



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Historický vývoj ošetrovatelské péče v dětském věku na území ČR

Diplomová práce

Vypracovala: Bc. Hana Lazorová
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

V 19. století nebyla dostupnost zdravotní a ošetrovatelské péče z hlediska geografického i ekonomického na příliš dobré úrovni, neboť ji zejména na venkově zajišťovaly méně kvalifikované osoby. Péče o dítě se odehrávala převážně v domácím prostředí. Matky tak byly odkázány především samy na sebe, informace a zkušenosti přejímaly od starších žen ve svém okolí. Z této doby pochází ohledně péče o dítě mnoho mýtů a pověr. Vliv na tehdejší ošetrování dětí měla kultura dané společnosti a také náboženské smýšlení.

Pediatric se jako samostatný vědní obor začala vyvíjet až na přelomu 19. a 20. století. V souvislosti s tím se pozornost zaměřila také na rozvoj ošetrovatelské péče. Zakládala se první dětská oddělení a péče o dítě se postupně přesouvala do nemocnic. V průběhu historického vývoje se měnily i způsoby této péče.

Ve 20. století došlo v ošetrování dětí k obrovskému pokroku. Vznikaly ošetrovatelské školy a další nemocnice. Velký nárůst můžeme zaznamenat i v počtu odborné literatury zabývající se ošetrováním a výchovou dětí v různých věkových obdobích. Postupně se začalo rozšiřovat poradenství pro matku a dítě. Mýty a pověry byly postupně vytlačovány informacemi s vědeckým základem.

V padesátých letech 20. století se rozvíjela komunitní péče, která byla reakcí na špatnou dostupnost zdravotní péče na venkově. V osmdesátých letech se na porodnických odděleních v nemocnicích zavádí nový způsob péče o matku a dítě – tzv. roaming-in, který na neonatologických odděleních úspěšně funguje dodnes.

Hlavní prioritou dětského ošetrovatelství je zabezpečit kvalitní ošetrovatelskou péči ve všech obdobích dětského věku, a to nejen v nemoci, ale i ve zdraví.

Cílem této práce bylo zmapovat vývoj ošetrovatelské péče v dětském věku na území ČR. Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou. Informace byly zjišťovány metodou obsahové analýzy dat. Získané informace jsou členěny podle jednotlivých časových období.

Zmapování vývoje ošetrovatelské péče v dětském věku na území ČR může nejen sestřám, ale i ostatním zdravotnickým pracovníkům a laické veřejnosti poskytnout

ucelený pohled na to, jak se v průběhu jednotlivých časových období vyvíjela péče o dítě na našem území.

Klíčová slova: Dítě, historický vývoj, komunitní péče, matka, návštěvní služba, ošetřovatelství, péče, sestra

ABSTRACT

The availability of the health care in the 19th century was not very good from the geographical and economical point of view because in the countryside the care was provided by less qualified people. The care of a child was mainly only at home. Mothers took care of the children on their own. They got information and experience from elder more experienced women in their surroundings. There are many myths and superstition related to the health care at this time. The culture of the society and the religious views influenced the treatment of children at that time.

The paediatrics as an independent branch of science began to develop at the turn of the 19th and 20th century. In connection to this progress the attention was also focused on development of children's health care. There were established first children's departments and the care moved slowly to hospitals. The ways of the care of children changed during the historical development.

A big progress in treatment of children was in the 20th century. The nursing schools and other hospitals were established. We can also register an increase in number of professional literature dealing with treatment and education of children of different age period. The consultancy for the mother and the child started to extend. The myths and superstitions were slowly forced out of information with scientific basis.

The care of community was developed in the middle of the 20th century. It was a response to the bad availability of the health care in the country. In 80s of the 20th century has been introduced a new way of care of the mother and the child in maternity units, so called roaming-in that has functioned successfully today.

The main priority of the children's health care is to ensure good health care for children at all age, not only in hospital but also in the health.

The goal of this thesis was to map the development of the health care at children's age in the area of the Czech Republic. The research was based on the qualitative method. Acquired results through a content analysis data were divided according to particular periods of time.

Mapping of the development of the health care at children's age in the area of the Czech Republic may provide a complete view not only for nurses but for all medical staff and non-professional people.

Keywords: Child, historicaldevelopment, community care, mother, visitingservice, nursing, care, sister

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2015

.....
Bc. Hana Lazorová

Poděkování:

Mnohokrát děkuji Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a také za podnětné a cenné rady, které mi pomohly nejen práci napsat, ale také se v ní pouze intuitivně neztratit. Také bych chtěla velmi poděkovat mé rodině a přátelům za pomoc a podporu při studiích.

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍL.....	11
METODIKA.....	12
1 PÉČE O DÍTĚ V DOBÁCH MINULÝCH	13
2 19. STOLETÍ.....	15
2.1 První ošetření novorozence	15
2.2 Poporodní poranění	18
2.3 Péče o kojence.....	21
2.4 Doporučení pro kojení v druhé polovině 19. století.....	18
2.5 Odstavení dítěte od kojení.....	19
2.6 Možnosti náhradní kojenecké výživy v druhé polovině 19. století.....	20
2.7 Výbava pro dítě	22
2.8 Příčiny nemocí a jejich ošetření	22
2.9 Shrnutí 19. století	25
3 PRVNÍ POLOVINA 20. STOLETÍ	27
3.1 Rozvoj ošetrovatelství	29
3.2 Ošetření novorozence po porodu	30
3.3 Oživování a první pomoc po porodu.....	32
3.4 Péče o nedonošené děti v první polovině 20. století	34
3.5 Doporučení pro kojení v první polovině 20. století	35
3.6 Možnosti náhradní kojenecké výživy v první polovině 20. století	39
3.7 Hygienická péče, oblékání a pohyb v kojeneckém věku	42
3.8 Hygienická péče u batolat	46
3.9 Vážení dítěte.....	47
3.10 Péče o spánek	48
3.11 Vybavení dětské pokoje	49
3.12 Rehabilitace kojence	50
3.13 Léčba dětských nemocí a péče o nemocné	52
3.14 Propichování uší u kojenců	55
3.15 Dětské zlovyky	55
3.16 Organizace péče o dítě po první světové válce	57
3.17 Náhradní rodinná výchova	58
3.18 Sociální pediatrie.....	59
3.19 Masarykův ústav pro matky a kojence.....	60
3.20 Shrnutí první poloviny 20. století.....	61
4 DRUHÁ POLOVINA 20. STOLETÍ DO ROKU 1989	62
4.1 Komunitní péče	63
4.1.1 Zdravotní obvod.....	65
4.1.2 Práce obvodní dětské sestry.....	67
4.1.3 Návštěvní služba u novorozenců a kojenců.....	71
4.1.4 Návštěvní služba u nemocných dětí	72
4.1.5 Dispensární péče u dítěte.....	73

4.1.6	Školní zdravotní služba	75
4.1.7	Nezralý novorozenci	77
4.1.8	Předškolní věk.....	78
4.2	Péče o nemocné dítě v domácím prostředí.....	79
4.2.1	Hygienická péče.....	79
4.2.2	Péče o stolici.....	80
4.2.3	Podávání inhalace dítěti v domácím prostředí.....	81
4.2.4	Obklady, zábaly a lázně u dětí.....	82
4.3	Péče o novorozence.....	84
4.4	Hospitalizace	86
4.5	Sestra na lůžkovém oddělení.....	88
4.6	Pomaturitní specializační studium dětských sester	89
4.7	Shrnutí druhé poloviny 20. století.....	89
5	ZÁVĚR	91
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
7	PŘÍLOHY	102

ÚVOD

„Ruka, jež pohybuje kolébkou – hýbe světem.“

(Žena – matka – dítě)

Pediatric se jako samostatný vědní obor začala vyvíjet až na přelomu 19. a 20. století. V souvislosti s tímto vývojem se pozornost zaměřila také na rozvoj ošetrovatelské péče u dětí. V 19. století byla zakládána první dětská oddělení a péče o dítě se postupně přesouvala do nemocnic. V průběhu historického vývoje se měnily i způsoby této péče. Hlavní vliv na tehdejší ošetrování dětí měla kultura dané společnosti a také náboženské smýšlení.

V naší zemi jsou v současné době pediatrie a dětské ošetrovatelství na vrcholu v péči o nemocné děti. Je žádoucí, aby se současná zdravotní péče u dětí zaměřila i na zdravou část populace. Ačkoli v téhle problematice došlo v posledních letech k výraznému pokroku, stále zaostáváme za okolními státy. Hlavní prioritou dětského ošetrovatelství by mělo být zabezpečení kvalitní ošetrovatelské péče ve všech obdobích dětského věku, a to nejen v nemoci, ale i ve zdraví.

Cílem diplomové práce je zmapovat vývoj ošetrovatelské péče v dětském věku na území ČR. Výzkumné šetření proběhlo kvalitativní metodou obsahové analýzy dat. Zpracované informace z historických materiálů a dalších dostupných zdrojů jsou rozděleny do jednotlivých časových období, kde je vždy uveden všeobecný úvod, specifika ošetrovatelské péče pro dané období a závěrečné shrnutí.

CÍL

Cílem této práce je zmapovat ošetrovatelskou péči v dětském věku na území ČR a získat ucelený pohled na vývoj jednotlivých ošetrovatelských postupů a technik od druhé poloviny 19. století do roku 1989. Na základě prostudování a zpracování získaných informací umožní tato práce nahlédnout nejen odborné, ale i laické veřejnosti do specifik práce ošetrovatelek, dětských sester a porodních asistentek v průběhu výše uvedeného časového období.

METODIKA

Ke sběru dat byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Informace byly zjišťovány metodou obsahové analýzy dat. Pro splnění cíle byly zpracovány historické materiály a ostatní dostupné zdroje.

Jelikož se jedná o výzkumné šetření, které mělo za cíl zmapovat vývoj ošetrovatelské péče na území ČR, byly zdroje vyhledávány v katalogu Národní lékařské knihovny v Praze po zadání klíčových slov: dítě péče, dětská sestra, ošetrovatelství a návštěvní služba. Pět knižních zdrojů pochází ze soukromé sbírky.

V historické studii byly použity neosobní, oficiální, primární i sekundární dokumenty. Koncový počet vyhledaných dokumentů byl 91. Po pečlivé analýze bylo možné použít 87.

Dokumenty byly rozděleny podle jednotlivých časových období. Nejstarším zdrojem je Kniha babická z roku 1859 a nejmladším Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy vydané v roce 2012.

1 PÉČE O DÍTĚ V DOBÁCH MINULÝCH

Až do raného středověku sahají počátky ošetrovatelské péče, které jsou spojeny s šířením křesťanství. Péče o člověka má však kořeny v období předkřesťanských kultur (Kutnohorská, 2010).

Metody péče o dětské pacienty se v průběhu historie měnily (Leifer, 2004). Již před 4 000 lety dávaly Babylonské nápisy pokyny kojícím matkám. Existují i podrobné zprávy z Hippokratovy doby týkající se například přirozené výživy nebo střevních parazitů (Slezáková et al., 2012). Kultura dané společnosti měla nemalý vliv na to, jakým způsobem bude o dítě pečováno. V dobách prehistorických primitivních kmenů žijících nomádkým způsobem silné a odolné děti přežívaly a slabé se nechaly zemřít (Leifer, 2004).

V minulosti byla hospitalizace dítěte v nemocnici pro dospělé výjimkou. Léčba dětí probíhala v domácím prostředí. Vysoká úmrtnost dětí měla příčinu v nedostatečných zkušenostech s jejich léčbou, ale také ve fyzickém přetěžování, neboť děti musely vykonávat těžkou fyzickou práci. Kolem 11. století byly zakládány nalezince pro nemanželské a pohozené děti, kde se jim dostávala pouze sociální péče, která ovšem nebyla na příliš dobré úrovni (Slezáková et al., 2012).

V souvislosti se vznikem kateder pediatrie na lékařských fakultách, dětských klinik a rozvojem oddělení pro děti v kojeneckých ústavech a nemocnicích se pediatrické ošetrovatelství vymezilo jako zvláštní specializace (Leifer, 2004). V roce 1802 byla v Paříži otevřena první dětská nemocnice. U nás byla zřízena v Praze o 40 let později (Slezáková et al., 2012).

Do roku 1900 se velká část dětí narodila doma. Jen velmi nemocné rodičky byly přijaty do nemocnic. Oproti tomu v roce 1960 již rodilo v nemocnicích 90 procent žen (Leifer, 2004).

Velký vliv na rozvoj ošetrovatelské péče měly války, neboť v jejich důsledku bylo potřeba zvýšit péči. Ošetřování raněných vojáků tak dalo základ vzniku mnoha ošetrovatelským tradic (Kutnohorská, 2010). Po druhé světové válce byl boj proti špatnému tělesnému zacházení a sexuálnímu zneužívání dětí považován za velmi

potřebný, jelikož zejména během války a v poválečném období žila spousta dětí v sociální a psychické bídě, nezřídka bez ochrany, vystavena riziku špatného zacházení a zneužívání (Slezáková et al., 2012). Na vývoji ošetrovatelské péče se tedy podílely a podílí jak faktory politické, tak náboženské, kulturní, sociální a ekonomické (Hůsková a Kašná, 2009).

Od první poloviny 20. století dochází v Československu k rozmachu všestranné péče o děti v podobě zřizování poraden, očkování, preventivních prohlídek, screeningu vrozených vad, sledování fyzického a psychického vývoje, sociálních vlivů a vlivů prostředí a v neposlední řadě navazování úzké spolupráce s rodinami (Slezáková et al., 2012). Rok 1979 byl vyhlášen mezinárodním rokem dítěte za účelem přimět národy, organizace i jednotlivce na celém světě uvědomit si, jak se starají o děti, a zároveň obrátit pozornost ke zbledovanému stavu 1,5 miliardy dětí na celém světě (Leifer, 2004).

2 19. STOLETÍ

V 19. století vlivem společensko-hospodářských změn nastoupil nový způsob ekonomického myšlení – kapitalismus – který vyžadoval spolehlivé pracovníky s dobrým rodinným zázemím. Do této doby byly ženy stále jako by ve stínu svých mužů. Novou dobu však charakterizovalo zrození feministického hnutí, jehož hlavním cílem bylo bojovat za práva žen na vzdělání, majetek a za volební právo. Ve stejné době vzniká i pojem emancipace, pro který je signifikantní vymanění žen z mužské nadvlády (Hubinková et al., 2008).

V této době hrálo významnou roli, zda dítě pochází z lože manželského, či nemanželského. Dětem nemanželským se připisovaly různé vady, problémy, nemoci atd. Příkladem může být studie z roku 1862, která statisticky dokazuje, že většina mentálně retardovaných dětí (označovaných pojmem blbec) byla zplozena mimo manželství (Eiselt, 1863). „Každý šestý blbec bylo dítě nemanželské. Známo jest, že smrtelnost (*mortalitas*) nemanželských dětí pro zvláštní nepříznivé poměry jest mnohem větší, než manželských, že tedy na živě pozůstalých nemanželských bylo méně nežli manželských, čímž nepříznivý stav duševní ještě více vysvitá“ (Eiselt, 1863, s.10).

„Jsou-li v obci chudé děti osiřelé neb jinak opuštěné, povinna jest obec o to péči míti, aby byly vychovány a staly se způsobilými k výdělku (§ 24. zák. dom.). Jsou-li takové děti nezletilé, náleží na obec, aby také vyhledala, mají-li poručníka a žádal-li poručník dle § 221. ob. zák. obč. na příbuzných jejich podpory“ (Anon, 1868, s.3).

2.1 První ošetření novorozence

První ošetření narozeného dítěte začínalo tím, že se dítěti přestříhl pupečník a vyčistila se mu dutina ústní. Pokud dítě ihned nekřičelo, bez prodlení se začalo s drážděním jeho kůže. Postříkání dítěte studenou vodou nebo také úder dlaní ruky na spodní a zadní část těla se používal k navození stavu vědomí. V případě, že ani po těchto úkonech nezačalo dítě dýchat, položilo se do teplé vody 28 °R (Rankinova stupnice) tak, aby mu nepřišla voda do úst a postupovalo se podle těchto pokynů (Janda, 1887):

„a) třeme hrud' dítěte, při čemž položíme čtyry prsty jedné ruky na prsa, jež mírně stlačíme, načež ruku rychle pozdvihneme, aneb čtyry prsty jedné ruky (nejlépe pravé) na zadní stranu a palec téže ruky na přední stranu hrudi položíme, hrud' z obou stran mírně a opatrně stlačíme a rychle ruku pozdvihneme. Tím způsobem může vzduch snadně do plic dítěte vniknouti, krev okysličena býti a dýchání nastati. b) lejeme s výšky aneb raději stříkáme stříkačkou poněkud silnějším proudem studenou vodu střídavě na lebku, prsa, důlek žaludeční a páteř. (Do lázně, která tímto způsobem brzy vychladne, musí býti přilívána teplá voda.) c) Nepomůže-li to vše, dáme dítěti klystér se studenou vodou, d) vezmeme dítě do rukou a učiníme s ním několik pohybů ve vzduchu, e) dýchá-li dítě ob čas, předložíme kousek strouhaného křenu pod nos, f) mezi těmito rozličnými pokusy dráždíme ob čas zadní tváře udeřením plochou rukou. g) nepomůže-li to vše, kápneme rozhrátý pečetní vosk na důlek žaludeční“ (Janda, 1887, s. 203).

Výše uvedené pokyny se měly provádět do objevení srdečního pulsu u kříšeného dítěte. Byl-li přítomen lékař, odsál dítěti hlen z hrtanu pomocí cévky nebo použil Schultzeovu metodu. Pokud selhaly všechny předešlé metody a srdeční tep se u dítěte neobjevil, zabalilo se novorozeně do teplých plen a teplé peřiny. Pod tuto peřinu se mohla dát ještě zahřívací nádoba s teplou vodou. Následovala observace dítě, neboť se uvádí, že i novorozenci, kteří přišli na svět jako zdánlivě mrtví, v některých případech ožili (Janda, 1887).

Po porodu pomocnice zkontrolovala, zda je pupečník správně podvázaný, aby se při koupeli uzel nerozvázal a nedošlo ke krvácení (Janda, 1887).

„Zbytek provázku budiž pak do kousku plátna podoby čtverce do půl prostřihnut, pak máslem neb jinou mastnotou dobře prosáknutého obalen (aby v lázni lépe odmokl a třeba-li se vyměnit dal) a na levou stranu položen (nikoliv na pravou, poněvadž by tam játra byla tlačena); pod pupeční provázek položí se ještě cupanina nebo bílá čistá vata, aby nebyl život stlačen. Na to obváže se život dítěte volně objímadlem asi 5 cm širokým a as 13cm dlouhým, což má ten účel, aby pupeční provázek byl chráněn, nežli odpadne, aby se tedy od pupku neodtrhnul“ (Janda, 1887, s. 165).

Po odpadnutí pupečníku se pupeční pahýl omýval dvakrát denně goulardskou vodou, poté se přiložil měkký, v oleji namočený „hadýrek“ a vše se zafixovalo

obinadlem (Janda, 1887). Streng (1859) uvádí, že na pupek bylo možné ještě několik dní přikládat balíčky z plátna máčené v „kořalce“ nebo červeném víně.

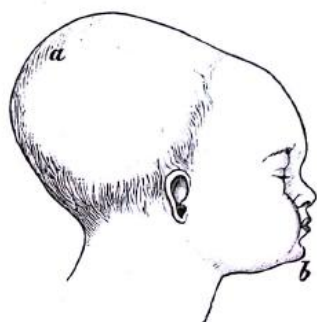
Po porodu byly novorozenci ošetřeny také oči 2-3% borovou vodou, hlen z dutiny ústní byl odstraněn pomocí prstu (Janda, 1887). Následovalo koupání dítěte. Na dno nádoby určené ke koupání se položil několikrát přeložený šat (Streng, 1859). Novorozenec se vykoupal ve vodě, jejíž teplota se pohybovala okolo 28 °R. Při koupání se oči umyly čistou vodou, ne tou, která byla znečištěná koupelí. Bílý maz se smýval čistou vodou, mydlinami nebo za použití oleje (Janda, 1887). V případě, že mázek zůstával na kůži a nebylo možné ho smýt, doporučovalo se použít nesoleného nového másla nebo žloutku (Streng, 1859). Když bylo dítě vykoupáno, pomocnice nebo případně jiná přítomná osoba dítě prohlédla, zda nemá na těle nějaké vady. Pak by se musel přivolat lékař, aby takové vady odstranil (Janda, 1887). „*V koupeli, která asi pět minut trvá, má babička nejlepší příležitost, náležitě prohlédnouti všechny částky dítěti a zvláště se podívati, nemáli nějaké chyby vzrůstu, na př. Není li řít srostlý nebo ústí močové trubice, nemáli dítě zaječí pysk neb více prstíčků a.t.d. Shledáli se nějaká taková chyba anebo nějaké porouchání od porodu, zataj to matce, okaž to však manželovi anebo příbuzným, aby byl povolán lékař, kdyby toho bylo potřebno*“ (Streng, 1859, s. 175).

