



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Materiální zajištění špitálů v českých zemích ve středověku a raném novověku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Lucie Rožďalovská

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

České Budějovice 2018

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je zachytit duchovní kořeny a přiblížit zakládání špitálů, infirmárií nebo leprosárií. Jejich rozšíření v českých zemích od středověku do konce 18. století, kdy začínaly vznikat moderní nemocnice a další specializovaná zdravotnická zařízení. Specifika založení a provozování špitálů, majetkové a peněžní zajištění. Nakládání s majetkem špitálu. Druhy zařízení, která byla ve středověku a raném novověku zřizována a provozována. Důležité bylo i postavení fundátora při založení špitálu.

Postupnou transformaci jednotlivých zařízení od útulků pro pocestné, přes špitály až po počátky zřizování ústavů/nemocnic, z nichž některé fungují i dnes.

Kromě materiálů a informací od českých autorů, byly použity materiály a informace od autorů ze sousedních zemí, zejména z německy mluvících oblastí.

V úvodní části bakalářské práce jsem popsala druhy zařízení péče o postižené a potřebné. Historii a jejich vývoj až do Josefských reforem.

V další části jsem na základě studia relevantní literatury zodpověděla otázky, které jsem si položila.

Práci jsem se snažila vypracovat nezaujatě k jakékoliv zkoumané oblasti.

Abstrakt

The aim of the bachelor thesis is to capture the spiritual roots and to bring about the establishment of hospitals, infirmaries or leprosy. Their expansion in the Czech lands from the Middle Ages to the end of the 18th century, when modern hospitals and other specialized medical facilities began to emerge. The specifics of the establishment and operation of hospitals, property and money reinsurance. Management of hospital property. Types of devices that were established and operated in the Middle Ages and Early Modern Times. The founder's position at the establishment of the hospital was also important.

The gradual transformation of individual facilities from shelters for travel, hospitals to institutes / hospitals, some of which still work today.

In addition to materials and information from Czech authors, materials and information from authors from neighboring countries, especially German-speaking areas, were used.

In the introductory part of the bachelor thesis I have described the types of care facilities for handicapped and necessary. History and their development until Josephine reforms.

In the next section, on the basis of the study of relevant literature, I answered the questions I asked myself.

I have tried to work in an unbiased way to any area under study.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Zdeňkovi Žaludovi za zadání tématu a zapůjčení literatury, která mi pomohla při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za vedení této práce, trpělivost a rady. Další poděkování patří zástupcům církve (hlavně v Břevnovském klášteře) za poskytnutí vodítek vedoucích k dalším inspirativním, podnětným a potřebným informacím. Připojuji rovněž poděkování své rodině a přátelům za jejich podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Materiální zajištění špitálů v českých zemích ve středověku a raném novověku jsem vypracoval/a 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 bakalářské/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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Ústí nad Labem dne

.....

podpis

Úvod

Bakalářská práce bude vedena jako teoretická historická práce, dle základních závazných pravidel pro zpracování závěrečných, tedy bakalářských a diplomových prací studentek a studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (dále jen ZSF JU) pro akademický rok 2012/2013 a následující.

Bakalářskou práci: **Materiální zajištění špitálů v českých zemích ve středověku a raném novověku** jsem si vybrala z důvodu, že se zajímám o historii. Historie, a především tato část historie, je mým oblíbeným obdobím. Při výběru tématu jsem ani na chvíli nezapochovala nad tím, zda vypracovávání bude lehké nebo těžké. Právě proto, že se o historii zajímám.

Navštívila jsem Zbraslav (3.7.2015), Břevnovský klášter (28.10. 2017) i Anežský klášter (7.11.2017). Jsou to místa spojená nejen s Přemyslovci, ale především s péčí o potřebné.

Téma práce je pro mě vlastně i tak trochu cestou do historie péče o potřebné, protože sama chci provozovat rehabilitačně terapeutické centrum. Díky tématu jsem se setkala i s představiteli církve, kteří mi kromě poskytnutí informací nebo vodítek k dalším informacím obohatili život i jinak.

V úvodní části bakalářské práce jsem popsala druhy zařízení péče o potřebné, chudé a postižené. Historii a jejich vývoj až do Josefských reforem.

V další části jsem na základě studia relevantní literatury zodpověděla otázky, které jsem si položila. Byly použity materiály a informace od českých autorů, ale i materiály autorů ze sousedních zemí.

Stejně jako v současné době bylo i ve středověku a raném novověku zapotřebí špitály dostatečně zajistit, jak po finanční stránce, tak po té právní. I tehdy bylo zapotřebí již v zakládacích listinách vymezit nejen okruh osob, které budou do špitálu přijímány a bude se o ně starat, ale i spoustu dalších důležitých věcí.

Sama chci uvést do života rehabilitačně terapeutické centrum. Z vlastní zkušenosti vím, jak těžké je rozhodnout, z kterého zdroje financovat – hlavně výstavbu a pořízení vybavení. Proto mám v úctě všechny ty, kteří v minulosti věnovali jak movité, tak nemovité statky z vlastního majetku na podporu založení špitálů, protože si uvědomovali potřeby dělat něco i pro chudé. I přesto, že mnozí z těch chudých zůstali pro fundátory neznámými.

Můj velký obdiv má především Anežka Česká, která celý svůj život zasvětila pomoci chudým a potřebným a ač byla z panovnického rodu nevadilo ji žít skromným životem. Největší přínos Anežky České spočíval v její službě chudým. Chudáci umírali bez pomoci na ulicích, zvláště v dobách epidemií. Anežka založila špitál, což nebyla nemocnice. Hladoví zde dostali najíst, zemdlení poutníci si měli kde odpočinout. Bezdomovci kde složit hlavu a ti, kterým už nebylo pomoci, důstojně zemřít. Součástí špitálu byl i starobinec. Anežka tím započala sociální projekt, který v našich zemích neměl obdoby.

O Anežčině vysoce uměleckém cítění vypovídá velkorysý komplex budov Anežčina kláštera. Žena, která zasvětila převážnou část svého života pomoci potřebným a ideálům skromnosti, předznamenala dobu, která těmto myšlenkám „nerozumí“. Ale Anežka by asi byla „jiná“ v každé době.

Bakalářskou práci jsem se snažila vypracovat s ohledem na historii nezaujatě a s ohledem na to, že některé informace k místům či činnostem bylo těžké dohledat, neboť kroniky či záznamy byly zničeny, jako například na Zbraslavské farnosti. Zde, dle sdělení Mgr. Jana Gerndta, administrátora farnosti: *„starší věci byly zabaveny nebo se jinak ztratily "díky" padesátým a dalším létům ... Kostel ani farnost v současné době žádnou kronikou nedisponuje.“*

Někdy bylo těžké dohledat informace, které by byly nestranné a ukazovaly realitu jako takovou a nesouvisely např. s marxismem a českým antiklerikalizmem dvacátého století. Jako např. v textu Dr. Roučky: *Zvýšení zájmu veřejnosti o otázky sociální péče spočívala v tom, že středověká církev vykonávala přímý ideologický nátlak na nábožensky cítícího a v náboženských pojmech myslícího člověka tím, že mu na každém kroku vyhrožovala trestem věčného zatracení. Trest věčného zatracení mohli lidé od sebe odvrátit usmířením si za svého života boží spravedlnost odkázáním svého pozemského majetku ke zbožnému účelu nebo ve prospěch chudých a nemocných (Roučka, 1966).*

Obsah:

1. Počátek vzniku péče o postižené	1
2. Středověk	2
2.1. Druhy zařízení ve středověku	2
2.2. Vznik špitálů	4
2.3. Druhy špitálů	6
2.3.1. Městské špitály	6
2.3.2. Klášterní nemocnice – infirmaria	7
2.3.3. Leprosária	9
3. Období pobělohorské	10
4. Josefské reformy a ovlivnění péče o potřebné	12
Výzkumné otázky:	
1. Jak byl špitál obvykle zajištěn po finanční a právní stránce?	15
2. Jaké bylo umístění špitálu a jeho vnitřní uspořádání?	27
3. Jaká byla strava a nápoje chovanců špitálu?	35
4. Jaké byly možnosti chovanců špitálu ohledně oblečení a hygieny?	38
5. A. Jaká byla obvyklá péče o chovance špitálu? + umírání a pohřbívání	40
B. Jaký byl praktický vztah lékařů ke špitálu	44
Závěr	49
Zdroje	51

1. Počátek vzniku péče o potřebné

Každá lidská společnost má vždy mezi sebou slabé, nemocné, staré nebo nemohoucí, jenž se nedokáží sami zaopatřit a je třeba se o ně postarat. Mnohdy se o tyto osoby nemohla postarat jejich rodina – a to z mnoha důvodů. Proto začaly vznikat špitály, ve kterých se tyto osoby soustředily. Termín se objevuje od 8. století a pochází z latinského *hospitale* (hospic, špitál, nemocnice) a souvisí s podstatným jménem *hospes* (host, hostitel). Původně to byly útulky pro poutníky a kupce, kteří se do nich uchýlovali na svých cestách. Postupem času přestávaly útulky plnit funkci zájezdního hostince a přeměnily se v ústavy, v nichž nacházeli útulek staří, nemocní a práce neschopní. Nemocní byli spíše na okraji zájmu. I později nebývala nemoc chovanců ústavu zpravidla určujícím důvodem k přijetí, ale jen průvodním jevem věku – pokročilého nebo na druhé straně útlého, chudoby či neschopnosti postarat se o sebe z jiných příčin (Cuřínová, 2002).

Tehdejší špitály se tak svým posláním blížily dnešním léčebnám dlouhodobě nemocných, domovům seniorů nebo hospicům, spíše než moderním nemocnicím. Naprostá většina nemocných byla totiž ošetřována ve svých domovech, s výjimkou speciálních případů, pro které existovaly vlastní útulky (leproseria, morové lazarety, špitály pro syfilitiky). Přesto i ve špitálech existovaly snahy postarat se o nemocné profesionálně, s pomocí ošetrovatelského nebo lékařského personálu (Svobodný, 2009).

O kom se dá říci, že byl v této době *chudý*? Skutečnost, že chudoba je absolutní i relativní, má nadčasovou platnost. Reálný obraz o chudých měli věřící před očima denně – na ulicích, před kostelními vraty, ve špitálech, před městskými branami, ale i v sakrálních prostorách, a zámožnější rovněž v rukopisech (Šimůnek, 2013).

Kdo konkrétně byli *chudí* z testamentů a nadačních listin? Odpověď je vcelku jednoznačná: v užším smyslu bezejmenní žebráci před kostelem i v ulicích nebo chovanci špitálu, v širším smyslu sociálně slabí obyvatelé měst. V každém případě osoby, jejichž individuální osudy donátory sotva zajímaly, a vlastně je často ani neznali. Z jejich pozice bylo totiž podstatné něco jiného: chudí jim samotnou svou existencí dávali příležitost konat bohublé skutky. Chudí byli pouhým nástrojem na cestě směny časného za věčné, bez ohledu na osoby a jména. Toto je základní rámec, v němž je třeba chápat a interpretovat středověkou dobročinnost – šlechtickou nebo

měšťanskou. Jen výjimečně můžeme předpokládat alespoň náznak zájmu o osudy chudých.

Ptáme-li se po jakémisi ideálním obrazu středověkého *chudáka*, vytane nám na mysl zřejmě dvojí obrázek: obraz nemocného v nepříliš hygienických podmínkách špitálu a obraz žebráka před kostelními vraty. Je zdánlivě s podivem, ve skutečnosti možná spíše symptomatické, jak málo se s explicitními zmínkami o chudých před kostelními vraty setkáváme (Šimůnek, 2013).

Dary znějící „*chudým do špitálu*“ naznačují, že mezi výrazy „*chudý*“ a „*nemocný*“ nebývala zpravidla ostrá hranice, nemluvě pak o tom, že špitály často sloužily jako starobince. S označením *chudý* se ovšem objevují i další příjemci rozličných dobrodiní – ať již šlo o *chudé žáky*, a ojedinele o *chudé kněží*, venkované paušálně vystupují jako *chudí lidé*, slovo *chudina* se vyskytuje málo (Šimůnek, 2013).

V německých městech si v pozdním středověku můžeme povšimnout výrazné tendence obdarovávat nejprve chudé z nejbližšího sousedství (blízké ulice, konkrétní městské čtvrti). Často se také objevují dary pro chudé sídlící nastálo v daném městě. Ve Slezsku je ovšem jakákoli bližší specifikace skupiny obdarovaných velmi ojedinelá a často má nejasný charakter (Wólkiewicz, 2013).

K základním aktům milosrdenství patřil finanční příspěvek nemocnici nebo útulku. Zaměříme-li se na formy charitativní činnosti určené osobám mimo okruh uzavřených dobročinných organizací, můžeme tak na jedné straně vyčlenit různé typy podpory skupiny, stejně jako konkrétní dary určené vybraným skupinám potřebných (porodní báby, studenti, chudé dívky, prostitutky atd.) (Wólkiewicz, 2013).

2. Středověk

2.1. *Druhy zařízení ve středověku*

V době od raného po vrcholný středověk existovaly 3 typy ústavů s charitativním, sociálním a léčebným posláním – **špitály, klášterní nemocnice (určené řeholníkům) a nemocnice pro malomocné**. Svým rozsahem, počtem lůžek ani ostatním vybavením nemohly špitály v plné šíři zvládnout úkol, který jim příslušel.

Velké množství těch, kteří by potřebovali pomoc tudíž zůstávalo za jejich branami. Kromě toho byli vedle skutečně potřebných přednostně přijímáni ti, jenž odevzdali špitálu nemovitosti nebo peníze a tím si zajistili byt, stravu a v případě nemoci ošetření (Cuřínová, 2002).

Např. v Jindřichově Hradci čekalo na jedno uvolněné místo ve špitále 14 stařenek. A nakonec se mezi nimi muselo rozhodnout losem, která z nich bude tou šťastnou, vyvolenou špitální chovankou (Macek, 1998).

Středověké špitály jsou právem považovány za předchůdce nemocnic, od konce 18. století nejdůležitější instituce organizované zdravotní péče. V nich někdy nacházeli útočiště nemocní, i když nikoliv převážně, natožpak výhradně. Nenavazovaly na tradici starověkých předchůdců nemocnic, jakými byla řecká *asklepia* (chrámy boha lékařství s prostory pro nemocné), římská *valetudinaria* (vojenské lazarety) nebo soudobá byzantská *ambulatoria* (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Dějiny středověkých městských špitálů a ústavů v zemích koruny české jsou v naší historiografii poněkud opomíjeny. V Čechách a na Moravě došlo k zakládání prvních špitálů až v první polovině 13. století. Znáмым je špitál sv. Františka z Assisi pro chudé, přestárlé a nemocné založený v roce 1233 svatou Anežkou Přemyslovnou (Šmerda, 2010).

Hospodářský a další společenský vývoj měst ve střední Evropě v období vrcholného středověku (v časovém rozmezí přibližně 1230 –1350) s sebou přinesl i větší důraz na péči o nemocné a staré, což se logicky odráželo na rostoucím počtu nově zakládaných špitálů (Šmerda, 2010).

Nejstarší doklady o špitálech v poddaných městech jsou k dispozici od první poloviny 14. století, tedy s citelným časovým posunem oproti městům královským a věnným (Šimůnek, 2013).

Sít středověkých městských špitálů procházela od počátku vlády Karla IV. až do konce předbělohorského období dosti složitým vývojem. Druhá polovina 14. století přinesla množství nových špitálních nadací v Praze a dalších královských i poddanských městech a městečkách v Čechách a na Moravě. Nadace se lišily postavením svých zakladatelů i svým majetkem (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Přestože středověké stejně jako později raně novověké špitály mohly úroveň zdravotní péče zlepšit jen minimálně, jejich místo ve vývoji zdravotnických institucí je nezpochybnitelné (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

2.2. *Vznik špitálů*

Na západě Evropy termín *hospitale* vytlačil během 8. století starší byzantský termín *xenodochion* se stejným významem (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Při zakládání špitálů sehrály významnou úlohu církevní řády. Nejstarší – benediktinský, založený v 6. století - k nám přišel roku 993, dále následoval řád německých rytířů, křížovníci s červenou hvězdou a johanité.

Nejstarším doloženým útulkem v Praze je Týnský špitál Panny Marie. Jeho počátky sahají pravděpodobně do 10. století, ale doložen je až roku 1251. Stál v místech dnešního Staroměstského náměstí. Lokálně souvisí s nejstarším centrem pražského obchodu (později Ungelt). Podle zakládací listiny měl špitál vedle cizích cestujících kupců pečovat také o 12 chudých, starých a nemocných (Čurínová, 2002), o které se staralo 7 žen. Jejich jména zmiňuje ve své Kronice české Václav Hájek z Libočan: Čerava, Chynica, Bolemila, Myslina, Vlastica, Krasata a Květata.

Další špitály na našem území vznikaly později, nejvíce v době předhusitské. Byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem nebo klášterem a nesly s nimi shodný název. Péče se soustředila na to nejzákladnější, co chudáci potřebovali k životu – střechu nad hlavou, nasycení a umytí (Krchovová, 2005).

Nejstarší západoevropské špitály pro poutníky byly zřizovány při kláštorech, ale také u sídel biskupů a kapitul, od 12. století i z iniciativy měšťanů (jednotlivců i korporací), šlechty nebo panovníka. Během 11. století v souvislosti s novou vlnou poutnictví započal proces oddělování funkcí ubytoven pro poutníky (hospiců) a vlastních špitálů určených k péči o potřebné osoby – chudé, staré, nemocné nebo o opuštěné děti (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Z ubytovací povinnosti a ochrany poutníků se tak logicky vyvinula špitální péče. Neboť ji vyžadovali samotní poutníci, kteří cestou onemocněli nebo byli vyčerpáni jejími útrapami. Pojmem *hospitalis* se ve středověku myslelo, jak na přijetí hostí, tak péče o ně. Stejně tak byla pod tímto pojmem péče o nemocné. Řád johanitů se však této činnosti – péči o nemocné záhy věnoval v nejužším slova smyslu (Waldstein, 2008).

