

Ilona Plevová a kolektiv

Ošetrovatelství I

2., přepracované a doplněné vydání





Ilona Plevová a kolektiv

Ošetřovatelství I

2., přepracované a doplněné vydání

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

OŠETŘOVATELSTVÍ I **2., přepracované a doplněné vydání**

Hlavní autorka a editorka: PhDr. Ilona Plevová, PhD.

Autorský kolektiv: doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., Mgr. Eva Janíková, prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Mgr. Alena Machová, PhDr. Ilona Plevová, PhD., PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Regina Slowik, DiS., doc. Mgr. Martina Tomagová, Ph.D., PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D.

Recenzentky: doc. Mgr. Elena Gurková, PhD., doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2018

Cover Photo © depositphotos.com, 2018

Vydala Grada Publishing, a.s.,
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 7037. publikaci
Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková
Sazba a zlom Karel Mikula
Počet stran 288
2. vydání, Praha 2018
Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-2327-8 (ePub)

ISBN 978-80-271-2326-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-0888-6 (print)

Obsah

Úvod	11
1 Historie ošetrovatelství	
Ilona Plevová, Regina Slowik	13
1.1 Ošetrovatelství v nejstarších dobách	13
1.2 Význam církve pro vývoj ošetrovatelství	14
1.3 Válečné ošetrovatelství	17
1.4 Počátky ošetrovatelství v českých zemích	19
1.4.1 Vývoj ošetrovatelství do roku 1918	21
1.4.2 Vývoj ošetrovatelství v letech 1918–1939	22
1.4.3 České ošetrovatelství v době fašistické okupace 1939–1945	22
1.4.4 České ošetrovatelství po roce 1945	23
1.5 Vybrané významné osobnosti světového ošetrovatelství	25
1.5.1 Florence Nightingalová	25
1.5.2 Henri Jean Dunant	29
1.5.3 prof. MUDr. Nikolaj Ivanovič Pirogov	30
1.5.4 Theodor Fliedner	31
1.6 Vybrané významné osobnosti českého ošetrovatelství	31
1.6.1 Anežka Přemyslovna	31
1.6.2 Karolina Světlá	32
1.6.3 Eliška Krásnohorská	33
1.6.4 PhDr. Alice Masaryková	33
1.6.5 doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.	34
1.7 Historie porodnického ošetrovatelství	35
1.7.1 Porodní asistentka	35
1.7.2 Publikace a vzdělání v porodnickém ošetrovatelství	37
1.7.3 Porodnické školy	40
1.7.4 Babictví (porodnictví) jako profese	40
2 Vzdělávání v ošetrovatelství	
Ilona Plevová	43
2.1 Počátky vzdělávání	43
2.2 Vzdělávání po roce 1989	45
2.2.1 Vzdělávání a legislativa	46

2.2.2	Pregraduální studium	48
2.2.3	Postgraduální studium	50
2.3	Mentorství v ošetrovatelské praxi	51
3	Současné ošetrovatelství	
	Ilona Plevová, Eva Janíková, Regina Slowik	57
3.1	Koncepce ošetrovatelství	58
3.2	Definice ošetrovatelství	59
3.3	Cíle ošetrovatelství	61
3.4	Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství	61
3.5	Regulované povolání	62
3.6	Registrace zdravotnických pracovníků	64
3.7	Profesní organizace sester a porodních asistentek	65
	3.7.1 České profesní organizace	66
	3.7.2 Mezinárodní profesní organizace	71
3.8	Ošetrovatelský tým	73
3.9	Formy a metody poskytování péče	73
	3.9.1 Vymezení ošetrovatelské péče	73
	3.9.2 Formy ošetrovatelské péče	75
	3.9.3 Metody ošetrovatelské péče	78
4	Role sestry a pacienta	
	Lucie Sikorová	81
4.1	Profesionalizace sestry	81
4.2	Profesionální role	81
4.3	Role sestry	82
4.4	Image sestry	86
4.5	Role pacienta	87
	4.5.1 Role nemocničního pacienta	88
4.6	Osobnost sestry a pacienta	89
	4.6.1 Osobnost zdravotníka	89
	4.6.2 Osobnost sestry	89
	4.6.3 Osobnost pacienta	93
4.7	Spolupráce sester ve zdravotnictví	95
4.8	Vztahy mezi zdravotníky a nemocnými	96
	4.8.1 Kladné přijetí člověka	98
4.9	Spolupráce s pacientem	100
4.10	Spolupráce sester a lékařů	101
4.11	Vztahy mezi sestrami	104
4.12	Spolupráce mezi pacienty	105