K ošetření kožních záhybů se používal jemný škrobový prášek nebo prášek z plavuně či jeleního růžku, tzv. lycopodia. K nanášení těchto prášků sloužil speciální štěteček z labutího peří, tzv. labuděk (houppes). U některých matek bylo zvykem, že se kožní záhyby zasypávaly bělobou, tzv. bleiweissem, což se zakazovalo, neboť v této bělobě se vyskytovalo příliš mnoho olova (Janda, 1887).

Poté se novorozenec oblékl do teplého, čistého a suchého prádla, tedy do košile, kabátku a do teplých plen, z nichž jedna byla z plátna a druhá z flanelu. Na ně přišla ještě plena z kaučuku nebo jemné voskové plátno, aby se peřina hned tak neznečistila (Janda, 1887). Důležitou součástí oděvu tvořila pokrývka hlavy, tzv. karkulka. Dítě se balilo do peřinky tak, aby v ní mohlo volně hýbat končetinami. Pevné stahování dětí do zavinovačky nebylo doporučeno, protože mělo negativní vliv na vývoj pohybového aparátu (Streng, 1859).

2.2 Poporodní poranění

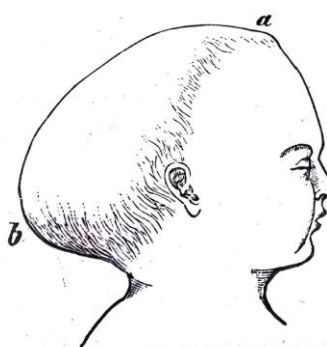
Jedním z možných poporodních poranění byl otok hlavy dítěte. Mohl vzniknout na různých místech hlavy v závislosti na tom, jak hlava procházela při porodu pánví matky. Hlava dítěte tak měla nejčastěji ve směru od záhlaví k bradě prodloužený tvar. Jelikož se některé matky obávaly, že dítěti tvar lebky zůstane natrvalo, omotávaly novorozenci hlavu obvazy nebo ji svými rukama napravovaly. Naproti tomu jiné matky byly i proti tomu, aby se hlava dítěte po porodu umyla, neboť se bály, že dojde k jejímu stlačení (Janda, 1887).



Obr. 24. Hlava dítěte narozeného v poloze záhlavní. a) Otok na záhlaví, pro který jest po porodu hlava v průměru b) prodloužena.

Obrázek 1 Poporodní poranění

(Janda, 1887)



Obr. 25. Hlava dítěte narozeného v poloze čelní. a) otok na čele, pro který jest hlava v průměru (ab) prodloužena.

Obrázek 2 Poporodní poranění

(Janda, 1887)

2.3 Doporučení pro kojení v druhé polovině 19. století

Dítě mohlo být krmené mateřským mlékem, mlékem od kojné nebo umělým způsobem. Mateřské mléko bylo považováno za nejvhodnější zdroj potravy. Apelovalo se na matky, aby své děti kojily, protože ani ta nejlepší a nejsvědomitější kojná nemůže dát dítěti péči, jaké se mu dostává od matky (Janda, 1887).

„Ano pravá, dítě své milující matka, cítí se šťastnou a vznešenou, když dítěti z prsu svého potravu podati může, radost pak a blaženost nemůže jí jistě odejmouti, nýbrž jen dodati krásy“ (Janda, 1887, s. 175).

První přiložení novorozence k prsu se odkládalo na pozdější dobu. Uvádělo se, že první kojení je vhodné osm hodin po porodu, tedy pokud se již matka do té doby

stihla zotavit. Byla-li stále zesláblá, vyčkalo se s kojením, dokud nenabrala potřebné síly, mezitím se dítě vyživovalo umělým způsobem (Janda, 1887).

Matkám bylo doporučováno, aby si po nakojení dítěte očistily prsní bradavky lihem zředěným vodou nebo červeným vínem a dbaly na čistotu. Pokud se matce na prsních bradavkách objevily trhliny, měla na ně přiložit malé „klůcky“ namočené do studené vody, 1% borové vody, červeného vína, slabého roztoku kamence nebo taninu a dítě mělo být kojené přes klobouček, popřípadě se muselo dítě odstavit nebo se mléko s prsu odtahovalo (Janda, 1887). Po kojení se dítěti vytírala ústa „klůckem plátěným“ namočeným do čisté vody jako prevence moučnivky (Streng, 1859). „*Cumle, zde onde ještě obyčejné, které k ukonejšení plačících dětí sloužiti mají, jsou zdraví škodlivé a mají být zavrženy*“ (Streng, 1859, s. 179).

Matky měly kojit v pravidelných intervalech a dítě nechat u prsu, dokud pilo. Pokud žena znovu otěhotněla, musela přestat kojit, aby se plod dobře vyvíjel (Janda, 1887).

Jelikož nebylo jednoduché najít dobrou kojnou, doporučovalo se matkám, aby si vzaly kojnou z nalezince, protože tam byla pod lékařským dohledem. Tu pak bylo možné v prvních dvou týdnech dvakrát vyměnit. Poplatek za získání kojné činil dvacet zlatých (Janda, 1887). Vhodná kojná neměla být starší třiceti let a musela být minimálně osm týdnů po porodu (Streng, 1859). „*Má se na to hledět, zdali se dříve mravně chovala, nemá být náruživá, nýbrž dobromyslná, spokojná, čistotu a děti a milující. Prsy má míti mírně velké, mlékohojné, čisté a opatřené zdravými bradavkami, které se dají snadně od dítěte chopiti*“ (Streng, 1859, s. 179). Kvalita mléka kojné se posuzovala podle síly a zdraví jejího vlastního dítěte. Kojná neměla vykazovat známky infekčního, kožního, gynekologického a jiného onemocnění a přednost měla kojná z venkova (Streng, 1859).

2.4 Odstavení dítěte od kojení

Při odstavování dítěte od prsu se zohledňovalo mnoho okolností, především zdraví matky i dítěte. Je uvedeno, že matka měla kojit dítě do objevení první řady zubů, tj. do osmého až devátého měsíce. Kojenec neměl být od mléka odstaven najednou, ale

pozvolna po několik týdnů až měsíců. Nejdříve se začínalo s nemastnou hovězí polévkou, ke které se přidávala vejce, houska nebo rýže. Dále se dítě přivykalo na krupici, sagu, krupky, nudle, flíčky, kravské mléko a různé druhy kaše, jejichž hlavním základem bylo mléko. Příkladem může být kaše z kupice, rýžové mouky, z mouky kořene šípkového (Arrowroot) nebo ze sucharů. Pokud dítě výše uvedené potraviny dobře tolerovalo, směla matka podat i malé množství dobře vyleženého, čerstvého, případně vařeného piva, které cukrem osladila (Janda, 1887).

2.5 Možnosti náhradní kojenecké výživy v druhé polovině 19. století

Když matka sama dítě kojit nemohla, kojnou nechtěla nebo nemohla mít, bylo dítě živeno uměle. Jako náhrada mateřského mléka se používalo mléko kravské nebo oslí. Kravské mléko se ředilo vodou, jelikož bylo oproti mléku mateřskému hůře stravitelné, a ještě se přislažovalo cukrem. Zpočátku se ředilo v poměru 1:3. Jak dítě rostlo, přidávalo se méně vody i cukru. Ve třech měsících věku již dítě pilo kravské mléko nezředěné (Janda, 1887).

Platilo několik pravidel ohledně podávání kravského mléka dítěti. Připravovalo se tak, aby se složením co nejvíce přibližovalo mateřskému mléku. Mělo se podávat teplé. Nejlepší bylo čerstvé nadojené. Dále bylo důležité, aby dobytek, od kterého se mléko bralo, byl zdravý (Janda, 1887). Neměl být krmený mlátem, protože by mléko bylo těžce stravitelné (Streng, 1859). Nebylo vhodné ho častěji ohřívat. Připravovalo a podávalo se pouze z nádob k tomu určených (Janda, 1887). Pokud bylo nutné mléko ohřát, tak ve vodní lázni (Streng, 1859).

Pokud nebylo možné sehnat čisté kravské mléko, byla použita náhražka, např. Nestleův pokrm, Liebigova polévka, kondenzované mléko pocházející od švýcarských krav, káva ze žaludů, polévka z hovězího, telecího nebo kuřecího masa, kakao a Loeschnerova káva (Janda, 1887).

Náhradní kojenecká strava se podávala z „cucáčku“ se špičkou ze slonové kosti ve tvaru bradavky nebo žaludu. Méně vhodné byly špičky z kaučuku kvůli zápachu. Za neškodlivější byly považovány špičky skleněné, protože nebylo možné zajistit jejich důkladnou čistotu (Streng, 1859). Janda (1887, s. 198) uvádí: „*Že tak zvaný cumel,*

buďsi naplněn potravou jakoukoliv, jest velmi škodný, poněvadž přijímá dítě potravu studenou, často i zkysanou, má dnešního dne každé vzdělané matce už známo býti.“

U staších kojenců bylo možné podávat polévky (z masa, kroupová, rýžová s houskou nebo krupicí, později polévka z mozečku s rozmíchaným žloutkem). V žádném případě se ale nepodávaly kaše z mouky a krupice (Streng, 1859). *„Zároveň zvykejme pilně dítě na pití vody. Nikdy však není dovoleno dítěti potravu žvejka, poněvadž by přimíchání sliny dospělého člověka, zvláště máli vyžrané zuby, dítěti snadně škoditi, a to způsobiti mohlo, žeby špatně vypadalo“* (Streng, 1859, s. 182).

2.6 Péče o kojence

Jak už bylo uvedeno, novorozenec se koupal ve vodě o teplotě okolo 28 °R, později se mohla snížit na 23-25 °R. Dokud nebylo dítě alespoň šest měsíců staré, mělo se koupat každý den. Po šestém měsíci věku dítěte bylo doporučeno vykoupat jednou za dva dny. Vhodná denní doba ke koupeli byla stanovena na ráno před krmením (Janda, 1887). Streng (1859) uvádí, že v prvních měsících života by se dítě mělo koupat ve vlažné vodě s trochou mléka nebo v odvaru z pšeničných otrub, což je prevence opruzenin.

Do místnosti, kde dítě pobývalo, měl být zajištěný stálý přísun čerstvého vzduchu. Teplota se zde měla pohybovat mezi 14 a 16 °R (Janda, 1887). Nejvhodnějším místem pro spánek dítěte byl košík umístěný vedle postele matky. Doporučovalo se nenechávat dítě ležet pouze na zádech, ale střídát polohy na boku. Košík neměl být vystaven prudkému světlu a neměl stát v blízkosti kamen nebo dveří (Streng, 1859). *„Stojaté postýlky jsou lepší než kolébky, poněvadž mohou děti přílišným kolibáním zpitoměti a jinak jim kolibání škoditi může“* (Streng, 1859, s. 177). Používání kolébky bylo spojeno s rizikem vypadnutí dítěte při přílišném kolibání nebo poškození jeho zdraví následkem nešetrného houpání, kdy se hlava dítěte prudce pohybovala ze strany na stranu (Streng, 1859).

Janda (1887) uvádí, že pokud měla matka pro dítě kolébku, nedoporučovalo se, aby v ní dítě ukolébávala. Mělo se za to, že dítě je v kolébce uspáno uměle. Není zajištěný přirozený spánek, což neprospívá zdraví kojence. Je-li dítě správně

ošetřováno, usne samo a jeho spánek je kvalitní a přirozený. Jako příklad uvádí, že v porodnicích a nalezincích, kde byla dobrá ošetrovatelská péče, měly děti klidný spánek i bez ukolébávání. Dítě nemělo ležet v posteli s matkou, neboť by ho ve spánku mohla zalehnout. Také zde bylo riziko, že hlavně v období šestinedělí se oči dítěte infikují matčinými očistkami. Dítě se mělo ke spánku ukládat do jemu vyhrazeného lůžka. Přednost měl železný materiál před lůžkem z proutí.

Nebylo vhodné při procházkách ukládat dítě do kočárku, protože v důsledku jízdy se mu otřásal mozek (Janda, 1887).

V některých rodinách bývalo zvykem, že už v prvních dnech nechávaly matky svým novorozeným dívkám propíchnout uši a připevnit náušnice, neboť někteří to považovali za krásné a vznešené a jiní si mysleli, že skrze náušnice odchází z těla vlhkost, což bylo bráno jako prevence proti očním chorobám (Janda, 1887).

2.7 Výbava pro dítě

Součástí základní výbavy pro dítě, kterou si i chudá matka měla opatřit, byly minimálně tři košile, dvě čepice na vycházky, dvě plátěná obinadla pro fixaci pupečnicku, tři kabátky, šest podložek, šest plátěných plen, dvě peřinky a jeden povijan sloužící k zavinutí dítěte do peřiny. V bohatších rodinách bylo součástí výbavy pro dítě čtyřicet plátěných plen, dvanáct košil, šest povijanů k ochraně pupečnicku, čtyřicet podložek, dvě podložky z kaučuku nebo jemného voskovaného plátna, šest bryndáků, dvě peřiny a dva povijany k zavinutí dítěte (Janda, 1887).

2.8 Příčiny nemocí a jejich ošetření

Opruzeniny se objevují na místech, kde jsou kožní záhyby, tedy na krku, za ušima, v podpaží a mezi stehny (Streng, 1859). „*Zpruzení je následek nečistého hlídání dítěte, zvláště zanedbání se koupání. Kůže je na chycených místech červená, na vyšším stupni rozbolavělá a leptaná štávama pryští se z ní. Zanedbání se taková nemoc, mohou se bolavá místa podebrati, ba dokonce vyhniti*“ (Streng, 1859, s. 302). Důležitá byla prevence, která spočívala v pečlivém ošetřování kůže dítěte. Bolavá místa se doporučovalo omývat často vlažnou vodou a potírat je čerstvým nesoleným máslem

nebo jelením lojem. K ochraně kůže se používalo sádlo a prášek z běloby (Streng, 1859).

Ke krvácení z pupečního pahýlu dochází buďto před odpadnutím, nebo po odpadnutí jeho zbytku. Příčinou krvácení může být nešetrná manipulace s pahýlem a špatný postup při ošetřování (neschne, ale dochází k hnilobným procesům). V každém případě je nutné zavolat lékaře, protože i malá ztráta krve ohrožuje dítě na životě (Janda, 1887). *„Nežli se však lékař dostaví, ať jedná kdokoliv rychle takto: špetku kamence ať ve vodě rozpustí, v ní klůček z cupaniny namočí, jej na pupek přiloží a obínadlem upevní. Někdy účinkuje dobře kousek hubky neb čistá pavučina. Nepomůže-li to a vyčnívá-li dosti pupek, ať je dvěma prstáka se stran stlačí. Tímto posledním způsobem staví se krvácení jistě, ovšem ale musí býti osoba, která pupek drží, velmi trpělivá“* (Janda, 1887, s. 204).

Krvácí-li pupek nadále, je nutné jej znovu podvázat blíže k tělu dítěte. Po odpadnutí pupečníku dochází v některých případech k zánětu a tvorbě vředů. Zde se doporučuje omývat pupek častěji rozředěnou vlažnou Goulardskou vodou a zajistit, aby pupek nepřišel do kontaktu s močí dítěte (Janda, 1887). *„Proto budiž na něj po každém vyčištění cupanina položena a tato obínadlem neb náplastí přichycena“* (Janda, 1887, s. 204).

Za nejčastější příčinu průjmu u dítěte je považována dietní chyba. Léčebná metoda v podobě klystýru se škrobovou vodou nebo svařeným salepem málokdy pomohla, spíše střevo ještě podráždila a podpořila průjem. Naopak se osvědčilo pití heřmánkového čaje svařeného se špetkou tlučeného salepu nebo odstátou rýžovou vodou. Pokud nedošlo ke zlepšení zdravotního stavu dítěte, musel být přivolán lékař (Janda, 1887). *„Svatojánská šťáva neb Doverský prášek nemají dítěti bez udání lékaře podávány býti, poněvadž oba prostředky obsahují opium, jímž se dítěti při poněkud větším množství ublížiti může“* (Janda, 1887, s. 208).

Je-li kojeneček zdravý, má měkkou žlutou stolicí dva až třikrát za den. Pokud dojde k narušení pravidelnosti ve vyprazdňování, dochází k zahuštění stolice a obtížné defekaci. Vlivem zvýšeného úsilí o vyprázdnění střeva může dojít k narušení sliznice, vytlačení střeva a vzniku kýly, což bývá provázeno bolestí v oblasti pupku (Janda,

1887). „Z té příčiny dejž matka dítěti, má-li zácpu, klystér s vodou (as koflík 26°-27°R. teplé vody), do které se jedna plná kávová lžice oleje neb špetka soli přimíchati může. Klystér účinkuje při zácpě dobře, aniž by se jím dítěti uškodilo, jakž se někdy průjímadly, které se dítěti k užívání dají, státi může“ (Janda, 1887, s. 208).

Vzhledem k riziku přenosu infekčního onemocnění se doporučovalo, aby matka měla vlastní pomůcky na provedení klystýru. To zahrnovalo balónek s kostěnou trubkou, do kterého se vešlo pouze tolik vody, kolik bylo k provedení klystýru třeba. Samotný výkon probíhal v poloze na boku, kdy se zavedla rourka do konečníku a pomalu se vstříkovala tekutina. Důležité bylo odstranit veškerý vzduch z balónku i rourky (Janda, 1887).

„Křeče (u lidu psotník) nastati mohou u novorozenců z rozličných příčin, ku př. pitím mléka matky, která tuto před tím se lekla, rozlobila neb jinak rozčílila, chudokrevností neb překráčením mozku, tlakem na mozek jakýmkoliv způsobem povstalým a rozličnými jinými nemocemi dítěte“ (Janda, 1887, s. 209). Křeče postihovaly různé svalové části v oblasti očí, obličeje, končetin nebo křečový záchvat v celém těle. V těchto případech se volal lékař a matka v rámci první pomoci podala dítěti klystýr, projímadlo, utírala temeno hlavy studenou vodou nebo vodou s octem (Janda, 1887).

K zánětu očí a očních spojivek docházelo po porodu tím, že hlen z pochvy matky infikoval oční sliznici dítěte. V rámci prevence se doporučovalo vykapat řádně oči 3% roztokem kyseliny borové (Janda, 1887).

Žloutenka se řadila mezi časté nemoci novorozenců objevující se v prvních dnech po porodu. Vyznačovala se větším nebo menším zažloutnutím kůže a výskytem bílé blány v oku. Moč bývala tmavě zbarvená a dělala žluté skvrny na plenách. Nejčastěji se vyskytovala u dětí slabých, nezralých a dětí s tmavě červenou kůží (Streng, 1859). „Nacházili se dítě jinak dobře, tedy na žloutence mnoho nezáleží, a mimo koupání ve vlažné vodě denně dva neb třikrát, není nic jiného třeba. Jeli však dítě nepokojné, nechceli prs, máli častou běhavku a tratili se přitom v těle, pak je neduh nebezpečný a potřeba je bez průtahy pomoci lékařské“ (Streng, 1859, s. 303).

„K chybám dítek od narození, které hned v prvních dnech po porodu zvláštní pozornosti se strany babičky zasluhují, patří především: podrostlý jazýček, zaječí pysk, vlčí hrdlo, srostlý řítek a srostlá močová trubička“ (Streng, 1859, s. 303). V dnešní době se jedná o rozštěpové vady (zaječí pysk, vlčí hrdlo), přirostlou uzdičku (podrostlý jazýček) a atrézii (srostlý řítek). Streng (1859) uvádí, že podrostlý jazýček se poznal, pokud při pláči vystrčilo dítě jazyk, stiskl se mu nos a na špičce jazyka se objevil vroubek. *„Nikdy se nesmí babička opovážiti, uzdičku jazyční nůžkama prostřihovati, anebo nehtama proštípovati, poněvadž by snadno nebezpečné krvácení povstati mohlo. Vždycky má napravení podrostlého jazýčku lékaři ponechati“* (Streng, 1859, s. 303-304). Zaječí pysk či vlčí hrdlo se projevovalo tím, že při pití vytékala tekutina nosem ven. Tato vada musela být okamžitě oznámena lékaři. Při pití se doporučovalo strčit bradavku do koutku úst a držet dítě ve vzpřímené poloze. Při atrézii anu nebo močové trubice vyžadoval stav okamžitou lékařskou péči, specifická ošetrovatelská péče není popsána (Streng, 1859).