Staří Římané znali tzv. hostinné přátelství (latinsky *hospitium*). Zavazovalo „hostinné přátele“ (latinsky *hospes*, množné číslo *hospites*, host i hostitel), aby si při

pobytu v přítelově bydlišti poskytovali vzájemně ubytování a zaopatření. Vedl je k tomu nedostatek ubytovacích možností. Hostinné přátelství se vztahovalo i na rodinné příslušníky. „*Hospes*“ byl i čestný název pro zasloužilé cizince, udělovaný obcí (Krchovová, 2005).

Dle Dr. B. Roučka *byly špitály u nás, stejně jako v ostatních zemích střední a západní Evropy, typickým institutem středověké charity. Na jejich vznik a postupné rozšíření mělo největší vliv křesťanství* (Roučka, 1965).

Ačkoliv péče o bližního byla povinností každého křesťana, péči o nemocné se od 12. století věnovaly především křížovnické a rytířské řády, které původně vznikly a vyvíjely se ve Svaté zemi, ale později přenesly těžiště své péče do Evropy.

Vzhledem ke všeobecnému zaměření špitálů stála ale tato péče spíše na okraji a s ohledem na všeobecně nízkou úroveň medicíny byly i tyto snahy málokdy úspěšné. Primárně byly na péči o nemocné zaměřeny jiné dvě instituce: klášterní *infirmaria* a špitály (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Ze všech zařízení, jež ve středověku vznikaly, dosáhly největšího rozmachu špitály, které byly zakládány jak u četných klášterů, tak i ve městech. A to nejen královských, ale i pozemkově vrchnostenských, tudíž v době vrcholného feudalismu nebylo v našich zemích města, ve kterém by nebyl alespoň jeden špitál.

Určit pořadí, v jakém byly špitály zakládány a jejich přesný počet nám brání nedostatek pramenů z 10. a 11. století. Na druhé straně pak to, že nejstarší z nich byly založeny s největší pravděpodobností pouze ústním prohlášením fundátora (Roučka, 1966).

Počátky špitálnictví v našich zemích jsou v důsledku nedostatku pramenů zahaleny v temnotách. Analogicky bychom měli první české špitály hledat při nejstarších církevních institucích (pražském biskupství po roce 973) nebo prvních benediktinských kláštorech (sv. Jiří a břevnovský klášter sv. Markéty v Praze. Ačkoliv benediktinské regule péči o nemocné, chudé a poutníky výslovně neuváděly, u našich nejstarších klášterů jsou archeologicky nebo písemně (po 14. století) doložena jen *infirmaria* (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Naše představy o vnějším vzhledu a vnitřním uspořádání městských špitálů, infirmarií, leprosarií a morových špitálů jsou pouze rámcové. Archeologické nálezy v klášterních komplexech nedovolují rozlišit špitály pro řeholníky od ostatních

špitálů. Písemné prameny se omezují na strohá konstatování existence špitální budovy, přilehlé kaple a hřbitova (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

Péče o nemocné se ve špitálech dlouho nelišila od péče o ostatní chovance. Denní režim chovanců upravovaly domácí řády: od ranního budíčku ohlašovaného zvoncem přes úklid, oblékání, osobní hygienu, povinné bohoslužby, čas na jídlo až po zábavu (Cuřínová, 2002).

Do špitálů byli přijímáni pacienti bez rozdílu náboženství, jak tomu velí křesťanské milosrdenství. Pečovalo se nejen o nemocné, ale byly přijímány i pohozené děti a výslovně se nařizovalo s největší laskavostí přijímat i těhotné ženy. Při příchodu do špitálu zraněné a nemocné přijal u brány službu konající bratr. Nejprve byli odvedeni ke knězi, jemuž se mohli vyzpovídat. Poté byli nemocní uvedeni do nemocničního sálu. Ve větších špitálech byli nemocní rozdělováni podle druhu nemocí nebo zranění. Byli ukládáni na lůžka s lněnými prostěradly, která byla překryta plátnem a péřovými polštáři, aby nemocní nemuseli strádat hrubostí pokrývek a tvrdostí lůžek (Šmerda, 2010).

2.3. Druhy špitálů

2.3.1. Městské špitály

Městské špitály se zaměřovaly výhradně na ošetřování chudáků a nemocných, malá kapacita ale nemohla uspokojit potřeby všech. Kromě toho městské špitály sloužily výhradně měšťanům. Sem byli umísťováni přestárlí a někdy i zchudlí příslušníci privilegovaných povolání (Lachman, 1994).

Některé špitály sloužily jen nemocným nebo zchudlým měšťanům, popř. přestárlým a nemocným příslušníkům některého mnohdy i privilegovaného povolání. Do nich nebyli přijímáni potulní žebráci. Někdy bylo překážkou k přijetí i náboženské vyznání.

Vedle skutečně nemajetných, práce neschopných a nemocných chudáků, kteří byli živeni a ošetřováni z prostředků špitálu, byli přednostně přijímáni ti, kdo si zakoupili doživotní byt a stravu a v případě nemoci i potřebné ošetření. Nebo ti, kdo si odevzdáním nemovitostí či peněz špitálu zajistili z jeho výnosu pevný roční důchod.

Přede všemi ostatními však měli přednostní právo na ubytování a ošetřování ve špitále členové rodiny zakladatele špitálního nadání (Roučka, 1965).

Ve 14. a 15. století došlo k rozvoji a větší samostatnosti měst. Od té doby se města začala sama starat o špitály dříve postavené. Dokonce začala města stavět nové špitály (Bořík, Boříková, 2004).

Největšího rozmachu v průběhu staletí dosáhly klášterní a městské špitály. S postupem času však špitály upadaly a vydělovala se z nich nemocnice specializující se na ošetřování chorých (Lachman, 1994).

Přestože vliv středověkých a novověkých špitálů na zlepšení zdravotního stavu byl jen minimální, patří nepochybně zaslouženě k prvním profesionálním zařízením institucionální péče o nemocné a předchůdcům moderních nemocnic (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Světské špitály ve městech královských a pozemkově vrchnostenských byly v některých případech pod pravomocí kláštera (Roučka, 1965).

2.3.2. Klášterní nemocnice – infirmaria

Dle Dr. B. Roučka byly klášterní nemocnice (infirmarium) v každém klášteře a byly nejbližší dnešnímu pojetí ústavní léčebné péče. Sloužily především k ošetřování nemocných řeholníků a jen zřídka kdy k ošetřování nemocných členů zakladatelovy rodiny. O nemocné tu pečoval jeden z členů řádu zběhlý v léčení nemocí (frater infirmarius) (Roučka, 1965).

Klášterní nemocnice (*infirmarium, infirmitorium*) měla dvojí poslání. Na jedné straně poskytovala pomoc vážně nemocným mnichům, na druhé sloužila jako útočiště slabých a přestárých členů konventu, pro něž představovala poslední zastávku na jejich životní pouti (Charvátová, 2005).

Svobodný a Hlaváčková výslovně uvádějí, že např. pro Břevnov chybí jakákoliv zmínka o špitálu. Jsou sice doloženi správci infirmaria, ale až mnohem později, ve 14. století (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

Taktéž Šrámek uvádí, že *i přes význam, jehož Břevnovský klášter (první mužský klášter benediktinů v českých zemích) dosáhl, je pramenných podkladů pro*

prozkoumání nejstarších dějin Břevnova až do pokročilého 13. století poskrovnu (Šrámek, 2016).

Z pramenů lze doložit pouze existenci domu pro hosty – stavba za opata Bavora z Nečtin zřejmě navazuje na (nebo nahrazuje) stavbu starší. Dále konventní infirmarium (doloženo

účty hrazenými z poddanské vsi Zličín), není však doklad o tom, že by na Břevnově byli ošetřováni nemocní, kteří nebyli mnichy – přednáška na Břevnově.

Starost nebo péče (cura) o bratry řeholníky je vynucena především tím, že sami nedisponují vlastními prostředky (Holzherr, 2001).

V sociální a charitativní instituce se klášterní špitály přeměňovaly v průběhu staletí následujících. Na počátku vzniku špitálů vykonávaly tuto funkci převážně jen *světské špitály* ve městech královských a pozemkově vrchnostenských, i když byly v některých případech pod pravomocí kláštera.

Ošetřování nemocných, které bylo považované za opovrhovanou práci, obstarávali zejména členové řádů jako jeden z úkolů svého „pozemského odříkání“. Jen někteří z nich však měli určité vzdělání v léčení nemocí (Roučka, 1965).

Z materiálu shromážděvanému ke slovníku středověké latiny v českých zemích se lze ke slovu *infirmarium* dozvědět mnohé:

*Zmínka o klášterní nemocnici se objevuje ve 41 dokladech shromážděných z latinských pramenů české provenience, popřípadě z pramenů týkajících se českých zemí, vzniklých do roku 1500. Klášterní nemocnice je v nich označována jedním ze čtyř výrazů odvozených z téhož základu, a to jako **infirmaria** (totiž domus) **infirmitorium**, **infirmatorium** a **infirmarium**. Těchto výrazů se užívalo bez jakéhokoliv odlišení.*

*Nejčastěji byla klášterní nemocnice označována výrazem **infirmaria**. Pro něj je v materiálu slovníku 21 dokladů. Pokud jde o početnost výskytu, následuje **infirmitorium** doložené 13x. U slov **infirmitorium** a **infirmarium** je počet dokladů vyrovnaný (Martínková, 2005).*

2.3.3. *Leprosária*

Speciálním zařízením středověku byly *nemocnice pro malomocné (domus leprosum, leprosaria)*, které byly pouhým shromaždištěm osob postižených touto nemocí, izolovaných od ostatního světa, aby dále nešířili nákazu. Tyto domy stály zpočátku v blízkosti zemských cest, po kterých probíhala hlavní frekvence, tím bylo umožněno soustřeďovat v jednom uzavřeném místě malomocné s viditelnými znaky onemocnění, protože za účelem zamezení šíření nákazy nebyli do měst vůbec vpuštěni. Nemocní zde nebyli zvlášť léčeni, protože současné lékařství bylo proti této nemoci bezmocné a spoléhalo se prakticky na nadpřirozenou boží pomoc více než na skutečnou terapii. Nemoci tu byl proto ponechán volný průběh (Roučka, 1965).

Zvláštní zmínky mezi středověkými nemocemi zasluhuje malomocenství. Není sice nemoci, která by se omezovala pouze na středověk. Malomocenství je do současnosti těžkým hygienickým problémem. Ale ve středověku na sebe v Evropě strhlo neobyčejný zájem. Dlouho se myslelo, že jej do Evropy přinesli křižáci vracící se ze Svaté země. Ukázalo se však, že malomocenství bylo hojně rozšířeno již před křižáckými výpravami (Vašek, 1941).

Mezi izolovanými se ocitlo i velké množství těch, kteří leprou netrpěli. Strach z lepry zařadil mezi nemocné i řadu těch, kteří trpěli jinými mnohdy neškodnými nemocemi. V raném středověku byli nemocní vyřazováni ze společnosti, museli se oblékat do zvláštních oděvů, aby byli rozeznatelní. Museli nosit rukavice a dřevěnou klapačku, kterou hlasitě ohlašovali svůj příchod (Cuřínová, 2002).

Ohledně nakládání s malomocnými se v bibli zmiňuje 13. a 14. kapitola v knize Leviticus, která určuje, jak mají kněží nemoc rozpoznat a jak k nemocným přistupovat. Křesťanské země v pozdější době z nich čerpaly při zavádění opatření.

„Po všechny dny, co bude postižen, zůstane nečistý. Je nečistý. Bude bydlet v odloučení, jeho obydlí bude mimo tábor.“ – LV 13,46 (3. kniha Mojžíšova).

V roce 583 se usnesl koncil v Lyonu na zřizování prvních leprosárií. V těchto domech byli postižení izolováni a žili mimo kláštery a města. Nemoc určil kněz a lékař. Nejstarší leprosária vznikla v Metách, Verdunu a Maastrichtu.

Rozhodnutí lateránského koncilu položilo základ pro zřízení péče o malomocné. S rozkvětem měst ve 12. století a všeobecným růstem populace do 13. století rostl i

počet malomocných. Kromě toho těsnost měst a často špatné hygienické podmínky vedly k šíření infekčních chorob.

Zpočátku byla leprosária izolovaně stojící dřevěné boudy, později vznikaly skupiny budov kolem kaple. V novověku byly zakládány na odlehlých místech nebo naopak u křižovatek cest nebo poutních cest, aby nemocní, kteří byli odkázáni pouze na milodary, měli lepší možnost žebrání.

Péči o nemocné obstarávala především církev, která zajišťovala nemocným obživu a oblečení (Tecl, 1993).

V německých zemích byl používán i Siechenhaus, termín pro epidemické nemocnice, leprosária a morové domy, které se objevily koncem 14. století. Siech znamenalo ve středověku vysoce nemocný, nezdravý nebo malomocný (Lexner, 1974).

Posledním leprosáriem v Evropě je Tichilești v dunajské deltě v Rumunsku (WOXEUIOP.EU,2011).

3. Období pobělohorské

Utrpení obyvatelstva českých zemí za třicetileté války si jistě dovedeme představit. Násilné akce loupeživé soldatesky, hlad a epidemie způsobily téměř poloviční úbytek všech obyvatel Čech a Moravy. Řada lidí byla také zmrzačena nebo trpěla chronickými onemocněními. Ani poměrně vysoká porodnost nenapomohla populačnímu růstu, neboť ji provázela úmrtnost v dětském věku. Města zápolila se špatnou hygienickou situací, přítomnost zemědělských stavení znamenala špínu, mračna much a v neposlední řadě zápach. Řemesla, jako řeznictví či mydlářství, se provozovalo přímo v ulicích, kanalizace téměř neexistovala, splašky z pivovarů, dílen a domů tekly přímo do uličních struh, hromady bláta a nečistot často „zdebily“ ulice (Lachman, 1994).

Před bitvou na Bílé hoře bylo v Praze 250 špitálních míst. Při počtu obyvatelstva kolem 60 tisíc a při nadpolovičním podílu chudiny mohl být ve špitále umístěn sotva jeden chudý a potřebný ze sta. Situace chudých, bezmocných lidí, mrzáků, starých a nemocných byla naprosto bezvýchodná, jestliže neměli členy rodiny, kteří by se o ně starali. Byli odsouzeni k žebrotě a pozvolné smrti hladem. Přitom ani špitál nedával

lidem zdaleka vše, co potřebovali – často to bývalo jen nouzové přístřeší a ostatní si museli vyžebrot. Některé dobře dotované a poctivě spravované špitály sice poskytovaly chovancům kromě stravy např. i oblečení a v nemoci ošetření, ale špitální hospodářství mnohdy ochuzovala hrabivost špitálního správce, nedostatek prostředků apod. (Cuřínová, 2002).

Iniciativa obcí a jednotlivců nestačila zadržet vlny bídy a utrpení, jež se ustavičně valily z měst a vesnic. Bez obětavé péče mnoha měšťanů a šlechticů by bylo nepochybně zoufalé soužení chudáků mnohem rozsáhlejší (Macek, 1998).

Mimořádnou aktivitu v péči o nemocné a chudé projevoval v Kutné Hoře i cech pregěřů a mincířů, který se staral i o invalidy ze svých řad a poskytoval peněžní pomoc např. sirotkům a vdovám po dobu jednoho roku a šesti týdnů od smrti havíře – živitele (Macek, 1998).

Špitály ve vývoji zdravotnictví zaujímaly podstatné místo, ačkoliv o zdravotní péči v dnešním slova smyslu v nich se nedá vůbec ani zdaleka hovořit. Představují vývojový článek, který však nelze opomenout. Cesta k fungující nemocnici se stále přítomnými lékaři a lůžky pro pacienty byla ještě hodně dlouhá. Lékařská péče zůstávala velmi dlouho výsadou především movitých osob. Na odbornou zdravotní péči měl v této době (do 18. století) nárok jen málokdo.

Špitály v Duchcově a Kuksu byly oproti špitálům v České Kamenici, Lipové a Šluknově na mnohem vyšší úrovni a předznamenávaly onen krok vpřed. Zakladatelé Duchcova a Kuksu si již plně uvědomovali, že špitál by měl být i lékařským zařízením, nemocnicí a také se podle toho snažili špitál vybavit – založením lékárny, snahou zajistit pravidelný lékařský dohled a rovněž potřebou sloužit nejen špitálníkům, ale také lidem z nejbližšího okolí (Smíšková, 2001).

Špitály i nadále pečovaly o chovance z řady rozličných důvodů (chudoba, stáří, sirotky, vrozené postižení), mezi nimiž choroby ještě nepřevládaly. Výjimkou byly od počátku 16. století špitály zakládáné pro syfilitiky, které se ovšem záhy přeměnily na běžné „všeobecné“ špitály, a špitály v době morových epidemií, kdy některé byly vyčleněny výhradně pro nemocné.