5 Ošetrovatelský proces	
Martina Tomagová	106
5.1 Posouzení	111
5.1.1 Pozorování	113
5.1.2 Rozhovor	114
5.1.3 Fyzikální vyšetření	115
5.1.4 Měřicí nástroje	115
5.2 Diagnostika	116
5.2.1 Diagnostický proces	118
5.3 Plánování	120
5.3.1 Stanovení priorit	120
5.3.2 Formulace cílů	120
5.3.3 Plánování intervencí	122
5.4 Realizace	125
5.4.1 Ošetrovatelské intervence	125
5.4.2 Proces realizace	126
5.5 Vyhodnocení	127
5.5.1 Ošetrovatelská dokumentace	129
6 Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství	
Alena Machová	131
6.1 Úvod do problematiky konceptuálních modelů a teorií ošetrovatelství	131
6.1.1 Konceptuální modely	133
6.1.2 Teorie ošetrovatelství	135
6.2 Model sebedpěče – Dorothea Elisabeth Oremová	138
6.2.1 Biografie autorky	138
6.2.2 Vývoj modelu sebedpěče	139
6.2.3 Asumpce (předpoklady) modelu	140
6.2.4 Hlavní jednotky modelu	140
6.2.5 Metaparadigmatické pojmy modelu	141
6.2.6 Základní pojmy a definice modelu	142
6.2.7 Ošetrovatelský proces v modelu D. Oremové	144
6.2.8 Využití modelu sebedpěče ve výuce a ošetrovatelské praxi	145
6.3 Adaptační model Callisty Royové	146
6.3.1 Biografie autorky	146
6.3.2 Vývoj adaptačního modelu	147
6.3.3 Asumpce (předpoklady) modelu	148
6.3.4 Hlavní jednotky modelu	148

6.3.5	Metaparadigmatické pojmy modelu	149
6.3.6	Základní pojmy a definice modelu	149
6.3.7	Ošetřovatelský proces v modelu C. Royové	151
6.3.8	Využití adaptačního modelu ve výuce a ošetřovatelské praxi	153
6.4	Teorie čtyř konzervačních principů – Myra Estrin Levinová	155
6.4.1	Biografie autorky	155
6.4.2	Vývoj teorie čtyř konzervačních principů	156
6.4.3	Asumpce (předpoklady) modelu	156
6.4.4	Hlavní jednotky modelu	157
6.4.5	Metaparadigmatické pojmy modelu	158
6.4.6	Základní pojmy a definice modelu	159
6.4.7	Ošetřovatelský proces v teorii Levinové	162
6.4.8	Využití teorie čtyř konzervačních principů ve výuce a ošetřovatelské praxi	163
6.5	Teorie interakčních systémů, teorie dosažení cíle Imogene Kingové	164
6.5.1	Biografie autorky	164
6.5.2	Vývoj teorie dosažení cíle	165
6.5.3	Asumpce (předpoklady) modelu	166
6.5.4	Hlavní jednotky modelu	166
6.5.5	Metaparadigmatické pojmy modelu	167
6.5.6	Základní pojmy a definice modelu	168
6.5.7	Ošetřovatelský proces v modelu Kingové	171
6.5.8	Využití teorie otevřených systémů ve výuce a ošetřovatelské praxi	172
6.6	Teorie pokojného konce života Cornelie M. Rulandové a Shirley M. Moorové	173
6.6.1	Biografie Cornelie M. Rulandové	173
6.6.2	Biografie Shirley M. Moorové	174
6.6.3	Vývoj teorie pokojného konce života	175
6.6.4	Asumpce (předpoklady) modelu	176
6.6.5	Hlavní jednotky modelu	176
6.6.6	Metaparadigmatické pojmy teorie	178
6.6.7	Hlavní pojmy a definice modelu	179
6.6.8	Ošetřovatelský proces v teorii Rulandové a Moorové	180