2.9 Shrnutí 19. století

Na základě studia odborných textů z období 19. století se můžeme domnívat, že ne všechny tehdejší ošetrovatelské postupy jsou pro dnešní dobu zastaralé a nepoužitelné. Přestože nebyl ošetrovatelský výzkum na našem území příliš rozšířen a informací bylo velmi málo, využívaly se hojně zkušenosti z praxe. Předávaly se z generace na generaci jak v rodinách, tak u profesionálů. Přesto nacházíme v ošetrovatelské péči o dítě a matku velké množství mýtů a pověr, například názor, že náušnice odvádí vlhkost z těla nebo že děti, které nepochází z manželského lože, jsou náchylnější k mentální retardaci. Tyto pověry byly ovlivněny křesťanskou filosofií, která je využívala jako nástroj k zastrašování, čímž si chtěla zajistit dodržování etických pravidel.

Dostupnost zdravotní péče byla z hlediska geografického i ekonomického velmi špatná. Zvláště na venkově ji zajišťovaly méně kvalifikované osoby, a to nejčastěji v domácím prostředí. Stejně to bylo i s porody a péčí o dítě, kdy matky byly často odkázány samy na sebe. Jedním z největších postrachů té doby byly infekční choroby,

které byly častou příčinou úmrtí novorozenců a malých dětí, jednak v důsledku špatných hygienických podmínek a dále z nedostatku léčivých přípravků. Dnes hojně používaná antibiotická terapie byla v té době hudbou budoucnosti. Na sestřích a porodních bábách ležela velká zodpovědnost za edukaci matky v oblasti prevence infekčních komplikací.

V 19. století se v odborných kruzích objevila revoluční myšlenka, která spočívala v souvislosti mezi hygienickými návyky a výskytem infekce. Příkladem může být závěr výzkumu Ignáce Filipa Semmelweise, který si v praxi ověřil, že tehdy velmi závažná horečka omladnic se přenáší prostřednictvím špinavých rukou ošetřujícího personálu. A tím položil základy bariérové ošetrovatelské péče (Vytejšková et al., 2011).

Pro 19. století bylo typické, že si matky najímaly kojné, ale ne vždy to bylo z důvodu, že samy nemohly kojit. Zejména u matek z vyšších vrstev se jednalo spíše o jakýsi módní trend než o nutnost. Pro kojné to byla možnost přivýdělnku, neboť většinou pocházely z chudších poměrů, ba dokonce z nalezinců (Janda, 1887).

3 PRVNÍ POLOVINA 20. STOLETÍ

20. století bylo stoletím válek, reforem, modernizace i pokrytectví. První světová válka přinesla do Evropy tři strašné proudy – komunismus, fašismus a nacismus, které bývají nazývány jako nová náboženství třídy, státu a rasy. Přestože náboženství rasy a státu bylo koncem druhé světové války poraženo, triumfovalo na straně vítězů dalších padesát let náboženství třídní. Ve 20. století zahynulo násilnou smrtí či hladem nejvíce lidí v historii Evropy. Přesto bylo toto století provázáno obrovským pokrokem v medicíně a ve vědách vůbec. Příkladem může být zázrak antibiotik, který zachránil tisíce lidských životů na válečných polích. Do tohoto období spadají takové výkony jako transplantace orgánů, umělé oplodňování, klonování či genetické inženýrství (Johnson, 1991).

Období od konce 19. století do začátku druhé světové války bylo charakterizováno plošným zakládáním nemocnic. Zásadní změnu ve společenském postavení žen, ve společenských normách a kulturních potřebách přinesl vznik Československé republiky v roce 1918. Za podpory prvního prezidenta T. G. Masaryka a jeho dcery Alice Masarykové vznikl Český červený kříž, který rozvíjel sociální a ošetrovatelskou péči založenou na nových informacích z USA. Tyto informace do českého školství přivezly na přání Alice Masarykové vzdělané americké sestry (Kutnohorská, 2010).

Na počátku 20. století hrálo ve společnosti významnou roli křesťanství. Dítě bylo po narození přijímáno nejen do rodiny biologické, ale také do té církevní prostřednictvím svatého křtu. Jména byla v křesťanských rodinách určována podle patronů a světců, kteří byli orodovníky dítěte (Viták, 1902).

Důkazem blahobytu země je bezesporu růst populace. Za tím stojí vyšší počet porodů a zároveň nižší procento dětské úmrtnosti. V roce 1902 byla v Království českém úmrtnost dětí do jednoho roku věku vysoká. V Čechách se prvních narozenin nedožila čtvrtina všech živě narozených dětí. Do souvislosti s dětskou úmrtností se dávala neznalost, nevědomost a nezkušenost matek v otázkách základních pravidel výživy a výchovy dětí (Klika, 1902).

Na začátku 20. století se stále více rozšiřovalo poradenství pro matku a dítě. V roce 1905 se konal první mezinárodní sjezd o poradenství, kde se sešli zástupci z 22 zemí. V roce 1916 byla v Praze otevřena první poradna pro matky a děti u nás. Postupně byly zakládány spolkem Ochrana matek a dětí další poradny, které měly za úkol provádět zdravotní kontroly kojenců a poskytovat mléko, krupici a ostatní výživové preparáty dětem z chudých rodin. Bělehrádek a Zavadová (1941) uvádějí, že v roce 1941 bylo na území Čech a Moravy již 14 poraden pro těhotné ženy a 1 169 poraden pro matky a děti. V těchto poradnách pracovali lékaři a sociálně zdravotní pracovníci, kteří se snažili získat do své evidence všechny matky a děti. Pokud byla matka nebo dítě pod pravidelnou zdravotní kontrolou soukromého či pokladenského lékaře, měla je poradna pouze v evidenci a sledovala, jestli se v péči pokračuje.

Odborná sociálně zdravotní pracovníci působila nejen v poradně, ale vykonávala také návštěvní službu v rodinách. Seznámila se tak s prostředím, v němž matka a dítě žily, poznala ostatní členy rodiny, jejich zdravotní stav, sociální postavení a hospodářské poměry. Náplní její práce bylo navrhnout potřebná opatření a dohlédnout na jejich provedení. Pokud našla v rodině někoho nemocného, který dosud nebyl lékařsky ošetřen, poskytla mu péči, nezaměstnaným opatřila práci, u nesprávně ošetřených kojenců provedla koupel, kojence oblékla, zabalila a uložila. Návštěvní služba v rodinách byla považována za velmi důležitou, neboť vedla k lepší hygieně a k úpravě sociálních a mravních poměrů v rodině (Bělehrádek a Zavadová, 1941).

V mateřství, které bylo považováno za nejdůležitější povolání ženy, byla potřebná dostatečná průprava dívek v dorostovém věku. Výchova dívek v tomto věku však nebyla dokonalá, což bylo považováno za hlavní příčinu výše uvedené nevědomosti, nezkušenosti a neznalosti. Co se přístupu k mateřství týče, nelze pominout, že důležitou úlohu hraje pauperismus a neblahé sociální poměry, díky jimž žena v době, kdy by se měla věnovat péči o dítě, vykonávala industriální práce (Klika, 1902).

Ve 20. století došlo k výrazné změně veřejného mínění o dětech, zvláště pak chronicky nemocných. V minulosti vnímala veřejnost tělesně a mentálně postižené děti jako méněcenné a jejich smrt byla brána jako krok ke snížení sociální zátěže

společnosti. Nyní se však začalo šířit přesvědčení, že nemocných dětí je třeba si všimat a poskytnout jim patřičnou péči, aby se z nich nestaly metly společnosti. Zjistilo se, že speciální výchovou je možné naučit děti soběstačnosti. Příkladem byl Tomáš Baťa, který ve své fabrice poskytl pracovní místa mnoha desítkám postižených dětí. Posílil tak jejich sebedůvěru, aby se mohly v mezích svých možností prosadit ve společnosti (Tůma, 1934). „*Úchylné dítě stalo se v posledních desetiletích předmětem bedlivého studia, z něhož vzešly nové disciplíny vědecké, jako např. školní hygiena školní lékařství, sociální lékařství, sociologie dítěte, eugenika, eubiotika, nápravná pedagogika. Z nových disciplin rodily se pak různé instituce, kterých starší doba neznala*“ (Tůma, 1934, s. 169). Nicméně tato filosofie skončila na prahu druhé světové války, kdy nacistické myšlení ovlivněné názory Friedricha Nietzscheho zbavovalo společnost lidí, kteří pro ni byli určitou zátěží. Docházelo k průmyslovému vyvražďování defektní, postižené, homosexuální a rasově odlišné populace. Tehdejší národní socialismus měl vizi vytvořit pevný a zdravý národ. Na rozdíl od germánských zemí, kde zdravotnictví a ošetřovatelství výrazně vzkvétalo a zaměřovalo se na primární prevenci, na území Československa byl vývoj pozastaven, protože se dále nepočítalo s existencí slovanského národa (Trucková a Truck, 1984).

3.1 Rozvoj ošetřovatelství

V první polovině 20. století nastává průlom v dostupnosti informací v důsledku hlubší vědecké činnosti a výzkumu v oblasti ošetřovatelství, což významně ovlivnil příchod sester ze západních zemí, hlavně z USA a Anglie, kde mělo ošetřovatelství již vytvořenou pevnou vědeckou základnu. Následkem toho dochází v Československu k zakládání ošetřovatelských škol a nemocnic. Temnou stránkou první poloviny 20. století byly dvě světové války. Navzdory hrůzám a bolestem se otevřel prostor pro poměrně rychlý pokrok v oblasti vědy a výzkumu, tak jako pro Florence Nightingalovou bylo období Krymské války příležitostí pro rozvoj ošetřovatelské profese (Kutnohorská, 2010). Z jejich závěrů čerpáme dodnes.

Poválečné uspořádání v Československu přineslo změnu v poskytování zdravotnických služeb. Chudý, válkou a měnovými reformami poznamenaný venkov se

potýkal s obrovskými problémy v dostupnosti zdravotní péče. V souvislosti s tím byla zavedena komunitní péče jako jedna z možností řešení neuspokojivé situace.

3.2 Ošetření novorozence po porodu

První ošetření novorozence začínalo podvázáním a přestřihnutím pupečníku. Pokud však dítě po porodu nekřičelo, neboť křik svědčí o správné adaptaci, provedl se tzv. výprask, který spočíval v poplácání po hýždích a zádech (Brdlík, 1917).

Aby došlo k zamezení krvácení, bylo nezbytné před přestřihnutím pupečníku podvázat, což bylo zvykem u všech civilizovaných národů. V době, kdy dochází k zacelování a odlučování pupku až po úplné zjizvení, je potřebné, aby ošetřování pupečního provazce byla věnována zvláštní péče. Jedná se o čerstvou ránu, která snadno podlehne nákaze. Nečistá rána, nůžky používané k přestřihnutí pupečního provazce, obvazový materiál, mycí houby, voda ke koupání, ale také styk s očistkami šestinedělky, to vše mohlo mít souvislost s tím, že se v pupku objevila infekce. Při podvazu a přestřihnutí pupečníku se zdůrazňoval aseptický přístup, tedy čisté ruce, pomůcky a nůžky, které se před použitím několikrát protáhly lihovým plamenem (Klika, 1902). Pahýl bylo možné ošetřit lihem, zasypat dermatolem, zabalit do sterilního mulu a prodyšným obinadlem připevnit k tělu (Kulhánek, 1927).

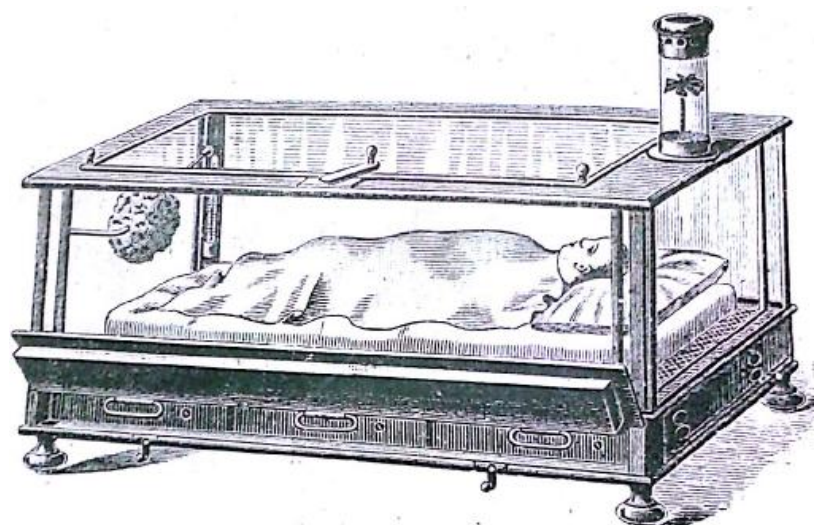
Pupečník se neměl přestřihávat ihned po porodu, neboť bylo v zájmu dítěte, aby spojení s matkou bylo zajištěno do doby, než ustane pulzace pupečnickových tepen (Klika, 1902). Při řádné péči odpadne pupečník za pět až sedm dní. Ránu, která po odpadnutí pupku zůstala, bylo třeba čistě ošetřit, osušit karbolovou vatou a nikdy se jí nedotýkat neumytýma rukama. Obyčejně se zahojila po dvou týdnech. Následkem nešetrné péče se mohlo stát, že pupek začal hnít a v nejvyšší míře ohrožovat život dítěte, protože bylo velké riziko přenesení infekce prostřednictvím nezahojených velkých cév do břišní dutiny, což mohlo způsobit zánět pobřišnice, otravu krve a následně smrt nemluvněte (Burjan, 1906).

Mezitím byla věnována péče očím novorozence, aby se předešlo očním chorobám a slepotě (Klika, 1902). V dřívějších dobách tvořily děti s nesprávně ošetřenými očima po porodu polovinu všech obyvatel ústavů pro slepce (Fisher, 1924).

Porodní báby měly ve svých předpisech přísně nařízeno vykapat každému novorozenci sliznici očních víček 1% roztokem dusičnanu stříbrného a pak oči omýt převařenou vodou, aby se zamezilo častému zánětu (Georges, 1910). Jinou možností bylo vkápnout jednu kapku 2% roztoku lópezisu. Pokud byl tohoto roztoku nedostatek, aplikovalo se několik kapek citronové šťávy. I při první koupeli hrozilo, že se dítěti vodou do očí zanesou záněty. Aby se tomuto předešlo, přikládaly se novorozencům před koupáním na oči mulové tampóny, které byly namočené v borové vodě a upevněné pomocí obinadla (Klika, 1902). Jiný zdroj uvádí, že se oči dítěte vykapaly 1% roztokem stříbra za účelem dezinfekce (Brdlík, 1917).

Teprve po lázni došlo ke konečnému ošetření zbytku pupečníku. Nejprve se omylo okolí pupku vlažnou borovou vodou. Poté se nastřihnutým čtvercem mulu podložil zbytek pupečníku, který se překryl dalším čtvercem mulu. K zafixování posloužila plátěná nebo flanelová obinadla. Toto krytí se denně vyměňovalo. Po odloučení zbytku pupečníku se ošetřil pupeční pahýl borovou vazelínou natřenou na mul, přiložil se kousek vaty a obinadlo k zafixování. Takto se pupeční pahýl ošetřoval ještě po dobu třech týdnů (Klika, 1902).

Teplota v místnosti měla být při porodu vyšší než obvykle. Novorozenec se po porodu zabalil do vyhřátého kusu flanelu (Klika, 1902). Způsob balení a oblékání novorozenců měl zajistit volnost končetin, aby novorozenec mohl spát s rukama v pěst sevřenými a složenými vedle hlavy. Nebylo nutné oblékat dítě příliš teple, to se doporučovalo pouze u dětí nedonošených, aby byly chráněny před tepelnými ztrátami. Dříve se k tomuto účelu hojně používaly skleněné skříně – Couveuse (čti kuvéz), ve kterých byla uměle udržována teplota 36 °C. Tento způsob byl však opuštěn a nahrazen obyčejnými tepláky, termofory, ohřevnými dečkami apod. Pro domácí použití byly dostatečné velké lahve naplněné teplou vodou vložené do peřinky (Kulhánek, 1927).



Obr. 6. Couveuse.

Obrázek 3 Skleněná skříň – Couveuse

(Klika, 1902)

Před první koupelí se tělo dítěte kromě obličeje pomazalo směsí mazlavého mýdla a glycerinu nebo směsí vazelíny, másla a mandlového oleje se žloutkem. Poté se přistoupilo k vlastní koupeli. Dítě bylo položeno na dvě minuty do lázně, která měla 37 °C. Osušený novorozenec se zasypal jemným pudrem, např. plavuňovým, nebo směsí rýžového a škrobového prášku (Klika, 1902).

3.3 Oživování a první pomoc po porodu

K těžkým porodům se volal lékař, neboť se objevovaly případy zdánlivé smrti novorozence. Pokud nebyl u takového porodu lékař již přítomen, musel se okamžitě přivolat a mezitím se muselo začít s oživováním. Ještě před příchodem lékaře, který zajišťoval kvalifikovanou první pomoc, bylo přítomným doporučeno, aby se drželi níže popsaného postupu. Nejdříve urychleně ošetřit pupečník, poté uvolnit dýchací cesty, tedy odstranit hlen z úst dítěte pomocí prstu, okolo kterého se omotá jemná rouška. Do nosních průduchů se zavede jemné péro, následkem čehož dojde k podráždění nosní sliznice a podpoří se dýchání (Klika, 1902).

Dále se k podpoře dýchání u novorozence využívalo šlehání hýždí rouškou namočenou ve studené vodě. Celé tělo se mělo potírat lihem nebo kořalkou. Pokud se nedostavil žádný účinek, ponořilo se dítě do vody, jejíž teplota se pohybovala od 38 do 42 °C. Zde se pokračovalo v masáži povrchu těla a současně se musel rytmicky stlačovat hrudník dítěte. Když ani tehdy nedošlo ke zlepšení, dítě se střídavě nořilo do studené a teplé vody nebo se poléval jeho hrudník studenou vodou, když ještě leželo v teplé vodě. V oživování dítěte se pokračovalo do té doby, než začalo křičet, dýchalo hluboce, mělo přiměřené pohyby, otvíralo oči a jeho kůže měla růžovou barvu (Klika, 1902).

Burjan (1906) uvádí, že nejprve bylo nutné zjistit přiložením ucha na levou stranu prsu dítěte, zda mu bije srdce. Ukazovákem pravé ruky vytřeme nahromaděný hlen z dutiny ústní, a když ani poté nezačne dítě plakat, uchopíme jeho jazyk prsty do kusu látky nebo kleští a pravidelně ho vytahujeme a zase pouštíme do úst. Současně mu stříkáme studenou vodu na obličej. Pokud ani to nepomůže, položíme dítě do teplé vody. Když se prohřeje, začneme ho od týla polévat studenou vodou. Po celou dobu je třeba věnovat pozornost i matce, u které mohou nastat časné poporodní komplikace, např. krvácení.



Obrázek 4 Oživování novorozenců
 (Fischerová-Dückelmannová, 1900)

3.4 Péče o nedonošené děti v první polovině 20. století

Péče o nedonošené děti byla velice náročná. Jelikož tyto děti potřebovaly vyšší teplotu, balily se do vaty, do lůžka se jim dávaly lahve s horkou vodou a dbalo se, aby místnost byla dostatečně vytopená. V osmdesátých letech 19. století se pro potřeby nedonošených dětí začala používat vytápěcí skříň. Tu sestrojil francouzský lékař a byla přirovnávána k umělé líhni pro kuřata. Skříň Couveuse byla usazena na zvláštním podstavci a byla ze dřeva. Měla dvojitě dno, spodní část byla určena pro nádobu s ohřívanou vodou, ohřev zajišťovala lampa. V horní části leželo dítě. Kontrola byla zajištěna jednak díky skleněnému víku a dále prostřednictvím teploměru uvnitř skříně. V této skříni proudil ohřátý vzduch ze spodní části do horní části a otvory v horní desce ven. Teplota uvnitř skříně se pohybovala v rozmezí 30 – 32 °C (Klika, 1902).