Na počátku 17. století vstoupil na naše území nový fenomén v péči o nemocné, řád milosrdných bratří, s jehož činností je spojeno budování prvních specializovaných nemocnic (nazývaných stále ještě špitály). První nemocnice milosrdných bratří byla otevřena v roce 1605 v jihomoravských Valticích. Do Čech přinesli milosrdní bratři

zásady své péče o nemocné v duchu hesla *Per corpus ad animam* (Tělem k duši) v osudovém roce 1620, odkdy se odvíjí historie nejstarší nemocnice (dodnes fungující) hodné toho jména v Praze (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

4. Josefínské reformy a ovlivnění péče o potřebné

Monopol církve v poskytování zdravotních a sociálních služeb ukončil v českých zemích a ve střední Evropě reformátor Josef II. Ačkoliv poddaní tehdy nedali na církev dopustit, protože se starala o školství, špitály i útulky pro chudé, v roce 1783 převzal stát oblast školství, zdravotnictví i útulky pod svoji správu. Císař proto vydal tzv. direktivní pravidla, v nichž bylo stanoveno, jakým způsobem mají být vybudovány na náklady státu zdravotní ústavy. Všeobecné nemocnice měly pečovat o chudé nemocné, v porodnicích měly rodit nemajetné rodičky. Součástí nemocnic měly být i nalezince, sirotčince, chorobince pro chudé, chronicky nemocné pacienty a blázince. Zároveň bylo v té době zrušeno velké množství klášterů (ze 154 jich podle Josefa Jungmanna přežilo jen 83).

Řádové ošetrovatelství ovšem josefínské reformy přežilo. K tomu přispěl vznik na tehdejší dobu moderních řádů, které se vedle života v modlitbách věnovaly právě poskytování zdravotních služeb. Některé pokrokové řády, které měly jako hlavní úkol péči o nemocné, již existovaly, třeba Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (založena roku 1652) nebo Hospitálský řád sv. Jana z Boha (1586). Jiné byly na prahu nové doby teprve zakládány, například Kongregace Milosrdných sester sv. Kříže (1856) nebo Kongregace Dcer Božské lásky (1868).

Moderní doba vyžadovala, aby zdravotní sestry nebyly už pouze milosrdní andělé v bílém, ale aby rovněž poskytovaly odbornou péči na základě příslušného vzdělání. Vznikla proto řada církevních zdravotních škol. Navzdory tomu, že do zdravotnictví pronikalo stále více laických ošetrovatelek, přesto si řádové sestry udržovaly v oboru velký náskok, a to nejen v počtu, ale i co se týče zkušeností a odbornosti (KOMFORT,6/2006).

V 17. a 18. století došlo k úpadku špitálů ve smyslu jejich původního poslání. Postupně ztrácely na významu. Začaly se vydělovat nemocnice určené tentokrát jenom nemocným. V 1. polovině 18. století se objevily snahy vybudovat velký ústřední všeobecný chudobinec pro všechna pražská města, který měl nahradit funkci dosavadních menších pražských špitálů, a z dotací měst měl být jeho provoz i financován. V roce 1733 byl otevřen chudobinec v Tůních, ten však špitály nahradit nestačil (Cuřínová, 2002).

Mezníkem ve vývoji lůžkových zařízení pro nemocné se staly direktivní pravidla Josefa II. z roku 1781. Do té doby naprostá většina špitálů disponující často jen několika lůžky sloužila především jako sociální zařízení pro nejchudší vrstvy bezdomovců, většinou chronicky nemocných, neschopných samostatného života. Občasné návštěvy městského, vrchnostenského nebo poddanského lékaře nebo ranlékaře není možné považovat za dostatečnou léčebnou péči. Koncem 18. století bylo v Čechách okolo 300 těchto špitálů, na Moravě a ve Slezsku okolo 200 (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Tzv. *direktivní pravidla*, v nichž v roce 1781 Josef II. stanovil zásady pro vybudování *nových zdravotních ústavů* v hlavních městech rakouské monarchie. Velkým přínosem těchto pravidel byla mj. skutečnost, že razila zásadu budování specializovaných ústavů. K péči o matky a opuštěné děti měly sloužit porodnice a nalezince, chudí nemocní měli být léčeni ve všeobecných nemocnicích a ústavech pro chorobomyslné. Trvale invalidní a práceneschopné osoby měly nalézt útočiště v chorobincích (Hlaváčková, 1990).

Nejvyšším rozhodnutím císaře Josefa II. z 28. srpna 1789 byl na Karlově umístěn chorobinec s 368 lůžky. Byl určen jako útočiště pro chudé osoby, i děti, stížené nevléčitelnými nemocemi, mrzáky všeho druhu včetně lidí, kteří nemohli pracovat z důvodů choroby nebo sešlosti věkem. Poslední kategorie byla často předmětem dohadů, protože její vymezení nebylo jasné. Chudoba se musela prokazovat. Záleželo rovněž na okamžité situaci v ústavu a ochotě personálu. Chorobince byly institucemi, kde se shromažďovali ubožáci z nejspodnější vrstvy chudiny, chronicky a nevléčitelně nemocní, lidé bez domova. Existoval jen víceméně formální lékařský dohled lékaře, jemuž podléhaly sociální ústavy v Praze.

Josefínské reformy změnily zdravotnické ústavy z ústavů charitativního azylového typu na léčebná zařízení v moderním pojetí. Tím se změnila zásadně i indikace

k přijetí do nemocnice. Zatímco v dřívějších ústavech se přijímali především pacienti chroničtí nebo neléčitelní, v novém typu všeobecných veřejných nemocnic to byla jedna z kontraindikací k přijetí. Realizaci tohoto moderního medicínského hlediska, které jediné dávalo naději na úspěch terapie, však v praxi bránila tradiční představa jak chudinských pacientů samých, tak jejich domovských obcí o nemocnici jako o určitém sociálním zařízení a útulku pro ty, jež nemohly umístit ústavy sociální.

Azylové chudinské ústavy, většinou v rukou církve, byly zrušeny v roce 1785. V Praze byli jejich chovanci převedeni do nově otevřené nemocnice a ti, kteří splňovali podmínky, do nově zřízeného chorobince na Karlově, děti do sirotčince (Cuřínová, 2002).

Na první specializovaný ústav pro ošetřování nemocných si Praha musela počkat až do roku 1790 (Lachman, 1994).

Na sklonku 18. století se v Evropě objevily i první specializované ústavy pro hluchoněmé a slepé. Také v českých zemích vznikaly ústavy určené pro ústavní péči o takto postižené. Byly to soukromé instituce zakládáné z iniciativy jednotlivců – lékařů či laiků, které pochopitelně mohly dopřát odbornou péči jen malému zlomku potřebných. V Praze byl založen první ústav pro hluchoněmé v roce 1786, pro slepé děti v roce 1807 a pro dospělé slepce v roce 1832. V Brně byl založen ústav pro hluchoněmé v roce 1832, pro slepce 1847 (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Výzkumné otázky:

1. Jak byl špitál obvykle zajištěn po finanční a právní stránce?

Ve všech evropských státech středověku se jako přirozený a zákonitý důsledek příkrých a ostře vyhraněných třídních rozdílů začaly vyskytovat široké masy chudiny. Nejen ve městech, ale i na venkově. Neutěšené sociální a společenské postavení chudiny se ještě více zhoršovalo při nemoci a ve stáří, kdy si chudý člověk vlastní práci nemohl opatřit nejnnutnější základní prostředky k obživě.

Soukromá dobročinnost, které se chudáci žebrotou dovolávali, se začala záhy vlivem křesťanství organizovat ve specifických formách, z nichž byla nejvýznamnější uzavřená ústavní péče o chudé a nemocné. Její náklady byly hrazeny výlučně ze soukromých prostředků. Tato péče byla soustředěna ve špitálech zakládaných v křesťanských evropských zemích.

Špitály se rozšířily po celé Evropě a staly se typickou institucí středověké charity, provozované pod dohledem církve (Roučka, 1966).

Na zakládání špitálů se podílely i jednotlivá města či samotní šlechtici, kteří správu špitálu svěřovali do rukou buď církvi nebo městské radě.

Špitály byly zakládány se souhlasem panovníka a konzistoře, ale vlastní podoba a uskutečnění založení špitálu již nebyly touto mocí ovlivňovány a spadaly do vlastního uvážení zakladatele.

Vrcholný středověk je charakterizován postupnou emancipací měst, s níž úzce souvisel i začátek procesu tzv. komunalizace špitálů. Tento proces můžeme charakterizovat jako pozvolný přechod špitálů ze sféry duchovní do sféry světské. Města a bohatí měšťané se stali iniciátory nemalého počtu světských špitálních nadání. Stranou nezůstávala ani šlechta, která si díky svému finančnímu zázemí na panstvích mohla dovolit zakládat i nadace velkolepější (Smíšková, 2001).

Nejslavnějším a spolehlivě nejdéle existující český špitál nevznikl z popudu tradičních špitálních řádů, ale z iniciativy příslušnice panovnického rodu Přemyslovců, Anežky České (1211 – 1282) (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Šlechtic ve vztahu ke špitálu mohl vystupovat ve dvou základních rolích: 1. Jako fundátor, 2. jako dobrodinec, podporovatel. Skutečnost, že šlechtické špitální fundace nacházíme velkým dílem v jejich vlastních poddanských městech a městečkách, je logické a zcela v souladu s očekáváním. Založení špitálu bylo z hlediska šlechtice aktem prestižním, počinem memoriálního charakteru a zdá se, že

špitály přímo patřily do koncepce středověkých šlechtických rezidenčních měst. Špitál či obecně jakékoli zařízení charitativní povahy bylo výrazem dobročinnosti a potažmo tedy zbožnosti zakladatele a správce (Šimůnek, 2013).

Zřízení špitálu vyžadovalo kromě projevu vůle zakladatele, že chce špitál založit nebo jej zakládat, jeho faktické zakladatelské činnosti, také dostatečné zabezpečení hmotnými prostředky z vlastního jmění zakladatele nebo z majetku osoby třetí. Kromě toho muselo být založení špitálu potvrzeno panovníkem a příslušným církevním orgánem (Roučka, 1965).

Souhlas panovníka jako nejvyššího představitele státní moci se založením špitálního nadání bylo zapotřebí především proto, že posloupnost poslední vůle/závěti byla ve starém českém právu značně omezena. Tudiž bez souhlasu panovníka nemohl nikdo svobodně disponovat svým majetkem pro případ smrti, tím méně pak činit odkazy ke zbožným účelům (Roučka, 1966).

Požadavek, že založení špitálu by mělo být potvrzeno církevním hodnostářem, byl dán jednak povahou špitálu zřízeného ke zbožnému účelu, tak tím, že církevní zařízení, jako kaple, kostely a hřbitovy, která při špitálech vznikala, byla vysvěcena a začleněna do církevní organizace a rámce farního systému. Ten v době největšího rozkvětu špitálů v našich zemích dosáhl pevného základu.

Špitální jmění se v celém rozsahu nevytvořilo najednou a také ne výlučně pouze z prostředků věnovaných zakladatelem, ale narůstalo pozvolna po celou dobu trvání špitálu od chvíle založení. Základní majetek věnovaný špitálům jejich zakladateli byl postupně rozmnožován dalšími statky od zakladatele samotného nebo jeho dědiců, tak darováním statků nebo důchodů od osob třetích.

Špitální jmění nebylo jednotné povahy a je nutno jej rozdělit na statky movité a statky nemovité. Stejně tak je třeba rozlišovat statky darované fundátorem při založení a statky darované později, nebo osobami jinými než fundátor (Roučka, 1966).

Rozdíl mezi statky nemovitými a movitými je patrný již ze způsobu, jakým byly špitálu odevzdávány. Darování statků movitých se odbylo jejich prostým odevzdáním špitálu, což byla běžná praxe při darování ročních platů menší hodnoty nebo jiných jednorázových darů poskytovaných při různých příležitostech. Odevzdání nemovitosti špitálu, spojené s aktem založení špitálu, bylo podnětem ke

vzniku právního poměru mezi zakladatelem a špitálem jím zakládaným (Roučka, 1966).

Tento poměr je v pramenech označován jako fundátorství a v soudobých listinách je tímto termínem označován soubor všech práv, která zakladatel ke špitálu nabýval.

Zde je důležité si vysvětlit dva pojmy: **zakladatel a vykonavatel**. **Zakladatelem** je ta osoba, která špitál založila a má veškerá práva. **Vykonavatel** těchto práv je označován sice též jako fundátor, což v právním slova smyslu neznamena pouze zakladatel, ale může to být kterákoli osoba, která s vlastním založením špitálu neměla nic společného.

Majetek některých špitálů byl tak rozsáhlý, že se rozlohou svých statků a výší příjmů z nich plynoucích zcela vyrovnaly panstvím některých menších feudálů.

Základy jmění položili při založení špitálu sami zakladatelé, kteří je velmi štedře a bohatě obdarovali statky a důchody, které byly zárukou toho, že špitály mohou s úspěchem sloužit účelu, k němuž byly zřízeny.

Péče o zajištění špitálu dostatečným jměním nezůstala omezena jen na osobu zakladatele, ale přecházela i na členy jeho rodiny, kteří rozmnožovali majetek špitálu darováním dalších statků a důchodů. Rozmnožování špitálního jmění členy zakladatelovy rodiny bývalo občas vázáno podmínkou, že bude zvětšen počet klientů špitálu.

V darovacích listinách bývalo pamatováno i na to, jak má být naloženo s výnosem špitálního jmění, kdyby se v budoucnosti zvětšila hodnota darovaného statku.

Kromě statků, dvorů, dokonce i celých vesnic a jiných nemovitostí, které tvořily základ špitálního majetku, dostávaly špitály nesčetné platy menší hodnoty nebo hotové peníze, které bývaly v některých případech určeny ke speciálním účelům.

Každé darování nemovitostí špitálu bylo schvalováno panovníkem, který svůj souhlas k nabytí darovaných statků adresoval buď darovateli nebo špitálu. Pokud byl souhlas s nabytím darovaných statků adresován špitálu, stávalo se tak s výminkou, že je špitál povinen opatřit si zvláštní povolení panovníka ke každému dalšímu rozmnožení svých statků.

Mezi dary, špitálům věnovanými ke zvláštním účelům, patří i prostředky určené na topení pro lázně pro chudé špitálníky.

Některým špitálům pozemkově vrchnostenských měst připadaly i odúmrti po poddaných.

V některých městech byly přidělovány i výnosy z mýta, které se tam vybíralo. Podílely se i na poplatcích od řemeslníků a obchodníků.

K příjmům některých špitálů někdy patřila i část soudních pokut z určitého panství či města. Některé pokuty byly ukládány živnostníkům a řemeslníkům za nehodnotné zboží či přestupky proti cechovním a tržním řádům. Pokuty bývali ukládány často a ve značné výši. V některých případech mohly výnosy z těchto pokut činit druhou nejvyšší položku mezi všemi ostatními příjmy špitálu.

Vedle peněžitých pokut bylo do špitálů odevzdáváno i zabavené zboží živnostníků, kteří se provinili ustanovením o jeho jakosti.

Příjmy špitálů byly dále zvětšovány almužnami, které ve prospěch klientů špitálů odevzdávali návštěvníci bohoslužeb ve špitální kapli. Dále různými sbírkami, jež se na chudé ve špitálech pořádaly.

K příjmům špitálů patřily také zcela nebo zčásti výnosy ofěry = obětní dary (předávání peněžních milodarů při nebo po bohoslužbě/mši). Dále pak poplatky za pohřby na špitálním hřbitově.

Statky a důchody byly odevzdávány několika způsoby. Nejčastějším způsobem bylo prosté darování, což byl běžný způsob používaný při věnování hotových peněz, rent a platů menší hodnoty a jiných movitostí. Jindy bylo pro převod majetku z darovatele na špitál používáno věnné terminologie nebo bylo zdůrazňováno, že darované statky jsou špitálu odevzdávány do věčného užívání. V některých případech se však setkáváme s tím, že jsou statky špitálu odevzdávány do vlastnictví nebo „se vším panstvím“ (Roučka, 1966).

Postavení špitálního majetku v daňovém systému feudalismu

I přesto, že kultová zařízení špitálů vtiskla špitálům charakter zařízení církevního, nevztahovalo se na ně všeobecné uznávané osvobození církevního jmění od daňových břemen. Tudiž při převzetí darovaných nemovitostí, zejména pak pozemků, nebo při zakoupení přejímal na sebe špitál všechna daňová břemena.

Do popředí vstupuje rozdíl mezi statky movitými a nemovitými, jež dohromady tvoří komplex špitálního jmění, při jejich postavení ve feudálním daňovém systému. Přijetím darovaných movitostí nevznikají špitálu žádné povinnosti, jež by byly spojeny s přijetím těchto statků. Oproti tomu u nemovitostí je špitál naopak povinen platit z těchto statků nejen daň královskou, ale plnit břemena na nemovitosti vázaná.

Svůj význam tu má i pořadí, ve kterém byly statky špitálu věnovány, neboť eventuelní osvobození od těchto břemen se vztahuje jen na statky darované špitálu při založení. Oproti tomu statky darované později zůstávaly tímto břemenem zatíženy.

V královských městech odváděly špitály ze svých nemovitostí pravidelný roční úrok králi, přispívaly na daň královskou a platily různé poplatky obci.

Také u špitálů, založených v poddanských městech pozemkově vrchnostenských, je v tomto směru patrna jejich závislost na vrchnosti, neboť kromě příspěvku na daň královskou odváděly spolu s ostatními poddanými desátek a plnily i jiné poddanské povinnosti.

Břemena, jimiž byla nemovitost zatížena, vypočítávali dárci již při jejich odevzdání špitálu.

Imunity, jimiž byly osvobozovány klášterní statky od placení daní a plnění dalších majetkových břemen, dále pak snaha zajistit veškerý výnos špitálních statků pro potřeby špitálů byly příčinou, že některé špitály byly osvobozovány od placení daně královské a obecních břemen, stejně tak i jiných majetkových povinností. Udělování těchto imunit je však spíše výjimkou než pravidlem.