6.6.9	Využití teorie pokojného konce života ve výuce a ošetrovatelské praxi	182
6.7	Rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví – Marjory Gordonová	183
6.7.1	Biografie autorky	183
6.7.2	Vývoj rámce pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví	183
6.7.3	Asumpce (předpoklady)	185
6.7.4	Hlavní jednotky	185
6.7.5	Metaparadigmatické pojmy	186
6.7.6	Hlavní pojmy a definice rámce funkčních a dysfunkčních vzorců	186
6.7.7	Ošetrovatelský proces podle M. Gordonové	189
6.7.8	Využití rámce pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví ve výuce a ošetrovatelské praxi	190
7	Klasifikační systémy v ošetrovatelství	
	Renáta Zeleníková	192
7.1	Vývoj klasifikačních systémů v ošetrovatelství	192
7.2	Klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA International	196
7.2.1	Rozvoj ošetrovatelské diagnostiky	196
7.2.2	Vznik a vývoj NANDA International	197
7.2.3	Taxonomie I NANDA-I	199
7.2.4	Taxonomie II NANDA-I	200
7.3	Klasifikace ošetrovatelských intervencí – <i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i>	204
7.4	Klasifikace ošetrovatelských výsledků – <i>Nursing Outcomes Classification (NOC)</i>	207
7.5	Aliance NNN	211
7.6	Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe – <i>International Classification of Nursing Practice (ICNP)</i>	214
8	Výzkum v ošetrovatelství	
	Radka Bužgová	218
8.1	Rozdělení výzkumu	219
8.1.1	Observační výzkumy	219
8.1.2	Experimentální (intervenční) výzkumy	219
8.1.3	Kvantitativní výzkum	220

8.1.4	Kvalitativní výzkum . . . . .	.220
8.2	Základní pojmy ve výzkumu . . . . .	.221
8.3	Výzkumný proces . . . . .	.223
8.4	Vymezení zkoumaného problému . . . . .	.224
8.5	Výběr vzorku . . . . .	.224
8.5.1	Výběr vzorku v kvantitativním výzkumu . . . . .	.224
8.5.2	Výběr vzorku v kvalitativním výzkumu . . . . .	.227
8.6	Metody a techniky sběru dat . . . . .	.227
8.6.1	Pozorování . . . . .	.228
8.6.2	Dotazník . . . . .	.229
8.6.3	Rozhovor . . . . .	.232
8.6.4	Techniky studia dokumentů . . . . .	.233
8.6.5	Kazuistika . . . . .	.234
8.7	Analýza dat . . . . .	.235
8.7.1	Analýza kvantitativních dat . . . . .	.235
8.7.2	Analýza kvalitativních dat . . . . .	.236
8.8	Prezentace a publikování výsledků výzkumu . . . . .	.237
9	Praxe založená na důkazech v ošetrovatelství (EBN)	
	Darja Jarošová . . . . .	.238
9.1	Praxe založená na důkazech (EBP) . . . . .	.238
9.2	Proces a fáze EBP v ošetrovatelství . . . . .	.239
9.2.1	Krok 1 – Formulace klinické otázky . . . . .	.239
9.2.2	Krok 2 – Systematické vyhledání nejlepšího dostupného důkazu . . . . .	.242
9.2.3	Krok 3 – Kritické posouzení důkazu . . . . .	.245
9.2.4	Krok 4 – Aplikace důkazu do klinické praxe . . . . .	.249
9.2.5	Krok 5 – Zhodnocení výsledku implementace důkazu (intervence) . . . . .	.250
9.3	Klinické doporučené postupy . . . . .	.251
	Seznam bibliografických zdrojů . . . . .	.253
	Přílohy . . . . .	.274
	Příloha č. 1 . . . . .	.274
	Příloha č. 2 . . . . .	.276
	Slovníček pojmů . . . . .	.277
	Rejstřík . . . . .	.282
	Souhrn . . . . .	.285
	Summary . . . . .	.286

Úvod

Ošetřovatelství je z historického pohledu láska k lidem, moudrost a pomoc, a i když prošlo během svého vývoje velkými změnami, stále si zachovalo svůj osobitý charakter.