Postupně docházelo k zdokonalování výše uvedeného modelu. V prvních letech 20. století byly kувэzy ze skla a jejich kostra z kovu. Tento model bylo snadnější vydezinfikovat a udržet v čistotě. Díky sklu vydržela potřebná teplota delší dobu. Podobně jako u předešlého modelu ukládaly se na dno skříně lahve s horkou vodou nebo zvláštní termofory. V horní části bylo uloženo dítě, teploměr a navlhčená houba, aby byl vzduch uvnitř skříně přiměřeně vlhký. V horní desce se nacházel malý otvor s ventilačním kolečkem pro odchod vzduchu. Cena tohoto přístroje byla vyšší, takže ho bylo možné opatřit jen do dobře zajištěných nalezinců a jim podobným ústavům. V souvislosti s používáním těchto skříní bylo zajištěno přežití i u dětí narozených teprve v šestém měsíci těhotenství (Klika, 1902).

Důležitou podmínkou pro záchranu nedonošeného dítěte byla přirozená výživa, protože umělé náhražky děti nedovedly strávit. U takto slabých a nezralých novorozenců ještě nejsou dobře vyvinuté reflexy sání a polykání, proto se podávalo mateřské mléko odsáté z prsu po lžičkách nebo se vkapávalo nosem. V nejhorších případech se nalévalo pomocí trubice přímo do žaludku (Mann, 1921). V případě, že matka nemohla sama dítě kojit, bylo nutné vzít kojnou. Pokud nedonošené dítě špatně polykalo, přistoupilo se k zasondování a umělému živení mateřským mlékem, které se prostřednictvím vysavače mléka odsávalo z prsu. Dítěti se pak podávalo 8–10 gramů

mléka na jednu dávku. Když se zdravotní stav dítěte zlepšil, začalo se přikládat k prsu (Klika, 1902).

Další podmínkou pro přežití nedonošeného dítěte bylo úzkostlivé stranění se každé nákazy (Mann, 1921). Tyto děti se v prvních dnech pouze omývaly teplou vodou, zakázáno bylo s nimi třást nebo je kolébat (Klika, 1902).

3.5 Doporučení pro kojení v první polovině 20. století

„Požehnaný je prs mateřský! Dítě u prsu mateřského je nejšťastnější stvoření na světě, máť ve mléce mateřském vše, čeho potřebuje k životu, ku vzrůstu a vývoji. Prsem se živí, zahřívá, roste; mléko jeho tvoří mu kosti a zuby, nervy i mozek“ (Bulíř, 1903, s. 64).

V literatuře se uvádí, že pokud má být dítě po celý svůj život zdravé, je nutné mu dávat mateřské mléko a zajistit mu dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu (Klika, 1902).

„Jest svatou povinností matky, aby své dítě sama kojila, aby mu již na počátku dráhy životní dopřála potravu, která upevní jeho zdraví a dá základ pro všechna budoucí život. Jest dokázáno, že každá matka může kojiti a že toliko ve výminečných případech není k tomu schopna. Odstavovati se nemá dítě nikdy bez nejdůležitějších důvodů a i tu vždy jen po poradě s lékařem“ (Brdlík, 1917, str. neuvedena).

Pouze mateřský prs může novorozenci zajistit přirozenou, jinak řečeno tu nejlepší výživu. Podle statistik byla úmrtnost kojených dětí ve srovnání s dětmi na umělé výživě podstatně nižší. Ve velkých městech ze 100 dětí, které přijímaly umělou stravu, zemřelo 82–89, oproti tomu ze 100 kojených dětí 10–17 (Klika, 1902).

Mateřské mléko mělo velký vliv na přibývání váhy u kojenců. I přesto, že umělá výživa byla dětmi dobře tolerována. Uměle živené děti měly nižší váhový přírůstek oproti dětem, kterým se dostávalo mléka mateřského (Klika, 1902).

Bylo zvykem najímat kojné. Nebylo však jednoduché opatřit si dobrou kojnou, neboť vědomy si svého výlučného postavení v rodině, stávaly se často příčinou nesnází, starostí a zlostí, aniž by o tom sama matka věděla. Nejlepším způsobem bylo kontaktovat některý z ústavů zabývajících se zprostředkováváním kojných. Ústavy

požadovaly za své služby poplatek 24–30 korun. Spolupracovaly s porodními bábami působícími na venkově. Porodní báby měly přehled o děvčatech majících zájem stát se kojnými. Pokud byl nedostatek těchto kojných, bylo možné si najmout ženy z nalezince. Výhodou této volby bylo, že ženy a jejich děti i děti jim na kojení přidělené byly pod neustálým lékařským dohledem. Nejvhodnější kandidátky byly druhorodičky ve věku 20–30 let (Klika, 1902).

Bylo důležité zvážit dvě stránky najímání kojné – hledisko hygienické a etické, a to nejen ze strany kojné, ale i ze strany dítěte, které má být kojeno. Zákon např. zajišťoval právo kojné na provedení krevní zkoušky kojeného dítěte. Z hlediska etického se stávalo, že mladé a chudé matky uměle odstavovaly vlastní děti, aby se mohly najmout za kojné a získat tak finanční prostředky. Bylo prokázáno, že kojná, která si bere své dítě s sebou do rodiny, kojí daleko lépe a vydatněji. Není vystavena psychickému stresu z odloučení od vlastního dítěte a obávám, jak se mu asi u cizích lidí daří. Pokud byla přijata kojná s dítětem, slušelo se pokládat obě děti za rovnoprávné. Kojná si musela nastavit kojení tak, aby obě děti dostaly to, co potřebují a aby alespoň jeden prs byl úplně vypit. Každé dítě dostalo při kojení jeden prs, tak aby jedno nepilo dvakrát po sobě ze stejného prsu. Kojná potřebovala péči stejnou jako vlastní matka, zvláště v oblasti stravování. Bylo však nutné zachovat její dosavadní způsob života, hlavně ve vztahu k fyzické námaze, protože platilo, že kojná, která se dostala do lepších životních poměrů, ztrácela mléko (Kulhánek, 1927).

Ve většině případů rozhodla o kojení novorozeněte tchýně, která se přikláněla, aby dítě bylo kojené matkou, zatímco matka matky dítěte byla opačného názoru, jelikož se strachovala o zdraví své dcery (Klika, 1902). Mladá matka obvykle spoléhala na podporu a rady své matky. I přesto, že babička dítěte měla dříve nejlepší vědomosti o výchově a výživě kojence, muselo se počítat s tím, že v průběhu doby se doporučení měnila a spousta zásadních věcí mohla již zapomenout. K tomu se pojily různé pověry, z nichž některé se zachovaly do dnešní doby. Často se stávalo, zvláště u velmi mladých a slabých žen, že se po určité době cítily po kojení vyčerpané a chtěly dítě předčasně odstavit. Příčinou slabosti bylo nejčastěji nechutenství a různá onemocnění. V tom

případě se doporučovalo, aby se poradila s lékařem a pokračovala v kojení (Kulhánek, 1927).

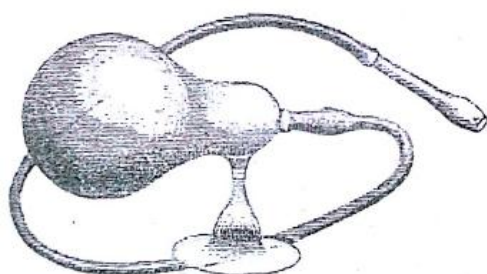
Brdlík (1917) uvádí, že přikládání novorozence k prsu matky by se mělo po porodu odložit na pozdější dobu, neboť novorozenec nemá okamžitou potřebu se napít a matka po porodu potřebuje načerpat síly. Vozábová (1914) uvádí, že první přiložení se odehrávalo za 6-8 hodin po narození, když se dítě ohlásilo křikem a nepokojem. Pokud však bylo klidné, doporučovalo se ponechat ho bez potravy i déle. V prvních dvou až třech dnech se doporučovalo přikládat kojence třikrát až čtyřikrát za den, později se frekvence zvyšovala, ale interval mezi kojením neměl být kratší než tři hodiny. V noci matka kojila pouze jednou. *„Je velmi důležité, aby matka pořádek tento přísně zachovávala. Dítě mu snadno zvyká, dobře prospívá, uchrání se překrmení i nebezpečného onemocnění (průjmy, zvracení) jež časté a nepravidelné kojení mívá za následek. Tímto způsobem má též matka kojení velmi usnadněno, může se svému zaměstnání věnovati a uchrání se nočního bdění, jež ji vysiluje“* (Vozábová, 1914, s. 4).

Pokud se matce nevytvořilo mléko ani třetí den po porodu a dítě bylo slabé, nakrmilo se přislazenou směsí vařeného kravského mléka a vody a to v poměru 1:4. Oproti uvedenému přikládali někteří v prvních dnech novorozence k prsu matky pokud možno co nejvíce z důvodu vyšší tvorby mléka a nácviky sání dítěte, aby neubývalo na váze (Klika, 1902). Jiný zdroj doporučuje uvařit dítěti slabý, tzv. zlatý čaj oslazený sacharinem (Brdlík, 1917).

Matkám bylo doporučeno, aby dítě kojily v pravidelných intervalech. Průměrná doba k nakojení se uvádí v rozmezí 15–20 minut. Při podávání prsu dítěti se kladl důraz na čistotu. Před každým kojením je potřeba omýt obě prsní bradavky vlažnou borovou vodou (Klika, 1902). Vozábová (1914) doporučuje očistit prs vatou nebo čistým plátkem smočeným v převařené vodě. Slinit bradavku je zakázáno, protože tím je ohroženo zdraví i život dítěte. Přesto tak některé ženy činily. Preferovaným postupem kojení bylo odstříkat prvé kapky mléka a poté mlékem navlhčenou bradavku vložit dítěti do úst tak, aby mohlo dobře dýchat.

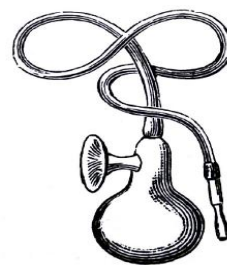
Bylo vhodné, když si matka ke kojení sedla na nízkou židli nebo stoličku. V jedné ruce držela dítě a druhou rukou uchopila prs mezi ukazovák a prostřední prst, poté odstříkla trochu mléka a dala dítěti prs do úst (Kulhánek, 1927).

Po kojení bylo možno použít opět borovou vodu nebo zředěný líh (Klika, 1902). Součástí péče o prsy bylo také důkladné odsávání mléka pomocí pumpičky nebo ruky (Brdlík, 1917). Matka měla odstříkat veškeré mléko, které kojenec z prsu nevysál, aby nedošlo ke snížení laktace. Pokud matka měla mléka nedostatek, bylo důležité kojit dál a pouze množství mléka, které scházelo k nasycení dítěte nahradit mlékem kravským. Každá kapka mléka mateřského má pro dítě nenahraditelnou cenu a význam (Vozábová, 1914).



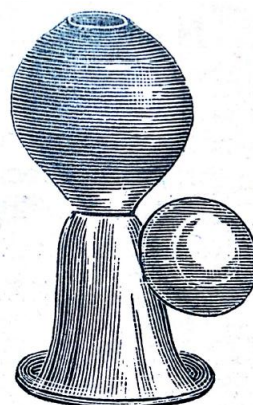
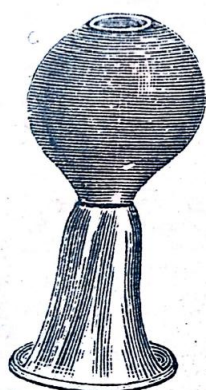
Obr. 3. Vyssávač mléka.

Obrázek 5 Odsávačka mléka
(Klika, 1902)



Vyssavač mléka
z prsu mateřského (při
přebytku mléka).

Obrázek 6 Odsávačka mateřského mléka
(Bulíř, 1903)



Obr. 27. Vyssávač mléka (mléčná násoska).

Obrázek 7 Odsávačka mateřského mléka
(Georges, 1910)

Oproti dřívějším doporučením se nyní považuje za nerozumné vytírat a vymývat dětem po pití ústa, protože může dojít k poškození jemné sliznice úst a hrozí zanesení infekce (Brdlík, 1917).

„Mnohým nezkušeným matkám líbí se tlusté, různými šlichtičkami, jako husa vykrmené, avšak při tom nehybné a neživotné dítě více, než krásně vyvinuté, svěží, zdravé a velikou životnost jevíci pouze kojené. Ony ovšem nevědí, že osud, který to tlusté jednou stihne, není náhodný, nýbrž, že přijíti musil. Kolik jich pak nařiká, jaké měly „krásné a tlusté“ dítě, a že se jim nyní najednou hubne, stůně ba i v nebezpečí života ocítá. Kolik jich to svádí na vše možné jen ne na nevhodnou výživu“ (Kulhánek, 1927, s. 16–17). V té době už bylo známo, že i kojenec má různé nálady, chuť a nechut k jídlu a *„že není strojen, který by za určitou dobu vyrobil pravidelné množství gramů své tělesné váhy“* (Kulhánek, 1927, s. 25). Moderní dětské lékařství té doby se snažilo zbavit matku různých předsudků, které se houževnatě tradovaly z dob, kdy se pověry na úkor zdravého rozumu významně rozšiřovaly (Kulhánek, 1927).

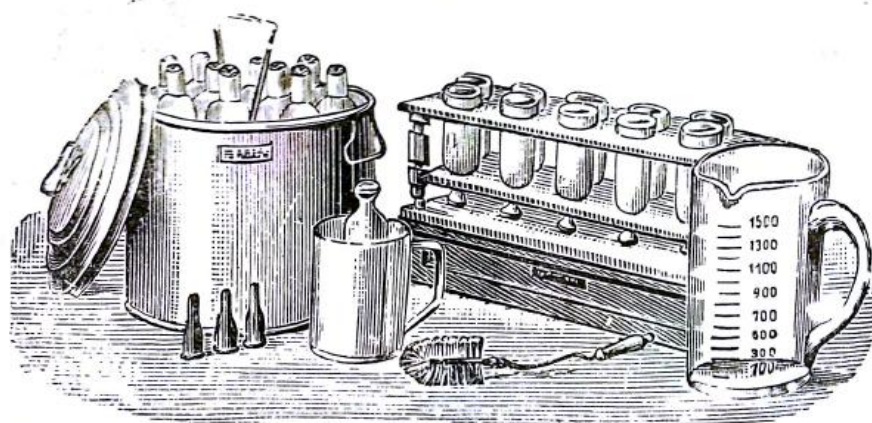
3.6 Možnosti náhradní kojenecké výživy v první polovině 20. století

„V ústech lidu platí na mnoze pravidlo, že děcko má tolik měsíců zůstati při prsu, kolik jich potřebovalo k vývoji v životě mateřském“ (Kulhánek, 1927, s. 95).

Jelikož je však každé dítě jiné, tak se i v otázce odstavení dítěte od mateřského mléka doporučoval individuální přístup (Klika, 1902). První zmínky o náhradní kojenecké výživě pocházejí z let 1473 a 1522 a pojí se se jmény Metlinger a Rösslin (Bulíř, 1903). Každá i sebelepší náhradní kojenecká výživa byla pouze nedokonalou náhražkou mateřského mléka. Často byla spojena s velkými obtížemi na všech stranách. Z toho důvodu bylo třeba umělou výživu individualizovat podle potřeb každého jednotlivého dítěte (Kulhánek, 1927). *„Umělá výživa znamená potravu naprosto cizorodou a je na dítěti, jak ji dovede snášet. Jsou – jak jsem již podotknul, i takové děti, které ji nesnesou“* (Kulhánek, 1927, s. 42). V umělé výživě kojenců se na počátku 20. století uplatňovaly dva směry: používání cizorodého mléka a směr bezmléčný. Hlavním cílem bylo nahradit drahocennou bílkovinu bílkovinou zvířecího mléka nebo rostlinnými bílkovinami v podobě zeleniny, obilnin a luštěnin (Kulhánek, 1927). První

volbou náhrady za mateřské mléko bylo mléko kravské. Většinou se dítěti podávalo svařené a s ohledem na jeho věk přiměřeně zředěné. Aby se mléko nemuselo svařovat, neboť to bylo časově náročné, šlo použít Soxhletův sterilizační aparát, který zabránil rozkladu mléka, zničil veškeré škodlivé zárodky a zároveň se v něm najednou vysterylizovalo mléko potřebné pro dítě na celý den (Klika, 1902).

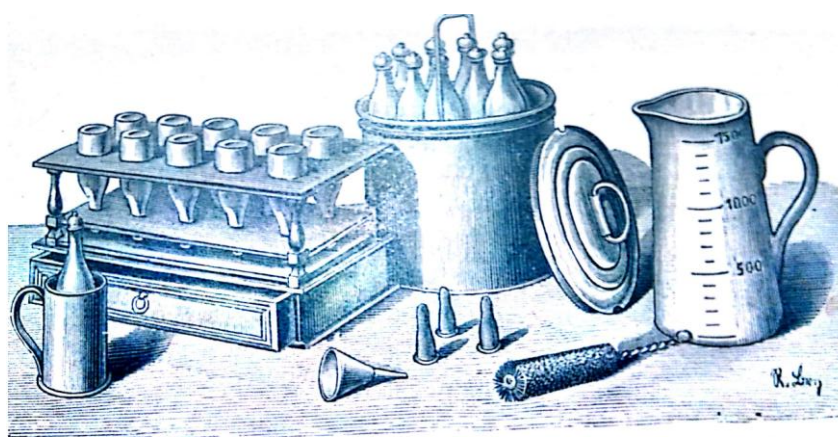
Obraz 13.



Původní přístroj Soxhletův na mléko k výživě kojenců umělé.

Obrázek 8 Soxhletův sterilizační přístroj na mléko

(Bulíř, 1903)

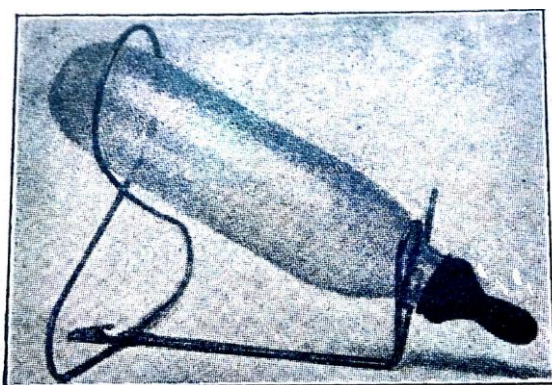


Obr. 369. Zlepšený přístroj dle Soxhleta.

Obrázek 9 Novější verze Soxhletova sterilizačního přístroje

(Fischerová-Dückelmannová, asi 1900)

K podání umělé výživy dítěti bylo matkám doporučováno zvolit vhodnou sací lahev, která se dala jednoduše a dokonale vyčistit. Po každém krmení se lahev vypařila v čisté vodě, vymyla se pomocí dvojuhličitanu sodného a nechala se v čisté vodě pro přípravu další dávky mléka. Sací klobouček se pomocí kartáčku vymyl v 3% borové vodě a poté se nechal v přikryté nádobě s borovou vodou, která se denně vyměňovala. K umělé výživě měla matka přistupovat až tehdy, když sama dítě nemohla kojit nebo si nemohla najmout kojnou (Klika, 1902).

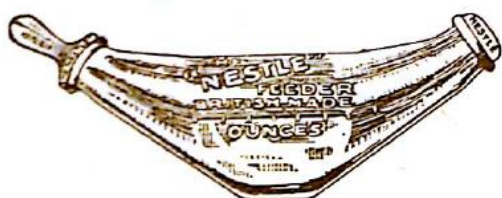


Obrázek 10 Sací láhev s drátěným podstavcem
(další obrázek viz. příloha 14)
(Georges, 1910)



Lahvička na mléko
soustavy Monchovautovy.

Obrázek 11 Sací lahev na mléko
(Bulíř, 1903)



Obrázek 12 Sací láhev na mléko
(Vidal, asi 1924)



Nový cucák „Ideal“
s příslušenstvím.

Obrázek 13 Sací lahev na mléko
(Bulíř, 2003)

V prvních třech měsících se podávalo tzv. třetinové mléko. Složení odpovídalo jedné třetině mléka a dvou třetinám ředící tekutiny, jako byla převařená voda, čaj, odvar z krup, rýže, ovesných vloček a žitné nebo sladové kávy. Následně bylo mléko obohacováno o cukr, mouku, dětské moučky a sladový cukr (Kulhánek, 1927).