Daňové imunity byly udělovány především špitálům, které byly ve správě křižovníků s červenou hvězdou, kteří někdy dosáhli u panovníka toho, že osvobodil špitál od povinnosti platit daň královskou ještě dříve, než byl špitál vůbec založen.

Projevuje se rozdíl mezi plněním finančních a poplatkových břemen povahy veřejnoprávní, tj. vůči státní moc a břemen ze svazku pozemkově vrchnostenského u špitálů založených v poddanských městech. U špitálů ve městech královských není tento rozdíl tak citelný, protože se zde přece jen do jisté míry soukromé zájmy panovníka, zejména pokud jde o stránku finanční, kryjí se zájmem veřejným.

Špitály na panstvích pozemkově vrchnostenských byly povinny odvádět ze svých statků všechny na panství obvyklé dávky (desátky, peněžité platy, apod.), platit obecní daně a v neposlední řadě poskytovat na ně připadající příspěvek na daň královskou.

Od plnění povinnosti z poměru poddanského byly špitály vrchností ve většině případů osvobozeny, stejně tomu bylo i u daní obecních. Od jejich placení byly špitály osvobozeny městskou radou nebo přímo vrchností. Jediným břemenem a to veřejnoprávním, které tyto špitály měly plnit bylo placení berně královské. Orgánem,

který tuto daň na panství vybíral, byla vrchnost, na jejíž vůli záleželo, zda a do jaké míry chce špitální statky touto berní zatížit. Je zjevné, že od této povinnosti byly osvobozovány a tuto povinnost na sebe přejímala buď vrchnost sama nebo rada poddanského města.

V některých poddanských městech byly špitály osvobozeny též od placení obecních daní a dávek.

O klášterních špitálech a špitálech, které se časem dostaly do jejich správy, nejsou přesnější zprávy – pokud jde o jejich daňové poměry. Vzhledem k daňovým imunitám, které dostávaly špitály křížovníků s červenou hvězdou a s přihlédnutím k hospodářské jednotě špitálních statků se statky klášterními, nelze pochybovat o tom, že se na statky těchto špitálů vztahovaly berní imunity v tom rozsahu, v jakém byly udělovány jednotlivým klášterům (Roučka, 1966).

Správa špitálu a jeho majetku

Správa špitálů a špitálních statků nebyla organizována jednotným způsobem. Jinak a jinými orgány bylo spravováno jmění špitálů klášterních, jinými orgány a jinou správní organizací se vyznačují špitály městské.

V obou případech ale nejvyšším orgánem nad správou špitálního nadání *in temporalibus* zůstává vždy fundátor.

Organizace špitálu a jeho správa byly v rukách zakladatele, který také určoval orgány, jež mají špitál spravovat.

Orgány pověřené správou špitálu zastupovaly špitály ve všech právních jednáních a pečovaly o rozdělování špitálních důchodů mezi klienty špitálu. Bez souhlasu zakladatele nesměli správci špitálu jeho statky zcizovat, směňovat nebo jimi jinak disponovat. A to ani tehdy, když by to bylo k zjevnému prospěchu špitálu. V neposlední řadě bylo povinností správců špitálů skládat zakladateli každoročně účty ze správy špitálu.

V činnosti a působnosti orgánů, které se podílely na správě špitálního majetku, lze pozorovat jistý rozdíl mezi městy královskými a městy pozemkově vrchnostenskými. Tento rozdíl je odrazem samostatnějšího politického a hospodářského života měst královských a závislého postavení měst poddanských.

V královských městech rozhodoval o správě špitálního nadání *in temporalibus* po dobu svého života jeho zakladatel, následně jeho dědicové a teprve po vymření

fundátorovy rodiny přecházelo toto právo na městskou radu. V některých městech měl vedle městské rady rozhodující vliv na správu špitálního nadání a jeho statků také správce farního kostela.

Funkce, kterou orgány jmenované při správě špitálního majetku vykonávali, byla výlučně činností řídicí a dohlédací.

U špitálních nadání v poddanských městech pozemkově vrchnostenských zůstával dohled na správu jejich jmění neustále v rukou fundátorů a členů jeho rodiny, případně majitele panství. Rada poddanského města byla jen orgánem výkonným při správě špitálního majetku, na rozdíl od měst královských.

Výkonnými orgány správy špitálního nadání *in temporalibus* bývali ve městech pravidelně dva měšťané, v pramenech jsou označováni jako „procuratores hospitalis“ nebo „úředníci špitálští“. Často byli současně také členy městské rady. Funkční období těchto měšťanů se pravidelně krylo s funkčním obdobím městské rady.

Postavení těchto měšťanů ke špitálnímu nadání bylo v celku volnější než postavení bezprostředních správců, neboť nebyli vázáni povinností bydlet ve špitále a jejich činnost byla převážně činností řídicí a dohlédací.

Vedle nich fungoval u špitálu ještě zvláštní správce nadání *in temporalibus*, jehož povinností bylo ve špitále bydlet, vést osobně jeho hospodářství a řídit celý jeho vnitřní život.

O hospodaření špitálů se vedl zvláštní registr. Správcové špitálů byli povinni nejméně jedenkrát ročně skládat účty ze svého hospodaření ve špitálech a na špitálních statcích fundátorovi nebo příslušné městské radě. Jestliže v jejich hospodaření nebyly shledány závady, mohli ve své funkci zůstat. V opačném případě byli propuštěni a nahrazeni nebo museli uhradit vzniklý schodek z vlastních prostředků.

Odlíšnou strukturou správy a jinými orgány, které tuto správu vykonávali, se vyznačují špitály klášterní a špitály, podléhající pravomoci řádu německých křižáků a řádu křižovníků s červenou hvězdou.

I v těchto případech však zůstával nejvyšším dohlédacím orgánem fundátor, který si pro sebe a své nástupce vyhradil právo dohledu a kontroly nad hospodařením špitálu, stejně tak i konečné rozhodnutí o jmenování správce špitálu.

Přes všechna opatření, která měla zabezpečit řádnou správu špitálů, stával se majetek špitálů snadnou kořistí správců, jenž si při jeho rozkrádání počínali často velmi

neobratně a stávali se terčem ostré kritiky. Zdaleka se však nepodařilo nepořádky ve správě špitálního majetku odstranit.

Volba vhodného způsobu správy špitálu nebyla vůbec snadná. Střídavě byla přítom dávana přednost jednou osobám světským, podruhé duchovním. Některé špitály z tohoto důvodu měnily během velmi krátké doby několikrát správu špitálu, ale trvalá náprava nebyla zjednána, ani když nepořádky ve správě špitálů byly projednávány na zemském sněmu (Roučka, 1966).

Špitály přednostně přijímali osoby, které si zakoupily „provizi“, což de facto znamenalo doživotní ubytování s plným zaopatřením i v případě nemoci. Nárok na přednostní umístění měli samozřejmě členové rodiny zakladatele špitálů (Lachman, 1994).

Zajistit trvalou činnost špitálu nebylo snadné a způsoby k jeho zajištění byly různé. Někdy to byly pozemky, z jejichž plodin byly živeni chudí včetně špitálního služebnictva, jindy to byly různé peněžní odkazy (Šmerda, 2010).

Stojí za pozornost, že fundace špitálů realizovali jejich zakladatelé takřka výhradně *inter vivos* – jako by chtěli sami vidět své dílo a ovlivnit jeho fungování, nebo se minimálně přičinit o jeho uvedení v život. Po smrti šlechtice se špitál nepostavil, nezřídil (Šimůnek, 2013).

Dozor nad špitály v období renesance přešel z valné většiny na městské rady (v některých případech, např. špitálu křižovníků s červenou hvězdou, byly restituovány předhusitské poměry), zůstávala oddělena správa hospodářská a duchovní (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

V běžných zbožných darech měšťanů hrály charitativní odkazy druhořadou roli. Částky odkazované charitě dosahovaly v některých letech pouze 20 % hodnoty darů na náboženské účely (Wólkiewicz, 2013).

Dle Svobodného a Hlaváčkové rozhodoval jak záměr zakladatele a výše finančních zdrojů, tak jeho správa a organizace o tom, komu konkrétně špitál poskytoval svou péči a v jakém rozsahu. Založení špitální fundace bylo úkolem právním, a současně vyžadovalo ekonomické zabezpečení (nemovitý majetek, platy, daňové úlevy, výnosy, mýta a pokuty, dary, odkazy, almužny apod.). Nejbohatší špitály se vyrovnaly svým majetkem i menším feudálům, jejich zvláštní právní postavení pak zajišťovalo chovancům i určitý druh ochrany ne nepodobný právu azylu. V organizaci bývala oddělena správa majetku od vlastní péče o chovance.

Písemných, ikonografických nebo archeologických pramenů pro postižení podoby, nebo dokonce vnitřní členění, se v našich zemích zachovalo velmi málo, pro celé předbělohorské období. Stejně nedostatečné jsou údaje o počtech chovanců, případně personálu (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Postavení fundátora a fundátorství

Dle Vaněčka *byla činnost fundátorů při vytváření režimu špitálních nadání významná. Oprávnění k této činnosti, jejíž náplní jsou práva zakladatelská, nabýval první fundátor a současně zakladatel originárně založením nadání* (Vaněček, 1933).

Způsob, jakým fundátor nabyl oprávnění k výkonu zakladatelských práv, byl zdůrazňován i v soudobých středověkých listinách (Roučka, 1966).

Aby si fundátoři zajistili prioritu při výkonu zakladatelských práv zdůrazňují, že jsou „*fundatores principales*“, tj. že nabyli zakladatelských práv originárně založením.

Zajištění priority mělo zaručit prvnímu fundátorovi a jeho přímým dědicům nerušený výkon všech zakladatelských práv nad celým špitálním nadáním, v němž by mohli být omezeni darováním movitých či nemovitých darů třetí osobou, která pak byla též fundátorem a vykonávala zakladatelská práva nad statkem, který špitálu věnovala. Tyto případy omezení původního zakladatele špitálního nadání a jeho dědiců se vyskytovaly velmi často a fundátoři se jim snažili co nejvíce zamezit (Roučka, 1966), bývalo to zajištěno již v zakládací listině. Bylo zde zaneseno i to, že si fundátor vymínil dohled na správu špitálních statků darovaných v budoucnosti osobami jinými, než byly členové fundátorovy rodiny (Roučka, 1966). Neboť bývalo běžným jevem, že každý, kdo daroval špitálu nějakou nemovitost, měl právo vyhradit si bez ohledu na fundátora a jeho práva k nadání pro sebe výkon zakladatelských práv a vliv na správu darovaného statku. Proto se fundátoři domáhali toho, že darování statků dalšími osobami, které dosud neměly žádná zakladatelská práva, musí být schváleno fundátorem (Roučka, 1966).

Výkon zakladatelských práv byl snadno převoditelný na jiné osoby. Právní nástupce fundátora byl ustanoven již přímo v zakládací listině špitálu. Docházelo však i k tomu, že tato práva byla předmětem právního obchodu v technickém slova smyslu. Byl-li zakladatelem špitálu jednotlivec, vykonával od počátku bez omezení všechna práva, která mu k nadání jím založenému příslušela. V případě, že zakladatelů bylo

více, rozhodovali buď společně nebo každý z fundátorů vykonával práva nad tou částí majetku, kterou sám špitálu daroval (Roučka, 1966).

O tříštění zakladatelských práv ke špitálnímu nadání nelze mluvit v těch případech, kdy zakladatelská práva vykonávají městské rady jednotlivých měst. Stejně tak je tomu u špitálů spravovaných jinými komunitami, neboť v těchto případech je tu pouze jeden fundátor, jehož vůlí vytváří představenstvo komunity (Roučka, 1966).

Milosrdný šlechtic

Adjektivum *milosrdný* nepatří k těm, které bychom v případě středověkého šlechtice pokládali za charakterizující. Nic na tom nemění teoretické postuláty o lásce k bližnímu a pomoci slabému a potřebnému, tvořící základ křesťanské morálky, a tím méně pak teoretický (z hlediska praxe spíše imaginární) kodex rytířských ctností. Teorie a praxe se rozcházel, a to nejednou přímo diametrálně. Oprávněnost označení „milosrdný šlechtic“ jsme ochotni připustit v konkrétních, spíše vzácných případech jednotlivých osob, v jakémkoli jiném kontextu nezní příliš přesvědčivě (Šimůnek, 2013).

Pokud princezna nebo sám vládce založil nemocnici, motivy a účel nadace nebyly vždy tak křesťanské, jak se na první pohled zdálo (Jetter, 1992).

Většina špitálů byla zakládána z pohnutek náboženských, neboť jejich zakladatelé neopomínali téměř nikdy zdůraznit, že zakládají špitál z lásky k bohu nebo pro odpuštění svých hříchů, za spásu duše své nebo svých rodičů a potomků nebo z vděčnosti za to, že unikli nějakému nebezpečí (Roučka, 1965).

Obdarovávání chudých bylo prvořadou investicí do spásy vlastní duše, de facto zakupováním přímluvných hlasů, a skutečnost, že sociálně potřební si momentálně přilepšili, tu byla jen jakýmsi vedlejším produktem. Středověká matematika spásy duše sázela na kvantitu: čím více přímluvných hlasů, tím pro duši dobrodince lépe (Šimůnek, 2013).

Motivací bohatých šlechticů při zakládání špitálů byla snaha pomoci chudým, starým a nemocným a jinak potřebným lidem a tu jim nelze ani v nejmenším upřít. V jistém rozporu však někdy stojí velkolepost nadace a celého počínu – budova špitálu, jež je v některých případech dokonce uměleckým skvostem, a bída a utrpení, které ve

zdech honosného hnízda přebývaly – alespoň viděno dnešními očima (Smíšková, 2001).

Nové koncepty umírání a spásy se objevují od 14. století – akcentovaly milosrdenství jakožto jeden z klíčových předpokladů spásy. *Ars moriendi* je tu odrazem *ars vivendi* – jak se žilo, tak se umírá.

Je vcelku nesporné a z různých úhlů dokumentované, že základním kritériem určujícím „realitu“ byla matematika spásy duše. Možný nesoulad teorie a reality zůstává i v tomto případě stále v platnosti (Šimůnek, 2013).

Dle mého názoru šlechtic ani nemohl znát jména všech obdarovaných či chovanců špitálu jehož byl fundátorem. A i když se mnohdy mohlo zdát, že obdarovává chudé nebo zakládá špitál pouze kvůli spáse duše, tak si myslím, že to tak nebylo. Šlechtic jako takový měl mnoho povinností. Tudíž ani nemohl znát všechny ty, kterým pomáhal.

Formy charitativní činnosti můžeme rozdělit takto:

- charitativní instituce
- podpora chudých (hotovost, strava, oblečení a boty, zakoupení chovných zvířat, koupel v lázni, otop, lékařská péče)
- nadace poskytující věno
- nadace pro sirotky a nalezence
- nadace na vzdělání (učedníci, žáci, studenti)
- nadace poskytující půjčky
- pomoc pro ženy
- odkazy chudým duchovním

Rozdělování hotovosti chudým probíhalo za přesně vymezených podmínek – byla to odměna za jejich účast na pohřebním obřadu nebo výročních mších dárce. Částky nebyly vysoké a pohybovaly se mezi 2 až 6 halěři.

Charitativní nadaci mohli spravovat potomci dárce, nebo byla správa svěřena radě, bratrstvu, cechu nebo duchovním z místní farnosti.

Pro pozdní středověk jsou typické výrazné projevy nápomocného, instrumentálního chápání charitativních nadací jak městskými, tak církevními orgány. Špitální nadace,

tak individuální podpora chudých a nemocných patřily nejprve téměř výlučně do gesce knížat a vyššího duchovenstva.

S rozšířením dříve elitních dobročinných aktů se setkáváme teprve na přelomu 14. – 15. století. Viditelné jsou paralely mezi odkazy měšťanů špitálům a dalšími dobročinnými akty. V obou případech se příjemci největšího počtu zbožných darů stali blíže nespecifikovaní „chudí lidé“, kteří se nacházeli ve veřejných špitálech ve městě, nebo dokonce mimo město.

Prokazatelná je rovněž výrazná změna postoje městské správy k charitativní činnosti. Zatímco v prvním období městské rady do individuální dobročinnosti nezasahovaly a v omezené míře vznik špitálů podporovaly, v pozdním středověku se nad nimi pokoušely převzít kontrolu.

Přehled dobročinnosti ukázal, jaký užitek mohlo dárcům přinést jejich milosrdenství. Především jim umožňovalo zajistit si modlitby levněji, často za částku, která by nestačila na zaplacení duchovního, nebo za zcela nepotřebné předměty. Charitativní nadace se staly rovněž velmi výhodným prostředkem pro kontrolu duchovních, kteří by jinak zanedbávali sloužení mší za duši dárce. Hrozba, že by se v takovém případě o prostředky přihlásili správci špitálu nebo jiné osoby věnující se péči o chudé, kněží nutilo respektovat vůli dárce. Ve shodě s církevním učením mohly charitativní nadace podporovat příbuzné nebo blízké osoby dárce nebo jeho nejbližší sousedy.

Dobročinnost měšťanům bezpochyby přinášela uspokojení, protože zdůrazňovala jejich postavení a vliv a ukazovala, že jsou dobrými křesťany. Demonstrovali tak nejen svoji moc ve společnosti, ale i svoji nadřazenost (Wólkiewicz, 2013).