Konec 20. a počátek 21. století je pro ošetřovatelství obdobím největších změn. Obor mnohem výrazněji vymezuje své specifické a nezastupitelné teritorium. Požadavky na ošetřovatelskou péči se neustále zvyšují. Tato náročná péče zahrnuje velmi pestrou škálu různě obtížných činností a klade vysoké nároky na behaviorální stránku ošetřovatelského povolání. Ošetřovatelská péče se rozděluje na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou, a zároveň představuje velmi rozmanité činnosti, které jsou realizované pracovníky oboru ošetřovatelství s různým stupněm vzdělání. Vzdělávání všeobecných sester a dalších pracovníků, kteří zajišťují ošetřovatelskou péči, je v celé historii ovlivňováno řadou domácích, ale i mezinárodních faktorů (např. společenských, politických, ekonomických, právních, postavení žen ve společnosti a dalších). S rozvojem medicíny a vstupem stále složitějších technologií do medicíny se postupně měnila i role nelékařských zdravotnických profesionálů. Od všech těchto pracovníků se v moderním ošetřovatelství očekává flexibilita, schopnost reagovat na změny ve vývoji léčby. V souvislosti s tím je vše podmíněno nezbytným celoživotním vzděláváním.

Nejvýznamnější změny, jimiž prošla ošetřovatelská profese, lze zhruba vymezit následovně:

- Ošetřovatelství se profiluje jako profese s přesně definovanými kompetencemi v rámci zdravotní péče.
- Ošetřovatelství se orientuje na péči ve zdraví (tj. předcházení onemocnění) a v nemoci.
- Ošetřovatelství se orientuje na stále se zvyšující kvalitu poskytované ošetřovatelské péče.
- Ošetřovatelství je vědní disciplínou a výzkum v ošetřovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí.
- Ošetřovatelství uplatňuje praxi založenou na důkazech (*evidence based practice*), ošetřovatelství založené na důkazech (*evidence based nursing*).

- Ošetrovatelství a jeho nositelky – sestry, porodní asistentky a další profese – se stávají edukátorkami pacientů/klientů různých národností a vyznání.

Tato a další specifika jsou zahrnuta v předkládané aktualizované knize. Kniha podává komplexní informace o ošetrovatelství tak, aby se studenti zdravotnických oborů, kterým je tato publikace určena, dokázali v tak široké oblasti orientovat a získali potřebné teoretické informace v ucelené podobě. Na první díl, který nyní držíte v ruce, navazuje díl druhý, doplněný o další oblasti týkající se ošetrovatelství.

1 Historie ošetrovatelství

Ilona Plevová, Regina Slowik

Rozvoj ošetrovatelství v různých zemích má některé společné znaky, ale i řadu odlišností. Ošetrovatelství bylo vždy ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, politickými faktory, válkami, vědeckými objevy i význačnými jedinci – osobnostmi. Tyto faktory působí vždy v určitém vzájemném vztahu, proto není možné jejich vliv chápat zcela odděleně (Jarošová, 2000).

Ošetrovatelství bylo jako profese ovlivňováno během historického období třemi vývojovými liniemi – třemi hlavními směry v péči o nemocné:

- **neprofesionální ošetrovatelství** – platil zde starý tradiční systém ošetřování – opatrování, ve kterém se člověk ošetřuje sám (péče o sebe, péče o rodinu, péče v rodině a komunitě, laická pomoc, navzájem si pomáhat)
- **charitativní ošetrovatelství** – ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku v jeho složité životní situaci, jakou je nemoc a utrpení; šlo o uspokojování základních potřeb a vycházelo z hlubokých humánních tradic a náboženského přesvědčení
- **profesionální ošetrovatelství** – rozvinulo se s vývojem medicíny (srov. Farkašová a kol., 2006; Plevová, Slowik, 2008)

1.1 Ošetrovatelství v nejstarších dobách

Náboženství zahrnovalo širokou škálu přesvědčení od nadpřirozených sil neživých předmětů, jako jsou talismany, amulety a totemy, k uctívání předků a víře v existenci duchů a bohů, kteří mají osud lidí ve svých rukou. Tyto názory byly základem vzniku různých náboženství.

Mnoho magických praktik vzniklo na základě nemoci, která potřebovala pomoc zvenku. Postupně se začaly užívat čaje, odvary a další medikamenty, jež měly ve spojení s vírou velký účinek. Odtud pramenila kouzla a zařikávání používaná v dávných dobách jak při léčení, tak v prevenci různých onemocnění. Postupně se od primitivních léčitelů přenesla péče o nemocné do mnoha náboženských řádů (WHO, 1997a).

Nemocní začali přicházet do chrámů, kde se kněží modlili za jejich vyléčení nebo pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy – původce nemocí. Kněží tak vešli do povědomí jako kněží-lékaři.

Ošetrovatelská péče v domácnostech byla poskytována matkami nebo jinými členy domácnosti a otroky (Jarošová, 1999).

Kolem 11. století se rozmáhá laická péče o nemocné a choré. Nemocní totiž rušili klášterní klid, a tak péče o ně začala být předávána laikům. Z této iniciativy se na mnoha místech vyvinula ošetrovatelská společenstva, z nichž pak povstaly světské řády, jejichž členové pocházeli ze všech stavů (Schott, 1997).

Od doby, kdy začaly vznikat špitály, se začíná vyvíjet i pozice ošetrovatelství. Důležitým zlomem byla krymská válka a vliv osobnosti Florence Nightingalové a jejích ošetrovatelských praktik. Od této doby ošetrovatelství nabírá profesní směr díky zakládání ošetrovatelských škol, vydáváním knih, vznikem spolků sester a hlavně rostoucí potřebou kvalifikovaného personálu (Plevová, Holešová, 2005).

1.2 Význam církve pro vývoj ošetrovatelství

Charitativní a řádové ošetrovatelství otevírá velmi dlouhou etapu historického vývoje péče o nemocné označovanou jako ošetrovatelství laické. Jeho počátky sahají do raného středověku doprovázeného šířením křesťanství (Staňková, 2003).

Křesťanská víra, že služba člověku je vlastně službou Bohu, vedla v 1. století n. l. mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetrovaly nemocné lidi (Jarošová, 1999). Křesťanská láska byla věřícími vyjádřena zejména životem v pokoře a chudobě, milosrdenstvím, pomocí bližnímu. Takto orientovaní lidé se sdružovali do skupin, aby následovali Kristovo učení. Z nich pak postupně vznikaly první křesťanské řády, jejichž posláním bylo mj. pečovat o nemocné. Zde byly položeny základy klášterní medicíny spojené s péčí o základní potřeby nemocných, postižených, chudých a trpících lidí. Ve 4. století začaly pro tyto účely vznikat první kláštery a mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné lidi.

Zatímco katolická církev orientovala nové církevní řády k poskytování péče potřebným lidem převážně v kláštorech a špitálech, protestantská církev se zaměřovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě. O nemocné se v protestantských zemích staraly zejména diakonky.

Rozvoj řádů a kongregací (tab. 1) s charitativním a ošetrovatelským zaměřením byl ovlivněn především rozhodnutím papeže Řehoře Velikého, který v roce 817 uložil klášterům povinnost péče o chudé, postižené a nemocné.

Kláštery i špitály byly budovány převážně příslušníky panovnických rodů. Později se k nim přidala další majetná šlechta i různí zámožní měšťané.

Původní špitály byly zřizovány při kláštorech. Jednalo se zpravidla o pokoj s 12 postelemi (počet apoštolů) spojený s kaplí nebo klášterem. Špitály byly určeny pro zchudlé měšťany a nemocné, pro kupce a pocestné, ale i pro zámožnější osoby, které si v nich předplatily doživotní byt, stravu a péči (Jarošová, 1999; Staňková, 2003). Podle benediktinské řehole byl klášter povinen pečovat o všechny nemocné a potřebné v širokém okolí. Musel jim poskytnout jak přístřeší, tak přiměřenou léčbu. K zaopatření chudých, nemocných a cizinců existovaly v kláštorech různé formy ubytovacích zařízení: dům pro chudé poutníky (*hospitale pauperum*), dům pro bohaté poutníky (*hospitium*) a nemocnice pro mnichy (*infirmarium*) (Schott, 1997; Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Charita (charitativní práce) byla ve středověku, jak uvádí Staňková (2003), velmi rozšířená, avšak působila značně roztržštěně. První zdařilý pokus o sjednocení této dobrovolné charitativní péče se objevil v 17. století ve Francii zásluhou kněze sv. Vincenta. Ekonomický rozvoj společnosti a průmyslová revoluce v 19. století vedly ke zhoršení sociální situace obyvatelstva, v charitativním hnutí vznikla naléhavá potřeba vytvoření organizované sítě. Jen v Evropě existovalo mnoho charitativních skupin zaměřených na sociálně pedagogickou a ošetrovatelskou práci, na pomoc především chudým, nemocným či jinak trpícím lidem. Katolická charita byla po vzoru jiných zemí vytvořena také v Československu v roce 1922. Sdružení Česká katolická charita je součástí římskokatolické církve. Pomáhá bližním v nouzi bez ohledu na jejich příslušnost k náboženství, národnosti či rase.

Výraz **diakonie** je odvozen od řeckého slova *diakonein* – sloužit, pomáhat. Sahá do raných křesťanských dob. Původně šlo o posluhování u stolu, později tak křesťané označovali služebníky Boží, muže v apoštolské službě. V následujících letech šlo především o služby sociální a správní. Již v 1. století n. l. se vytvořil stav ženských služebnic – diakonek. Organizovaná činnost diakonek však postupně zanikla. Teprve v době reformace v 18., a hlavně v 19. století začala podle Staňkové

Tab. 1 Nejznámější církevní ošetřovatelské řády a kongregace (Staňková, 2003)

Název řádu	Založen
6.–10. století	
benediktini	r. 529 u nás v 10. století
11. století	
johanité	okolo r. 1040 u nás r. 1156
Vojenský a špitální řád rytířů sv. Lazara Jeruzalémského	r. 1098 u nás r. 1154
12. století	
suverénní Vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty (řád maltézských rytířů)	r. 1119
johanitky	před r. 1182
13. století	
rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou	r. 1233
16. století	
řád Milosrdných bratří (hospitálský řád sv. Jana z Boha)	r. 1572 u nás r. 1605
17. století	
řád sv. Alžběty	r. 1627 u nás r. 1719
kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského	r. 1652 u nás r. 1856
19. a 20. století	
kongregace šedých sester (pražské)	r. 1856
různé kongregace III. řádu sv. Františka	19. a 20. století
česká kongregace sv. Zdislavy	kolem r. 1889

(2001) diakonie znovu působit díky reformním nekatolickým církvím, jejichž příslušníci se nazývali evangelíky. Hlavním představitelem byl německý pastor Theodor Fliedner, který se charitativní ošetřovatelskou službou inspiroval v Nizozemsku a Anglii a začal práci diako-

nek organizovat. V roce 1833 založil mateřskou školu s hlavní náplní výchovy protestantských učitelek a ošetrovatelek nemocných pro nemocnice a farní sbory (Staňková, 2003). V roce 1836 založil spolek pro vzdělávání žen v ošetrovatelství, nemocnici a mateřský dům diakonek. Diakonky pečovaly o lidi v nemocnici, v jejich domovech a na požádání i v jiných nemocnicích. Prošly teoretickou i praktickou přípravou vedenou lékařem a musely složit zkoušku z farmacie. V roce 1864 již pracovalo více než 430 proškolených diakonek, které sloužily na stovce míst. Působily všude, kde jich bylo nejvíce zapotřebí (v době války i v poválečném období, při pohromách, doma i v zahraničí). Za svou práci nedostávaly žádné peníze, ale bylo postaráno o jejich základní potřeby, a to i ve stáří. Díky Fliednerovi se staly diakonky velmi známými (Staňková, 2001).

1.3 Válečné ošetrovatelství

Ve starověku se o nemocné a zraněné vojáky starali otroci. Římané při svém imperiálním tažení Evropou stavěli velké, dobře organizované lazarety, v nichž pečovali o nemocné a zraněné vojáky v době jejich pobytu v zahraničí.

Křížácké výpravy, náboženské války vedené v letech 1095–1121 západními Evropany proti muslimům za účelem znovuzískání Svaté země, byly celkově neúspěšné. Z ošetrovatelského hlediska však vedly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetrovatelských řádů, jež pečovaly o křížáky. Cíle těchto řádů byly jak náboženské, tak vojenské a jejich vliv je zejména v kombinaci náboženského prvku (ošetrovatelství jako povolání) a vojenských způsobů (přísná pravidla a vojenská hierarchie ošetrovatelství), které se promítly do způsobů ošetřování v pozdější době (WHO, 1997a). Mnoho ošetrovatelských tradic má podle Jarošové (1999) původ ve vojenském ošetrovatelství. Patří sem přísná morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetrovatelských jednotek s velkými pokoji pro pacienty s lehkým onemocněním, postranními pokoji pro pacienty vážněji nemocné a boxy pro pacienty v kritickém stavu. I když zakládání nemocnic vojenskými ošetrovatelskými řády znamenalo jistý pokrok, vojenská medicína se rozvíjela pomalu. Teprve na konci 18. století se stálé armádní nemocnice, včetně polních, staly součástí armády.