Ve druhém čtvrtletí se pozvolna přecházelo na mléko poloviční – polovina mléka a polovina ředící tekutiny. Ke konci tohoto čtvrtletí se zaváděly velmi řídké a dobře uvařené krupičné, rýžové či ovesné kaše. Od šestého měsíce se začínalo nahrazovat kravské mléko zeleninovými odvary a do stravy se začal zavádět pudink, např. rýžový, krupičný, ze strouhané země, sucharů a keksů. Ve třetím čtvrtletí výrazně převládala zelenina a ovocné šťávy. Vařila se jíšková polévka se zeleninou, žloutkem apod. Dále kaše polévané ovocnými šťávami, marmeládami a povidly (Kulhánek, 1927).

Brdlík (1917) popisuje, že se strava pro dítě obvykle připravovala na celý den v pěti až šesti dávkách. Bezprostředně před podáním se ohřívala. Lahvičky z tenkého skla byly opatřeny kaučukovým sosákem, který měl kloboučkový tvar anebo tvar podobný palcům u rukavic. Důležitá zde byla důkladná čistota všech pomůcek. Před sedmým měsícem bylo zakázáno podávat dětem rozmočenou housku či suchary v souvislosti s prevencí poruch zažívacího traktu. Po sedmém měsíci již bylo možné přidávat rozmělněné syrové ovoce, např. banán, třešně, jablko. Z vajec byl doporučován v omezené míře pouze žloutek. Po roce věku dítěte bylo možné podat občas vajíčko na měkko. Každodenní konzumace vajec se považovala za nevhodnou.

„Nápojem malých kojenců je buď velmi slabý ruský čaj, nebo heřmánek, fenígl, v nejhorším i obyčejná převařená voda. Sladit vždy sacharínem, nikdy ne cukrem. Lépe trochu nedosladit než přesladit“ (Kulhánek, 1927, s. 20).

3.7 Hygienická péče, oblékání a pohyb v kojeneckém věku

Dokud dítěti neodpadl zbytek pupečníku, doporučovalo se, aby dítě bylo pouze omyto vlažnou vodou, nikoli koupáno. Poté, co zbytek pupku odpadl, mělo se dítě v prvním roce života koupat jedenkrát denně po dobu čtyř až pěti minut. Vodní lázeň měla být prováděna spíše ráno, asi hodinu po krmení. U dětí, které měly v noci neklidné

spaní, mohlo se koupání přesunout do doby večerní. V prvních dnech po porodu měla mít vodní lázeň teplotu 32-35 °C, v letních měsících 30-32 °C a postupně se v průběhu dvou až tří měsíců přešlo k teplotě 28 °C (Klika, 1902). Dítě mělo mít vlastní vaničku, která byla určena pouze ke koupání. Bylo nepřípustné v ní např. prádlo, bohužel v chudších rodinách to tak bývalo. Důvodem však nebyly finance, ale úspora místa v bytě. Tím však bylo dítě vystaveno riziku infekce (Brdlík, 1917). Vanička se používala dřevěná nebo plechová. Nejdůležitější bylo, aby byla úzkostlivě čistá a nepoužívala se k jinému účelu než koupeli kojence (Kulhánek, 1927).

Do vaničky se vložilo čisté prostěradlo a nalilo se 15-18 litrů převařené vody. Nebylo vhodné určovat teplotu vody obnaženým loktem, ale pomocí teploměru. Doporučovaná teplota lázně u donošeného dítěte byla 35 °C, u nedonošených 37 °C (Brdlík, 1917). „*Postup při koupání je tento: nejprve umyjeme řádně hlavičku, pak uši, krk, hrudník, důkladně pod paždičkama, břicho, pupíček, mezi nožkami, nožky a na nich všechny záhyby kůže, kde se všeliká nečistota, zejména zbytky moče a stoličky udržují a bývají často přehlédnuty. Potom dítě obrátíme a položíme buď bradičkou do dlaně, nebo tak, aby bradička spočívala na našem předloktí a prsty naší ruky v podpáždí. Umyjeme dobře záda, zbavíme je potu, zbytků stolice i moče, velmi pečlivě vyčistíme rýhu řitní, všechny záhyby kůže na nožkách a podkolení. Na konec opět obrátíme dítě do polohy první a vodou zvláště k tomu připravenou umyjeme mu obličej, t. j. oči, nos, uši. Při koupání dbejme toho, aby mělo ústa v dostatečné výši, a nepolykalo vodu*“ (Kulhánek, 1927, s. 12-13).



Obr. 1.
Teploměr
pro lázeň
dětka.

Obrázek 14 Teploměr k zjišťování teploty lázně

(Georges, 1910)

Do koupele bylo možné přidat různé přísady. U slabých dětí se např. používala sílicí lázeň sladová. Při kožních chorobách se do koupele přidával odvar z otrub nebo listů vlašského ořechu. Při častém nadýmání se doporučovala lázeň s odvarem z heřmánku a máty peprné. Děti křivičnaté a krtičnaté se koupaly v lázni s přísadou soli kamenné, mořské, halské nebo matečních louhů a dalších (Klika, 1902).

Po koupání se dítě neotíralo, ale pouze osušilo přikládáním čistého prostěradla. K ošetření pokožky se používal zásyp a bylo nutné ošetřit pupečník (Brdlík, 1917). Protože pupeční pahýl byl otevřenou ránou a nejčastějším místem vstupu infekce do těla, doporučovalo se, dokud pupečník úplně neodpadl a nezhojil se, dítě raději rychle omývat než koupat. Pokud se hojil špatně, bylo třeba přivolat lékaře (Vozábová, 1914).

Dítě se oblékalo do košilky a kabátku bez knoflíků, které byly vzadu rozstřiženy a pomocí tkanice se zavazovaly kolem krku. Zajímavostí je, že při oblékání se rukávy košilky navlékly do rukávů kabátku a oboje se oblékalo najednou (Brdlík, 1917). V zimě se používaly kabátky z látky teplejší, nejčastěji pletené z vlny. Naopak v letních dnech se oblékaly pouze zcela lehké kusy oděvu. V parných letních dnech se doporučovalo ponechat dítě zcela nahé na vzduchu a slunci (Kulhánek, 1927).



Obr. 18.
Kabátek dětský

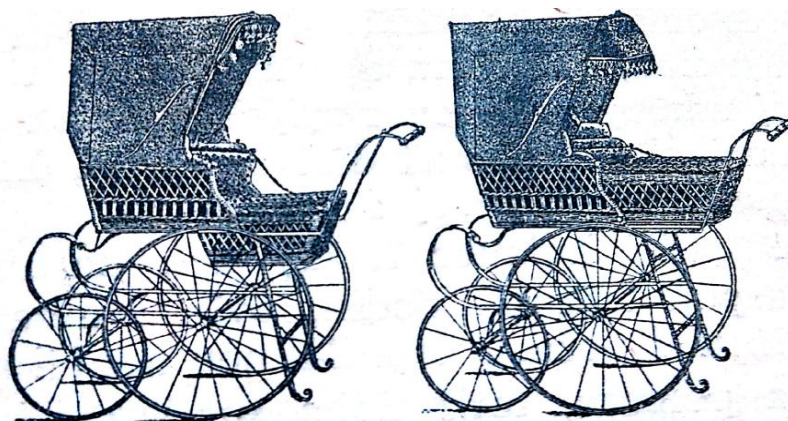
Obrázek 15 Dětský kabátek
(Georges, 1910)

Procházky poskytovaly dítěti nejlepší možnost nadýchat se čerstvého vzduchu, v letních měsících bylo možné vyjít s dítětem již v prvním týdnu po narození. V zimě se

naopak doporučovalo počkat až do druhého měsíce a pak vycházet jen v teplejších a bezvětrných dnech. Pro letní procházku se nejlépe hodily časně dopolední a pozdní odpolední hodiny. Při špatném počasí se mohla procházka nahradit pobytem v pokoji s otevřeným oknem. Součástí oděvu dítěte byl lehký čepček proti slunci, klobouček a v zimě teplejší čepice (Mann, 1921).



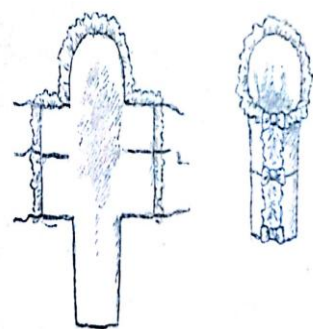
Obrázek 16 Kočárek pro dítě na začátku 20. století
(Klika, 1902)



Obr. 25. Dětský vozík.

Obrázek 17 Dětské kočárky na začátku 20. století
(Georges, 1910)

Pro zavinování dítěte se používala trojhranná a čtyřrohá plena. Trojhranná plena se přikládala tak, že jeden roh přišel mezi nožičky dítěte a zbylé dva cípy se ovinuly kolem pasu. Na tuto plenu přišla plena čtyřrohá, kterou bylo možné nahradit flanelem. V zámožnějších rodinách se používala nepromokavá látka, např. z kaučuku. V tom případě bylo nutné ji přikládat tak, aby byla zachována mezera na dva až tři prsty z důvodu odpařování vlhkosti (Brdlík, 1917).



Obr. 4. Obalná peřinka pro nemluvně.

Obrázek 18 Zavinovací peřinka
(Georges, 1910)



Obr. 375. Kalhotky k zadržení plének.

Obrázek 19 Kalhotky k zadržení plenek
(Fischerová-Dückelmannová, asi 1900)

Dřívější názor, že nehty dětí do jednoho roka se nemají stříhat, ale okusovat, byl překonán. Naopak bylo doporučeno upravovat dítěti nehty tak, aby byly krátké a čisté. Dlouhé nehty bývaly příčinou poškrábání a následné infekce (Brdlík, 1917).

„Dítě, zvláště milé, usměvavé, líbá nejen matka, otec, babička, teta atd., ale každý známý na setkání. A může dostati tímto líbáním nejen rýmu, zánět průdušek, ale i tuberkulosu. Mějme zejména pozor na staré kašlavé chůvy, jejichž kašel bývá pokládán za stařecký, ač se často skrývá za ním tuberkulosa“ (Brdlík, 1917, s. 25).

3.8 Hygienická péče u batolat

Batole se mělo koupat denně nebo alespoň důkladně mýt, protože často leze po zemi, sahá na kdejakou nečistotu a mnohem více se ušpiní než kojeneček. Základním hygienickým pravidlem bylo učit děti co nejdříve častému mytí rukou, hlavně před jídlem a po stolici. Doporučovalo se využít učení nápodobou a jít malým dětem příkladem, např. si v jeho přítomnosti mýt ruce a čistit zuby. Péče o zuby byla důležitou

součástí hygieny. Malým batolatům stačilo dávat po jídle tvrdou kůrku nebo housku. Starším batolatům se podával k snídani tmavý domácí chléb s máslem. Kousání tuhých pokrmů posilovalo zuby (Kulhánek, 1927).

Pokud dítě bylo dlouhodobě plačtivé a utišilo se, až když si vložilo ruku do úst a tu sálo, doporučovalo se z hygienického hlediska, dávat dítěti cucák z měkké gumy bez dírky, protože sání prstů dráždilo kůži a bylo příčinou mnohých zánětlivých procesů prstů. Při používání šidítka se však muselo velmi dbát na čistotu. V ideálním případě měla matka dva cucáky, aby jeden byl připraven v nádobce s čistou vodou k použití. Šidítka se čistila tak, že se na jednu až dvě minuty ponořila do vařící vody (Fisher, 1924). „*Odporné a svrchovaně pro dítě škodlivé jest nasliňovati cucák, nežli mu jej vložíme do úst. Znovu nutno opakovati, že cucák nesmí býti opatřen dírkou, poněvadž se pak v něm hromadí sliny dítěte; naplňovati jej sladkostmi nebo dokonce uspávacími prostředky bylo by opravdu trestuhodné*“ (Fisher, 1924, s. 208).

3.9 Vážení dítěte

Pravidelné vážení dítěte po vytrávení bylo nejlepším prostředkem, jak se přesvědčit, zda prospívá (viz. příloha 9). Vážilo se nahé, během prvního měsíce alespoň dvakrát za týden, do šesti měsíců jedenkrát týdně. Pro zapisování hmotnosti sloužila tabulka, kde byla normální váha označena tečkovaně čarou a podobala se současným percentilovým grafům. V průměru děti přibíraly 20-30 gramů denně v prvních třech měsících, později 15-25 gramů denně (Vidal, asi 1924; Trumpp, 1924).



Obr. 9. Váhy dětské.

Obrázek 20 Dětská váha (jiný způsob vážení dítěte viz. příloha č 12)

(Georges, 1910)

3.10 Péče o spánek

Co se spánku a odpočinku dítěte týče, byly matky nabádány, aby dítě ukládaly do jeho lůžka a bez hýčkání (Klika, 1902). „*Bráti dítě v noci do postele, nebo je dokonce na celou tu dobu k prsu přikládati, je škodlivé a nehygienické. Nehledě k velkému nebezpečí zalehnutí, svědčí to o malém jemnocitu a lásce matčině, jestliže tímto způsobem bezohledně nutí dítě, aby celou noc vdechovalo výpary jejího těla, zejména v době očistků*“ (Kulhánek, 1927, s. 18). Při spánku dítěte není nutné zajištění úplného ticha, ale naopak dítě by se mělo naučit odpočívat při hluku běžného života (Klika, 1902).

Lůžko dítěte bylo sestaveno tak, že na dně byl položený slamník, na který se umístila žíněnka naplněná žíněmi nebo mořskou trávou. U dětí starších, které se již nezavinovaly, se na žíněnku dala gumová nebo plstěná podložka z důvodu zamezení promočení a na ni se natáhlo prostěradlo. Jako poduška se použil nízký polštář naplněný žíněmi a povlečený jelení kůží, která zmírňovala pocení na záhlaví dítěte. A na přikrytí se podle ročního období dávaly buď lehké flanelové přikrývky, nebo prošívané deky a peřiny (Klika, 1902). Stěny postýlky neměly být masivní, spíše se doporučovaly mřížkované, protože dítě je bytost velice společenská, rádo vidí kolem sebe a těžce nese jakékoli uzavření (Fisher, 1924).

Pro spánek byl důležitý přívod čerstvého vzduchu, který zajistilo řádné větrání a pobyt ve slunné, suché, čisté a v zimě nepřetopené místnosti (Vozábová, 1914). Zdravý kojeneček měl mít ve spánku ruce uzavřené v pěst a zvednuté v úhlu k hlavě. Starší děti se během spánku často převracely, zvláště pokud byly nevhodně uloženy v měkkých peřinách nebo v příliš teplém oblečení. Ideálním místem pro spánek bylo vlastní lůžko, nicméně velmi vhodné bylo ukládat kojence do kočárku, prádelního koše či větší bedny, která ale musela být čistá, bez vší, nečistoty a hmyzu. Na spaní mělo mít dítě vycpaný slamníček (Kulhánek, 1927).

Dalším pravidlem pro zajištění bezpečného spánku dítěte bylo netrpět v ložnici žádná domácí zvířata a už vůbec ne kočky, protože se stávalo, že se kočka položila na spící dítě a udusila ho. Podobně platilo, že dítě nesmělo zůstat v ložnici bez dozoru.

Musela-li se matka vzdálit, bylo nezbytné zajistit nad dítětem dohled jiné osoby (Vidal, asi 1924).



Obr. 5. Postýlka pro nemluvně.

Obrázek 21 Postýlka pro nemluvně
(Georges, 1910)

3.11 Vybavení dětské pokoje

Místnost určená pro děti by měla být slunná, klidná, s dostatečným přívodem vzduchu (viz. příloha 11, 22). Pokud to dovolily poměry, bylo vhodné mít jiný prostor pro hraní a jiný pro spaní (viz. příloha 10). Pokoj pro hru měl být zařízen jen tím nejnütnějším nábytkem, aby měly děti dostatek místa. Běžným vybavením byl stůl, lavice, několik židlí a skříň na hračky. Pokud děti spaly v témž pokoji, bylo lůžko umístěno v zadní části pokoje, aby přední slunná část zůstala volná ke hraní (Trumpp, 1924).

Nábytek měl velikostí odpovídat věku dítěte, ale nejdůležitější částí pokoje byla podlaha, „*podlaha jest mu stolem, židlí i lavicí*“ (Trumpp, 1924, s. 113). Proto se jí měla věnovat pozornost a péče, aby zbytečně neohrožovala dítě na zdraví. Doporučovalo se vytírat podlahu vlhkým hadrem místo suchého zametání, které pouze zvířilo prach. Z podobného důvodu nepatřily do dětského pokoje koberce, čalouněný nábytek a záclony, protože se na nich shromažďoval prach. Nebylo lhostejné, v jakém okolí dítě vyrůstalo (Trumpp, 1924). „*Nedávejme do dětského pokoje neuměleckých*

mazanin, nýbrž obrazy, jež těší srdce i oko a jež probouzejí v dítěti smysl pro umění a krásu“ (Trumpf, 1924, s. 115).

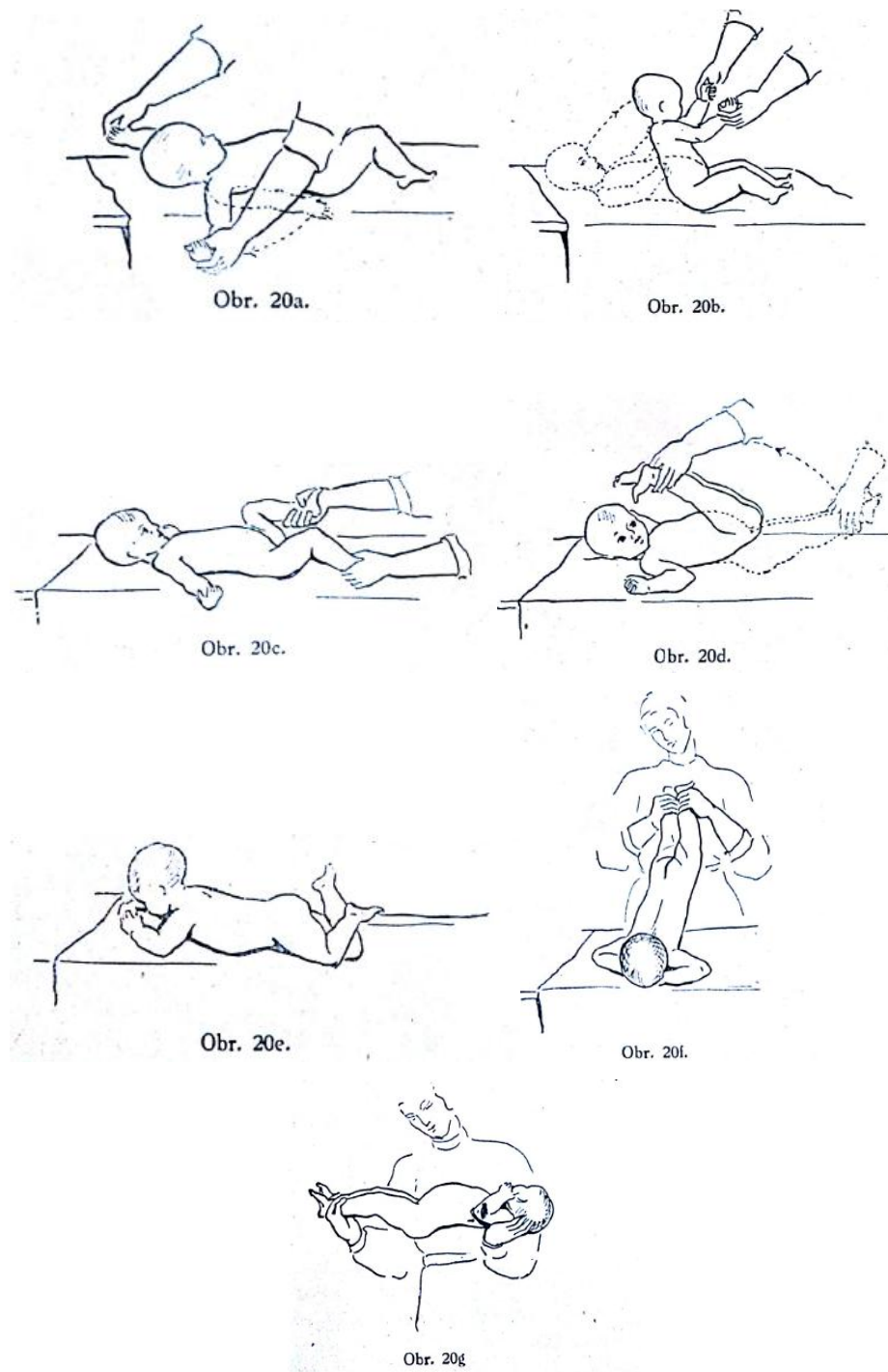


Obr. 19. Dětská židle postavená a otevřená.

Obrázek 22 Možnosti využití dětské židle
(Georges, 1910)

3.12 Rehabilitace kojence

Tělovýchova hrála důležitou roli již v kojeneckém věku. První takovou činností bylo otužování dítěte, které prováděla matka často neuvědoměle v souvislosti s denním koupáním a následným třením kůže kojence. Masáž měla blahodárný vliv na krevní oběh, prohloubení dýchání a snížení dráždivosti nervů vůči chladu a změnám teploty. V prvních dvou měsících se prováděla pouze na sucho, od druhého měsíce se mohl použít nedráždivý tuk, lanolín nebo vazelína, případně francovka zředěná vodou 1:2. Prováděla se před koupelí a nalačno. Od pátého měsíce bylo možné zapojit několik jednoduchých cviků, které matce doporučil lékař v poradně. Ideálně matka cvičila s dítětem na přebalovacím stole pokrytém plenou. Postupně se přecházelo od nejjednodušších pohybů ke složitějším a prodlužovala se i délka cvičení (Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924).



Obrázek 23 Jednotlivé cviky využívané kojenců v první polovině 20. století
(Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924)

3.13 Léčba dětských nemocí a péče o nemocné

Prvním příznakem nemoci je nápadná změna chování dítěte. Není-li mu dobře, vypadá unaveně, je mrzuté, bledé, plačtivé, bez chuti k jídlu a přirozené žízně. Po těchto nespecifických příznacích se někdy dostaví horečka, jejímž hlavním příznakem je horká kůže, zarudlé tváře, lesklé oči a výrazný neklid. Při horečce vyššího stupně vypadá dítě jakoby ochable a někdy se objeví i křeče. Pokud se zpozorovaly tyto příznaky, volal se ihned lékař (Vidal, asi 1924). Když se zdálo, že je dítě horké, bylo třeba mu změřit teplotu lékařským teploměrem zavedeným do konečníku a naměřenou hodnotu si poznamenat. Hodnota tělesné teploty měla mnohdy rozhodující vliv pro stanovení diagnózy (Kulhánek, 1927).

Pokud dítě onemocnělo infekční chorobou a nebylo možné jej umístit do nemocnice, muselo mít vyhrazený pokoj k ošetřování v domácnosti. Z místnosti se odstranilo vše, co tam nebylo nutné a na čem by ulpíval prach a choroboplodné zárodky, např. knihy, hračky, dekorace či obrazy. Postýlka byla postavena tak, aby k ní byl ze všech stran přístup a nestála na přímém slunečním světle. Větrání se doporučovalo přes druhou světnici (Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924).

Ten, kdo dítě ošetřoval, měl mít na sobě dobře kryjící svrchní šat, vhodnou obuv a pokrývku hlavy. Před odchodem z pokoje si tento svrchní oděv svlékl, umyl ruce a obličej dezinfekčním roztokem a vykloktal si nadmanganem draselným. K tomuto účelu sloužil stolek s umyvadlem a dezinfekčním roztokem umístěný před dveřmi pokoje. K dezinfekci povrchů lůžka, porcelánových podložek, hřebenu apod. se používal 1% roztok mýdla. Nádobí a příbory se omývaly v roztoku sody přímo v pokoji dítěte a následně se v kuchyni odděleně od ostatního nádobí vyvářely. Použité prádlo se namáčelo na šest hodin do sodného a mýdlového roztoku nebo do lysolu. V případě tyfu bylo potřeba dezinfikovat nočník lysolem a vápennou vodou, do záchodu se lil lysol a hašené vápno (Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924).

Při onemocnění dýchacích cest bylo žádoucí zajistit dostatek čerstvého vzduchu. Nemocné dítě se nemělo rozmazlovat a vyhovovat jeho chutím jenom proto, že je nám ho líto. Dítě si to dobře zapamatuje a až se uzdraví, bude to stále vyžadovat (Kulhánek, 1927).

Kašel byl vnímán jako důsledek podráždění krčních sliznic, zánětu hrtanu či zánětu průdušek. V nejtěžším případě signalizoval onemocnění plic nebo sousedních orgánů (Vidal, asi 1924). „*Poněvadž tedy příčiny kašle jsou velice rozdílné, jest záhodno přivolati lékaře, jakmile dítě počne kašlati. Ještě důležitější však jest, aby matka věděla, jak si má počínati by své děcko před nastuzením uchránila*“ (Vidal, asi 1924, s. 21). Jakmile začalo dítě kašlat, potírala se mu záda a prsa vinným lihem a tělo se pokrylo vrstvou vaty, aby bylo udržováno v teple. Zvláštním druhem byl tzv. sípavý kašel, který se u kojenců vyskytoval zřídka a obyčejně tehdy, když před tím dítě dlouho křičelo. U starších dětí mohl být známkou zánětu hrtanu. Jako první pomoc se doporučovaly studené obklady kolem krku, studený obklad na břicho a nohy a vdechování vodní páry (Vidal, asi 1924).

Při onemocnění z prochlazení spojeném s chřipkou, jako byla rýma nebo katar nosohltanu a průdušek, doporučoval lékař potní kúru. Ta spočívala v přikládání horkého zábalu a podávání horkého čaje. V domácnosti se používala ještě vařící voda v hrnci, která se postavila na stůl, matka si sedla na židli a vzala si dítě na klín a rozevřela nad sebou deštník. Druhá osoba přes deštník přehodila prostěradlo a matka odklopila poklici z hrnce. V této parní lázni zůstávalo dítě tak dlouho, dokud se nedostavil účinek pocení (Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924).

Rýma byla a je nejčastějším onemocněním kojenců. Dříve lékařství učilo, že každá rýma je infekčního původu. K jejímu propuknutí se vztahovaly určité momenty, např. prochlazení dítěte, nicméně daleko častěji se uvádělo, že rýma vzniká v důsledku přehřátí. Zvláště u kojenců, kteří ještě neumí smrkat, byla rýma závažnou komplikací. Průvodními následky byly poruchy střev, větry, hlenovitá stolice, bolesti břicha, nechutenství, zvracení a opruzení. Pokud bylo dítě neklidné nebo plakalo, doporučovalo se provést výplach střev několika lžičkami šaratice. Tento postup byl zároveň první pomocí při větrech a jiných bolestech, obzvláště tam, kde nebyla dobrá dostupnost lékařské péče (Kulhánek, 1927).

Poruchy střev si vyžadovaly velkou opatrnost a co nejrychlejší návštěvu lékaře. Jako první pomoc se u kojených dětí podával pouze čaj se sacharínem a projímadly, tím se měly zajistit alespoň tři stolice denně. U malých dětí bylo důležité každodenní

vyprazdňování měkké stolice (Kulhánek, 1927). „*Příliš tvrdé lejno může při procházení konečníkem způsobiti jeho zranění, natržení, tak zvanou trhlínu řitní, která je velmi bolestivá. Děti pak bojíce se bolesti při stolici, raději nucení potlačí a způsobí tím jakousi umělou zácpu*“ (Kulhánek, 1927, s. 54). Tomuto stavu se dalo předcházet pravidelnou každodenní stolicí, dítě se mělo denně posazovat ve stejnou dobu na nočník. Zvláště starší děti měly problém si pro hru a zábavu udělat čas na stolicí (Kulhánek, 1927). Klika (1902) uvádí, že v případě zácpy se podají kompoty nebo voda na lačný žaludek a při úporných obtížích i sklenka šaraticy. Ovšem za nejvhodnější metodu boje se zácpou se považovalo klyzma. Proti nadýmání dávaly některé matky svým dětem „kmínky“, někdy i v nemalém množství. Mnohem lepším způsobem zmírnění nadýmání bylo malé množství dvojuhlíčitanu sodného a magnézie po jídle.

Pokud bylo potřeba provést výplach střev – klystýr, používal se k tomu svlažovač irigátor. K výplachu se používala svařená voda o teplotě 35 °C nebo odvar heřmánku. Z gumové hadice se napřed vypustil všechen vzduch a pak se nasadil na špičku irigátoru dětský nástavec a zavedl se do konečníku. Irigátor se neměl dávat výš než půl metru nad tělo dítěte. Hojně používané, ale nikoli lékařsky nezávadné pro výplach střev, bylo používání balónku. Jeho nevýhodou bylo, že se nedal dokonale vyčistit, vháněl se jím často vzduch do střev a při použití do sebe často prudce nasál vzduch ze střeva, takže se stávalo, že sliznice konečníku k nástavci přilnula a s ním se povytáhla (Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924).



Obr. 49. Gumový balonek s násadcem.

Obrázek 24 Balónek používaný k výplachu střev
(Vacková-Chlumecká a Kožíšková-Budová, 1924)

Častou komplikací dětí u prvorodiček byl kefalhematom. K této komplikaci byl volán lékař. Nádor se buď vstřebal, nebo jej lékař odstranil napíchnutím a přiložením těsného obvazu (Brdlík, 1917).

Dalším problémem byl rozštěp pysku nebo patra. Rozštěp pysku bylo možné sešít v prvním roce života na rozdíl od rozštěpu patra, který se operoval po druhém a třetím roce věku (Brdlík, 1917).

Nemocným dětem bylo třeba věnovat patřičnou péči. Bylo-li dítě nucené ležet v posteli, musela být vždy čistá, peřiny denně větrané a podle potřeby měněné. Zdůrazňovalo se, že jen těžce nemocné dítě vydrží klidně ležet v posteli, proto se nemělo k pobytu v lůžku nutit. Naopak bylo třeba dohlédnout na dodržování klidového režimu s omezením pohybu, skákání, křiku, vybíhání na ulici apod. Důležitou součástí vývoje byla i u nemocného dítěte hra, která měla vhodně vyplnit volný čas (Kulhánek, 1927).

3.14 Propichování ušních lalůčků u kojenců

Při propichování oušek se kladl důraz na dodržování zásad antiseptického přístupu. Tento zákrok prováděly porodní báby, někdy i zlatníci a mnohdy bez dodržování základních pravidel čistoty. K propíchnutí bylo doporučeno použít speciálně sestrojenou zlatou jehlu, pomocí které došlo k propíchnutí boltce a zároveň se protáhla i náušnice. Aby byla jehla dostatečně vydezinfikovaná, ponořila se před použitím na nějaký čas do karbolové nebo borové vody (Klika, 1902).

3.15 Dětské zlozvyky

Na počátku 20. století byly přísně kárány a společnost je vnímala jako projev snížené inteligence. Mezi nejčastější zlozvyky se řadilo kousání nehtů, strkání prstů do nosu a znečišťování se výkaly a močí. Okusování nehtů i strkání prstů do nosu bylo spojeno s vysokým rizikem poranění kůže a následně vznikem infekční komplikace. Proto rodiče tyto zlozvyky důsledně potírali - nošení tzv. palečnic (rukavice jen pro palec), namáčení prstů do hořké látky (tinktura chinová), šetrně, ale pevné přivazování rukou k postranicím postýlky (Georges, 1910).

Pro udržování čistoty vyprazdňování se doporučovalo už od jednoho roku věku vysazovat pravidelně každé ráno dítě na nočník za účelem vykonání potřeby. Určitá pravidelnost ve vyprazdňování byla zásadní během celého dne, aby si dítě brzy osvojilo udržování čistoty (Georges, 1910). Fisher (1924) uvádí, že v rámci výchovy k čistotě je důležité posazovat děti na nočník už v půl roce. I když výsledek nepřicházel okamžitě, pokud se procedura opakovala pravidelně a povzbuzovala-li matka dítě, byla jednoho dne odměněna úspěchem. Některé matky dosáhly pozitivního výsledku i u dětí mladších šesti měsíců.

Za jednu z nejhorších neřestí se pokládalo hraní si s údy pohlavními. Mnohdy byla příčinou tohoto chování nedostatečná hygiena genitálií (Georges, 1910). „Často také jsou vinný nerozumné chůvy nebo kojné, jež berou dítě k sobě do postele a tu s ním provádějí všelijaké manipulace, lehtají dítě i jinak je dráždí. To pak snadno dítě svádí k tomu, aby se samo polehtalo a na pohlavní části sahalo a takovým způsobem přichází dítě až k onanii – sebeprznění“ (Georges, 1910, s. 118). Mělo se za to, že následkem onanie je vznik tmavomodrých kruhů pod očima a zácpa. Tvrdilo se, že ve dnech, kdy děti onanovaly, neměly žádnou stolicí. Léčba byla poměrně přísná, při zpozorování onanie mělo být dítě tvrdě potrestáno. Preventivní opatření spočívala v zamezení spaní s rukama pod peřinou a děti musely hned po probuzení vstát z postele. Zároveň se nemělo tolerovat, aby dávaly nohy přes sebe. Pokud žádný z použitých prostředků nepomohl, bylo dítě svěřeno do péče dětské nemocnice pod dozor zkušené ošetřovatelky, což se velmi osvědčilo (Georges, 1910).



Obrázek 25 Pomůcky k zamezení onanie u chlapců a dívek
(Fischerová-Dückelmannová, asi 1900)

3.16 Organizace péče o dítě po první světové válce

Před vypuknutím první světové války se již objevují první zmínky o organizované péči o děti. Prvním krokem bylo založení jeslí roku 1854 v Praze, jejichž počet v průběhu let vzrůstal. Podobné ústavy vznikaly i na venkově, kde ale byla kvalita péče podstatně nižší zejména v oblasti výživy. Často byly děti umístěny v chudobincích společně s dospělými v malých, zdravotně závadných místnostech. Tragický obraz poskytovaly kojenci chudých matek, které vlivem špatné výživy neměly dostatek mléka. Děti plakaly hladem a musely být dokrmovány náhradní výživou. Zvláště v chudých horských oblastech byly mléčné kaše nahrazovány vodovými, odvary z ovesné rýže, černou kávou nebo chlebem namáčeným do kořalky. V důsledku špatné výživy byly tyto děti podvyživené, chudokrevné a na první pohled neprospívající (American relief administrativ european children's fund, 1920).

Od roku 1916 se objevují inzeráty, které nabízejí chudým rodičům a pěstounům předat dítě k adopci bezdětným manželům. Ve skutečnosti byly tyto děti prodávány zlodějům, žebrákům za řemesla, kejklířům a podobným individuům. V průběhu války výrazně převýšila kojenecká úmrtnost počet přeživších (viz. příloha 18). Úmrtnost kojenců a batolat stoupala v souvislosti s nedostatečnou výživou matek. Oslabený organismus dítěte snadno podlehl infekčním chorobám, střevním onemocněním, chudokrevnosti, měknutí kostí, křivici a zduřelým žlázám. Velkým problémem byla epidemie tuberkulózy (American relief administrativ european children's fund, 1920).

První pomocná organizace v Československu se jmenovala „Ochrana matek a kojenců“. Jejím hlavním heslem bylo „zachrániti dítěti a matce život“. Velkým přínosem pro společnost se stalo zakládání vzorných mléčných stanic a lékařských poraden pro těhotné a kojící matky. Ve svém programu měla i zřízení moderní školy pro dětské ošetřovatelky v Praze v Krči (American relief administrativ european children's fund, 1920).

Další významnou organizací bylo České srdce, organizace zaměřená na strádající mládež. Jednalo se o dobročinnou organizaci, která financovala své aktivity pomocí sbírek. Díky obětavosti široké vrstvy obyvatelstva byly pořízeny potraviny

a oděv pro chudou mládež (viz. příloha 17) (American relief administrativ european children's fund, 1920).

Málo vzduchu a světla, hygienické a mravní nedostatky, nevhodná výživa – za takových podmínek žily chudé rodiny v hustě obydlených městech, kde v podnájmu měly k dispozici jednu místnost. Tento způsob života měl neblahý vliv na zdravý vývoj dítěte (Čáda, 1921)

3.17 Náhradní rodinná výchova

Aby se dítě správně vyvíjelo po tělesné i duševní stránce, bylo zapotřebí umožnit mu dostatek času a také příležitosti ke hraní (Čáda, 1921).

„Čím zdravější dítě, tím více si hraje a tím více usiluje o to, aby si mohlo hrát“ (Čáda, 1921, s. 31).

„Hra je význačnou činností dětského věku všech vývojových stupňů, mění se jen její druh, který dítě volí, a způsob, jak si hraje“ (Bělehrádek a Zavadová, 1941, s. 162).

„Řádná výchova především dbá zdraví tělesného“ (Čáda, 1921, s. 27).

Pokud chyběla dostatečná výchovná péče vlastních rodičů, bylo nutné nahradit ji jiným vhodným způsobem, aby se předešlo tělesnému i mravnímu úpadku. Na výběr byly dvě možnosti: buďto svěřit dítě do péče jiné způsobilé rodině, nebo využít služby vhodného ústavu. Při volbě náhradní péče bylo podstatné zvážit, zda *„jsou tělesně i duševně zdravý a mravně bezúhonné, čili o takzvanou mládež normální, nebo zda předmětem výchovy této je mládež, která vykazuje v naznačených směrech různé úchylnky, tedy o mládež úchylnou, do které řadíme zejména jedince slepé, hluchoněmé, zmrzačené a duševně zaostalé, nebo jinak duševně úchylné a jedince mravně vadné“* (Tůma, 1934, s. 4). V prvním případě se upřednostňovalo svěření výchovy jiným řádným rodinám. Ústavní péče v podobě sirotčinců, dětských domovů, opatroven atd. byla pouze krajním řešením v souvislosti s nedostatkem vhodných pěstounských rodin. O ústavní péči se tradovalo, že byla příliš šablonovitá, kasárnická a byly opomíjeny individuální vlastnosti a potřeby chovanců. Důsledkem takové výchovy byla nemožnost dítěte prosadit se na trhu práce z důvodu silně narušeného sebevědomí a osobnosti (Tůma, 1934).

Pokud bylo rozhodnuto, že dítě bude dáno do pěstounské péče, musela pěstounka předložit vysvědčení o způsobilosti, vystavené farním a potvrzené obecným úřadem. Pěstounkám schopným kojit byly svěřovány tzv. dítky k prsu. Ženám nekojícím děti starší již nekojené (Kolektiv autorů, 1906).

„Je jistá píseň, nejpopulárnější v pražských šantanech, vždy podivnou náladu vnášející do rozjařeného ovzduší. Kdykoliv ozve se se rtů zpěvákových, zachmuří se mnohá tvář, rozteskní mnohé srdéčko. Bývají počítáni k nejnešťastnějším tvorům ti, o nichž píše se, že nepoznali otce ni matky – nalezcenci!“ (Kolektiv autorů, 1906). Na počátku 20. století fungoval v Praze nalezinec pro matky a děti (viz. příloha 24 a 25). V nalezinci byla poskytována péče především dětem nemanželským tzv. pražátkům (Kolektiv autorů, 1906).

V první polovině 20. století platil názor, že v útlém dětství byl jediným adekvátním prostředkem výchovy návyk. Později byly specifikovány čtyři hlavní dětské návyky: jídla, spánku, vyměšování, zaměstnání nebo hry (Tůma, 1934).

3.18 Sociální pediatrie

„Jedinec je zařazen do rodiny a do lidského společenství. Jedinec, rodina a lidské společenství mají k sobě určitá práva a povinnosti. Rodiče pod tímto zorným úhlem musí upravovat péči a výchovu dítěte od narození. Společnost je zase povinna postarat se o to, aby byla dána všem rodičům stejná možnost upravit tuto péči podle současného vědeckého pokroku“ (Bělehrádek a Zavadová, 1941, s. 60).

Na počátku 20. století působily na dítě výrazně vlivy endogenní, nicméně ještě významnější byly důsledky vlivů prostředí. Prostředím se myslel vnější svět, který člověka neustále obkličuje a stále na něho působí po tělesné i duševní stránce. Předpokládalo se, že podobně působí vlivy okolí na dítě ještě v prenatálním období (Tůma, 1934). *„Početí dítěte nebývá za určitých okolností vítáno. Matka žije v úzkostech, lítosti, opovržení a zklamání. Naléhá se na ni, aby dítě utratila, dochází k nelítostnému týrání a i ke zranění plodu v těle. Velice často nemoci ohrožují vývin plodu“* (Tůma, 1934, s. 156). Situace se často nezlepšila ani po porodu. Počátek 20. století byl charakteristický nepříznivými sociálními poměry, nezaměstnaností, bídou

a nemocemi, které výrazně omezily možnosti rodiny uživit se. Pokud se do takových podmínek narodilo ještě další dítě, nemůžeme se divit, že nebylo přijímáno s radostí a láskou (Tůma, 1934).

Jeden z hlavních činitelů prostředí byla rodina, která měla být bezpečným přístavem pro děti a pevným základem lidské společnosti. V poválečném období však zavládl v rodinách neklid a nespokojenost jako důsledek nepříznivých sociálních poměrů, ale hlavně jako následek změny mravních názorů. Manželské pouto se postupně uvolňovalo v důsledku prožitých válečných útrap. Zvláště manželství, která byla uzavřena před válkou, se často následkem války rozpadla. Nastala změna i v občanském zákoníku, který zohlednil, že není možné nutit muže a ženu ke společnému soužití, pokud k němu mají nechuť či odpor. Z hlediska sociální pediatrie ale bylo vnímáno, že dochází k opomíjení práva třetí osoby – dítěte. Nejednalo se pouze o právo na výživu a výchovu, ale hlavně o právo na lásku rodičů. Hádky, spory, soudy a nevraživost v konečném důsledku odnášejí děti zanedbanou výchovou, ohroženým zdravím a uvolněnou mravností. Tato situace se netýkala pouze rodin sociálně slabších, ale hojně se vyskytovala u rodin bohatých, kde měla zpravidla i těžší následky (Tůma, 1934).

V důsledku pohlavní nevázanosti a mravní pokleslosti se dříve uznávaná tabu o manželské intimitě odhalovala před dětmi, dokonce se začaly množit případy, kdy vlastní i nevlastní otec, pěstoun či poručník zneužíval děvčata mladší čtrnácti let či matky samy nabízely své dcery mužům a vedly je k prostituci (Tůma, 1934).

3.19 Masarykův ústav pro matky a kojence

Masarykův ústav pro matky a kojence (viz. příloha 5 a 6) poskytoval péči nemajetným ženám a dětem ze složitých sociálních poměrů. Ženy musely prokázat potřebu umístění v ústavu, např. doporučení obce, lékaře, sociálně-zdravotní instituce apod. Jednalo se zvláště o těhotné, práce neschopné, šest týdnů před porodem, kojící matky s dětmi a kojence do jednoho roku (Pachner, 1933).

K přijetí do ústavu musela žena předložit tyto doklady: domovský list, výtah z matriky, legitimace Ústřední sociální pojišťovny, průkaz nemajetnosti, písemný revers

o placení ošetrovného, které činilo pro nemajetné 5 Kč na hlavu a den. Ve výjimečných případech se přijímaly ženy zdarma, které ale byly povinné zajišťovat v ústavu domácí práce. Kromě oddělení pro nemajetné ženy poskytoval ústav péči na platebním oddělení. Zde se přijímali nemocní kojenci do jednoho roku s vyloučením akutních i chronických infekčních chorob. Nejčastěji se jednalo o poruchy výživy, onemocnění kůže, nedonošené a slabé novorozence, vrozené vývojové vady a děti ohrožené tuberkulózou (viz. příloha 3) (Pachner, 1933).

Ústav se zaměřoval na péči i o zdravé kojence za účelem zajištění kojení v případech, kdy nemohli být kojeni vlastní matkou (viz. příloha 7 a 8). Třetí skupinu klientů tvořily kojící matky s dětmi. Jednalo se o případy řešení problémů kojení ze strany matky i dítěte, nácviky péče o dítě a odstavení. Ošetrovné v tom případě činilo pro dítě 20 Kč, pro matku s dítětem 40 Kč a při zlepšené stravě matky 50 Kč. Ze závěrečné zprávy z roku 1932 můžeme vyčíst, že ústav ošetřil 128 matek a 221 dětí. Nejvíce matek a dětí bylo přijímáno ze sociálních důvodů (59,5 %), méně ze sociálně zdravotních a léčebných. Většina přijímaných dětí (50,7 %) byla nemanželských, navzdory tomu, že naprostá většina matek se hlásila k římskokatolickému vyznání. Podle zaměstnání matky tvořila největší počet profese služebné a posluhovačky, ženy v domácnosti a nádenice (viz. příloha 4) (Pachner, 1933).

3.20 Shrnutí první poloviny 20. století

V první polovině 20. století jsou mýty postupně vytlačovány informacemi, které mají vědecký základ. Ruku v ruce s tím přichází zdravotní osvěta prostřednictvím různých brožůrek a publikací jako nástrojů pro seznámení matek se základními postupy v péči o děti. Vlivem národní hospodářské krize se pozornost obrátila i na zdravotně sociální problematiku. Zejména na vdovy, sirotky, svobodné matky a nezaměstnané. Tento přístup byl bezesporu velkým pokrokem, neboť ještě v nedávné minulosti tito lidé zůstávali na pospas svému osudu.

4 DRUHÁ POLOVINA 20. STOLETÍ DO ROKU 1989

Druhou polovinu 20. století poznamenalo Československo poválečné uspořádání Evropy. V únoru 1948 byla zvolena do čela státu komunistická strana. V souvislosti s vývojem poválečné ekonomiky a hospodářství proběhlo několik finančních reforem, které velmi významně ovlivnily národní blahobyt. Objevily se velké rozdíly mezi obyvatelstvem na venkově a ve městech. Kromě toho, že se chudý venkov potýkal s kolektivizací, musel se vypořádat i s horší dostupností potravin, hygienické a zdravotní péče. Z toho důvodu se rozvoj zdravotních a sociálních služeb stal prioritou nové vlády. Součástí tohoto rozvoje byla reforma ošetrovatelského školství, které bylo obohaceno o občanskou a politickou výchovu prioritně zaměřenou na podporu socialistického zřízení a odpor k demokracii (Warner et al., 1995).

Vlivem technického pokroku se zvyšovala kvalita péče v oblasti medicíny i ošetrovatelství. Postupně se odbourávaly dřívější mýty a za použití vědeckého výzkumu se odhalovala pravá podstata věcí. Ruku v ruce s tehdejší ideologií docházelo k rychlému šíření vědeckého ateismu, který nepřipouštěl žádné spirituální potřeby. Mnohdy se z péče vytrácela lidskost a byla nahrazena téměř vojenským režimem. Je smutné, že podobné prvky nacházíme i v současném ošetrovatelství. V padesátých letech došlo k významnému rozvoji komunitní péče, která byla reakcí na špatnou dostupnost zdravotní péče na venkově (Warner et al., 1995).

V šedesátých letech se o zdraví člověka po hmotné a organizační stránce staral stát. Ambulantní, nemocniční i výzkumná zařízení se rychle rozvíjela. Jednou z hlavních priorit zdravotnictví byla péče o matku a dítě. Děti do patnácti let měly dle zákonného ustanovení vydaného v roce 1959 nárok na bezplatnou preventivní a léčebnou péči. Statistiky dokládají, že např. v roce 1937 bylo v naší zemi pouze deset dětských oddělení v nemocnicích, zatímco v roce 1965 se jejich počet vyšplhal na 230. Navýšil se i počet odborných dětských lékařů z 315 na 2 287. Také došlo k nárůstu počtu dětských sester, kterých bylo v roce 1953 v ČSFR 7 193 a v roce 1965 již 19 252 (Zorin, 1967).

Rozvoj péče o matku a dítě zapříčinil i pokles novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. V roce 1937 byla novorozenecká úmrtnost na 100 živě narozených 48,3 promile. V roce 1965 poklesla novorozenecká úmrtnost na 17 promile a kojenecká úmrtnost na 25,3 promile. Za pouhých dvacet let tak došlo k výraznému skoku, co se týče úrovně poskytované zdravotní péče a naše republika se posunula ze států s nízkou zdravotní úrovní péče mezi státy, které měly nejlepší výsledky v boji proti kojenecké úmrtnosti (Zorin, 1967).

Cílem socialistické společnosti bylo vytvořit všem lidem podmínky pro bohatý a spokojený život. Nezbytnou součástí těchto snah bylo i udržování a upevňování zdraví. Hlavní úlohu hrála péče o zdravý vývoj nové generace, jelikož během dětství si každý člověk vytváří základy zdraví a zdatnosti pro zbytek života. Literatura uvádí, že nepříznivé životní podmínky a nedodržování pravidel zdravého způsobu života mohou u dětí vést ke snížení odolnosti a trvale poškodit jejich zdraví, neboť dítě je k vlivům prostředí mnohem citlivější než dospělý (Kotulán, 1965).

V šedesátých letech byli rodiče postaveni před řadu úkolů, bylo proto nezbytné, aby měly dostatečné znalosti a zkušenosti. K vyhledání lékařské pomoci bylo zapotřebí znalosti organizace zdravotnické péče, která se za poslední dobu výrazně změnila (Zorin, 1967).

4.1 Komunitní péče

Gregor (1949) popisuje jako největší problém veřejného zdravotnictví vysokou kojeneckou úmrtnost, která se dostává do popředí všeobecného zájmu. V období první republiky umíralo průměrně 160 dětí z 1000 živě narozených v prvním roce života. Přestože v roce 1947 došlo k nepatrnému snížení kojenecké úmrtnosti, bylo i nadále zapotřebí vyvíjet zvýšené úsilí v prenatální, perinatální a postnatální péči. Více než třetina novorozenců umírala v prvním měsíci života. Je možné spatřit tři hlavní příčiny úmrtí: předčasné narození a s tím spojenou nedostatečnou péči, vrozené vývojové vady a infekční komplikace. Infekce byly často přenášeny v důsledku nedodržování hygienických návyků, např. líbání kojenců na ústa, kýchání a kašlán v blízkosti kojence nebo *„velmi často pridu známi, obzerajú nového občana a neuvedomujú si, že*

vydychujú naň milióny bacilov, milióny malinkých tvorov, ktoré malé dieťa napadnú“ (Gregor, 1949, s. 49). Asi šestina kojenců umírala proto, že matka nechtěla nebo nemohla kojít a nedodržovala rady lékaře při podávání umělé výživy. Strava byla buď studená, nebo příliš teplá a nejhorším nešvarem bylo podávání vysoce koncentrované stravy, aby dítě bylo co nejtučnější. Při tom si neuvědomovali, že nadbytek jídla v tomto případě škodí a dítě dostává střevní katar, který často vedl až ke smrti (Gregor, 1949).

Na základě těchto zjištění odhlasovalo Národní shromáždění Československé republiky zákon o ochranné zdravotní péči. V rámci tohoto zákona byly zřízeny v každém okrese ústavy národního zdraví, jejichž hlavní náplní byl boj s kojeneckou úmrtností. Následně byly zřízeny poradny pro matky a děti, poradny pro těhotné a předmanželské poradny. Uvádění tohoto zákona do praxe se neobešlo bez problému. Stát se musel potýkat s nedostatečným počtem lékařů a zdravotnických pracovníků a s nedostatkem možností vhodně umístit poradny, aby plně vyhovovaly všem hygienickým požadavkům (Gregor, 1949). *„Veľmi mnoho matiek nie je doteraz dostatočne poučených, ako vychovávať dieťa, aby bolo zdravé a neochorelo. Na mnohých miestach sa verí ešte viac rozličným tetkám a iným „poradcom“ ako lekárovi a zdravotnej pracovníci. Treba zlepšiť zasobovanie dojčenskými potrebami a vyživovacími článkami“* (Gregor, 1949, s. 50).

V padesátých letech se stále ještě velká část dětí rodila doma. Tomu předcházela návštěva komunitní porodní asistentky a dětské sestry, která poskytla matce důležité informace a podporu pro zajištění co nejlepších podmínek k porodu. Matka si měla k porodu zvolit nejslunnější a nejvzdušnější místnost v blízkosti koupelny a vodovodního zařízení. Důležité bylo vyprat záclony, odstranit koberce a dečky a nejlépe čerstvě vybělit a vydrhnout podlahu. Pro porod byla ideální kovová postel vysoká asi 80 centimetrů, pokud byla nižší, bylo třeba ji opatřit dřevěnými špalíky. Postel měla být umístěna proti světlu a minimálně ze dvou stran volně přístupná. V pokoji měl být kuchyňský stůl a pohodlné židle včetně silného umělého osvětlení. Porod v domácnosti však nebyl levný, už za první republiky účtovala porodní asistentka za vedení domácího porodu 500 Kč (Klímová-Fügnerová, 1955).

V plánu pro rok 1965 bylo uvedeno, že každá terénní dětská sestra bude muset jednou za čtvrt roku absolvovat stáž na lůžkovém oddělení novorozenců, kojenců, mléčné kuchyně a oddělení větších dětí (Moravcová, 1965).

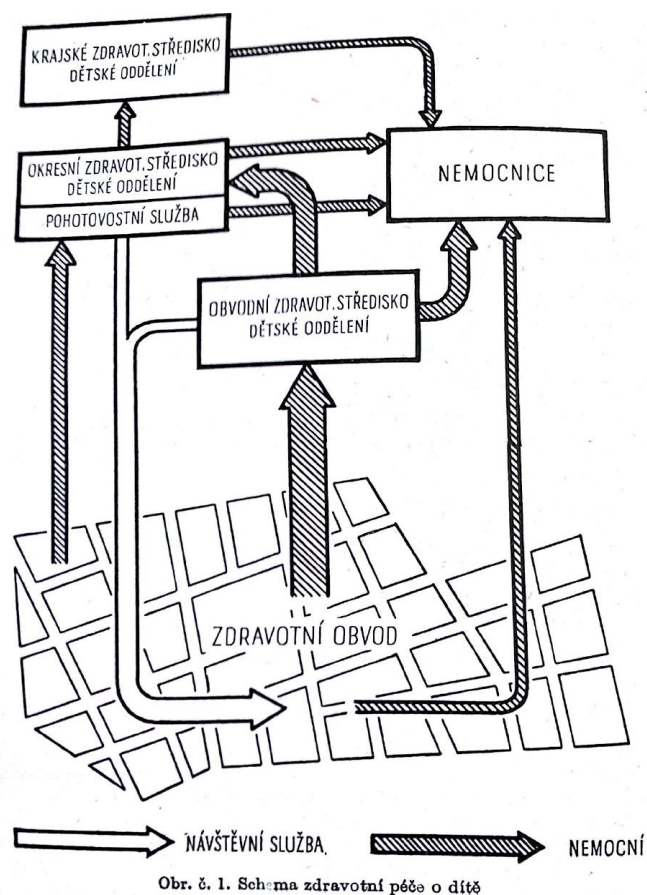
4.1.1 Zdravotní obvod

„Dobrá organizace je nutnou podmínkou splnění všech úkolů, které před naše zdravotnictví staví zdravotní péče o tisíce dětí“ (Zorin, 1967, s. 10).

Takzvaná obvodní soustava byla organizací s hlavní zásadou, že o určité území, obvod se staral obvodní lékař. Ten měl za úkol svůj obvod organizovat, řídit a zajistit zdravotní péči. Lékař pracující v obvodním zdravotnickém středisku mohl své pacienty odeslat na odborná vyšetření na polikliniku. Pokud bylo nutné ještě podrobnější ambulantní odborné vyšetření, byl pacient doporučen do krajské polikliniky v krajském městě. Vyšetření, která nebylo možné provést ambulantně, se odesílala do nemocnice (Zorin, 1956, 1967).

Zdravotní péče o děti tedy spadala pod zdravotní obvod. V obvodech, kde nebyl dětský lékař, se o děti staral obvodní lékař pro dospělé. Bylo však vhodné, aby o děti alespoň částečně pečoval odborný dětský lékař. Což v praxi znamenalo, že se dětský lékař staral jen o děti do určitého věku (např. tří nebo šesti let) nebo přebíral část péče (jesle, poradny) a zajišťoval konziliární vyšetření pro obvodního lékaře, který léčebnou péči o starší děti obstaral sám. Tím došlo ke vzniku funkce obvodního dětského lékaře, který zajišťoval zdravotní péči o dětské obyvatelstvo a úzce spolupracoval s obvodním lékařem. Dětský lékař většinou pečoval o více zdravotních obvodů (Zorin, 1956, 1967).

V případě onemocnění dítěte bylo rodičům doporučeno, aby navštívili obvodní zdravotnické středisko, kde dítě vyšetřil obvodní lékař, nebo měli vyhledat dětské oddělení obvodního zdravotnického střediska, kde léčebnou péči zajistil obvodní dětský lékař (Zorin, 1956, 1967).



Obrázek 26 Schéma zdravotní péče o dítě
(Zorin, 1956)

Bylo nezbytné, aby si rodiče včas zjistili, jakým způsobem je poskytována zdravotní péče o dítě v místě jejich bydliště, a nečekali až do doby, než dítě onemocní. Ve velkých městech byla osvěta obyvatelstva o způsobu poskytování zdravotní péče zajištěna oznámením, které viselo v každém domě. Obyvatelé věděli, ke kterému obvodnímu lékaři byli přiděleni, jaké má ordinální hodiny, kdy poskytuje léčebnou péči obvodní dětský lékař, ve které dětské poradně, kdy provádí preventivní dozor nad nejmenšími dětmi atd. (Zorin, 1956, 1967).

Všechna dětská oddělení obvodních zdravotnických středisek a také veškeré dětské poradny v okrese pracovně podléhaly dětskému oddělení polikliniky, která úzce spolupracovala s dětským lůžkovým oddělením a s oddělením novorozeneckým (Poláčková a Šráčková, 1966).

V obvodech byly situovány i dětské domovy. Ty byly spravovány okresem nebo krajem a poskytovaly náhradní rodinnou péči dětem, které osiřely nebo jim nebyla doma poskytována řádná péče (zdravotní, sociální, výchovná). Domovy pro děti do 3 let byly zařízením zdravotnickým, zatímco u dětí starších se jednalo o zařízení školské výchovné péče (Kolektiv pediatriů, 1958).

4.1.2 Práce obvodní dětské sestry

Pediatric je obor, kde byly položeny základy preventivní péče již v padesátých letech a postupně se vyvíjely do širokého systému preventivních prohlídek všech dětí v ordinaci lékaře a školním kolektivu (Hanousek, 1989). Primární zdravotní péče měla rozhodující úlohu v poskytování zdravotní péče obyvatelstvu. V našich podmínkách se jednalo především o činnosti obvodního dětského lékaře (Dunovský, 1989).

Obvodní dětská sestra plnila kromě práce na obvodě i úlohu veřejného činitele, přicházela do styku nejen s dětmi a rodiči, ale i s pedagogy, pracovníky národních výborů a společenských organizací. Reprezentovala zdravotnictví v širokém okruhu své působnosti a měla možnost působit na společenské vědomí lidí (Hrvolová, 1975). Obvodní dětská sestra úzce spolupracovala s obvodní ženskou sestrou. Obě pracovnice konaly v rodině dítěte společné návštěvy, často i před jeho narozením (Šabacká, 1982). Obvodní dětská sestra tedy s matkami navazovala první kontakt v období těhotenství a po návratu z porodnice. Mezi základní vlastnosti sestry patřila schopnost získat důvěru a spolupráci matky. Ve své době sehrávala důležitou roli v propagaci vědeckého ateismu. Při styku s rodinou měla postupně vytlačovat z vědomí lidí kořeny náboženství a získávat důvěru k socialistickému zdravotnictví a celému socialistickému zřízení (Hrvolová, 1975).

Obvodní dětská sestra pracovala v padesátých letech 48 hodin týdně v poradně a 18 hodin v ordinaci. Obyčejně v době, kdy se matka s dítětem vracela z porodnice do domácího prostředí, obdržela dětská sestra potvrzení k vykonání návštěvní služby. Vzhledem k tomu, že návštěvní služba neměla dlouhou historii, musela sestra překonávat spoustu překážek. Některé matky vnímaly tuto službu jako revizní kontrolu a odmítaly vpustit sestru do domácnosti. Zde musela sestra prokázat komunikační

dovednosti a přesvědčit matku o důležitosti a významu návštěvy. Když se matka přesvědčila, že sestra odborně vyšetřila novorozence a ochotně poskytla rady a podporu, většinou se atmosféra uvolnila. O průběhu návštěvy si sestra vedla podrobnou dokumentaci (Brožová, 1953).

V šedesátých letech mezi hlavní požadavky při zřizování dětských oddělení na obvodních zdravotnických střediscích patřila snadná dostupnost. Také se kladl důraz na to, aby se zde oddělovala preventivní část od části léčebné, neboť při nedodržení tohoto doporučení by mohlo dojít k přenosu nákazy z nemocných dětí na zdravé (Poláčková a Šráčková, 1966).

Preventivní částí byly poradny. Aby plnily svůj účel, jejich součástí měla být místnost pro filtr, čekárna, přípravná, ordinace a krytý prostor pro kočárky. Pokud výše uvedené nebylo možné zajistit, v léčebné části se vyhradily ordinace hodiny pouze pro poradnu. Filtr sloužil k oddělení zdravých a nemocných dětí. Sestra zde uplatnila své znalosti a schopnosti, jelikož musela zhodnotit zdravotní stav dítěte (Poláčková a Šráčková, 1966). Součástí čekárny bylo: *„Několik stolů, na nichž matky přebalují své děti. Prostory pro děti bývají navzájem odděleny skleněnými příčkami. Židle a lavice pro čekající matky, věšáky k odložení svrchního oděvu matek. Umyvadlo s doplňky. Váříč s nádobou na ohřívání mléka. Kout se zástěnou pro kojící matku, kde je židlička a potřeby k ošetření prsu před kojením a po něm: nádoba se sterilní (převařenou) vodou, ve vyvařené sklenici nebo sterilním bubínku chomáčky vaty k omytí prsu před kojením a k vysušení po kojení“* (Poláčková a Šráčková, 1966, s. 30). V přípravně se nacházely jeden nebo dva přebalovací stoly, váha a míra pro všechna věková období a psací stůl pro dětskou sestru. V ordinaci stál přebalovací stůl sloužící k vyšetření dítěte, skříňky s vyšetřovacími pomůckami, umyvadlo s doplňky, psací stůl pro dětskou sestru a několik židlí (Poláčková a Šráčková, 1966).

Poradny poskytovaly rodičům odbornou kontrolu tělesného a duševního vývoje dětí. Byly zde evidovány všechny děti ze spádové oblasti ihned po narození. V poradnách probíhaly pravidelné prohlídky. V prvním roce života dítěte bylo nutné navštívit poradnu šestkrát až osmkrát, u starších dětí jednou až dvakrát za rok (Poláčková a Šráčková, 1966).

Prvním úkolem sestry v poradně bylo efektivně zajistit již výše zmiňovaný filtr, aby se mezi zdravé novorozence a kojence nedostalo dítě s černým kašlem, planými neštovicemi apod. Dalším důležitým úkolem sestry byla zdravotní osvěta matek, např. v hygienických návycích, kojení, příkrmování, luxaci či nechutenství (Brožová, 1953). Sestra v poradně informovala lékaře o rodinných poměrech a připravila dítě k vyšetření. Dále je zvážila a změřila, zjistila od matky potřebné informace a spolu s výsledky vyšetření, radami lékaře a svými poznatky z návštěv v rodině vše zaznamenala do zdravotnického záznamu dítěte (Poláčková a Šráčková, 1966).

Bylo vhodné, pakliže obvodní sestra navštívila dítě hned v den jeho příchodu z porodnice nebo den následující. Jelikož byla zajištěna úzká spolupráce mezi obvodním střediskem, poradnou pro těhotné, novorozeneckým oddělením i dětským oddělením nemocnice, vědělo se, do jakého domácího prostředí je dítě z porodnice propuštěno a jaká mu zde bude poskytována péče (Poláčková a Šráčková, 1966).

Osvědčenou metodou práce obvodních dětských sester byla dispenzarizace spočívající v aktivním vyhledávání dětí, které potřebovaly soustavnou péči. V rámci návštěvní služby byl kladen důraz na rodinné prostředí a životní podmínky dispenzarizovaných dětí. Za ohrožené prostředím byly považovány děti dosud zdravé, ale vyrůstající v nehygienických bytových poměrech nebo v závadném rodinném prostředí (Hrvolová, 1968).

Dětské sestry a dětští lékaři využívali při své práci v poradnách také brožurkovou osvětovou literaturu pro matky a tištěné postupy běžné dětské výživy a hygienických zásad. Důležitou součástí poradny byla také její výzdoba vhodným propagačním materiálem o nejmodernějších zásadách v ošetřování dětí (Poláčková a Šráčková, 1966).

Pediatrický obvodní systém nastavený ve druhé polovině padesátých let prošel v průběhu času zásadními změnami (Sitař, 1968). *„Stále zřetelněji se ukazuje, že se koncepce pediatrie, tak jak byla kodifikována v roce 1960 přežila. Že je z ní uskutečňováno při nejlepší vůli jenom torzo. Musíme si při tom uvědomit, že uskutečňovaná část koncepce není tou nejodbornější ani nejdůležitější částí pediatrie.*

Je jenom nejnáléhavější denní rutinou, pro kterou se pediater k tomu důležitějšímu již nedostane“ (Sitař, 1968, s. 1106).

Terénní a dětské sestry by měly být vybavené daleko větší pravomocí a samostatností. Měly by více rozumět psychologii a psychoneurotickým problémům dětského věku (Sitař, 1968).

V roce 1989 vyvstal problém s nízkým počtem dětských sester na jednoho obvodního dětského lékaře. V té době bylo žádoucí, aby na obvodě byly minimálně dvě sestry. Nicméně obvykle měl lékař k dispozici pouze asi 1,6 sestry (Dunovský, 1989).

Důležitým krokem primární prevence bylo založení zdravotního průkazu dítěte. Tento dokument na rozdíl od ostatní zdravotnické dokumentace nebyl trvale uložen u obvodního dětského lékaře, ale stal se majetkem dítěte a uchovávali ho rodiče doma. Na prvních stránkách průkazu se nacházely identifikační údaje o dítěti, poučení pro rodiče, bydliště, záznamy o očkování, krevní skupině, Rh faktoru, porodní hmotnosti, délce a prodělaných infekčních onemocnění. Také byl věnován prostor záznamům o docházce do předškolních zařízení a základní školy. Největší část průkazu byla věnována hodnocení preventivních prohlídek. Hlavním důvodem pro zavedení zdravotního a očkovacího průkazu dítěte byla akcentace zodpovědnosti rodičů za pozitivní vývoj zdravotního stavu jejich dětí (Hanousek, 1989).

„Dôležitou súčasťou práce obvodných detských lekárov a sestier je zdravotná výchova. Zdravotno výchovným pôsobením na rodičov, hlavne matky, môžu priaznivo ovplyvniť zdravý vývoj novej generácie. Najväčší význam má individuálne pôsobenie na rodičov, či už v ordinárii alebo inde. Nemalo by sa však zabúdať ani na vykonávanie zdravotnej výchovy formou prednášok a besed“ (Hasáková, 1989, s. 42).

V sedmdesátých letech se začala věnovat pozornost problémům zdravotně sociálním, které pocházejí z prostředí rodiny. Ruku v ruce se zvyšováním počtu rozvrácených rodin stoupalo i procento dětí, o něž se rodiče nechtěli starat nebo byly vystaveny týrání a zanedbávání. Řešení takových problémů z pohledu pediatrie bylo velmi komplikované. Nejobtížnější bylo vůbec odhalit prvky týrání. V takových případech bylo nutné navázat kontakt s orgány péče o mládež národních výborů a s jejich pomocí zajistit nutná opatření. V případě hospitalizace poskytovala obvodní

sestra nejpodstatnější informace o domácím prostředí dítěte. Důležitá byla multidisciplinární spolupráce hlavně se sociálními pracovníky. Z této týmové spolupráce vycházely podněty k řešení situace formou náhradní rodičovské péče, kojeneckých ústavů nebo dětských domovů (Závislá, 1973).

Děti dlouhodobě umístěné v kojeneckých a dětských domovech zaostávaly v psychomotorickém vývoji. Za účelem redukování takových následků byly založeny tzv. kojenecko-batolečí rodinky. Mělo to tu výhodu, že sestry byly s dětmi víc citově spojené a děti dosahovaly v hodnocení psychomotorického vývoje výrazně lepších výsledků (Lahita, 1971).

Podobná situace byla u dětí s fyzickým či mentálním znevýhodněním. Byly umístěny v ústavech sociální péče, kde se u nich pracovníci snažili rozvinout všechny zbytkové schopnosti a dát jejich životu určitou náplň a užitečnost (Kaděrová, 1968).

4.1.3 Návštěvní služba u novorozenců a kojenců

První návštěva sestry u dítěte doma probíhala podle stejných pravidel, další kontrolní návštěvy již byly čistě individuální. Lišily se podle stáří dítěte, úrovně péče či edukačního záměru matky (Brožová, 1953).

Hankeová (1954) mluví o tom, že ženy bývají nedostatečně připraveny na mateřství. V souvislosti s neutěšenými bytovými a hospodářskými poměry často neznají ani základní požadavky péče o kojence a nevyužívají dosavadních zdravotnických zařízení. Sestra měla důležitý úkol přesvědčit matku, že má opravdový zájem o zdraví a správný vývoj jejího dítěte a že jí může poradit v různých situacích. Pro práci v terénu bylo nutné vybírat sestry s dostatečnou kvalifikací a zejména praktickou přípravou. To se týkalo zvláště venkovských obvodů, kde nebyl lékař vždy dostupný a sestra musela často rozhodovat sama. V průběhu návštěvní služby věnovala sestra zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém dítě žilo. Všimla si zvláště čistoty, ale i rodinných a sociálních poměrů, zdravotní anamnézy a citového vztahu rodičů k dítěti. Sestra dohlížela na správné ošetření, koupání, ošetření prsů, hygienu výživy, oblékání, balení, pobyt venku, spánek dítěte a podávání vitamínů (Hankeová, 1954). „*Dětská sestra je spojkou mezi*

lékařem a matkou. Tím, že rodinu dobře zná, poradí lékaři, jak na matku působit, sama pak sleduje rady lékaře, aby mohla v rodině kontrolovat jejich správné dodržování. Své návštěvy v rodinách musí provádět plánovitě. Častěji u nedonošených dětí, novorozenců, dětí z početných rodin, v závadném prostředí a u dětí po propuštění z léčení“ (Hankeová, 1954, s. 572).

Při návštěvě lékaře u dítěte doma bylo vhodné, aby lékaři při vyšetření asistovala i matka dítěte. Mohla např. dítě přidržet při vyšetřování úst a hltanu pomocí ústní lopatky. Kojence přitiskla ke svému tělu tak, aby se jeho hlavička nacházela ve výši pravého ramene (viz. přílohy obr. č. 2). Poté přitiskla nohy dítěte levou paží a stejným způsobem znehybnila horní končetiny pravou paží, kterou obemkla obě ruce dítěte současně s jeho trupem. O pravé rameno matky pak lékař levou rukou opřel hlavičku dítěte a pravou zavedl ústní lopatku do ústní dutiny (Zorin, 1956).

V šedesátých letech již byla návštěvní služba pevně zakotvena v systému poskytování zdravotní péče. Výhodou bylo, že se matkám dostalo rady a pomoci. Navíc byl novorozenec chráněn před infekční nákazou od ostatních kojenců v ordinaci pediatra. V souvislosti s politickým, ekonomickým a sociálním vývojem státu však došlo k určitým změnám. Zjistilo se, že matky s dvěma a více dětmi, u nichž byla dobrá úroveň domácnosti, nepotřebovaly časté návštěvy dětské sestry. Místo toho měla sestra věnovat větší pozornost prvorodičkám a matkám s nižší úrovní domácnosti, kde mohla zabránit nevhodné péči o dítě (Moravcová, 1965).

4.1.4 Návštěvní služba u nemocných dětí

Význam návštěvní služby spočívá mimo jiné ve stanovení tzv. sociální diagnózy, která může ulehčit práci lékaře a vést ke správnému závěru. Sestra vykonávající návštěvní službu musela být velmi taktní v chování, diskrétní, důvěryhodná a ochotná poskytnout oporu v určitém období (Voroninová, 1959). „*Musíme si být vědomy, že teprve v rodině můžeme na pacienta působit, teprve v prostředí, které je mu samozřejmé, můžeme pacienta získat a převychovat*“ (Voroninová, 1959, s. 30). Návštěvy bylo možné rozdělit do několika skupin: všeobecné, při kterých se zjišťovaly sociální, hospodářské a bytové poměry;

u nemocných dětí; kurativní, kdy sestra prováděla konkrétní léčebný výkon na příkaz lékaře (převaz, injekce) a preventivní (např. u těhotných žen a malých dětí). Při první návštěvě sestra stanovila tzv. sociální diagnózu a při opakované návštěvě kontrolovala, do jaké míry plní rodina její nařízení a doporučení. Všimla si, zda nenastaly nějaké nové okolnosti, které by měnily charakteristiku rodiny (Voroninová, 1959).

Z výzkumných šetření z roku 1966 vyplynulo, že 26,9 % akutně nemocných dětí bylo ošetřeno v rámci návštěvní služby v domácím prostředí (Kopecká, 1966).

Akutní onemocnění dítěte představovalo často komplikovanou situaci, zejména pokud byla matka zaměstnaná. Většina matek cítila zodpovědnost za zdraví dítěte, ale musely řešit situaci z pohledu člověka v trvalém zaměstnaneckém poměru (Kopecká 1968a).

Původní osvobození ze zaměstnání na první tři dny onemocnění dítěte se považovalo za formální. Dle odborníků měly mít matky nárok na péči o nemocné dítě do patnácti let bez omezení, protože potřeba úzkého kontaktu s matkou je v době nemoci zvýšená u všech dětí včetně prepubertálního a pubertálního období. Přesto však velká část matek této možnosti nevyužila. Důvodem mohlo být pracovní zatížení, nepochopení spolupracovníků a vedoucích pracovníků i důvody finanční, které byly upřednostňovány při rozhodování mezi zaměstnaneckým poměrem a dlouhodobou péčí o nemocné dítě (Kopecká, 1968b).

4.1.5 *Dispensární péče u dítěte*

„Dispensární péče určená pro zvláště ohrožené v kterékoliv věkové skupině tvoří nadstavbu nad pravidelnou péčí a zahrnuje v sobě i léčbu“ (Autorský kolektiv, 1957, s. 6).

Způsob péče, kdy se aktivně vyhledávají osoby, které potřebují soustavnou péči, a podle celkového vyšetření zdravotního stavu a dle analýzy faktorů jejich životního prostředí je těmto osobám zajištěna komplexní soustavná léčebná a preventivní péče, byl pod názvem dispensární péče prvně uplatňován již na přelomu 19. a 20. století v případech tuberkulózy (Autorský kolektiv, 1957).

Dětské sestry a lékaři na obvodech pečovali jednak o děti zcela zdravé, které vyrůstaly v prostředí spokojeného rodinného života. Dále o děti akutně nemocné, chronicky nemocné, značně oslabené, invalidní, po těžkých nebo opakovaných onemocněních, o děti s vrozenými vadami a nemocemi, o novorozence a v neposlední řadě o děti, které vyrůstaly v nezdravém prostředí (bytové poměry, nedostatečné hygienické podmínky, způsob rodinného života) a byl tak ohrožen jejich zdravotní stav a správný vývoj. Z tohoto důvodu zajišťovaly obvody tzv. dispenzární péči (Autorský kolektiv, 1957).

Dětská terénní sestra v rámci dispenzární péče vyhledávala děti, u kterých bylo nutné zajistit soustavně zvýšenou péči, dále měla za úkol zprostředkovat důkladné lékařské vyšetření, přešetření prostředí, ve kterém děti pobývaly a zajistit rozbor faktorů, podílejících se na ohrožení dítěte. V náplni její práce bylo také sledovat vývoj dítěte a dohlédnout, aby mu byla poskytnuta léčebná péče a došlo k úpravě jeho životních podmínek. Výše uvedené úkoly vykonávala sestra v úzké spolupráci s lékařem zdravotnického střediska nebo se školním lékařem. Pokud byly nutné aktivní zásahy, postupovala sestra podle pokynů lékaře. Současně s péčí o dispenzarizované děti musela sestra vykonávat i další povinnosti spojené s prací na obvodě (pravidelná preventivní péče o všechny děti svého obvodu, služba v ordinaci atd.). Jelikož to bylo pro sestru velmi časově náročná, bylo nutné, aby počet dispenzarizovaných dětí byl přiměřený jejím pracovním možnostem (Autorský kolektiv, 1957).

Do zásad dispenzární péče spadá také pátrání po ohrožených. Z tohoto důvodu dětská sestra aktivně vyhledávala nově přistěhovalé, neboť děti z těchto rodin byly vždy ohroženy na zdraví. Bylo zde riziko, že v důsledku přestěhování se děti ztratí ze zdravotnické evidence a nebudou např. pozvány k pravidelnému očkování. Aby se tomu předešlo, měla se sestra pravidelně dotazovat na stanici SNB a obnovovat tak seznam dětí ve svém obvodu. Dalším rizikem byla, výměna terénní sestry, jelikož sestra mohla úspěšně pracovat jen v případě, že měla dobrý a dlouhodobý kontakt s rodinami. Dále měla udržovat osobní styk s národním výborem a jeho komisemi a Československým Červeným křížem, neboť tak mohla získat pro svou práci větší zájem a pomoc spoluobčanů (Autorský kolektiv, 1957).

4.1.6 Školní zdravotní služba

„Cílem zdravotní péče o mládež je udržet, chránit a zlepšovat optimální zdravotní fyzické, duševní, citové, morální i sociální. S tímto zaměřením je nutno zajistit souvislý a soustavný zdravotní dohled i vedení všech dětí v období předškolním, školním i dorostovém“ (Kapalín, 1959, s. 777).

Školní zdravotní služba je hlavní nositelkou zdravotní péče. Vyvíjela se pozvolna v průběhu dějin a k jejímu rozvoji přispěl svými pokrokovými pedagogickými metodami Jan Ámos Komenský (Šlosarová, 1964). *„Jeho správné pochopení podmínek všestranného vývoje dítěte vzbuzuje v nás dnes obdiv – a v mnohém je dosud nedostiženým vzorem“ (Šlosarová, 1964, s. 226).* Přesto soustavný zdravotní dozor nad školami zaznamenáváme až v 19. století. Mezi prvními evropskými městy, která roku 1883 pověřila okresní lékaře zdravotním dozorem na školách, byla Praha. V roce 1904 došlo k vyčlenění zvláštních školních lékařů. Nicméně taková péče ještě dlouho zůstávala výsadou měst s většími finančními možnostmi a lepším zdravotním uvědoměním, netýkalo se to venkova. Nový rozvoj této péče přinesl zákon č. 103 z roku 1951 o jednotné preventivní a léčebné péči (Šlosarová, 1964).

V padesátých letech byly na četných školách zakládány ošetřovny, které spadaly do péče dětského lékaře nebo obvodního lékaře. Obvykle v nich pracovaly školní sestry nebo dobrovolné sestry ČSČK. Školní vyšetřovna byla vybavena příruční lékárníčkou, stolkem, židlí, lůžkem, případně nosítky. Lékárníčka měla obsahovat takové léky a pomůcky, které byly zapotřebí k poskytování řádné první pomoci. Pokud si sestra nevystačila s tímto jednoduchým zařízením, musela dítě odeslat k lékaři. Nejčastěji sestra ošetřovala děti s oděrkami, tržnými nebo bodnými ranami, s bolestmi v krku, zubů, hlavy a nevolností. Jejím úkolem bylo rozeznat, zda se jedná o celkovou chorobu vyžadující další ošetření lékařem, nebo zda mohla případ vyřešit sama (Nauš a Uhrová, 1954).

Školní sestra zároveň dohlížela na hygienické poměry v celé škole. Všímalá si čistoty ve třídách, na chodbách a záchodech. Starala se také o mikroklimatické podmínky v prostorách školy. Dbala na vhodnou obuv u dětí jako prevenci vzniku ploché nohy. Dále asistovala lékaři při vyšetřování dětí, očkování. Sama prováděla

vyšetření zrakové ostrosti pomocí Snellenových optotypů. Prováděla s dětmi nápravný tělocvik. V popisu její práce byl také hygienický dozor v kuchyni, pomáhala při sestavování jídelního lístku a dbala na vhodnou úpravu jídel. Dohlížela na zaměstnance v kuchyni, aby byli vyšetřeni na bacilonosičství. O zdravotním stavu dětí informovala rodiče na třídních schůzkách. Prováděla zdravotní osvětu mezi dětmi při hodinách přírodopisu či v pionýrské organizaci (Nauš a Uhrová, 1954).

Školní sestra se starala o zdravotní záznamy žáků, které třídila podle škol a tříd. Vedla si zvláštní evidenci žáků s porušeným zdravím. Prováděla pomocná diagnostická vyšetření, např. měření a vážení dětí, vyšetření zraku a sluchu. