organizace výuky neměly přesně stanovený řád a obvykle bylo možné absolvovat studium za 3–6 měsíců. Tato škola byla na našem území první svého druhu, ale i přes tuto skutečnost byla bohužel v roce 1881 pro nedostatečnou podporu zrušena. Přestože její fungování netrvalo příliš dlouho, jedná se o významný milník v rámci vývoje ošetřovatelství na našem území. V zahraničí rovněž pracovaly podobné organizace. Ošetřovatelské školy byly založeny například v Londýně (1860), australském Sydney (1868), skotském Edinburghu (1871), New Yorku (1873) a dalších předních světových metropolích (Škořochová, 2005).

Nutno upozornit, že výuka v ošetřovatelské škole měla především praktický charakter stanovený v učebním plánu a blížila se více formě kurzů probíhajících v azylovém domě na Karlově náměstí než školní výuce.

Právě tyto kurzy konané i na dalších místech na našem území se zaměřovaly na růst úrovně poskytované péče a do jisté míry tak byly náhražkou profesionálního vzdělávání, přestože výuka neměla jednotný systém a formulované vzdělávací cíle (Pohlová, 2008).

Nicméně na zrušenou českou školu v roce 1882 navázala vídeňská ošetrovatelská škola. Nejčastěji se však ošetrovatelky vzdělávaly přímo v nemocnicích, které organizovaly kurzy. Jejich společenské postavení ani ohodnocení však nebyly příliš lukrativní. Tato práce byla obvykle vykonávána primárně na základě vlastního přesvědčení, touhy pomáhat a do jisté míry i dobrodinství (Plevová a Slowik, 2008).

Krok zpět znamenal zrušení první české ošetrovatelské školy v roce 1881, a to zejména v rámci přípravy žen na výkon ošetrovatelské profese. Činností Ústředního spolku českých žen, který prováděl základní proškolení v této oblasti, se tuto situaci podařilo alespoň částečně kompenzovat (Porter, 2001). V období 19. století se ošetrovatelství významně posunulo, a proto můžeme již hovořit o profesionálním ošetrovatelství. Velký vliv na toto povolání je možné spojit zejména se změnami v přípravě na tuto profesi (vznik prvních škol), ale i v kontextu profesionálního přístupu k jejímu výkonu. Důležitou změnou tedy byla především organizovaná příprava ošetrovatelek, které později v průběhu výkonu praxe získávaly další poznatky z oblasti lékařství a medicíny (Krejčí, 1974).

Ošetrovatelky tedy začaly poskytovat profesionální péči úzce spjatou s léčebným postupem a jejich metodika práce se přesunula na rozdíl od minulého období do oblasti medicíny, kdy byla jejich pracovní náplň spjata s úkony pomocného personálu, například podávání stravy nebo úklid lůžek a místností. Došlo tedy k propojení ošetrovatelství s aplikací lékařské praxe (Torrance a Serginson, 1999).

Profesionalizace ošetrovatelského povolání byla podle Bužgové a Plevové (2011) provázána i s tím, že ošetrovatelky dokázaly efektivně podpořit lékaře v jeho činnosti, zejména ve znalostech v oboru a odborných termínů, nebo schopnostmi pečovat o nemocné dle zásad a ošetrovatelských poznatků dané doby. Škochová (2005) uvádí, že právě tato podpora, nebo dokonce opora, kterou dokázaly lékařům poskytnout, byla důležitým aspektem toho, že se z ošetrovatelské profese později vyvinula profese zdravotní sestry jakožto nezbytné součásti zdravotnického systému.

V závěru 19. století je třeba ještě zmínit, že na území tehdejšího Rakousko- Uherska došlo k vydání dalšího významného legislativního ustanovení vztahujícího se k oblasti ošetrovatelství a výkonu této profese. František Josef I. vydal v roce 1886 nařízení, které se soustředilo i na striktní vymezení práce ošetrovatelek, zejména co se týče neomezenosti pracovní doby nebo trestů (Škochová, 2005). Z textu Kafkové (1992) je zřejmé, že bylo pravidlem, že činnost ošetrovatelek mají vykonávat ženy svobodné, které pak byly ubytovány současně s pacienty. Tyto opatrovnice se staraly o hygienu pacientů, „stlaní“ lůžek (např. včetně výměny slámy ve slamníku), úklidové činnosti, měření tělesných funkcí, podávání léků a další práce na základě rozhodnutí lékaře (např. klystýry, zábaly a obklady, přikládání pijavic, léčebné koupele atd.), asistenci při stravování, vedení modliteb, obstarávání a odnášení zemřelých a další úkony související s nepřetržitou péčí o pacienty (Kafková, 1992).

6.3.4 Chirurgie v 19. století

Chirurgie v 19. století již byla postupně přijata do oblasti zdravotnictví v rámci interní medicíny, a to i na poli tehdejších univerzit. Ve velkých městech, jako byla například Londýn, Vídeň nebo Paříž, docházelo k dynamickým změnám v oblasti chirurgie. Především se jednalo o Francii obecně, kde bylo snahou vyčlenění nemocnic z církevní správy a jejich svěření do rukou profesionálních lékařů, kteří zde získávali mnoho cenných zkušeností prostřednictvím praxe (Porter, 2013; Cuřínová, 2002).

V důsledku těchto skutečností nabíraly prováděné chirurgické úkony na variabilitě, i když nejrozšířenější byly nadále amputace. Lékaři se pouštěli i do dalších úkonů, včetně plastik nebo například odstranění cysty na ovariu, jež bylo poprvé provedeno v USA. Posun způsobilo používání analgetik, která odstranila traumatické dopady chirurgických operací, které byly do té doby nesmírně bolestivé (Porter, 2001).

Vysoká smrtnost (více jak polovina pacientů – v návaznosti na druh zákroku) byla i přes postupné rozšíření hygienických zásad zmírněna až objevením antiseptiky. Infekce způsobovaly gangrény a otravy krve. Přestože existovaly různé metody, jak s infekcemi bojovat (např. brom, soda atd.), nic nebylo dostatečně účinné. Nehledě na to, že podmínky během operace i následné léčby obvykle napomáhaly jejich šíření (Porter, 2013).

Výzkumného pokroku v chirurgickém ošetrovatelství se dosáhlo objevením antiseptiky. V roce 1865 zavedl antisepsi Joseph Lister, když poprvé na ránu použil kyselinu karbolovou a její příznivé antiseptické účinky pak dále propagoval. Navázal na něj pruský lékař E. Bergman, který prosazoval sterilizaci pacienta i okolí s využitím horké páry. V polovině 19. století Američan Wiliam Halsted pomohl rozšířit používání gumových rukavic (Švejnová, 2011).

Zároveň se začaly postupně užívat i ústenky, čisté pláště, chirurgové si začali umývat ruce a celkově se zvýšila i čistota na operačních sálech, kam byl zamezen i přístup veřejnosti. Vše bylo pozvolné a individuální a tato opatření vedla k postupnému zvýšení hygienických podmínek, využívání sterilizace, naopak došlo ke snížení smrtelnosti (Cuřínová, 2002). Užívání opiátů a jiných návykových látek jako mandragory, alkoholických nápojů nebo jiných stimulantů nebylo dostatečně efektivní a bylo používáno pouze v některých případech. Chemik Humphry Davy se na počátku 19. století prosadil používáním rajskeho plynu pro pozitivní psychickou stimulaci a tlumení bolesti (Porter, 2013).

Přibližně v polovině 19. století americký zubař a lékař W. T. Green Morton použil pro účely anestezie éter. Jeho příznivé dopady na průběh operací vedly k velmi rychlému rozšíření. Měl však i negativní efekt (např. na plíce), a tudíž byl později nahrazen chloroformem, který poprvé použil Angličan James Y. Simpson (Cuřínová, 2002).

Na závěr kapitoly věnované období novověku je opět zapotřebí se věnovat výzkumným otázkám, a to počínaje první výzkumnou otázkou: „Jaký vývoj tedy zaznamenalo chirurgické ošetrovatelství v 19. století?“ V tomto období došlo k obrovskému posunu, ať už z hlediska materiálního zajištění, ke kterému nejvíce přispěla velkovýroba gázy v továrně Hartmann, tak i z hlediska prováděných zákroků, které s objevem anestezie a antiseptiky dostaly nový rozměr a jejich uplatnění i dosahované výsledky se zásadně posunuly k lepšímu. Pokrok znamenal i uvědomění si hygienických zásad a jejich postupné zavádění do běžné praxe, díky čemuž došlo k významné transformaci podoby operačních sálů v době 19. století a později 20. století.

Na první výzkumnou otázku navazuje druhá: „Jakými změnami prošla ošetrovatelská péče o chirurgicky nemocné v rámci historického vývoje v 19. století?“ Je třeba vyzdvihnout opět změny v hygienických standardech a uvědomění si, že právě z čistoty vychází úspěšnost léčebného procesu, že pouze metodika chirurgického úkonu není to

hlavní, ale pokud nebude dbáno na čistotu, končí i sebelépe odvedený chirurgický zákrok neúspěchem, jelikož ztroskotá na dopadech infekcí a dalších vlivů způsobených špatnou hygienou. Zároveň začaly vznikat první ošetrovatelské školy, což se ukázalo jako základ budoucího zlepšování úrovně péče.

V závěru je třeba analyzovat i třetí výzkumnou otázku: „Jaké dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetrovatelství v historickém kontextu?“ Nejvýznamnější událostí byla krymská válka, která zásadně změnila standardy v ošetrovatelské péči o nemocné, jež se posléze díky jejich evidentnímu přínosu začaly šířit dále. Šlo o význam hygieny a aktivně poskytovanou ošetrovatelskou péči. Nepřímý, ale významný vliv měla i průmyslová revoluce, vedoucí ke zvýšení životní úrovně a tím i úrovně ošetrovatelství.

7 Moderní dějiny 20. století

Moderní dějiny 20. století jsou ve znamení dvou světových válek, ale i velkých změn, které znamenaly obrovský posun lidské společnosti i způsobu života. Hospodářské a politické cíle se staly velmi důležitými faktory v rámci směřování společnosti. Nejdůležitějšími milníky v tomto století jsou především I. a II. světová válka jako nevídaně krvavé konflikty, jejichž negativní dopady se promítly do mnoha dalších oblastí. Obzvláště závažné jsou zejména válečné zločiny v souvislosti s genocidou.

7.1 Moderní dějiny 20. století ve světě

Za nejzásadnější události, které se velmi intenzivně projevovaly i v ošetrovatelské péči a chirurgii, je možné považovat právě zmiňované světové války z první poloviny 20. století, které dohromady trvaly více než 10 let. Způsobily ohromné ztráty na životech a zdevastovaly ekonomiky mnoha států, nejvíce však Německa. První světová válka byla vyvolána v souvislosti s rostoucím militarismem a nacionalismem uvnitř dvou hlavních mocenských bloků, které do konfliktu vstoupily (společenství států označovaná jako Trojspolek a Trojdohoda). Po skončení války následovala hospodářsky úspěšná 20. léta, která ukončil krach na newyorské burze v roce 1929 jakožto počátek velké hospodářské krize v 30. letech, jež ve spojení s rozvojem fašismu vedly k započetí II. světové války v 1. 9. 1939 (Kuklík, 1998).

Dopady těchto dvou válečných konfliktů, které negativně ovlivnily další vývoj nejen v Německu, ale i v dalších evropských státech vyčerpaných válkou, vedly ke změnám světového poměru sil na úrovni politické a mocenské. Po skončení 2. světové války se nejsilnějšími mocnostmi staly USA a Sovětský svaz (Codaccioni Filippi et al., 1994).

Oba státy však spolu i nadále soupeřily v rámci studené války probíhající v rozmezí let 1947 až 1991. Jednalo se o velmi napjaté vztahy, projevující se zejména na úrovni politické a vojenské jako boje na úrovni fiskální a monetární politiky (rozpočtová a měnová) nebo sankce v mezinárodním obchodu. Velkou hrozbou se stal i potenciál použití nově vyvinutých jaderných zbraní (Mandelová et al., 2004).

Politické směřování jednotlivých států ve 20. století se orientovalo především na demokracii s tržní ekonomikou. Pokrok dosažený ve 20. století byl obrovský zejména v oblasti vědy a techniky. Dále je třeba zmínit i to, že se zásadně zvýšil počet obyvatelstva na světě, a to i díky pokroku ve zdravotnictví, zejména zásluhou objevu léků, jako byl

například penicilin. Začal se také zrychlovat proces globalizace, podpořený i vývojem komunikačních technologií a rozvojem v oblasti dopravních prostředků. Tento pokrok a změny však nebyly rovnoměrné a docházelo k prohlubování sociálních rozdílů na úrovni vzdalování se nejbohatších občanů všem ostatním (Mandelová et al., 2004).

7.2 20. století na našem území

Na našem území probíhala řada velkých změn s postupnou politickou transformací. Na samotném počátku bylo naše území součástí Rakousko-Uherska jakožto konstituční monarchie a na jeho konci stála již samostatná demokratická republika. Většinu tohoto století jsme navíc prožili ve spojení s nyní již samostatnou Slovenskou republikou (Kuklík, 1998).

Zásadní zvrat přinesla I. světová válka, po jejímž skončení dne 28. 10. 1918 vznikla první samostatná republika Čechů a Slováků – Československo v čele s prvním prezidentem T. G. Masarykem, jinak zvaným i jako otec vlasti. Naše země spolupracovala se zahraničím v mnoha oblastech, jako byl například prosperující mezinárodní obchod, a proto zde docházelo k velkému pokroku a hospodářské prosperitě (Mandelová et al., 2004).

Podepsáním tzv. Mnichovské dohody v roce 1938 se však západní mocnosti dohodly na tom, že naše příhraniční oblasti budou postoupeny Německu. Jednalo se o velkou část našeho území zvanou Sudety, ve které dlouhodobě žilo obyvatelstvo z velké části německého původu. Podpis této dohody znamenal velkou ztrátu nejen pro naši ekonomiku. V důsledku této situace se začaly vyostřovat konflikty související s fašistickou propagandou a následovala pak nacistická okupace celé naší země od 15. 3. 1939 (Codaccioni Filippi et al., 1994).

Během druhé světové války nebylo naše území přímo zasaženo válečnými boji, a to právě v důsledku již zmiňované německé okupace. Němci zde velmi přísně vládli a dopouštěli se mnohých válečných zločinů, jako byla například deportace židovského obyvatelstva do koncentračních táborů (Kopeček, 2018). Fašistická diktatura se podepsala i na činnosti mnoha podniků, které byly nuceně zavřeny, nebo byla jejich činnost přizpůsobena potřebám Německa (např. výroba zbraní).

Zabavené podniky musely vyrábět potraviny primárně pro německá vojska a v naší zemi zavládl nedostatek. Podobně na tom bylo i zemědělství a potravinářský průmysl. Důsledky tohoto vytěžení naší země jako zdroje se projeví po skončení války (Středová, 2006).

Další zvrat následoval již v roce 1948, kdy se v únoru dostala k moci komunistická strana a tímto okamžikem začala další diktatura, tentokrát označovaná jako tzv. totalitní (nedemokratický) režim. Zejména v prvních letech po převratu probíhaly tzv. čistky. Jednalo se o odstraňování a konfrontování politických odpůrců diktatury, ať už vykonstruovanými politickými procesy, jako byl případ Milady Horákové a jejích kolegů, nebo umístováním do pracovních táborů a věznic s velmi tvrdými až nelidskými podmínkami, kvůli kterým velká část politických vězňů a odpůrců režimu i zemřela (Kopeček, 2018).

Tento úsek našich dějin byl obdobím nesvobody, pronásledování, vyhrožování a diskreditace odpůrců, zatímco navenek byla veřejnosti zatajována pravda a budována idea o prosperitě a blahobytu. Před rokem 1968 nastalo částečné rozvolňování označované jako tzv. pražské jaro a situace se změnila k lepšímu. Sovětská strana zareagovala vysláním spojeneckých vojsk do naší země, čímž se opět prohloubil její vliv a nastalo období normalizace, charakteristické utužením mocenského vlivu Sovětského svazu (Mandelová et al., 2004). Do roku 1989 v naší zemi oficiálně trvala sovětská nadvláda a byla ukončena až tzv. sametovou revolucí 17. listopadu 1989. Pád komunistického režimu v roce 1989 znamenal naprostý převrat v naší společnosti, a to včetně zdravotnictví, které v té době již značně zaostávalo za západními státy. Celková transformace naší země v 90. letech se tak soustředila na zvýšení úrovně poskytované péče v našem zdravotnictví, a to skrze inovace, investice a aktualizaci vzdělávacího systému ošetrovatelského i lékařského personálu. Jejím cílem bylo zvýšení standardu kvality a postupné dosažení úrovně ostatních vyspělých evropských zemí (Středová, 2006).

7.3 Ošetrovatelství a chirurgie ve 20. století

Období 20. století znamenalo bezprecedentní posun v oblasti zdravotnictví. Jeho začátek a konec je v rámci chirurgického ošetrovatelství diametrálně rozdílný. Z tohoto důvodu bude opět toto období rozděleno do dílčích časových úseků, aby bylo možné lépe držet časovou linii jednotlivých událostí, a zároveň bude samostatně popsán vývoj chirurgie.

7.3.1 Vývoj chirurgie ve 20. století

Pokrok v chirurgii v rámci hygienických zásad a sterilizace v této době pokračoval, ale objevovaly se i nové vynálezy v používaném materiálu a nástrojích, např. obvazy se sádkou. Zcela nevyhovující prostory operačních sálů, plných krvavých pilin, jež ještě v 19. století doslovně připomínaly chlévy, se proměnily v čisté osvětlené místnosti vybavené specializovanými kovovými nástroji a připojením do elektrické sítě (Torrance a Serginson, 1999).

S rozvojem anestezie a sepsy se změnilo i zaměření prováděných zdravotnických úkonů, jež se začaly zaměřovat i na zákroky v dutině břišní (záněty žlučníku, střev, nádorová onemocnění, řezná poranění atd.) a dalších vnitřních orgánech. Pokrok byl provázán i s celkovým rozvojem medicíny, kde byly například objeveny krevní skupiny nebo princip fungování inzulínu při diabetu. Vlivem času se zcela změnilo vnímání chirurgů z „krvavých jatečných řezníků“ na pomáhající profesionály. Odstraňování některých orgánů (např. mandle, děloha, slepé střevo) bylo navíc obecně velmi populární díky v té době vnímaným benefitům z jejich absence. Nicméně operační i pooperační komplikace byly často i nadále závažné a zároveň část z nich (např. infekce zlatého stafylokoka) je rizikem i dnes (Porter, 2001). Jaká byla v této době role řádových sester? I ty se snažily své působení uzpůsobovat potřebám a poskytovat ošetrovatelskou péči chirurgickým pacientům. Zejména při válečných konfliktech byla jejich péče o chirurgické pacienty velmi žádoucí a přínosná.

Chirurgické povolání bylo již tedy uznávanou profesí a postupem času se titulovaný doktor začlenil plnohodnotně do oblasti medicíny. Znalosti chirurgů a jejich praktické dovednosti byly propojeny s dalšími znalostmi z oblasti medicíny, čímž byl položen základ moderní chirurgie. Krevní transfuze byly nedílnou součástí chirurgické praxe, velký posun znamenalo převratný objev krevních skupin na počátku 20. století. V této souvislosti je třeba vyzdvihnout jméno českého lékaře Jana Jánského. Následné objevy napříč medicínou a lepší pochopení různých reakcí, funkcí a problémů v lidském těle pomohly k dalšímu rozvoji chirurgie, nehledě například na pokrok v rámci analytických nebo zobrazovacích metod a přístrojů. Během velmi krvavé 1. světové války se například zlepšil způsob šití ran nebo způsob podávání krevních transfuzí (Švejdová, 2011).

Nutno vyzdvihnout velmi významný objev v medicíně ve 20. století, a to náhodné objevení penicilinu v roce 1928 studentem Alexanderem Flemिंगem, zpopularizované až Howardem Floereyem v roce 1939. Během 2. světové války byl objev zdokonalen a započala hromadná výroba tohoto antibiotika, která de facto přispěla ke konci války. Penicilin pomohl při boji s infekčními chorobami, jež ohrožovaly na životě zejména válečné oběti na straně USA a jejich spojenců, ale sloužil také pro běžné pacienty po chirurgických zákrocích. Celkově však během druhé světové války chirurgie velmi rostla, zejména skrze léčbu válečných zranění i popálenin například v oblasti plastické chirurgie, jež byla během války velmi vytížená. K lokalizaci válečných ponorek se používal i ultrazvuk, který pak našel uplatnění v různých oblastech medicíny, na počátku zejména v gynekologii. Obecně právě války zaznamenaly v historii vždy jako jeden ze sekundárních důsledků i pokrok v oblasti chirurgie (Porter, 2013).

V druhé polovině 20. století došlo v rozvoji v oblasti kardiochirurgie. Jedna z mnoha celosvětově uznávaných osobností v tomto oboru byla Helen B. Taussigová. Stala se zakladatelkou disciplíny dětské kardiologie. Intenzivně se zabývala problémem tzv. modrých dětí (jako krev v žilách). Tato lékařka vyvinula operativní metodu, jež zachránila děti postižené vrozenou srdeční vadou označovanou jako Fallotova tetralogie. Operační metoda byla v praxi poprvé uplatněna v nemocni Johna Hopkinse v Baltimore v USA. Mezi další významné počiny patří v roce 1953 první úspěšné užití mimotělního oběhu, v roce 1958 byl vyvinut a úspěšně implantován kardiostimulátor. V roce 1967 bylo poprvé úspěšně transplantováno lidské srdce jihoafrickým chirurgem doktorem Christiaanem Barnardem, který tak odstartoval celosvětový závod v pokusech o náhradu tohoto životně důležitého orgánu. I při těchto pokrocích, které se týkají konkrétně chirurgie, byla úzce přidružena činnost řádových sester a dalších osob, které lékařům asistovaly a zajišťovaly ošetrovatelskou péči (Švejnová, 2011).

V této době došlo podle Portera (2013) rovněž k prvnímu využívání kloubních náhrad a rozvinula se oblast replantace, což znamenalo neurochirurgický pokrok. V 60. letech započalo v chirurgii využívání laseru, v 70. letech se rozvinula diagnostika tomografií a v 80. letech magnetickou rezonancí. Bylo vynalezeno, objeveno a zdokonaleno mnoho dalších přístrojů a metod, které pomohly ke zkvalitnění přímo chirurgie nebo medicíny obecně. Chirurgie se však během 20. století z důvodu poskytnutí té nejkvalitnější péče velmi zásadně posunula a postupně byly vyčleněny její specializace. Současně s tímto posunem docházelo k postupnému růstu významu specializovaných chirurgických

ošetřovatelek disponujících potřebnými znalostmi a kompetencemi, jež by doplňovaly poskytovanou péči, ať už v rámci pooperačního procesu, tak i v průběhu před jeho započítím v rámci přípravných úkonů (Šváb, 2016).

7.3.2 Ošetřovatelství počátku 20. století do konce 1. světové války

Do roku 1914 pokračovaly trendy, jež nastolilo 19. století, tedy rozvoj oboru chirurgie a ošetřovatelství. Zásadní zvrát přinesla až 1. světová válka, která byla velmi krvavým konfliktem a znamenala obrovský nápor na služby poskytované napříč celým zdravotnickým systémem (Švejdvová, 2011). Lze sledovat i posun v chirurgickém ošetřovatelství.

Válečné boje v zákopových liniích, používání bojových plynů i zbraní s velmi drastickými účinky vedly podle Darrowa (1996) k obrovským ztrátám na životech. Vojáci umírali v utrpení, které mnohdy trvalo velmi dlouho. Válečná zranění, děsivé zážitky, fyzické a psychické útrapy ve vojácích často zanechaly frustraci a toto břímě si nesli pak po celý svůj život. Velké množství obětí I. světové války znamenalo pro ošetřovatelskou péči, zejména tu poskytovanou v terénu, markantní nápor (Marc, 2002).

Za jeden z velkých úspěchů chirurgického ošetřovatelství v této době lze považovat založení Královského svazu britskou zdravotní sestrou Ethel G. Fenwickovou. Mimo jiné se zasloužila o podstatné prodloužení výcviku zdravotních sester a lobbovala také za jejich registraci ve Spojeném království. Toho dosáhla v roce 1919, kdy byl přijat zákon o registraci zdravotních sester a sama se po otevření registru v roce 1923 stala „zdravotní sestrou č. 1“. Byla také u založení Královské britské asociace sester, které později založily Mezinárodní radu sester. Docházelo tedy ke sdružování sester i na mezinárodní úrovni za účelem sdílení myšlenek, poznatků a přispívání k rozvoji oboru. Primárně se jednalo o seskupování na úrovni církevních ošetřovatelek, které později pořádaly i sdružení, tzv. konference. Účastnice z naší země se zapojily až v období 1. republiky (Buchan, 2007).

V tomto období lze sledovat postupně změny ve způsobu poskytované ošetřovatelské péče, co se týká úkonů ošetřovatelek, jak uvádí i Sabbatani a Fiorino (2017). Ošetřovatelky byly v minulosti obvykle výhradně specializovány na jeden nebo více úkonů, které prováděly u všech pacientů (např. pouze dávaly léky) a každá sestra tak dělala něco jiného. U pacienta se neustále střídaly různé sestry a z toho důvodu byla snížena celková informovanost i kvalita pozorování změn zdravotního stavu u pacienta.

Tento pracovní proces byl změněn až při přechod na systém primárních sester, které se zaměřovaly na výlučnou nebo většinovou péči o jednoho nebo více svěřených pacientů (Kutnohorská, 2010).

7.3.3 Ošetřovatelství v letech 1918–1945

V období po skončení 1. světové války došlo podle Trauba (1920) k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu obyvatelstva (včetně šíření infekčních nemocí a velkého množství válečných invalidů), a to v kombinaci s nedostatkem jídla a obecnou chudobou ve společnosti. V oblasti zdravotnictví docházelo k přetíženosti, kapacity byly zcela nedostatečné. Budování nových zařízení bylo spíše individuální a nedošlo k žádné celostátní akci na podporu zvýšení kapacit zdravotnických zařízení (Lenderová et al., 2001).

Primárně byla práce opatrovnic a ošetřovatelek nadále zastávána církevními představiteli (respektive představitelkami – ženami), a to zejména řádovými sestrami katolické církve a diakonkami evangelické církve, jak uvádí Lenderová et al. (2001). Obvykle se jednalo o neproškolené sestry, které se zaučovaly v průběhu praxe od starších sester. Působnost žen mimo církev, které se na tuto pozici dostaly skrze proškolení, však byla po první světové válce v celkovém počtu církevních opatrovnic zanedbatelná. Zároveň převažoval počet žen, které neprošly ošetřovatelským studiem, jelikož instituce negenerovaly dostatečný počet absolventů, a to obzvláště ve válečném období. Příliv civilních pracovníků přišel až po roce 1920 (Plevová a Slowik, 2008).

Na našem území lze na počátku první republiky pozorovat zásadní zlom. Po konci 1. světové války se Alice Masaryková zasadila o rozvoj Československého červeného kříže. Jednalo se například o rozvoj jeho působnosti v rámci terénních služeb, a to jak služeb sociálních, tak i služeb na bázi ošetřovatelství. Stejně tak došlo i k velkým změnám v rámci postavení žen ve společnosti, včetně jejich přístupu ke vzdělávání (Plevová a Slowik, 2008).

Jako pozitivum lze vnímat rozvoj možností pro studium ošetřovatelských škol, které primárně fungovaly přidružené k nemocnicím z důvodu zajištění jejich chodu a financování, nemocnice tak současně získávaly proškolený personál z řad absolventek, nad jejichž vzděláváním sama nemocnice dozorovala.

Společné fungování ošetrovatelských škol v závislosti na nemocnici bylo dokonce již v roce 1914 legislativně deklarováno. Studium v té době bylo dvouleté a dohled byl zajišťován vedoucím lékařem (Kutnohorská, 2010).

Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek nemocných však dlouhodobě usiloval o založení samostatné školy vzdělávající diplomované sestry. Tento záměr se podařil uskutečnit už v roce 1916 vznikem České ošetrovatelské školy, která byla později po skončení 1. světové války spravována různými subjekty, například Československým červeným křížem nebo dokonce zahraničními ošetrovatelkami z USA. Ošetrovatelky na škole působily 3 roky a přenesly do systému trendy ze zahraničí a zkvalitnily proces výuky i výchovy dívek (Niklíček a Stein, 1998). Za zmínku stojí i to, že počet studentek byl zprvu velmi nízký až zanedbatelný (do 20 žáků), nicméně během 20. let začal velmi intenzivně narůstat a v roce 1931 se vyšplhal až k tisícovce studentek ošetrovatelství. Škola byla velmi úspěšná a na její činnost začaly navazovat další, nově vznikající samostatné školy, a to zejména ve velkých městech jako Brno, Ostrava, Ústí nad Labem (Kutnohorská, 2010).

Obecně je proto možné na základě informací zjištěných z analyzovaných zdrojů uvést, že po skončení 1. světové války bylo dosaženo dalšího emancipačního pokroku, neboť se ženám usnadnil přístup ke vzdělání. V návaznosti na oficiální uznání ošetrovatelské profese fungovaly výše zmiňované, tehdy dvouleté školy pro ošetrovatelky, které vznikaly při nemocnicích. Studovat zde mohly dívky, které již ukončily druhý stupeň vzdělávání, v té době nazývaný jako měšťanská škola, a byly přijaty ke studiu odbornou komisí. Výuka přecházela postupně od teoretické k praktické. Ukončení studia byla stvrzeno složením diplomové zkoušky, slibem F. Nightingalové a přidělením titulu diplomovaná ošetrovatelka nebo diplomovaná ošetrovatelka nemocných (Kutnohorská, 2010).

V nemocnicích na našem území začaly působit kvalifikované a vzdělané pracovnice s titulem diplomovaná sestra. Jednalo se obvykle o sestry s pracovními ambicemi na post vrchní sestry, ale často také obsazovaly i specifické pracovní pozice v oblasti chirurgie, jako byla například instrumentářka nebo sestra na specializovaném rentgenovém pracovišti (Niklíček a Stein, 1998).

V této době byla nezanedbatelná činnost řádových sester, které dle Plevové a Slowika (2008) pokračovaly zejména se zajišťováním lůžkové péče. Absolventky samostatných ošetrovatelských škol pak primárně nalézaly pracovní uplatnění při poskytování terénních služeb, ale i v rámci speciálních poradenských zařízení a podobně, pokud tedy přímo nestudovaly školu přidruženou k nemocnici. Sestry organizovaly i různé kurzy jako například kurz první pomoci, manipulace s ochrannými plynovými maskami či například kurz zdravotní pohotovosti. Podmínky a ohodnocení, které tyto ženy dostávaly za svou práci, byly velmi skromného rázu (Kafková, 1992).

Analýzou dokumentů byly dohledány i informace o rozdílech v kompetencích sester. Civilní i církevní sestry pracovaly v nemocnicích i současně, přičemž církevní sestry měly obvykle vybudováno speciální zázemí, zatímco civilní sestry byly ubytovány přímo na pokojích přidělených pacientů. Pokoje měly obvykle kapacitu okolo 20–30 lůžek. Práce sester byla hodně náročná a velmi špatně finančně ohodnocená. V některých případech bylo odměnou pouze poskytnuté ubytování a stravování. Odměna pracovníc tak byla závislá na darech, jež získávaly od pacientů a jejich příbuzných. Vyčerpávající byly i časové nároky, protože bylo nutné se o pacienty starat nepřetržitě, a sestry neměly téměř žádné volno. Možnou komplikací pro přijetí těchto sester byla i podmínka zákazu vstupu do manželského svazku. To se týkalo i civilních pracovníc v návaznosti na sjednocení stavu s rovněž svobodnými pracovníci z řad církve. Výjimky však byly možné (Kafková, 1992).

V nemocnicích byly mezi ošetrovatelským personálem rozdíly v jejich kompetencích a dále také i v oblasti mzdového ohodnocení. V meziválečném období zde například působily vrchní sestry, ošetrovatelky a ošetrovatelky pomocné, kam spadaly v té době na základě nově vydaného nařízení i ošetrovatelky s diplomem nebo bez něj, což popudilo značnou část vystudovaných diplomovaných sester, jak píše Opletal a Opletalová (1999). Podle textu Škubové a Chvátalové (2004) existovaly i příplatky v souvislosti s nočními službami či příplatky částečně reflektující zvýšenou zátěž na některých pracovištích, například na infekčním oddělení. Přes uvedené příplatky se však stále jednalo o práci, která nebyla nijak zajímavě finančně oceněna a odpovídala například finančnímu ohodnocení pro prادلeny.

V rámci diplomové práce byly analyzovány i písemné dokumenty týkající se ošetrovatelské péče. Důležitým literárním pramenem pak byla v tomto období například kniha Domácí zdravotní péče a ošetřování nemocných od Jane A. Delano z roku 1921, která vyzdvihovala význam teoretické přípravy, ale i preciznost, zodpovědnost a uvědomělost při výkonu profese v praxi. Toto literární dílo se komplexně věnuje jednotlivým oblastem ošetrovatelské práce v návaznosti na nejmodernější poznatky a praxi tehdejší doby (Kafková, 1992).

V roce 1937 začal vycházet první odborný časopis Diplomovaná sestra, který byl věnován ošetrovatelkám a jejich profesi. Následovaly ho později další časopisy jako Zdravotnická pracovnice nebo časopis Sestra vycházející od 90. let dodnes. V současné době jsou vlivem pokroku v oblasti informačních technologií odborné časopisy překonávány publikační činností na internetu (Kutnohorská, 2010).

7.3.4 Ošetrovatelství v době 2. světové války

Na základě Mnichovské dohody v roce 1938 došlo k oddělení pohraničních oblastí a jejich připojení k Německu. Ztráta území se velmi výrazně projevila v rámci tehdejšího zdravotnictví napříč celým jeho systémem, neboť zapříčinila ztrátu nemocničních zařízení (přibližně 40 %), léčebných ústavů pro choromyslné (přibližně 30 %), ozdravoven a specializovaných léčeben na léčbu tuberkulózy (okolo 45 %), ale především ztrátu soukromých zdravotnických zařízení a sanatorií, kterých bylo v příhraničních oblastech až 65 % z celkového počtu (Kutnohorská, 2010).

Na našem území tak zbylo méně jak 200 organizací, kde pracovaly ošetrovatelky, kterých byl však kritický nedostatek, proto bylo také zamezeno i jejich aktivnímu nasazení ve II. Světové válce. Chybějící pracovnice na pozicích ošetrovatelky byly po roce 1933 suplovány sestrami z Československého červeného kříže, jež absolvovaly ošetrovatelský kurz (Kafková, 1992). Vzdělávání v tomto období stagnovalo. Jediná výjimka nastala těsně před vypuknutím II. Světové války, kdy Český červený kříž na našem území otevřel čtyři další školy pro ošetrovatelky (Plevová a Slowik, 2008).

Poměry (nejen) v našich nemocnicích byly během druhé světové války ovlivněny německou nadvládou a byly odstraňovány osoby, jež se nehlásily k nacistické ideologii (Kafková, 1992). Němečtí a pronacističtí pracovníci u nás obsadili klíčové pozice v zájmu stabilizace moci, kterou bylo třeba upevňovat i ve zdravotnictví. Na konci války po

odsunu německých pracovníků vznikl další problém v souvislosti s nedostatkem nejen ošetrovatelského personálu. Nesourodá situace napomohla návratu jednak církevních ošetrovatelek, jejichž působení během války nebylo nacisty podporováno, ale také i aktivnímu proškolení nových pracovníků v rámci organizace specializovaných kurzů pro zdravotní sestry a pomoc ze strany Červeného kříže, jak uvádí Kneodler et al. (2017). Po konci druhé světové války v roce 1945 se podle Plevové a Slowika (2008) dále zhoršovala personální krize ve zdravotnictví. Ta spočívala v nedostatku ošetrovatelek, lékařů i dalších pracovníků ve zdravotnictví. Tato krize nastala i v souvislosti s holocaustem, při kterém zahynuli lékaři i ošetrovatelky židovského původu, dále s odsunem Němců a odstraněním nacisticky orientovaných jedinců z těchto pozic nebo i v důsledku uzavření vysokých škol v době války, jak dokládá dílo od Černého a Šmajclové (2007). Zemský národní výbor učinil důležité prohlášení, ve kterém důrazně volal po znovuobnovení provozu systému zdravotnické péče, jelikož se zdravotnická zařízení potýkala s akutním nedostatkem pracovníků, materiálu, ale třeba i inventáře. V reakci na uvedenou výzvu došlo k organizaci rychlokurzů, ale i na vytváření nových vzdělávacích institucí, včetně škol pro ošetrovatelky, jejichž počet se pohyboval v období komunistického puče okolo 30 (Kutnohorská, 2010).

7.3.5 Ošetrovatelství po konci 2. světové války

Zdravotní sestry měly velmi náročné pracovní podmínky, zejména co se týče pracovní doby. Bylo pro ně obtížně založit si vlastní rodinu, a pokud se tak stalo, byla třeba velká tolerance pro jejich časovou vyčerpávanost spojenou s výkonem profese zdravotní sestry. Mateřská dovolená bylo pouze v délce jednoho měsíce před porodem a následně pouze tři měsíce po porodu (Krausová, 2010).

Aktivně se projevovala snaha tehdejších ošetrovatelek v rámci prosazení změn jako například zajištění ochranných pomůcek při práci u rentgenů. Na počátku komunistického režimu bylo čerstvým absolventkám zdravotnických škol navíc znemožněno svobodně se rozhodnout při výběru pracoviště. Na příslušné pracoviště byly umístěny režimem. Změna nastala v oblasti diplomovaných zdravotních sester, které se mohly plně věnovat své odborné práci, zatímco pomocné a úklidové činnosti vykonával jiný neodborný personál nemocnice (Rozsypalová et al., 2006).

Vedle ošetrovateľskej činnosti sestra také napríklad pripravovala obvazový a ďalší používaný materiál. V dobe totalitného režimu bolo zcela běžné jeho opakované používání, nebo dokonce jeho vyrábění přímo na pracovišti (stříhání čtverců z buničiny, motání vaty na špejle pro výtěry, smotávání tamponů z mulu, stříhání a skládání drénů atd.).

Z finančních i logistických důvodů se materiál opravoval, pral, dezinfikoval a sterilizoval, zašívával nebo jinak čistil, aby bylo možné jeho bezproblémové opětovné užití. Sterilizace probíhala i u injekcí vyrobených ze skla a kovu, infuzí, trubiček pro cévkování.

Změnu přinesly až jednorázové nástroje, jejichž používání však často sestry vnímaly jako plýtvání, obzvláště v počátcích jejich používání v 60. letech. V naší zemi bylo navíc používání jednorázových sterilních materiálů opožděno a méně rozšířeno ve srovnání se západními státy mimo komunistický režim v té době (Braunoviny, 2008).

Po skončení 2. světové války se nejen v závislosti na nedostatku lékařského personálu začal intenzivně zvyšovat počet škol zaměřených na vzdělávání ošetrovateľského personálu. V roce 1947 bylo na našem území otevřeno již 40 takových škol. Jednalo se tak o základy současného vzdělávacího systému, ve kterém navíc již v roce 1946 došlo k založení Vyšší školy ošetrovateľské v Praze v budově vlastněné Červeným křížem, pod který činnost školy spadala. Škola byla inovativní a šla vstříc trendům v rámci profesionalizace (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

Studovat zde mohly studentky, které již měly základní teoretické a praktické znalosti získané jak předchozím úspěšným vystudováním ošetrovateľské školy, tak zároveň i praxí v délce alespoň tří let. Jednalo se tedy již o vysoce specializované studium, ve kterém se školily potenciální vedoucí pracovnice ve zdravotnictví, ale například i ředitelky ošetrovateľských škol. Absolventky byly klasifikovány titulem diplomované sestry a jejich klasifikaci dokládal i speciální odznak, jímž byly po absolutoriu vybaveny (Kutnohorská, 2010).

Významné změny ve společnosti na našem území v roce 1948 přinesl především nástup komunistického režimu a tyto změny se propisovaly i do oblasti pečovatelské a ošetrovateľské práce.

Rozvoj úrovně ošetrovatelství u nás do té doby často čerpal ze zkušeností v západních státech, vůči kterým se však komunistický politický režim vymezil a vzájemná spolupráce tak byla přerušena, nebo se stala rizikem (Niklíček a Stein, 1998).

Probíhaly rovněž i personální čistky ve zdravotnictví, na které poukazuje ve svém textu i Krejčí (1974). Byly zaměřené zejména na osoby, které nesdílely politickou ideu, nebo byly jinak pro režim nevhodné. Mnoho významných představitelů tak bylo odvoláno ze svých funkcí. Podobně tomu bylo i u církevního podílu na ošetrovatelské péči. Komunistický režim vůči církvím podnikal mnohé represe a vnímal je jako ideového soka, tudíž se tyto snahy o jejich poškození a diskreditaci projeví i v rámci charitativních služeb a ošetrovatelské péče, jejichž významným poskytovatelem církev byla. Postupně tak docházelo k zavírání církevních škol, ale i špitálů nebo klášterů současně s konfiskací církevního majetku a jeho využíváním pro účely státu, jak uvádí Škubová a Chvátalová (2004). Rušení církevních škol probíhalo i na základě zákona č. 45/1948 Sb., zákona o základní úpravě jednotného školství (školský zákon), který uznával pouze jeden systém škol a vzdělávání. Instituce zaměřené na vzdělávání ošetrovatelky tak přešly pod společenství středních zdravotnických škol a vzdělávání bylo tak centralizováno. Uvedený systém zabezpečil lepší kvalitu a systematizaci v oblasti vzdělávání, zejména co se týče jeho obsahu a systematického řízení specializace v odborném i obecném vzdělávání. Centrální správu nad školským zařízením pak vykonávalo ministerstvo školství, což zůstalo dodnes zachováno. Mezi vyššími školami byly zařazeny školy ošetrovatelské v rámci tzv. sociálně zdravotnických škol, které byly zřízeny napříč územím tehdejšího Československa převážně ve větších městech. V závěrečném ročníku studia si studentky také mohly volit specializaci mezi obory obecného ošetrovatelství, pediatrie, porodnictví či zaměření jako zdravotní laborantka, zdravotnická pracovníce nebo dentální laborantka. Specializace přímo na chirurgické ošetrovatelství v době 50. let 20. století nebylo na našem území při studiu možné (Kutnohorská, 2010).

V 50. a 60. let 20. století dále docházelo ke změnám ve vzdělávání. U zdravotnických škol se měnila především délka studia, ale byly zřizovány i různé kurzy a jiné doškolovací akce. Podle Kutnohorské (2010) tyto změny vycházely jak z potřeb nemocnic (např. potřeba kvalitnějšího a delšího procesu přípravy na výkon povolání zdravotní sestry), tak například i v návaznosti na nedostatek zdravotnických pracovníků, který byl dokonce legislativně řízen prostřednictvím zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné léčebné preventivní péči. Školy generovaly v té době pouze cca ¼ z celkově potřebného kvalifikovaného

personálu do zdravotnických zařízení, nedostatek bylo třeba urychleně řešit například prostřednictvím večerních škol nebo jiných forem výuky pro nekvalifikovaný personál v nemocnicích nebo ostatní zájemce na trhu práce. Zkracovala se délka studia (i s obsahem učiva) a z tohoto důvodu byly absolventky naopak méně připravené, nicméně tento krok byl nezbytný v rámci stabilizace počtu pracovníků v systému zdravotnické péče (Zeleníková et al., 2013).

Ze světových událostí se nabízí zmínit i přístup Světové zdravotnické organizace, která v rámci systému zdravotnictví identifikovala postavení ošetrovatelského oboru ve struktuře zdravotnictví, jehož je důležitou součástí. Ošetrovatelství se tak stalo samostatnou vědeckou disciplínou (Krausová, 2010).

Celkový dlouhodobý úspěch ošetrovatelství vedl k tomu, že si v 60. letech 20. století ošetrovatelství vybudovalo status samostatného vědního oboru. Zároveň se i podle Švejdrové (2011) dále dynamicky vyvíjela medicína a část pracovních úkonů byla svěřena právě do rukou nelékařských pracovníků, tedy zdravotních sester. Sestry se díky růstu svých kompetencí ještě více specializovaly ve své profesi a mohly tak lépe vykonávat svoje povolání v rámci léčby pacientů. Ve 2. polovině 20. století se o rozvoj ošetrovatelství zasadila i Marjory Gordon, Američanka, jež poprvé definovala ošetrovatelský model, konkrétně model funkčního zdraví. Tento model byl použit jako pomoc sestrám, aby plně rozpoznaly své pacienty. Společně s modely dalších autorek byl sepsán do knihy a na tomto základu staví i dnes nově vznikající ošetrovatelské modely (Kutnohorská, 2010).

V průběhu 50. a 60. let se po četných změnách v naší zemi ustálilo samotné vzdělávání ošetrovatelek a během přetrvávání totalitního režimu ve srovnání s vyspělejšími zeměmi stagnovalo. V důsledku uzavřených hranic a nefungující zahraniční spolupráce zaostávalo (nejen) vzdělávání. Pozornost byla soustředěna zejména na praktické dovednosti a odbornou práci, zatímco ostatní dovednosti a znalosti z oblasti psychologie, etiky nebo sociologie nebyly do vzdělávání dostatečně začleněny. Nejvíce se pak tato skutečnost projevovala i v praxi, kde rovněž nebyly tak intenzivně zaváděny inovace jako v západních zemích (Krausová, 2010).

V době komunistického režimu, jak vysvětluje ve svém díle Krausová (2010), byl tehdejší režim mocensky upevňován i v rámci zdravotnického a lékařského personálu. Do klíčových pozic byly obsazovány osoby nakloněné komunistické propagandě, a pokud

někdo nesouhlasil, byl perzekvován, nebo se proti němu dokonce veřejně vyjadřovala kritika. V době totalitní diktatury bylo zakázanou činností i vzájemné sdružování sester nebo ošetřovatelek ve spolcích a zájmových sdruženích. Předěl nastal až v roce 1973 založením samostatné Československé společnosti sester.

Společnost vydávala dokonce vlastní odborný časopis s názvem Zdravotnická pracovnice, který šířil informace a nové trendy z oboru ošetřovatelství mezi pracující personál v nemocnicích a přispíval tak k růstu znalostí a kompetencí zdravotních sester (Kutnohorská, 2010).

Před koncem 20. století v roce 1998 došlo v České republice k přijetí tzv. Koncepce českého ošetřovatelství. Jednalo se o strategii zaměřenou na směr dalšího růstu ošetřovatelské péče. Koncepce byla dále aktualizována v roce 2004 a v současnosti je platná verze z roku 2021 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021).

V souvislosti s obdobím 20. století je opět nezbytné zhodnotit výsledky zkoumání zaměřené na výzkumné otázky. První výzkumná otázka: „Jaký vývoj zaznamenalo chirurgické ošetřovatelství ve 20. století?“ Nastal zde zásadní posun. Chirurgické ošetřovatelství se dostalo na úroveň, kdy bylo poskytováno vysoce kvalifikovaným odborným personálem, který prošel systematickým vzděláváním, což vedlo ke zvýšení úrovně poskytované péče. Systém vzdělávání se také měnil z důvodu dosažení jeho optimalizované úrovně. Na počátku 20. století a na konci tohoto období je míra vzdělávání diametrálně odlišná podobně jako celková životní úroveň ve společnosti.

Z analýzy textů lze rozebrat i druhou výzkumnou otázku: „Jak se změnila ošetřovatelská péče v rámci historického vývoje ve 20. století?“ Zásadní změnou je odchod církevních představitelk z nemocnic a přechod z charitativní péče na systém profesionální péče, a to nejen v naší zemi, ale obecně ve světě. V neposlední řadě je také nutno uvést, že se přes celkový vývoj společnosti zásadně změnila kvalita a dostupnost nových metod, zejména technických zařízení i technologií.

Třetí výzkumná otázka zní: „Jaké dobové události tedy ovlivnily vývoj chirurgického ošetřovatelství v historickém kontextu ve 20. století?“ Opět se jedná o velký vliv válečných konfliktů, dvou světových válek, které „generovaly“ chirurgické pacienty a staly se tak potenciálem pro rozvoj chirurgického oboru. Vynález penicilinu, který zvýšil efektivitu léčby, ale i mnoho dalších faktorů znamenaly velký pokrok v léčbě

a ošetřování nemocných. V případě naší země to byl ale například i negativní vliv tehdejšího politického režimu, jenž vyvolal zastavení přeshraniční spolupráce mezi zdravotnickými kolegy ze západních států nebo likvidaci pracovníků, kteří vystupovali jako odpůrci režimu.

7.4 Chirurgické ošetřovatelství v 21. století

V 21. století již můžeme hovořit o moderní podobě neustále se vyvíjejícího chirurgického ošetřovatelství. V textu od Bezdičkové et al. (2010) se chirurgické ošetřovatelství specializuje na ošetřovatelskou péči v souvislosti s operační činností a invazivními zákroky do těla. Jedná se o úkony probíhající již v rámci diagnostických a přípravných postupů, jako je například příprava pacienta na operační výkon a péče o něj po operaci. Dále jde i o ošetřování v navazující pooperační ošetřovatelské péči v rámci celkové rekonvalescence během hospitalizace, po propuštění a zejména při kontrolách a provádění navazujících zákroků, jako je například vynětí stehů (Staňková, 2003).

Z roku 2004 pak pochází velmi rozšířená definice cílů ošetřovatelství z věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, který zní: „*Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování cílů sestry úzce spolupracují s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009).

Ošetřovatelská práce v chirurgii podle Bezdičkové (2010) spočívá jak v obecné úrovni ošetřovatelské práci spjaté například s podáváním léků, dezinfekcí ran nebo v jejich převazování, ale i ve sledování, kontrolování a hodnocení stavu těchto ran a celkového zdraví pacienta.

Ošetřovatel nebo ošetřovatelka musí mít znalosti, schopnosti a dovednosti včasně rozpoznat u pacienta případné vážné projevy, jako jsou třeba příznaky potenciálních nemocí a komplikací. Musí být dobře seznámeni s průběhem operace, aby dokázali efektivně pracovat a být oporou chirurga, a to i v případě možných zdravotních komplikací, na jejichž řešení musí být rovněž připraveni. Čím dříve jsou napříč léčebným procesem rozpoznány odchylky od optimálního zdravotního stavu, tím je pak léčba úspěšnější (Slezáková et al., 2010).

Oblast chirurgie včetně ošetrovatelství je ve 21. století vysoce specializovaným oborem, který je provázán s dalšími obory napříč medicínou. Vstupuje do něj mnoho faktorů a poznatků, které společně značně rozšiřují celkové nároky, které jsou kladeny na sestry pracující právě v tomto odvětví.

V rámci 19. století se díky těmto poznatkům vykrystalizovaly dílčí oborové specializace jak v rámci chirurgie samotné, tak i specializace v kontextu sesterské práce (Šváb, 2016).

Chirurgické ošetrovatelství může být proto rozděleno z několika hledisek, a to buď v rámci toho, v jaké konkrétní oblasti chirurgie probíhá (cévní, hrudní chirurgie apod.), nebo i z pohledu určitých úkonů, a to například činnost operační instrumentárky. Vlivem neustálého technického pokroku navíc sestry obsluhují nové, modernější a vysoce specializované přístroje, jejichž řízení je často rovněž velmi komplikované a složité. Na pracovní výkon sester pracujících v oblasti chirurgického ošetrovatelství, na jejich odbornost a znalosti jsou tak kladeny stále další nároky (Staňková, 2003).

8 Závěr

Diplomová práce se zabývá chirurgickým ošetřovatelstvím, které se nyní v 21. století dá označit jako specializace ošetřovatelství v oblasti chirurgie. Obecně jsou totiž ošetřovatelství i chirurgie do jisté míry samostatnými obory, které se za účelem naplnění potřeby ošetřovatelské péče o chirurgické pacienty jistým způsobem během historie propojily. Cílem této práce je analyzovat vývoj chirurgického ošetřovatelství v průběhu staletí ve světě a současně i v České republice. Diplomová práce obsahuje rešerši pozvolného vývoje ošetřovatelství, v jehož rámci se postupně vykrystalizovala specializace chirurgického ošetřovatelství.

Chirurgické ošetřovatelství je dnes primárně založeno na poskytování ošetřovatelské péče pacientům, jejichž specifické potřeby pak vyvstávají právě z toho, že jde o nemocné ležící na oddělení chirurgie. V rámci provedeného historického exkurzu bylo zjišťováno, jaké důležité milníky, události, objevy a vynálezy vedly k tomu, že došlo ke spojení těchto dvou odvětví. Nemalý význam měl také ale především tento historický vývoj v rámci naší bohaté historie. Celkový kontext diplomové práce je založen na sledování vývoje v několika základních dějinných etapách, jež jsou vždy charakterizovány i z hlediska obecného dějinného vývoje ve světě i na našem území a poté je vymezen i vývoj související s chirurgickým ošetřovatelstvím. V rámci každé kapitoly, která se věnuje chirurgickému ošetřovatelství v dané době, jsou vyhodnoceny i tři výzkumné otázky uvedené v této práci. Výzkumné otázky se vztahují k vývoji chirurgického ošetřovatelství, vlivu dobových událostí a ke změnám v dané době.

Diplomová práce je věnována historii chirurgického ošetřovatelství. Sleduje jeho postupný historický vývoj, který průběžně zkoumá prostřednictvím výzkumných otázek. V práci jsou shrnuty informace o vývoji chirurgického ošetřovatelství, které vzniklo jako ošetřovatelská specializace pro obor chirurgie oficiálně až v období 20. století. Tudíž je v textu věnována pozornost tomu, jak tyto dva obory vznikaly a vyvíjely se nejprve samostatně. Získaný výstup byl v závěru shrnut s využitím časové osy, která je uvedena v přílohách této diplomové práce.

V první kapitole je pozornost zaměřena na vývoj v nejstarších obdobích pravěku a starověku. Dochovaly se důkazy o tom, že již v pravěku se lidé pokoušeli pečovat o rány, ač jejich přístup byl často velmi barbarský. Zároveň bylo hojně využíváno různých rituálů

a šamanských technik, někdy i s opačným efektem. Nicméně z kosterních pozůstatků je zřejmé, že se už v té době dařilo například úspěšně léčit zlomeniny nebo provádět amputace a trepanace. K těmto úkonům byly používány přírodní materiály (například listí namísto krytí) a byliny v různé podobě.

Starověk, který je spjat s působením vyspělých civilizací, představoval pokrok i v oblasti ošetrovatelské péče, která byla v oné době často svěřena do rukou kněží, mágů a dalších představitelů, jejichž funkce byla často až mystická či magická. Vliv mělo náboženství jednotlivých civilizací, jejich kulturní hodnoty i dosažená úroveň poznání. Pokroku bylo dosaženo zejména ve starověkém Egyptě, Číně, Mezopotámii, Indii a antickém Řecku a Římě. Používané metody byly obvykle rituální a orientované na vyzývání božské síly. Byly podávány oběti, pouštělo se žilou, krvácení se zastavovalo rozžhavenými předměty, rány byly sešívány. Popsané počínání však bylo napříč jednotlivými civilizacemi velmi odlišné. Zásluhou vzdálenosti (zároveň mnohdy i díky vzájemným válečným konfliktům) mezi těmito civilizacemi nedocházelo k přímému sdílení poznatků. Obecně však vyspělé civilizace představovaly přesun od barbarského způsobu poskytování ošetrovatelské péče na kultivovanější úroveň, včetně prvotních hygienických zásad.

Druhá kapitola je věnována vývoji ve středověku, jenž je ovlivněn zejména křesťanstvím a jeho působením v Evropě. Důležité byly křesťanské hodnoty jako například vyzdvihování důležitosti pomoci bližnímu svému. Postupně proto docházelo k zakládání špitálů, lazaretů a dalších podobných institucí, které fungovaly přidružené ke klášterům a poskytovaly pomoc potřebným. V těchto církevních institucích poskytovaly potřebnou pomoc primárně řádové sestry nebo mniši. Úroveň ošetrovatelské péče však byla často spíše základní, nebo se jednalo o pasivní poskytování přístřeší a zajišťování nejzákladnějších potřeb. Z daného období se do historie zapsalo mnoho významných představitelů a představitelky, kteří zásadně přispěli ke zlepšení úrovně ošetrovatelské péče. Mezi ně se řadí například svatá Anežka Česká nebo Zdislava z Lemberka. V této době se ale příliš výrazně nezvýšila dosažená úroveň poznání. Respektive nedošlo k žádným převratným objevům. Je důležité zmínit, že k šíření vzdělanosti přispěl i vynález knihtisku. Středověké ošetrovatelství bylo pojato jako charitativní péče za podpory církve v klášterních špitálech, které se později transformovaly v první nemocnice. Léčebným prostředkem byly zejména modlitby (léčba ducha), eventuálně pak léčba s využitím bylin a přírodních prostředků. Úroveň poskytované péče ve středověku spočívala primárně v poskytnutí azylu, jelikož ošetrovatelské metody a hygienické

standards nebyly v té době příliš vyspělé. Uvedené počínání mělo zásadní vliv na posun skrze institucionalizované poskytování pomoci potřebným. Působení na rozvoj a růst významu ošetrovatelské péče měly i četné válečné konflikty nebo morové a jiné infekční epidemie.

Třetí kapitola je věnována vývoji ošetrovatelství v novověku, kdy nadále přetrvával význam náboženství v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Jeho vliv vedl k růstu v oblasti poskytované (nejen) ošetrovatelské péče a probíhal organizovaně a systematicky. Přes postupný vznik prvních ošetrovatelských škol byla tato péče nadále poskytována převážně církevními představiteli, případně byla jejich činnost doplňována lidmi z řad laické veřejnosti, kteří vykonávali především podpůrné a úklidové činnosti. V období osvícenství došlo ke zlepšení v oblasti poskytované ošetrovatelské péče, a to v souvislosti s reformami Marie Terezie a jejího syna Františka Josefa II., kteří se zasadili o budování systematického poskytování lékařské a ošetrovatelské péče včetně provázanosti se systémem vzdělávání.

S celkovým rozvojem společnosti v období novověku se významně posunulo jak ošetrovatelství, tak i chirurgie. Největšího pokroku bylo dosaženo zejména s příchodem 19. století, tedy v závěru novověku. V této době se dokonce podařilo značnou část lidového a neprofesionálního systému poskytování ošetrovatelské péče transformovat na úroveň pečovatelského systému, nebo dokonce na úroveň profesionálního ošetrovatelství. Ošetrovatelství přestalo být vnímáno jako dobrovolnická činnost církve směrem k potřebným, ale stalo se povoláním provázaným s oblastí lékařství, respektive doplňkovou a podporující činností aplikovanou během lékařských a léčebných procesů. Dosažený rozvoj významně souvisel s válečnými konflikty, a to kvůli intenzivní potřebě poskytování ošetrovatelské péče během válek. Podobně tomu bylo i v oblasti chirurgie, jelikož léčba válečných zranění byla nejčastěji právě chirurgického rázu a bylo nutné vykonávat amputace, eventuálně jiné potřebné chirurgické zákroky.

První velký zlom však nastal již v dobách osvícenství, kdy četnost znalostí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí byla na mnohem lepší úrovni. Znalosti se navíc začalo dařit dále šířit, ať už prostřednictvím prvních ošetrovatelských knih, tak například i skrze účast nelékařského personálu na přednáškách lékařské fakulty či prostřednictvím speciálně organizovaných školení.

V návaznosti na osvícenskou krizi církve pak bylo možné i postupně přesouvat poskytování ošetrovatelské péče do rukou školených profesionálů, kteří se zaměřovali na fyziologickou léčbu. Nabízení ošetrovatelské péče na úrovni církve bylo i v této době primárně orientováno na léčbu ducha.

Období 19. století představovalo velký posun pro samotnou chirurgii, která se stala uznávanou vědeckou disciplínou, kdežto do té doby se jednalo o obor stavěný mimo medicínské obory, eventuálně na jejich pomezí. Postupně se začala měnit i hygiena jak v ošetrovatelství, tak i v práci chirurgů. Lidé si začali uvědomovat, že právě hygiena zásadně ovlivňuje procesy v chirurgii i v navazující ošetrovatelské práci. Velkým pokrokem bylo Listerovo objevení antiseptiky a další postupy sloužící ke zvýšení hygienického standardu (např. sterilizace s využitím napařovacích technik, používání sterilního oblečení, metodika pro dezinfekci rukou nebo práce ve sterilních gumových rukavicích). V 19. století se nejen díky zvýšení hygienických standardů měnil způsob krytí ran. Vliv měla i průmyslová revoluce, která umožnila lepší dostupnost aplikovaných materiálů, zejména gáz dodávaných společnostmi Hartmann. Obecně došlo k rozvoji používání sterilních materiálů, jako byly gáza, cupanina, vlna nebo bavlněné obvazy. Využití drénů bylo v této době již běžnou součástí chirurgické praxe.

Poslední teoretická kapitola je věnována vývoji chirurgického ošetrovatelství v moderních dějinách 20. století. Opět se na vývoji chirurgického ošetrovatelství podílely válečné konflikty, a to především obě světové války. V jejich průběhu se začala objevovat nová válečná zranění zapříčiněná novými bojovými technikami a zbraněmi. Nejkrvavějším konfliktem přitom byla první světová válka, ve které se bojovalo zejména na frontách a používaly se bojové plyny, výbušniny a další zbraně, které způsobovaly velmi drastická a rozsáhlá zranění. Rozvíjela se například oblast plastické chirurgie nebo protetiky stejně jako oblast sterilního krytí ran a využívaných nástrojů a materiálů pro chirurgické ošetrovatelství. V souvislosti s válečnými konflikty došlo navíc ve společnosti ke zvýšení nároků na počty sester, ať už přímo na frontách, nebo i mimo ně. Ošetrovatelskou péči navíc nepotřebovali ranění z války pouze bezprostředně po poranění, ale často i dlouhodobě v souvislosti s charakterem jejich ran.

V systému poskytování ošetrovatelské péče v uvedené době došlo k zásadní transformaci. Vliv na péči se přesunul mimo církve, a to do rukou politických, ekonomických a sociálních subjektů. Přínos je navíc možné spojovat i s Alicí Masarykovou, která se

zasadila o navázání přeshraniční spolupráce v období 1. republiky a sdílení poznatků mezi ošetřovatelkami z různých států, a to včetně USA. Přibližně v polovině 20. století došlo v nemocnicích k situaci, kdy byli církevní ošetřovatelky i ošetřovatelé nahrazeni civilními občany, kteří je do té doby spíše doplňovali. Historicky však byla církev dlouhodobě největším poskytovatelem ošetřovatelských služeb v naší historii. Církev však neopustila tuto oblast a aktuálně se specializuje především na poskytování charitativních a terénních služeb prostřednictvím svých neziskových organizací, jako je například Charita Česká republika. Nemocniční ošetřovatelská péče se díky této personální transformaci (nahrazení církevních zástupců školenými odborníky) stala profesionální službou, kterou vykonávají vzdělané osoby. V druhé polovině 20. století se vzdělávání začalo opírat především o střední zdravotnické školy. Od roku 1992 navíc byla nabídka vzdělávání rozšířena o možnost jeho zkvalitnění prostřednictvím studia na vysokých školách. Vedle poskytování nemocniční péče je však v oblasti ošetřovatelství velmi důležité i zmiňované provádění terénních služeb nebo péče přímo v rodině.

Na základě provedené analýzy textů je možné odpovědět na výzkumné otázky, které byly v této práci použity. První výzkumná otázka zkoumala, které dobové události ovlivnily vývoj chirurgického ošetřovatelství v historickém kontextu. Největší vliv na rozvoj chirurgického ošetřovatelství měly válečné konflikty. Ty generovaly velké množství chirurgických pacientů a díky zvýšenému množství poskytování ošetřovatelské činnosti bylo možné dosáhnout pokroku. Významného progresu bylo dosaženo zejména během krymské války nebo světových válek ve 20. století. Dále je třeba neopomenout objev antiseptik, antibiotik nebo celkový růst nároků na sterilitu a hygienické standardy během 19. a 20. století. Velký význam pak mělo založení ošetřovatelských škol spjaté s rozvojem vzdělanosti v této oblasti.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jakými změnami prošla ošetřovatelská péče o chirurgicky nemocné v rámci historického vývoje. Došlo k celkové transformaci od laické péče přes léčbu ducha až do aktuální podoby moderního chirurgického ošetřovatelství, jehož kvalita je velmi úzce napojena na dostupnost moderních technologií. Zejména ve 20. století rozvoj chirurgického ošetřovatelství ovlivnila technika, jako jsou například diagnostické a zobrazovací přístroje, ale také nové poznatky v oblasti medicíny. Nelze opomenout ani vliv sociálních faktorů, jako jsou růst populace, migrace obyvatel nebo rozvoj medicíny.

Obecně velkou změnou však byla adaptace na zvýšené hygienické standardy, která probíhala nejintenzivněji v průběhu 19. století, jelikož v té době si lidé začali uvědomovat, že úspěch léčby je velmi úzce napojen na čistotu a sterilitu ran chirurgických pacientů.

Třetí výzkumná otázka analyzovala to, jaký vývoj zaznamenalo chirurgické ošetřovatelství. Dlouhodobý vývoj ošetřovatelství poukázal na to, že poskytování ošetřovatelské péče vychází z hodnot společnosti. V rámci naší historie jsou to především náboženské hodnoty spjaté s křesťanskou vírou. V této souvislosti byla před vznikem křesťanství ošetřovatelská péče poskytována velmi laicky a stavěla na šamanských rituálech civilizací v době pravěku a starověku. Později s příchodem středověku a šířením katolické víry se péče velmi úzce napojila na činnost církve, která při svých kláštorech začala zakládat špitály a další potřebná zařízení. Primárně však kladla důraz na léčbu ducha. Teprve až s příchodem 19. století se velmi zásadně proměnilo vnímání ošetřovatelské péče a výrazně se začala zvyšovat její kvalita. Růst úrovně spojený s rozmachem vzdělanosti ošetřovatelek vedl k tomu, že v polovině 20. století se ošetřovatelství stalo profesionální službou poskytovanou zejména v nemocničních zařízeních školenými pracovníky. Tento profesionální systém se oddělil od církve, která jej však stále doplňuje, a to prostřednictvím poskytovaných terénních služeb.

Výstupem diplomové práce je ucelený text pojednávající o historickém vývoji chirurgického ošetřovatelství. Nejzásadnější okamžiky a posuny spjaté s chirurgickým ošetřovatelstvím byly zároveň pro přehlednost shrnuty a graficky vyobrazeny prostřednictvím časové osy na základě analýzy odborných textů. V důsledku získaných poznatků bylo zjištěno, že chirurgické ošetřovatelství je možné označit za mladý obor stejně jako dnešní moderní ošetřovatelství obecně. Teprve ve 20. století se staly samostatnými vědními obory a došlo k jejich zásadní profesionalizaci jakožto výsledku postupného historického vývoje. Využití získaných poznatků je možné například v rámci výuky klinické praxe. Práce může současně posloužit de facto každému čtenáři, který se o tuto problematiku zajímá, a to i z řad laické veřejnosti, jelikož byl kladen důraz na to, aby text byl srozumitelný právě i pro širokou veřejnost a osoby se zájmem o historický vývoj naší společnosti ve spojení s vývojem oboru chirurgie a chirurgické péče.

9 Seznam literatury

1. *Atlas světových dějin: pro střední školy*, 1995. Praha: Kartografie. ISBN 80-7011-343-X.
2. AUGUSTA, P. et al., 2015. *Novověk: dějepis pro základní školy a víceletá gymnázia*. Úvaly: ALBRA spol. s r.o., redakce SPL – Práce. ISBN 978-80-7361-102-6.
3. BĚLINA, P., 1995. *Historie*. Praha: Scientia. ISBN 80-85827-79-4.
4. BEZDIČKOVÁ, M. et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.
5. BINGHAM, J. et al, 2003. *Historie: 2 Novověk*. Praha: Scientia. ISBN 80-7200-779-3.
6. BINGHAM, J. et al., 2001. *Novověk posledních 500 let*. Havlíčkův Brod: Fragment. ISBN 80-7200-120-5.
7. BORKOVSKÝ, I., 1938. PRAEHISTORICA: acta Institutii praeistorici Univertatis Carolinae Pragensis. Praha: Prehistorický ústav Karlovy university. ISSN 0231-5432.
8. BRAUNOVINY, 2008. Injekční stříkačka prověřený geniální vynález. In: *Braunoviny.cz* [online]. 1. 3. 2008 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/injekcni-strikacka-provereny-genialni-vynalez>
9. BROOKE, E., 1997. *Ženy léčitelky: od starověku k současnosti*. Ostrava: OLDAG. ISBN 80-85954-25-7.
10. BUBEN, M. et al., 1995. *Svatí spojují národy: portréty evropských světců*. 2., rozš. vyd. Praha: Panevropa. ISBN 80-85846-07-1.
11. BUCHAN J., 2007. International recruitment of nurses: policy and practice in the United Kingdom. *Health Services Researche*. 42(3p2), 1321–1335. ISSN 1475-6773. DOI 10.1111/j.1475-6773.2007.00710.x.
12. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

13. CODACCIONI FILIPPI, A.-M. et al., 1994. *Dějiny 20. století: encyklopedie politického, ekonomického a kulturního dění*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0403-1.
14. CUŘÍNOVÁ, L., 2002. *Medicína a sociální činnost*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-254-5.
15. ČERNÝ, J., ŠMAJCLOVÁ, D., 2007. *Dějiny českobudějovické nemocnice. I. díl. (středověk – 1948)*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-239-9471-1.
16. ČÍHAL, P., 2015. *Léčení a léčitelství v lidové tradici*. Uherské Hradiště: Slovácké muzeum v Uherském Hradišti. ISBN 978-80-87671-22-1.
17. ČORNEJ, P., 2009. *Historie českých zemí*. 4. vyd. Praha: Fragment. ISBN 978-80-253-0919-3.
18. DALIMIL, MARALÍK, M., 1948. *Dalimilova kronika*. Praha: ELK.
19. DARROW, M. H., 1996. French volunteer nursing and the myth of war experience in World War I. *The American Historical Review*. 101(1), 80–106. ISSN 1937-5239.
20. DUINOVÁ, N., SUTCLIFFOVÁ, J., 1997. *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart. ISBN 80-85871-04-1.
21. *Dvory a rezidence ve středověku: [sborník příspěvků z kolokvia]*, 2006. Praha: Historický ústav AV ČR. ISBN 80-7286-095-X.
22. ECKSTEIN, A., 2014. *Abul-Kasim: Gelehrter und Pionier der arabischen Medizin: Begründer der modernen Chirurgie: (936–1013)*. Berlin: Iatros Verlag. ISBN 978-3-86963-820-1.
23. HALADA, J., 1984. *Osvícenství – věk rozumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
24. HALIOUA, B., 2004. *Medicína v době faraonů: lékaři, léčitelé, mágové a balzamovači*. Praha: Brána. ISBN 80-7243-229-X.
25. HARTMANN, 2019. Historie. *Hartmann.info* [online]. 25. 8. 2019 [cit. 2022-01-25]. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/kdo-jsme/l/cz/historie>

26. HISTORICKÝ ÚSTAV AV ČR, 2021. *Mediaevalia Historica Bohemica* [online]. Praha: Historický ústav AV ČR [cit. 2022-01-15]. ISSN 0862-979X. Dostupné z: <https://www.hiu.cas.cz/periodika/mediaevalia-historica-bohemica>
27. HORÁČKOVÁ, L. et al., 2004. *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 80-7204-274-2.
28. HRBKOVÁ, K., 2015. *Pravěk - naučné karty*. Prostějov: Computer Media. ISBN 978-80-7402-182-4.
29. JANDA, M. M. L., 2011. *Dějiny středověké Evropy: církev, politika a kultura*. Brno: M. M. L. Janda. ISBN 978-80-260-0639-8.
30. JANOVSÝ, V., 1930. *Slovník lékařský. Díl 1., A–L, Díl 2., L–Z a doplňky*. Praha: A. Wiesner.
31. JIRKOVSKÝ, D., 2008. *Vinohradské ošetrovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství v roce 2007: 22. listopadu 2007, Kongresové centrum, hotel Olšanka, Praha*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum Praha. ISBN 978-80-87244-14-2.
32. KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-123-3.
33. KALISTA, Z., 1941. *Blahoslavená Zdislava*. Olomouc: Dominikánská edice Krystal.
34. KAŠPÁRKOVÁ, J., 2009. Historie ošetrovatelství. In: *Mefanet.lpf.cuni.cz* [online]. 12. 11. 2009 [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=17>
35. KNEODLER, T. D. et al., 2017. Nursing throughout war times: political propaganda and professional valorization (1942–1945). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(2), 407–414. ISSN 1984-0446. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0440.
36. KNOBLOCH, J., 1988. Sestra v historii. *Zdravotnická pracovnice*. 38(12), 732–739. ISSN 0049 8572.

37. KOPEČEK, P., 2018. *Světové dějiny 20. století*. Praha: EPOCH. ISBN 978-80-7557-130-4.
38. KOSTLÁN, A., 1994. *Historie*. Praha: Scientia. ISBN 80-85827-71-9.
39. KOVAŘÍK, J., 2020. Příběh Florence Nightingalové: Jak získala přezdívku Dáma s lampou? In: *Stoplusjednicka.cz* [online]. 4. 5. 2020 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.stoplusjednicka.cz/pribeh-florence-nightingalove-jak-ziskala-prezdivku-dama-s-lampou>
40. KRAUSOVÁ, K., 2010. Historie českého ošetrovatelství do roku 1989. *Florence*. 6(3), 11–13. ISSN 2570-4915.
41. KREJČÍ, M., 1974. *Chirurgie pro ošetrovatelky* [online]. Praha: Avicenum [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc15034085>
42. KUKLÍK, J., 1998. *Dějiny 20. století: učebnice pro střední školy*. 2. vyd. Praha: Práce. ISBN 80-208-0454-4.
43. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
44. LENDEROVÁ, M. et al., 2001. *Dějiny každodennosti „dlouhého“ 19. století*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 80-7194-414-9.
45. LNĚNIČKOVÁ, J., 1995. *České země v době osvícenství*. Praha: Albatros. ISBN 80-00-00233-7.
46. MANDELOVÁ, H. et al., 2004. *Dějiny 20. století*. Liberec: Dialog. ISBN 80-86761-23-1.
47. MANDELOVÁ, H., 1995. *Pravěk, starověk: [učební pomůcka dějepisu pro 2. stupeň základní školy a víceletá gymnázia]*. Praha: Kartografie. ISBN 80-7011-340-5.
48. MARC, B., 2002. Les infirmières dans les premiers temps de la guerre de 1914-1918 [Nurses in the first times of World War one]. *Histoire des sciences médicales*. 36(4), 409-21. ISSN 0440-8888.
49. MÄRTL, C., 2007. *Středověk: 101 nejdůležitějších otázek*. Velké Bílovice: TeMi CZ. ISBN 978-80-903873-7-9.

50. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2009. Metodický pokyn k zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, kterým se stanoví pravidla průběhu studia pro účastníky specializačního vzdělávání. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 6, 43–62 [cit. 2022-01-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/3628/36956/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%206-2009.pdf>
51. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Koncepce ošetrovatelství [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-01-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
52. MLÝNKOVÁ, J., 2009. Československý červený kříž v ošetrovatelství a ošetrovatelském školství. *Florence*. 11, 11–12. ISSN 1801-464X.
53. NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K., 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum.
54. *OPERA HISTORICA: ČASOPIS PRO DĚJINY RANÉHO NOVOVĚKU*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1991-. ISSN 1805-790X.
55. OPLETAL, L., OPLETALOVÁ, V., 1999. *Lék a jeho vývoj v dějinách*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-772-0.
56. PALIVEC, V., 2005. *Staropražské lékařské památky*. Praha: Libri. ISBN 80-7277-220-1.
57. PARKER, S., 2012. *Pravěk*. Praha: Cooboo. ISBN 978-80-7447-101-8.
58. PESCHKE, H., 2008. *Středověk*. Plzeň: Fraus. ISBN 978-80-7238-706-9.
59. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2008. *Výbrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-506-5.
60. POHLOVÁ, A., 2008. Osobnosti u zrodu profesionálního ošetrovatelského vzdělávání. *Sestra*. 18(4), 17. ISSN 1210-0404.

61. POKRIVČÁK, T., 2014. *Chirurgie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.
62. PORTER, R., 2001. *Největší dobrodiní lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor. ISBN 80-7260-052-4.
63. PORTER, R., 2013. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. 2. vyd. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-287-2.
64. PROULX, D., BOURCIER, B., 2008. Graduate Nurses in the Intensive Care Unit: An Orientation Model. *Critical Care Nurse* [online]. 28(4), 44–53 [cit. 2022-02-17]. ISSN 1940-8250. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18669706>
65. ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2006. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1503-1.
66. SABBATANI, S., FIORINO, S., 2017. The treatment of wounds during World War I. *Infesz Med.* 25(2), 184–192. ISSN 1124-9390.
67. SIEWERT, J. R., ALLGÖWER, M., 1998. *Chirurgie*. Berlin: Springer. ISBN 3-540-61411-7.
68. SLABOTINSKÝ, R., STÖHROVÁ, P., 2013. *Po stopách zdraví a nemoci člověka a zvířat II: k historii a současnosti medicíny, farmacie a veterinárního lékařství*. Brno: Technické muzeum. ISBN 978-80-86413-99-0.
69. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
70. STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry. 7, Galerie historických osobností*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-329-5.
71. STAŇKOVÁ, M., 2003. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče. *Sestra*. 13(2), 18. ISSN 1210-0404.
72. STROUHAL, E. et al., 2010. *Lékařství starých Egyptanů I: staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1865-6.
73. STŘEDOVÁ, V., 2006. *České, slovenské a československé dějiny 20. století*. Ústí nad Orlicí: Oftis. ISBN 80-86845-63-X.

74. SUCHÁNEK, D., DRŠKA, V., 2018. *Církevní dějiny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3720-1.
75. SULITKOVÁ, L., 2011. Města ve středověku a raném novověku jako badatelské téma posledních dvou desetiletí. *Ústecký sborník historický*. 2, 85–87. ISSN 0231-9349.
76. SVOBODNÝ, P., 2020. *Nemocnice a sanatoria*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7637-124-8.
77. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1.
78. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 1999. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-315-0.
79. ŠKOCHOVÁ, D., 2005. Od Florence k dnešku. *Florence*. 1(1), 15–17. ISSN 1801-464X.
80. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H., 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-407-0.
81. ŠORM, A., 1932. *Blahoslavená Anežka Přemyslovna: sborník jubilejní*. Praha: Kropáč & Kucharský.
82. ŠTEINER, I., 2015. *Historie české patologie*. Dvůr Králové nad Labem: ATD pro Česká patologie, o.s., Praha. ISBN 978-80-86358-20-8.
83. ŠVÁB, J., 2016. *Kapitoly z dějin chirurgie v českých zemích*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3238-4.
84. ŠVEJDOVÁ, K., 2011. *Historie ošetrovatelství a medicíny*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-645-4.
85. TORRANCE, C., SERGINSON, E., 1999. *Surgical nursing*. 12th ed. London: Baillière Tindall. ISBN 0-7020-1969-0.
86. TRAUB, H., 1920. *Dějiny 19. století*. Brno: A. Píša.

87. URDANG, L., 2004. *The Bantam Medical Dictionary*. New York: Market House. ISBN 0-553-28498-3.
88. VALENTA, J., 2003. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0644-5.
89. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
90. WAGNER, E., MUDRA, M., 2006. *Středověk: doba předhusitská a husitská*. Praha: Aventinum. ISBN 80-86858-23-5.
91. WEISS, V., 2007. *Dějiny chirurgie v Čechách*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1281-2.
92. YATES, F. A., 2000. *Rozenkruciánské osvícenství: fascinující pohled do historie, alchymie a událostí, které vedly k Bílé Hoře*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-667-0.
93. ZELENÍKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
94. ZEMAN, M. et al., 1993. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. ISBN 80-85623-45-5.

10 Příloha

Historie chirurgického ošetřovatelství

Starověk

Pokrokovost tehdejších vyspělých civilizací se projevila i na jejich přístupu k péči o nemocné a zraněné. Významný vliv mělo náboženství a vzývání božské síly, včetně podávání obětí bohům. Pokroku bylo dosaženo zejména ve starověkém Egyptě, Číně, Mezopotámii, Indii a antickém Řecku a Římě

Moderní dějiny

Rozvoj v 21. století opět ovlivnily vlečné konflikty. Ty způsobily například nárůst požadavků na počet zdravotnického a ošetřovatelského personálu. Ošetřovatelská profese se odklonila od církve a začala být vykonávána školnými profesionály z řad široké veřejnosti. Zvyšovaly se hygienické standardy a objevilo se mnoho nových metod a technologií (např. ultrazvuk), které zkvalitnily a zefektivnily poskytovanou péči.