Specifický, velmi dobře doložitelný fenomén, který by se dal nazvat „*chudí jako náhradníci*“. Mechanismus, jímž se chudí do této role dostali, byl poměrně prostý, a vycházel z kategorie záduší, a současně ze znalosti dobové praxe – farář či jiný duchovní zanedbávající plnění stanovených liturgických povinností evidentně nebyl ojedinělý zjev, a donátor měl tedy tendenci jednak duchovního disciplinovat, a jednak zajistit, že zádušní investice nepřijde nazmar. Pokud by tedy onu směnu časného za věčné ne učinil duchovní řádným sloužením záduší, učiní ji chudí. Z donace církvi se stane donace charitativní povahy, což ovšem na její zádušní charakter nemá negativní vliv (Šimůnek, 2013).

Fundace Anežky České byla její královskou rodinou důkladně připravena a probíhala současně s urbanistickou proměnou staroměstských osad a jejich městskými hradbami. Součástí kláštera byl od počátku špitál pro chudé, který převzal povinnost zajišťovat potřeby řeholnic. Král Václav I. dal Anežce místo na pravém vltavském břehu v obvodu budoucího města a královna Konstancie věnovala špitálu statky zakoupené od německých rytířů u kostela sv. Petra na Poříčí.

V březnu roku 1234 vydal král Václav I. klášteru a špitálu velké privilegium: oba ústavy přijal pod svou ochranu a udělil jim veškeré svobody a privilegia, jaké do té doby měla jen vyšehradské kapitula.

První léta Anežčina působení v řádu byla vyplněna snahou zajistit dílo po stránce právní a hospodářské. Jedním z prvních úkolů bylo převést všechny statky darované královskou rodinou na špitál, a tím docílit právní nemajetnosti kláštera (Soukupová, 2016).

2. Jaké bylo umístění špitálu a jeho vnitřní uspořádání?

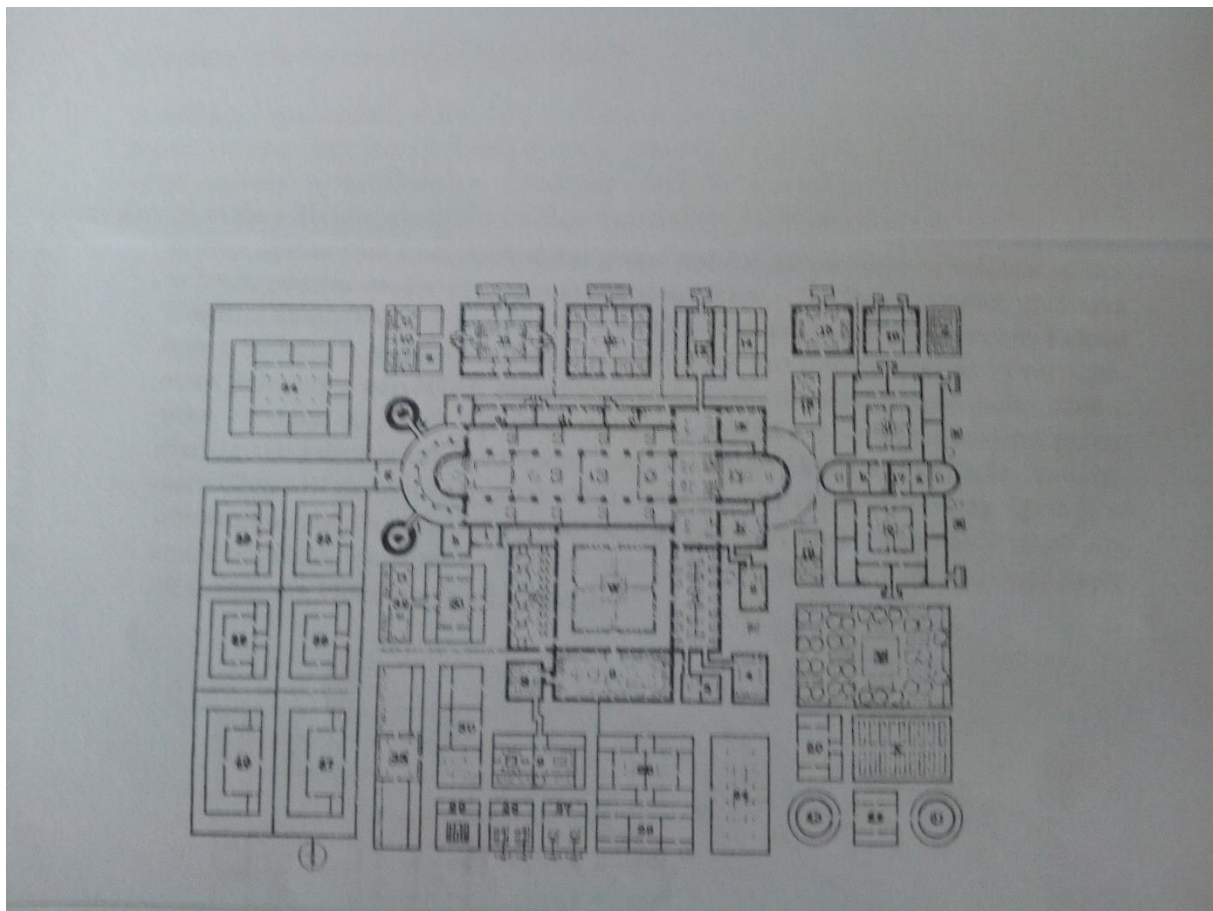
Je přirozené, že při konstruování definitivního schématu evropského kláštera hrála důležitou roli řehole Benedikta z Nursie. Ačkoliv se v jejich 73 člancích neobjevuje příliš mnoho detailů, které by bylo možné chápat jako přímý návod ke stavbě jednotlivých částí benediktinského kláštera, jsou přece jenom některé objekty zmíněny jasně a důkladně (Sommer, 2005).

Klášterní nemocnice byly v českých zemích někdy umístěny ve zvláštní budově s kaplí (Ostrov, Zbraslav, Zlatá Koruna, aj.), jindy jen v oddělené místnosti, kterou měl prakticky každý řeholní dům (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Na území raně středověkého českého státu přišel benediktinský klášter se svým stabilizovaným schématem, jehož součástí je klášterní nemocnice, jako prefabrikovaný prvek ukončeného vývoje. Přesto však existenci klášterních nemocnic známe především z písemných pramenů, a jejich otisk ve středověké architektuře zachycujeme naprosto výjimečně (Sommer, 2005).

Ebersbašské *infirmarium* z doby okolo roku 1220 obsahovalo všechny důležité prvky, kapli, kuchyni, toalety a velký sál v cisterciácké terminologii zvaný sál umírajících, to vše sestaveno po obvodu čtverhrané křížové chodby.

Je dost pravděpodobné, že srovnatelné klášterní nemocnice měly i české cisterciácké konventy. Nasvědčuje tomu letmá zmínka zbraslavské kroniky (Sommer, 2005).



Plán ideálního benediktinského kláštera. Knihovna St. Gallen, MR. 1092. V detailu je zobrazen východní klášterní okrsek s klausurami infirmaria a noviciátu severně a jižně od společné svatyně

Popis k obr.: V prostoru východně od konventního chrámu je umístěn miniaturní dvojklášter, jehož severní část je infirmariem. Po boku jeho kaple je situována redukovaná klausura s ambitem, komorou, domem představeného (s krbem), refektářem, dormitářem, sálem těžce nemocných (s krbem), latrínami, sálem s jílovou podlahou a hypokaustovým vytápěním. Severně od tohoto objektu je dům pro pouštění žilou a podávání projímadla (se 4 krby).

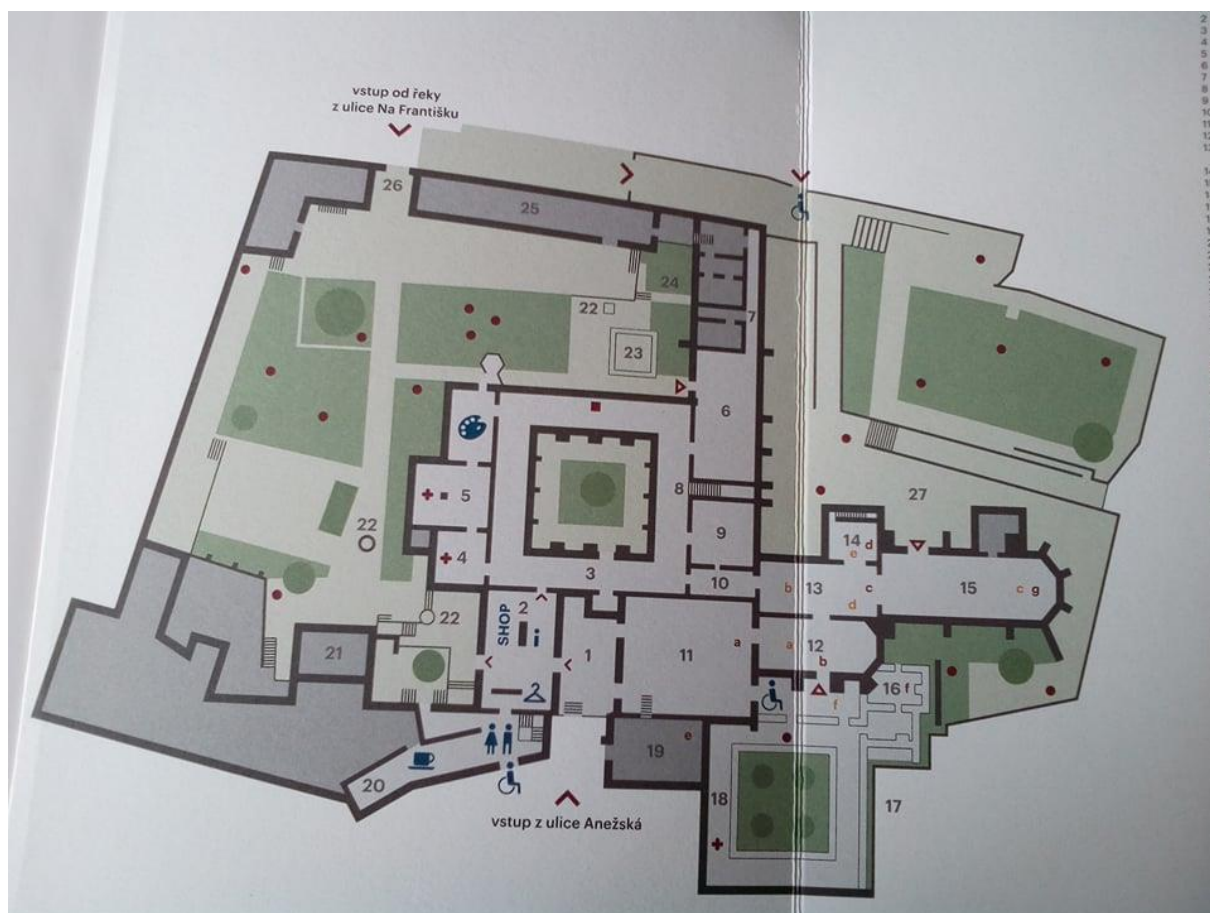
U každé stěny stojí lavice se stoly, na severní stěnu domu navazuje sedmidílná latrína. Chirurgický objekt je oddělen plotem od lékařského domu s místností pro

těžce nemocné a s místností pro lékaře. Obě místnosti mají krby a latríny. Severně od centrální místnosti je skladiště léků.

S drastickou středověkou účelností je jižně od dvojkláštera umístěn hřbitov, který se využívá také jako ovocný sad (Sommer, 2005).

Kláster sv. Anežky České: *S podporou celé královské rodiny dokončila Anežka stavbu kláštera klarisek (presbytář kostela sv. Františka, kapli sv. Marie, vlastní oratoř, klášterní ambit a kuchyni) i hlavní budovy kláštera menších bratří. V 50. letech 13. století byla vystavěna vrátnice a pohřební kaple kláštera (Soukupová, 2016).*

Dobu rozkvětu vystřídala stagnace. Za husitské revoluce (1420) musely klarisky konvent opustit a z mužských klášterů sv. Františka a sv. Jakuba se staly zbrojnice a mincovna. Přestože vybavení kláštera bylo zničeno, úcta, již se Anežka za svého života i po smrti těšila, způsobila, že rozbouřený lid nevztáhl ruku na její pohřební niku ani na dostupné části klášterního kostela. Mužský konvent byl pobořen (Soukupová, 2016).



Plánek Anežského kláštera po rekonstrukcích:

- 1 dvůr před kostelem sv. Františka*
- 2 severojižní křídlo*
- 3 ambit a rajský dvůr kláštera klarisek*
- 4 černá kuchyně*
- 5 refektář*
- 6 pracovna sester*
- 7 chodba a brána k řece*
- 8 schodiště do dormitáře*
- 9 kapitulní síň*
- 10 chodba do svatyní*
- 11 dvoulodí kostela sv. Františka*
- 12 presbytář kostela sv. Františka*
- 13 kaple Panny Marie a Anežčina pohřební nika*
- 14 Anežčina soukromá oratoř*
- 15 svatyně Salvátora*
- 16 kaple sv. Michala (?)*
- 17 východní křídlo konventu menších bratří*
- 18 ambit menších bratří*
- 19 kaple sv. Barbory*
- 20 původní vstupní brána kláštera*
- 21 gotický dům – vrátnice*
- 22 studny*
- 23 otopné zařízení – pec*
- 24 západní průčelí kláštera*
- 25 renesanční budova při severní zdi*
- 26 barokní brána se sochou sv. Anežky*
- 27 jurisdikce sv. Anežky*

OLTÁŘE

a sv. Františka

b sv. Františka

c Panny Marie

d sv. Jana Křtitele (?)

e sv. Barbory

f sv. Michala

g Krista Spasitele

HROBY

a krále Václava I.

b královny Kunhuty Štaufské

c královny Kunhuty Uherské, princezny Markéty, princezny Gutty II., kněžny Griffiny

d sv. Anežky České

e představené kláštera

f Kateřiny, manželky Viléma

■ *přístupné části expozice*

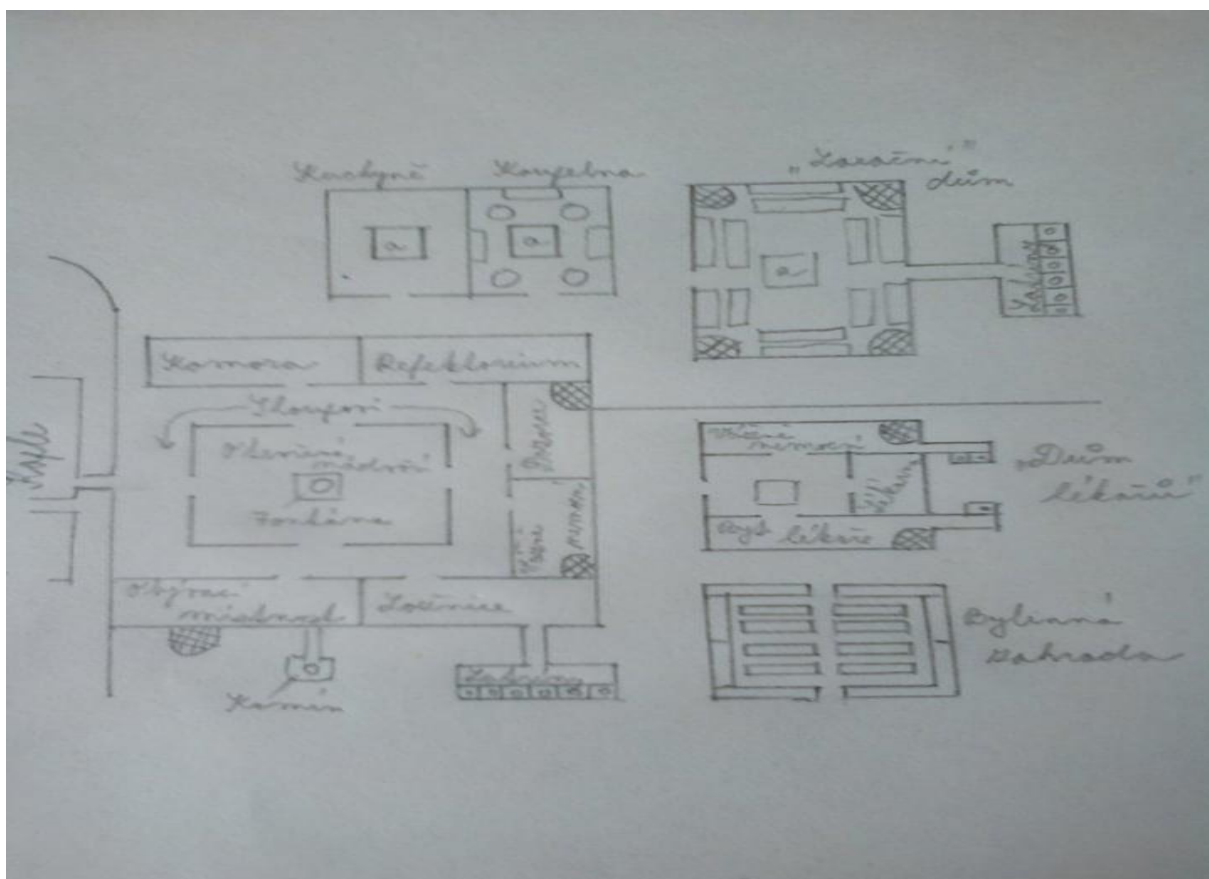
■ *provozní zázemí*

■ *zahrady kláštera*

● *exponáty sochařské zahrady*

■ *haptická expozice*

(plánek i s popisem převzat z průvodce areálem Kláštera sv. Anežky České)



Plánek klášterní nemocnice St. Gallen (Goldhahn, 1940)

Popis k plánku: Hlavní dům na levé straně má nezaměnitelně jižní charakter. Uprostřed nádvoří, obklopené pasáží, zastíněnou skloněnou střechou směrem k nádvoří. Vysoké klenuté dveře a okna mají výhled na nádvoří, podobně jako kláštery některých kostelů. V centru nádvoří je kašna, která je obklopena lavicemi. Na třech stranách je nádvoří obklopené prostory nemocnice, zatímco na čtvrté straně je krátká spojovací chodba, která vede ke klášterní kapli. Vedle vyhřívané jídelny (Refektoria) je prostor, který se jednoduše nazývá komorou. Pak přichází vytápěná místnost- byt Infirmaria (dozorce). Vedle ní je vyhřívaný pokoj pro vážně nemocné. Pak následuje velká veřejná ložnice, která sousedí s latrínami, které jsou nastaveny pro velkokapacitní provoz. Zde je zajímavé, jak je stavební problém řešen hygienicky výborným způsobem. Přístup k latrínám, je stejně jako ve všech ostatních takových zařízeních, řešen úzkou chodbou, která byla pravděpodobně zamčená dveřmi nebo oddělena alespoň záclonami. Konečně je zde větší prostor označený jako obytný prostor, který je opět ohříván. Samozřejmě, zde není jen sporák, který se nastavuje stejně jako v ostatních dvou vyhřívaných místnostech, ale byl zde postaven i krb.

Poslední popsany pokoj byl důležitý pro každodenní život chovanců a je srovnatelný s denními místnostmi našich současných nemocnic.

Napravo od hlavní budovy je tzv. "Dům lékařů". Od všech ostatních budov kláštera je „Dům lékařů“ oddělen oplocením nebo stěnou (na výkresu horizontální čára) a má úzký vstup. Jediný přístup do domu vede do předsíně, v jehož středu je fontána. Na jedné straně je byt lékaře, který je ohříván. Na opačné straně je prostor pro vážně nemocné. Chytré zařízení: lékař měl v bezprostřední blízkosti nejhorší případy a kdykoli jim byl schopen pomoci v noci a okamžitě jim přivezl léky z lékárny umístěné ve stejné budově. Život zbytku nemocnice nemohl narušit klid těžce nemocného.

V levé horní části našeho plánu nacházíme spojenou kuchyňku s koupelnu pod jednou střechou. Jedná se o kuchyň k nemocnici, protože v ostatních klášterních budovách je k dispozici další kuchyň. V kuchyni je sporák, jinak nenajdeme žádný další inventář. Vedle koupelny nás zajímají čtyři koupele. Jedná se o dřevěné sudy. Jsou kruhové. Uprostřed koupelny je ohříváč, kde se ohřívá voda, a kolem stěn najdeme několik lavic.

Vpravo od této budovy přicházíme do „laxačního domu“, který v té době hrál velkou roli, protože tzv. "Derivace na střevě" nebo také „vyloučení“ špatných látek z těla se ve středověku těšila velké oblibě. „Laxační dům“, ve kterém se kromě podávání projímadel i pouštělo žilou, je ohříván čtyřmi pecemi stojícími v rohu. Je zde také otevřené ohniště uprostřed, na kterém se mají zahřát záhadné lektvary a bylinky. Všude kolem jsou stoly a lavičky, kde se daly vychutnávat lektvary. Když začali pracovat, chovanci odešli do místnosti napojené napravo na chodbu.

Kromě popsanych budov je zde i bylinná zahrada, neboť v té době byla nezbytná pro lékárnu. Některé z bylin, které byly pěstovány v klášterních zahradách: bílá lilie, libeček, máta peprná, pískavice řecké seno, fazole, duhovky, šalvěj, růže, řepový kmín, fenykl, vratič, rozmarýn (Goldhahn, 1940).

Vnitřní stavba klášterní nemocnice

Nemocnice tvořila většinou samostatně stojící areál, oddělený od konventních budov. Teoreticky stačilo pro její provoz jen několik částí, a to sál nemocných s kaplí a kuchyně. V praxi však většina klášterních nemocnic představovala složitější

strukturované prostory, v některých případech přímo komplex budov na klasickém klášterním půdorysu s ambitem a vlastní zahradou (Charvátová, 2005).

Pro středověké špitály byl typický velký sálový prostor, většinou dvoustraně osvětlený. V čele sálu stál oltář. Lůžka byla umístěna podél stěn, často i v několika řadách. Lůžka stála volně nebo v kójích za zataženými závěsy. U větších nemocnic byly sály řazeny buď okolo dvorů nebo do kříže. V nemocničním sále pacienti nejen leželi, ale byli podrobováni i lékařským zákrokům, které byli zpočátku prováděny přímo na lůžku. K oddělení obou funkcí došlo v období mezi 14. a 15. stoletím (Kazimour, 2017).

Jádro každé z nemocnic tvořil sál nemocných, koncipovaný většinou jako samostatná budova. Obvykle šlo o trojlodní stavby překvapivě velkých rozměrů (např. v pikardském opatství Ourscamp a ve francouzském ženském klášteře La Biloke měřily tyto stavby 50 m x 15 m, a v anglickém Fountains dokonce cca 51m x 21m). Sály nemocných původně fungovaly jako nedělené rozlehlé prostory s množstvím nemocničních lůžek umístěných obvykle kolmo ke stěnám. Vedle lůžek se nacházely, alespoň v některých případech, malé niky ve výši rukou, jež umožňovaly odkládání drobných předmětů, např. nádob či jiných věcí souvisejících s ošetřováním nemocných.

Nemocniční kaple obvykle tvořila součást hlavní budovy klášterní nemocnice (i infirmaria) a většinou navazovala plynule na sál nemocných, od nějž byla oddělena snad jen nízkou dřevěnou přepážkou. Toto uspořádání umožňovalo nemocným sledovat bohoslužby přímo z nemocničního lože. V některých případech však kaple představovaly samostatné stavby, jak dokládá případ zbraslavského kláštera, jehož nemocniční oratoř, zasvěcená sv. Janu Křtiteli, přestála zánik středověkého opatství a byla stržena v roce 1785.

Vedle sálu nemocných a kaple potřebovala každá nemocnice také svou vlastní kuchyni. Vzhledem k tomu, že se nemocným podávala odlišná strava, nebylo možné pro nemocniční účely používat téže kuchyně, kde se vařilo pro konvent.

Větší infirmaria, ale i klášterní nemocnice, bývala členěna ještě do více prostor – kromě již uvedených místností tam mohly být po boku velkého nemocničního sálu menší pokoje pro pacienty, např. na oddělení umírajících od lehčích pacientů. Zprávy o tomto oddělení pocházejí i z českého prostředí. Ve Zlaté Koruně nařizoval vizitátor rozdělení prostoru rozdělení prostoru sálu nemocných závěsy nebo přepážkami., na

Zbraslavi byli snad umírající uloženi ve zvláštní místnosti. Vzhledem k tomu, že nemocní, jejichž zdravotní stav to dovoľoval, se mohli účastnit mše v konventních kostelech, bylo někdy infirmarium/klášterní nemocnice spojeno s kostelem chodbou. Od 13. století se v nemocnicích začaly vyčleňovat prostory pro obydlí správců těchto objektů. Správce měl k dispozici dvě soukromé místnosti, a to obývací místnost s krbem a ložnici. S ohledem na původní zvyky řádu, které požadovaly, aby všichni mniši sdíleli společný dormitář, ukazuje tento příklad značný posun ve výkladu řehole. Klášterní areál doplňovala také speciální zahrada, v níž se pěstovaly léčivé rostliny, stejně jako lékárna, kde se připravovaly léky a odkud se také vydávaly. Od konce 14. století začalo docházet k rozdělování velkých nemocničních sálů na samostatné pokoje. Členění původních velkých sálů na menší pokoje vedlo ke zmenšení počtu lůžek. V odborné literatuře se tento jev dává do souvislosti na jedné straně se stoupajícím nárokem na soukromí, na straně druhé s úbytkem populace a také mnichů po velkém moru, který postihl Evropu v polovině 14. století. Z hlediska položení v rámci klášterního areálu můžeme říct, že infirmaria byla obvykle budována v blízkosti vodního zdroje, který byl nutný pro každodenní péči (Charvátová, 2005).

3. Jaká byla strava a nápoje chovanců špitálu?

Ve všech řádech byli vítáni příchozí, ať chudí nebo bohatí, a poskytovala se jim s ochotou strava a přístřeší v rámci daných možností. Aby však nemohlo docházet ke zneužívání špitální a klášterní pohostinnosti, bylo ustanoveno, že host nesmí být v klášteře déle jak 3 dny (Šmerda, 2010).

Strava v období baroka odpovídala společenské diferenciaci. Bohaté vrstvy si nepochybně dopřávaly spousty jídla nejvybranější kvality, pivo, víno a kořalku nevyjímaje. Naopak méně majetní se museli spokojit s nejlevnějším masem, a to ještě ne tak často. Dále s chlebem, houbami, univerzální kaší, polozralým ovocem a zelím. Obiloviny se pěstovaly zhruba ve stejném složení jako dnes (Lachman, 1994). V oblasti stravy bylo určeno kolik, které potraviny má chovanec ročně na obživu obdržet. Např. v Kuksu tvořily náklady na stravu jednoho chovance 52 zl., což byla více než polovina z ročního rozpočtu určená pro jednoho chovance.

Dostatečné zasycení chovanců bylo jednou z hlavních povinností špitálního mistra. Zanedbávat je bylo velmi nebezpečné. Nedostatečná výživa mohla být zdrojem nemoci, proti níž by oslabený organismus velmi těžko bojoval (Smíšková, 2001).

Chudým byl nejčastěji rozdáván chléb. Všechny řády předpisovaly, že nejen zbylý chléb, ale i ostatní zbytky od stolu jsou majetkem chudiny. Některé řády měli výslovně nařízeno, že žádný zbylý chléb se nesmí schovávat, ale musí se vždy rozdat chudým.

U Johanitů se z vizitačního protokolu z r. 1373 dočítáme, že řád rozdával 3 x týdně chléb chudým, a to v neděli, úterý a v pátek. (Šmerda, 2010).

Anna Kubíková uvádí v Jihočeském sborníku historickém jídelní lístky, které byly sestaveny pro chovance Českokrumlovského špitálu a kostela sv. Jošta, které byly navíc sestaveny pro zdravé a nemocné chovance.

Jídelníček pro zdravé v době půstu – obědy

Neděle – mléčná polévka, hrách, knedlík

Pondělí – mléčná polévka, hrách, kroupy

Úterý – mléčná polévka, zelí, buchty

Středa – mléčná polévka, hrách, nudle

Čtvrtek – mléčná polévka, knedlíky, zelí

Pátek a sobota – podobně

(Kubíková, 1998).

Jídelníček pro nemocné chovance

Obědy:

Neděle – hovězí polévka, zadělávané telecí maso

Pondělí – hovězí polévka, lehká kaše

Úterý – hovězí polévka, zadělávané telecí maso

Středa – hovězí polévka, žemlovka

Čtvrtek- hovězí polévka, zadělávané telecí maso

Pátek – pивní polévka nebo kyselo s vejci, nudle

Sobota – hrachová polévka, kaše.

Večeře:

Neděle – zapražená polévka, krupicová kaše

Pondělí – hovězí polévka, nudle
Úterý – zapražená polévka, kaše
Středa – zapražená polévka, nudle
Čtvrtek - hovězí polévka, kaše
Pátek – zapražená polévka, kaše
Sobota – pивní nebo hrachová polévka, nudle

Jídelníček pro zdravé – obědy a večeře:

Obědy:

Neděle – hovězí polévka, hovězí maso
Pondělí – mléčná polévka, omaštěné kroupy, hrách
Úterý – hovězí polévka, hovězí maso, zeli
Středa – zapražená polévka, hrách, zeli
Čtvrtek – hovězí polévka, hovězí maso, zeli
Pátek – mléčná polévka, omaštěné kroupy, hrách
Sobota – hrachová nebo eděle – mléčná polévka, krupicová kaše
Pondělí – zapražená polévka s cibulí nebo petrželí, knedlíky
Úterý – mléčná polévka, krupicová kaše
Středa – mléčná polévka, nudle
Čtvrtek – zapražená polévka s cibulí nebo petrželí, knedlíky
Pátek – pивní polévka nebo kyselo s vejci (Kubíková, 1998).

Chovanci měli nárok na každodenní příděl chleba, masa a piva. Strava byla tvořena z krup, hrachu, jáhel, mléka a másla. O svátcích býval jídelníček vylepšován o vánočku či perník – na Vánoce, v období půstu se podávaly místo masa ryby. Množství a druh stravy byly jistým způsobem závislé na zázemí špitálu a na dostupnosti té které potraviny. Jídelníček chovanců byl pravidelně vylepšován o ovoce a zeleninu, které se pěstovaly ve vlastní zahradě (Smíšková, 2001).

Jedna porce hovězího masa na osobu měla vážit půl libry české váhy (asi ¼ kg. Mléko a máslo dávalo 11 špitálních krav.

Aby se opakující jídlo strávnickům nezprotivilo, mělo být obměňováno (např. plíčky, špekové knedlíky, dršťky). Každý strávnick dostával denně 1 a půl libry chleba (asi $\frac{3}{4}$ kg), půl pinty piva (necelý litr) (Kubíková, 1998).

O způsobu stravování se dá mluvit i v jiné rovině. A to: v jaké podobě se strava k chovancům dostávala? Buď byla ve špitále společná kuchyně s patřičným personálem a chovancům byla strava podávána v hotové podobě a v účtech byly vykazovány rozpočtené hodnoty výdajů za stravu nebo byla chovancům pravidelně vyplácena určitá peněžní částka - v podstatě almužna, z které si měli stravu zajistit sami (Smíšková, 2001).

Získávání potravin z vlastních špitálních gruntů bylo finančně výhodné pro špitál i pro jeho obyvatele. Pro chovance bylo pohodlnější, pokud dostávali stravu připravovanou špitálem, neboť se o ni nemuseli starat sami. Při přechodu k peněžním dávkám stravného však špitál dosáhl zjednodušení svého účetnictví a při odbourání vlastní kuchyně se navíc vyvaroval stížností chovanců ohledně kvality podávané stravy. Společné stravování ale přinášelo jisté výhody. Utužovalo vzájemné vztahy mezi chovanci a podtrhovalo jejich křesťanský život ve špitále. Pouze osoby upoutané na lůžko dostávaly jídlo do postele a nemusely se stravovat ve společné jídelně (Smíšková, 2001).

4. Jaké byly možnosti chovanců špitálu ohledně oblečení a hygieny?

Oděv byl základní potřebou. Mohl však také být znakem špitálu. Na čistotu oděvu měl dbát každý chovanec špitálu, oděv byl zrcadlem jeho vlastní hygieny. Nové šatstvo dostávali chovanci v pravidelných intervalech – obvykle však jednou za 2-3 roky. Z finančních důvodů docházelo k postupné obměně jednotlivých částí oděvu, nikoliv k úplné výměně najednou.

Jednotný oděv chovanců nebyl samoúčelný. Pro špitál bylo určitě jednodušší poskytovat chovancům stejný šat, na jehož zhotovení byla hromadně zakoupena látka v určité barvě a ušití se zadávalo smluvnímu krejčímu. Oděv splňoval nároky. Musel být nepochybně v mezích možností pohodlný a praktický. Měl i chovance odlišovat od ostatních lidí, což bylo z hlediska špitálu velmi praktické a u chovanců mohlo mít toto opatření psychologický efekt (Smíšková, 2001).

Skladbu oděvu, které chovanci dostávaly od špitálu, si můžeme ukázat na příkladu instrukce šluknovského špitálu (nové šatstvo chovanci dostávali jednou za 3 roky). Zde obdržel chovanec při svém přijetí 4 nové košile, v dalších letech pouze 2 ročně. Oděv mužů se skládal z kožených kalhot, kazajky s flanelovou podšívkou, hladkého šatu bez záhybů a klobouk. Ženy dostávaly šněrovačku s flanelovou podšívkou, vrchní šaty, spodničku, župan a čepec. Vše v hnědé barvě. Boty a punčochy fasovaly dle potřeby. Každoročně chovanci dostávali dva šátky z černé roušky a dva kapesníky. Ženy navíc dostávaly dvě zástěry z modrého plátna. Jednou za 6 let měli chovanci nárok na nový kabát (Smíšková, 2001).

Při příchodu do špitálu byli chovanci přijati bratrem konajícím službu. Do pytlů odkládali svůj oděv. Místo něj jim byly poskytnuty pláště a kožichy, ale i boty, aby netrpěli chladem mramorové podlahy a zároveň se neušpinili (Šmerda, 2010).

Chovanec musel předem počítat, že nové šaty dostane až za určenou dobu, a s tím vědomím s nimi měl zacházet. Šatstvo bylo velmi důležité, ale ne tolik jako strava, a tak byl v případě finančních potíží špitálu nárok na šatstvo ze sníženého rozpočtu vyškrtnut. Podoba oděvu byla pro špitál často předem určena (Smíšková, 2001).

Špitální řád zakazoval chovancům pod hrozbou vážného trestu prodávání nebo zcizování všeho, čeho se jim ve špitále dostávalo. Jednalo se především o potraviny, oblečení a lůžkoviny (Smíšková, 2002).

Ke zcela mimořádnému ošacení došlo při pohřbu královny Elišky – Rejčky. Ta ve své závěti nařídila, aby šedé sukno z nosítek bylo rozdáno chudým a peníze, které by byly vydávány na hedvábí, aby byly chudým rozdány (Šmerda, 2010).

Mezi další skutky klášterního milosrdenství patřila i bezplatná lázeň, která byla v prostorách špitálu nabízena chudým (Neumann, 1939).

Co se hygieny týče, dle Svobodného a Hlaváčkové pro období před rokem 1348 nelze hovořit ani zdaleka o nějakém systému zdravotnických opatření z řady důvodů. Roztříštěnost veřejné správy a právních norem neumožňovala jednotné zásahy směřující ke zlepšení hygienických nebo zdravotnických problémů. Pokud byla některým z úřadů různé úrovně nějaká opatření přijata, bylo to většinou jen ad hoc ke konkrétnímu problému – většinou neúnosné hygienické situaci hrozící zdravotní katastrofou nebo jako reakce na propuklou epidemii. Opatření měla navíc jen velmi malou účinnost, protože problémům nepředcházela, ale snažila se je zmírnit až v hodině 12.

Trendy v organizaci hygienických a zdravotnických nařízení a opatření, započaté v omezené míře již koncem 13. století, pokračovaly i v období let 1348 – 1620. Vzhledem k tomu, že největší hygienické, epidemické a zdravotnické problémy hrozily ve městech, hlavní roli ve zdravotnictví na přechodu od středověku k novověku hrály městské orgány a jimi zřizované organizace (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Baroko s sebou přineslo pohodlné paláce a domy pro bohaté vrstvy, ale úroveň hygienických zařízení stále pokulhávala. Prádlo se nevyměňovalo příliš často, namísto toho se používaly různé voňavky a lapače blech. V polovině 18. století jsou postupně rušeny lázně pro šíření syfilidy (Lachman, 1994).

5. A) Jaká byla obvyklá péče o chovance špitálu? + umírání a pohřbívání

„Léčení by nemělo být horší než samotná nemoc.“

J.E. Purkyně
(Kazimour, 2017)

„Člověk léčí, ale Bůh (příroda) uzdravuje“

(Svobodný, Hlaváčková, 2004).

A) Středověký člověk pohlížel na nemoc často pod vlivem své křesťanské víry, a i lékaři byli v zajetí biblických a teologických úvah o zdraví a chorobách. V traktátech učenců i v mnišském lékařství raného středověku se zrcadlila dvojitá tvářnost nemoci vyjádřená v bibli. Jednak se nemoc chápala jako boží trest za hříchy, jednak se v ní spatřovala boží zkouška trpělivosti věřícího, jistý druh milosti a tím vyznamenání (Macek, 1998).

Až s příchodem křesťanství začíná se součástí snahy o léčení stávat i opatrovnictví, jako součást lidového léčitelství. Opatrovnictvím se zabývaly zejména mužské a ženské církevní řády hlavně v dobách velkých epidemií. Vznikají tzv. špitály, které ovšem měly mnohdy rozdílné poslání. Některé sloužili jako útulky pocestným či kupcům, jiné výhradně jen nemocným či zchudlým. Přednostně byli opatrováni ti, kdo si zakoupili tzv. provizi doživotního bydlení a stravu (NCO NZO, 2018).

O tom, jak se léčilo a ošetřovalo v prvních špitálech do 15. století, najdeme v historii pouze ojedinělé zmínky. Asi nejlépe byly spravovány špitály řízené ošetřovatelskými řády (Bořík, Boříková, 2004).

Úroveň vlastní péče kolísala v závislosti na majetkových poměrech špitálu, odborná péče se v některých případech zlepšila především v souvislosti s rozvojem institutu městských lékařů, k jejichž povinnostem patřily návštěvy nemocných ve špitálech. Ze 16. století pochází i více konkrétních údajů o vybavení špitálů (oddělené místnosti pro ženy a muže, pokoje pro personál, mj. chirurga a lékaře, místnost pro pouštění žilou, skříň s léčivými bylinami, zahrada pro pěstování léčivých bylin, kaple, hřbitov) (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

V ostatních světských špitálech byli nemocní ošetřováni tak, jako v soukromí. Užívalo se domácích prostředků, léčilo se podle tehdejších zvyků v medicíně. Léčby se ujímali lékaři empirikové, řemeslní ranlékaři. Aprobovaní (univerzitou schválení) lékaři docházeli do prvních špitálů jen výjimečně. Tehdy byli učené lékaři postaveni na úroveň rytířů a práce ve špitálech byla pokládána za méněcennou (Bořík, Boříková, 2004).

Ošetřování nemocných bylo považováno za opovrhovanou práci, jíž dělali členové řádu jako součást pozemského odříkání (Cuřínová, 2002).

O ošetřovatelském personálu jsou jen skromné údaje. Ačkoliv původně u staroměstských křižovníků pečovali o nemocné a chudé muži a ženy, od vydání nových statut roku 1292 péči převzali výhradně muži. Obětavost ženských ošetřovatelek ovšem dokládají kronikářské zprávy o Zdislavě a její sestře Eufémii, která dokonce sama „začala churavět schválena pracemi těmi a – posty oslabovanou – ji mrtvice stihla svou ranou.“ (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Husitské období se vyznačovalo vlnou sekularizace stávajících špitálů, které přešly v kališnických městech do přímé správy městských rad, pokud zcela nezanikly. Druhá polovina 15. století pak přinesla novou vlnu zakládání špitálů i v menších městech, která dosud vlastní špitál neměla, a dalších špitálů ve větších městech. V samotných Čechách tak bylo v 15. století celkem 270 špitálů (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Pohusitské špitály se od předhusitských nelišily ani počtem chovanců, který se pohyboval v řádu jednotek, výjimečně desítek, tedy hluboko pod skutečnými potřebami. Také ošetřování nemocných se příliš nelišilo (s výjimkou špitálů

milosrdných bratří, které ovšem byly předzvěstí nové éry) od péče o jiné špitálníky (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

O řízeném zdravotnictví nemůže být v době po 30.leté válce ještě ani řeč. Jako předchůdci stálých zdravotnických orgánů se příležitostně od 17. století objevují zdravotní komise vznikající v souvislosti s velkými epidemiemi. Jejich správou bylo v Čechách pověřeno pražské místodržitelství, na Moravě potom zemské hejtmánství. Celozemsky se však jejich nařízení uplatňovala pramálo, měla spíše lokální význam. Hlavní zdravotnické problémy byly ponejvíce sociálního a hygienického charakteru. Pro práce neschopné a nemocné obyvatele byly jedinou spásou špitály, ty byly často zneužívány různými simulanty a práce se štítícími individui (Lachman, 1994).

Při léčbě v nemocnici mělo napomáhat terapii také příjemné prostředí. Cisterciáci využívali také léčebné i psychicky povzbuzující síly slunce. Infirmaria byla záměrně orientována na jih či východ a lůžka nemocných stavěna pod okna tak, aby nemocní měli co nejvíce světla. Mezi prostředky, jež měly napomáhat k uzdravení, patřil v nemocnicích také dostatek tepla. Na rozdíl od dormitářů, v nichž panoval stálý chlad, se infirmaria vytápěla. Většině nemocničních sálů sloužil jeden krb (Sommer, 2005).

Zdravotnické zabezpečení chovanců špitálu odpovídalo tehdejšímu standardům. Většina špitálů v 18. století sloužila jako starobince a chudobince, kam v občas docházel na kontrolu městský či krajský chirurg. Případná léčba byla svěřována lazebníkovi. V této neutěšené situaci většiny špitálů vynikají špitály v Duchcově a Kuksu, ale ani ostatním špitálům nemůžeme upřít snahu své chovance léčit, zabezpečovat léky a lékařskou pomoc v osobě lazebníka (Smíšková, 2001).

Nedostatky lékařství této doby začne časem vyvažovat veřejná péče, jež nastupuje zvláště s rozvojem špitálů a opírá se o dvě hlavní hodnoty středověké společnosti, jimiž jsou láska k bližnímu (*caritas*) a slabost (*infirmitas*). *Caritas* – souvisí s lidským bratrstvím, protože pokud máme milovat Boha, musíme milovat i své bratry. *Infirmitas*, vlastnost, která znamená tělesnou slabost a závislost. *Caritas*, první z teologických ctností, a *infirmitas*, jež se často spojuje s chudobou a nemocí, se tak stávají dvěma mocnými pákami při zrození středověkého špitálu, místu zdarma provozované veřejné charity. Charity nepochybně dobře organizované, protože ve špitálech se rozlišují „skutečně chudí od falešně chudých, skutečně nemocní od falešně nemocných, nemocní morálně přijatelní od těch, kdo přijatelní

nejsou.“ Špitál nicméně po způsobu klášterů, k nimž bývá většinou i připojen, teoreticky přijímá každého a za jakýchkoliv podmínek. Společenskými rozdíly se Řehole nezabývá. Na jedné straně, doma a v soukromí, „vzdělaný“ lékař, na druhé straně pro chudého nemocného pomoc ve špitále, zařízení, ze kterého se stává místo skutečné léčby a péče (Šmerda, 2010)

Infekční nemoci se na zdravotním stavu lidí v minulosti podílely větší měrou než dnes. Diagnostika a léčba nakažlivých chorob byla nedílnou součástí všech lékařských oborů. Jako u jiných chorob se nemocní původně léčili doma. Až později se nejvíce kvalifikovaná péče přesunula do nemocnic. Chybění účinných terapeutických prostředků v minulosti však omezily význam ústavní léčby jen na poskytnutí útulku a umožnění více či méně odborné ošetrovatelské péče.

Kromě dramatických morových ran byla středověká společnost sužována méně náhlými, ale rovněž tragickými nemocemi – tuberkulózou a leprou, od 16. století pak syfilidou. Výskyt lepry byl ve 12. století potlačen přísnými opatřeními – vystěhováním nemocných za hradby měst (Svobodný P, Hlaváčková L., 1999).

Přímými předchůdci infekčních oddělení jsou nejspíše *leproseria*, která sloužila k ošetřování malomocných a navázala na ně činnost pozdějších morových špitálů.

Morové rány čili epidemie moru i jiných infekčních nemocí postihovaly středověká města více než venkov. V důsledku špatných hygienických poměrů a podvýživy si opakovaně vyžádaly krutou daň i mezi obyvateli Prahy. Medicína byla vcelku bezmocná, preventivní opatření neúčinná, a tak jediným efektivním racionálním opatřením bylo rychlé pohřbívání mrtvých (Svobodný P, Hlaváčková L., 2004).

Zemřelým byl zajištěn důstojný pohřeb, náklady byly nahrazeny nemocnicí. Většina chovanců tuto péči o své tělo po smrti zaplatila do jisté míry "v předstihu" tím, že odkázala svůj majetek nemocnici. Některé nemocnice dokonce měly vlastní hřbitov v nemocniční kapli. Velšská nemocnice na Malé Straně v Praze měla například svůj vlastní hřbitov v roce 1654. Odkazy na nemocniční hřbitovy jsou zřídka nalezeny ve zdrojích a literatuře. Větší pozornost je věnována morovým hřbitovům, které vznikly v době epidemie v nemocnicích mimo městské hradby (Hlaváčková, 2008).

Místa posledního odpočinku – hřbitovy se většinou koncentrovaly kolem chrámů v centru měst, až v době morových epidemií se prosadilo pohřbívání mimo město. Začaly se užívat Olšany a Židovský hřbitov na Žižkově (Lachman, 1994).

Mors certa, hora incerta (smrt je jistá, hodina nejistá): Z pohledu středověku lze tento smysluplný výrok často vysledovat. Znalost bezpečnosti smrti a nejistota hodiny smrti tvořila vyváženou jednotu po dlouhou dobu (Schäfer,2005).

5 B) Jaký byl praktický vztah lékařů ke špitálu?

Středověká medicína nebyla tak strnulá, jak se rádo tvrdí. Lékařské fakulty v té době sice ještě neexistovaly – s výjimkou salernské, založené v 10. století, ale důkazem určitého vývoje je fakt, že se významné osobnosti snažily vyhledávat dobré lékaře. Církev měla lékařství jako takové v úctě.

Jedním z významných kroků západního středověku bylo, že ve společnosti a ve vědeckém světě Galén prosadil medicínu jako intelektuální činnost (Šmerda, 2010).

Téměř všichni lékaři a ranhojiči se snažili získat pevné platy, protože výnosy ze soukromé praxe byly nejisté. Výhradně soukromou praxí se mohli uživit pouze v několika největších městech a lázních. O místa spojená s pevným platem byl velký zájem. Z konkurzních řízení je zřejmé, že se na ně hlásily i desítky uchazečů (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Obecně lze říci, že značná část lékařů, zejména těch, kteří působili na venkově, žila často ve svízelných materiálních podmínkách, a proto ani jejich společenské postavení nebylo zrovna záviděníhodné. Žili často v rozporu mezi svým akademickým gardem a skutečností. Tento gardus jim mnohdy bránil získat tolik potřebnou soukromou klientelu, protože venkovské obyvatelstvo dávalo přednost často snáze fyzicky dostupnějšímu a levnějšímu ranlékaři, který jim byl i společensky bližší (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Působení lékaře ve špitále se alespoň v Praze zdá být doloženo až pro počátek 15. století. Sama péče o nemocné kromě poskytnutí útulku a stravy zřejmě nešla za pouhé ošetření a obvázání ran, podávání dezinfekčních a utišujících prostředků převážně rostlinného původu nebo pouštění žilou, tedy o úkony, které poskytovali příbuzní nebo „profesionální“ léčitelé jiným nemocným v jejich domovech. Na ošetrovatelskou péči v některých špitálech i v domácnostech nemocných se specializovala sdružení tzv. bekyň, které jsou v Praze doloženy již koncem 13. století, později též v jiných městech (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Již na přelomu 14. a 15. století nacházeli graduovaní lékaři uplatnění v nejvyšších kruzích jako královští, respektive dvorští lékaři, lékaři arcibiskupů, kapitul, ale také

šlechty a bohatých měšťanů. Podle autentického svědectví Albíka z Uničova ani služba v nejvyšších společenských kruzích nevyklučovala současnou péči o chudé pacienty. Přesto z dobových pramenů zaznívají výtky na konto lékařů, kteří ze ziskovosti nechtějí chudé nemocné navštěvovat (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Rodící se soustava nemocnic a existující síť špitálů doplňovaly v dobách epidemií příležitostné infekční špitály a lazarety prakticky v každém napadeném místě, respektive – z pochopitelných důvodů – převážně za jeho zdi. V souvislosti s morovým řádem z roku 1680 byla zmiňována místa za hradbami, kam své nemocné odkládali Pražané (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Základní povinností městského felčara (ranhojiče, později chirurga) na přelomu prvního a druhého desetiletí 18. století byla péče o městské chudé i o poddané, posudková činnost a péče o nemocné v době epidemií (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Osvícenské reformy, zahájené Marií Terezií ve spolupráci s jejím osobním lékařem a rádcem v otázkách zdravotnických a školských, nizozemským lékařem Gerhardem van Swietenem, usilovaly o vytvoření uceleného systému zdravotní správy. Vycházely z teoretických zásad osvícenského absolutismu, dle nichž se má stát a panovník starat o své poddané jako otec o děti a pečovat o jejich blaho, bezpečnost a zdraví (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Klásterská medicína reprezentuje jinakost léčebných prostředků a postupů v oné příslušné době v porovnání s předchozí vyspělou etapou antické medicíny a následující dobou středověké akademické, univerzitní medicíny. Přestože se různá údobí jen těžko časově konkrétně vymezují, zde můžeme výjimečně stanovit poměrně přesně mezníky počátku a konce: u zrodu klášterské medicíny stojí založení benediktinského kláštera v Monte Cassinu a sepsání Řehole sv. Benediktem, konec je spatřován ve 12. století v rozmachu a vzrůstající se proslulosti lékařské školy v Salernu (Sommer, 2005).

S termínem péče, *cura*, ve vztahu k nemocným, pracuje již řehole sv. Benedikta. V benediktinském, stejně jako v cisterciáckém prostředí se tato starost o slabé a nemocné specifikovala na jedné straně jako duchovní, k níž náležela také útěcha, již nemocným poskytovali opat a další kněží kláštera, na druhé straně jako materiální. Na duchovní útěchu se v kláštřích hledělo se stejnou vážností jako na péči o tělesné potřeby nemocných. Úlevu měly nemocným poskytovat návštěvy spolubratrů a

zejména opata, jehož slova nemocné povzbuzovala. Stálou duchovní oporou byla pro pacienty také možnost účastnit se klášterních hodinek, a to buď v nemocniční kapli, nebo přímo na lůžku, neboť prostor kaple býval otevřen do sálu, kde nemocní leželi. Nemocní bratři, kteří toho byli schopni, byli povinni se oficií účastnit. Pokud by se tomu chtěl někdo vyhnout, čekal jej trest, jak dokládají vyšebrodské vizitace. Pacienti, jejichž zdravotní stav byl natolik dobrý, že mohli chodit, směli docházet do konventního kostela na mši (Charvátová, 2005).

Zdravotnické zabezpečení špitálů odpovídalo tehdejšímu standardu. Většina špitálů v 18. století sloužila spíše jako starobince nebo chudobince, kam v nejlepším případě občas docházel na kontrolu městský či krajský chirurg, a případná léčba nemocných byla svěřována lazebníkovi. V této nepříliš utěšené situaci většiny špitálů vynikají dvě světlé výjimky v Duchcově a Kuksu, i když ani ostatním špitálům nemůžeme upřít snahu své chovance léčit nebo je zabezpečovat alespoň léky a lékařskou pomocí v osobě lazebníka (Smíšková, 2001).

Na konci 18. století bylo v Čechách okolo 300 špitálů, vydržovaných soukromými nebo ústavními nadacemi. Disponovaly však většinou jen malým počtem lůžek, proto poskytovaly útulek jen nepatrné části chudých nemocných. Ošetřovatelé byli zcela neškolení, lékaři docházeli do těchto zařízení jednou, maximálně dvakrát týdně, podle individuální smlouvy uzavřené s provozovatelem špitálu (Hlaváčková, 1990).

Potřeba intenzivní lůžkové péče se zvyšovala již od počátků novověku spolu s rostoucí hustotou zalidnění a rozvojem lékařské vědy, což se týkalo hlavně měst. Původní středověké špitály a lazarety spravovaly městské obce a církevní řády převážně z dobročinných prostředků. Z počátku převažovaly spíše sociální než léčebné důvody a tato zařízení obývali, kromě nemocných, také staří, nemajetní a bezmocní lidé.

Nutnost hospitalizace také vyplývala z časté neschopnosti nemocného se o sebe postarat, ať už z povahy svého onemocnění či v důsledku nepříznivé ekonomické a rodinné situace. Z epidemiologického hlediska bylo také nutné oddělit nemocné od zdravé části populace, aby nedocházelo k šíření nemocí (Heral a kol., 1970).

K pozvolnému probuzení zájmu o zdravotnictví dochází až v době tereziánské a josefínské reformy. V roce 1753 vydává M. Terezie zdravotní řád pro země české a v roce 1770 ještě normu, která upravuje pravidla a práva všech zdravotnických osob. Jsou zakládány všeobecné nemocnice a později i porodnice (NCO NZO, 2018).

Direktivní pravidla z roku 1781 nařizovala zakládání specializovaných ústavů pro nemocné – všeobecné nemocnice, pro nastávající matky a opuštěné děti – porodnice a nalezince, pro chorobomyslné – ústavy chorobomyslných a pro dlouhodobě a nevléčitelně nemocné – chorobince. Zvláště budování ústavů pro chorobomyslné znamenalo průlom do péče o tyto pacienty, do té doby většinou doslova mučené v soukromí či špitálech bez minima odborné péče.

Prostředky k zakládání těchto ústavů se měly získat zrušením nevyhovujících špitálů, chudobinců, prodejem či pronájmem jejich nemovitostí, sloučením různých dosavadních nadačních kapítalů apod. Takto vzniklé nadační fondy, doplňované nemocničními taxami a různými povinnými dávkami, měly zabezpečit zřízení a provoz nových ústavů. Ve městech, kde byly lékařské fakulty či chirurgická učiliště, sloužily tyto ústavy ke klinické výuce posluchačů, a byly proto částečně dotovány i ze státních školských prostředků. V rámci úspor se pro nové ústavy hledaly a adaptovaly již stávající budovy, jejichž přestavby ovšem byly obvykle nákladnější, než by byly účelové novostavby (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

Nesporně zásadní význam reforem veřejného zdravotnictví v období tereziánsko-josefínských reforem, nesmí vést k domněnì, že došlo bezprostředně k výraznému zlepšení zdravotní péče, a tím i zdravotního stavu obyvatelstva. Terapeutické možnosti tehdejší medicíny, zvláště interní byly stále minimální. Zásadní problémy nejen ekonomické, ale i fyzické dostupnosti zdravotní péče, způsobované živelným usazováním zdravotníků tam, kde doufali nalézt nejlepší obživu, zůstaly také nevyřešeny.

Obyvatelstvo zaujímalo k otázkám veřejného zdravotnictví a léčebné péče vztah dosti lhostejný. Zájem budily pouze velké epidemie, provázené masovými úmrtími. Nicméně se však stává období tereziánsko - josefínských zdravotních reforem významným mezníkem v historii našeho zdravotnictví a zdravotnického školství, stejně jako v historii vývoje našich lékařských věd (Hlaváčková, 1990).

Lékaři - Graduovaní lékaři vstupovali do praxe po složení Hippokratovy přísahy, kterou se zavazovali, že budou svědomitě provádět lékařské úkony v zájmu a ve prospěch nemocného a že mu záměrně neublíží. Současně však slibovali, že nebudou lidské tělo řezat, že tento zákrok přenechají mužům, kteří takové řemeslo provozují. Pokud bylo řezání nezbytné, měl jej lékař jen doporučit a případně dohlížet na jeho výkon. Vedle těchto lékařů, jichž ostatně nebylo v 16. - 18. století mnoho, působili i

lazebníci a bradýři, kteří vedle lázeňské a holičské činnosti prováděli i chirurgii, trhali zuby, hojili rány. Časem se od nich odtrhli ranhojiči. Léčitelstvím a prodejem různých léků a medicín se zabývali mastičkáři, jarmareční prodavači, kořenáři, porodní báby a lidoví léčitelé. Mistři ostrého meče se také uplatňovali při léčení, protože měli dobrou příležitost seznámit se v mučírňách s lidským tělem. Jejich doménou byly zejména zlomeniny, vykloubení apod. Když byly vyčerpány všechny možnosti, přicházela na řadu i amputace (Středověké lékařství, 2018).

Závěr:

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit zakládání špitálů, infirmárií nebo leprosárií ve středověku a jejich materiální zabezpečení. Péče o potřebné je přirozenou součástí každé zdravé společnosti, každý se může ocitnout v roli toho, kdo bude pomoc potřebovat.

Je samozřejmé, že nemocnice jak je známe dnes, neexistovaly od nepaměti. Stejně jako i zařízení pečující o potřebné si nutně musely projít svým vývojem.

Jak bylo napsáno v bakalářské práci – Hlaváčková a Svobodný uvádějí: *„archeologické nálezy v klášterních komplexech nedovolují rozlišit špitály pro řeholníky od ostatních špitálů. Písemné prameny se omezují na strohá konstatování existence špitální budovy, přilehlé kaple a hřbitova.“* (Hlaváčková a Svobodný, 1999). Proto jsme ve větší míře odkázáni na písemné prameny, pokud nebylo v pramenech přesně uvedeno, zda jde o městský špitál, klášterní nemocnici nebo leprosárium, nebo se prameny nedochovaly, tak dnes to pouze z archeologických nálezů nezjistíme.

Při zakládání špitálů, infirmárií, ale i leprosárií byl velmi důležitý nejen záměr zakladatele, ale i souhlas panovníka.

Po finanční a právní stránce musel být každý vznikající špitál (bez ohledu na to, pro jakou skupinu potřebných byl zakládán) zajištěn podobně jako dnes. Většinou tak bylo uvedeno již v zakládací listině, kde bylo uvedeno, kdo je fundátorem a jaká má práva ke špitálu. Stejně v ní bylo uvedeno, jak přesně byl špitál zajištěn po finanční stránce – byl určen majetek, který měl špitálu sloužit. Důchody, které byly zárukou toho, že špitály mohou s úspěchem sloužit účelu, k němuž byly zřízeny. Kromě statků, dvorů, dokonce i celých vesnic a jiných nemovitostí, které tvořily základ špitálního majetku, dostávaly špitály nesčetné platy menší hodnoty nebo hotové peníze, které bývaly v některých případech určeny ke speciálním účelům – na otop, oblečení pro chovance, jídlo, apod. Pokud nebylo v darovací listině uvedeno jinak.

Co se týče umístění špitálu a vnitřního uspořádání, hrála důležitou roli Řehole Benedikta z Nursie. Vnitřní uspořádání se mnohdy lišilo pouze rozsáhlostí stavby potažmo finančními prostředky fundátora při zakládání toho, kterého špitálu. Je dost pravděpodobné, že infirmária byla srovnatelná – tudíž stejně architektonicky řešena.

Stravu a nápoje měli mít chovanci dobrou a pestrou neboť nedostatečná strava mohla být zdrojem nemocí.

Co se týče oblečení chovanců špitálů ve středověku. Lze zde vysledovat počátky reziduálního státu. Což znamená, že chovancům bylo poskytováno pouze to nejnutnější k jejich zajištění.

Ohledně hygieny to bylo poměrně lepší, neboť se dbalo na to, aby chovanci byli v čistotě a nešířili případné nemoci.

U obvyklé péče o chovance špitálu a praktického vztahu lékařů ke špitálu šlo určitě o přirozený vývoj. Středověký člověk, ovlivněný vírou, pohlížel na nemoc jinak než my. Lékařské fakulty vznikající v průběhu staletí proto začali ovlivňovat mysl lidí postupně. Stejně jako péči o nemocné.

V pobělohorském období díky vyčerpávající válce a morovým ranám došlo k postupnému uvědomování si, že současná péče je nedostačující. To vyvrcholilo Josefskými reformami, kdy Josef II. začal reformovat nejen školství, ale především zdravotnictví. Některé z nemocnic, založené v tomto období, fungují dodnes.

Zdroje:

- BOŘÍKOVÁ, J., BOŘÍK, O., 2004. *Hospice, špitály a nemocnice v Karlových Varech*. Dobřichovice: KAVA-PECH. S. 21, 24. ISBN 80-858553-73-6. (kniha)
- CUŘÍNOVÁ L., 2002. *Stručné dějiny oboru medicína a sociální činnost*. Praha: Scientia. S. 14, 18-19. ISBN 80-7183-254-5 (kniha)
- GOLDHAHN, R., 1940. *Spital und Arzt von Einst bis Jetzt*. Stuttgart: Ferdinand Enke. S. 39-42. ISBN ne
- HERAL, V. a kol. 1970. *Sociální lékařství: Učebnice pro studující lékařských fakult*. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-006-71
- HLAVÁČKOVÁ, L., 1990. *Počátky českého národního obrození, Společnost a kultura v 70. až 90. letech 18. století*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0061-5. S. 124-131. (kniha)
- HLAVÁČKOVÁ, L., 2008. *Nemocniční systém v Čechách a na Moravě od počátku 30. leté války po Josefské reformy (1620-1780)*. In *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Wien: Oldenbourg Verlag. S. 352. ISBN 978-7029-0558-3.
- HOLZHERR, G., 2001. *Řehole Benediktova, uvedení do křesťanského života (komentář)*. Praha. S. 127. ISBN 80-902682-3-4 (kniha)
- CHARVÁTOVÁ, K., 2005. *Cisterciáci a medicína*. In *Historia Monastica I, Sborník z kolokvií a konferencí pořádaných v letech 2002–2003, v cyklu „Život ve středověkém klášteře*. Praha: Colloquia mediaevalia Pragensia 3. S. 33-43. ISBN 80-7007-217-2 (kniha)
- JETTER, D., 1992. *Geschichte der Medizin. Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten*. Stuttgart: Thieme. S. 166. ISBN 978-3137662013.
- KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. Praha: E-knihy jedou. S. 156. ISBN: 978-80-7512-758-7 (ePub)
- KOMFORT, 2006. *Řádové zdravotnictví: Bohatá minulost – nejistá přítomnost*. In *Linet.cz, časopis Komfort*. [online], [cit.2018-25-3]. Dostupné z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-6-2006/28479/Radove-zdravotnictvi-Bohata-minulost-nejista-pritomnost>

- KRCHOVOVÁ, I., 2005. *Staré špitály, O původním opatrování a ošetřování. In časopis Stežeň. [online], [cit.2018-25-3]. Dostupné z: http://stezen.xf.cz/html/stezen/2005/04/2005_4_12.html*
- KUBÍKOVÁ, A., 1998. *Českokrumlovský špitál a kostel sv. Jošta. In Jihočeský sborník historický 1997/LXVI – 1998/LXVII. České Budějovice: INPRESS. S. 108. ISBN 80-902088-6-X. (časopis)*
- LACHMAN, P., 1994. *Lékařství a zdravotnictví v českých zemích doby pobělohorské. In Historický obzor. Časopis pro výuku dějepisu a popularizaci historie., číslo VII. – VIII. S. 182-185. ISSN 1210-6097 (časopis)*
- LEXER, M., 1974. *Mittelhochdeutsches Handwörterbuch. 34. Auflage. Leipzig: S. Hirzel. S. 193. ISBN 3-7776-0269-8.*
- MACEK, J., 1998. *Jagellonský věk v českých zemích (1471–1526). Praha: Academia. S. 160-161. ISBN 80-200-0629-X. (kniha)*
- MARTÍNKOVÁ, D., 2005. *Infirmary v latinských pramenech. In Historia Monastica I, Sborník z kolokvií a konferencí pořádaných v letech 2002–2003, v cyklu „Život ve středověkém klášteře. Praha: Colloquia mediaevalia Pragensia 3. S. 49-51. ISBN 80-7007-217-2 (kniha)*
- NCO NZO, 2018. *Historie ošetřovatelství. In archivu ošetřovatelství NCO NZO. [online], [cit.2018-25-3]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/126>*
- NEUMANN, A., Dr. 1936. *Z dějin českých klášterů do válek husitských. Praha. S.146–149. ISBN ne.*
- NEUMANN, A., Dr., 1939. *Předhusitské kláštery a veřejné blaho. Praha: příloha revue „PAX“. S. 57-69. ISBN ne.*
- ROUČKA, B., Dr., 1965. *Vznik a postavení českých špitálů. In Československé zdravotnictví 13. Praha: Knihotisk. S. 130-139. A-26*51036. (časopis)*
- ROUČKA, B., Dr., 1966. *Špitály, jejich majetek, správa a postavení v daňovém systému českého feudalismu. In Právněhistorické studie 12. Praha: Karolinum. S.41-90. ISBN 0079-4929.*
- ŘÍHOVÁ, M., 2005. *Klášterní medicína. In Historia Monastica I, Sborník z kolokvií a konferencí pořádaných v letech 2002–2003, v cyklu „Život ve středověkém klášteře. Praha: Colloquia mediaevalia Pragensia 3. S. 25-31. ISBN 80-7007-217-2 (kniha)*

- SCHÄFER, D., 2005, *Hora incerta – Die Prognose des Todes in der Medizin der Renaissance. In Zukunftsvoraussagen in der Renaissance/ herausgegeben von Klaus Bergdolt und Walther Ludwig. Wiesbaden: Harrassowitz. S. 223-239. ISBN 3-447-05289-9.*
- SMÍŠKOVÁ, J., 2002, *Ze života špitálníků od sv. Jakuba v Drážďanech v polovině 18. století. In Pater familias: sborník příspěvků k životnímu jubileu prof. Dr. Ivana Hlaváčka. Praha: Scriptorium. S. 463. ISBN 80-86197-26-3.*
- SMÍŠKOVÁ, J., 2001. *Zakládací instrukce a řády vrchnostenských špitálů v 18. století v Čechách. In Dějiny věd a techniky ročník XXXIV, číslo 1. Praha: Společnost pro dějiny věd a techniky. S. 39-50. ISSN 0300-4414. (časopis)*
- SOMMER, P., 2005. *Infirmarium jako součást denního života v klášteře. In Historia Monastica I, Sborník z kolokvií a konferencí pořádaných v letech 2002–2003, v cyklu „Život ve středověkém klášteře. Praha: Colloquia mediaevalia Pragensia 3. S. 11-23. ISBN 80-7007-217-2 (kniha)*
- SOUKUPOVÁ, H., 2016. *Kláster Na Františku – stručné stavební dějiny od středověku do moderní doby. In Klášter sv. Anežky České. Praha: Národní galerie. S.59-75. ISBN 978-80-7035-625-8*
- SOUKUPOVÁ, H., 2016. *Osobnost zakladatelky, její život a legenda. In Klášter sv. Anežky České. Praha: Národní galerie. S. 30-39. ISBN 978-80-7035-625-8*
- *STŘEDOVĚKÉ LÉKAŘSTVÍ, 2018. In referáty. Aktuality.sk. [online], [cit.2018-25-3]. Dostupné z: <http://referaty.aktuality.sk/stredoveke-lekarstvi/referat-8864>.*
- SVOBODNÝ, P., 2008. *Nemocnice v Čechách a na Moravě ve středověku a v raném novověku. In Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit. Wien: Oldenbourg Verlag. S. 352. ISBN 978-7029-0558-3.*
- SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 1999. *Pražské špitály a nemocnice. Praha: nakladatelství Lidové noviny. S. 7. ISBN 80-7106-315-0. (kniha)*
- SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1 (kniha)*
- SVOBODNÝ, P., 2009. *Středověké a raně novověké špitály v českých zemích. In Medical Tribune, roč. 5, č.11, C6. Praha: MEDICAL TRIBUNE, s.r.o. ISSN: 1214-8911.*

- ŠIMŮNEK, R., 2013. *Milosrdenství v pojetí české středověké šlechty. In Milosrdenství ve středověkých městech, Barmherzigkeit in der mittelalterlichen Städten.* Praha: Skriptorium. S. 135-167. ISBN 978-80-87271-72-8 (kniha)
- ŠMERDA, H., 2010. *Křesťanská charita v běhu věků.* České Budějovice: Nakladatelství Jih, S. 116-129. ISBN 978-80-86266-39-8.S. 93-100.(kniha)
- ŠRÁMEK, J., 2016. *Břevnovské opatství ve Středověku.* Praha. S. 17. ISBN 978-80-86882-22-2. (kniha)
- TECL, R., 1993. *Soběslavské středověké leprosarium. Výběr. Časopis pro historii a vlastivědu jižních Čech.* Roč. 30, čís. 2, s. 129-130. ISSN 1212-0596
- VANĚČEK, V., 1933. *Základy právního postavení klášterů a klášterního velkostatku ve starém českém státě (12. – 15. století), část I.* Praha: knihkupectví Bursík a Kohout, ISBN ne. (kniha).
- VAŠEK, B., Dr., 1941. *Dějiny křesťanské charity.* Olomouc: Velehrad. S. 65. ISBN ne. (kniha).
- WALDSTEIN – WARTENBERG, B., 2008. *Řád johanitů ve středověku.* Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1381-1.
- WÓLKIEWICZ, E., 2013. *Formy dobročinnosti ve slezských městech ve středověku. In Milosrdenství ve středověkých městech, Barmherzigkeit in der mittelalterlichen Städten.* Praha: Skriptorium. S. 69-101. ISBN 978-80-87271-72-8 (kniha)
- WOXEUROP.EU,2011. *Rumunsko: S posledními pacienty lepry.* [online], [cit. 2018-10-4]. Dostupné z: <http://www.voxeurop.eu/cs/content/article/940801-s-poslednimi-paciety-lepry>.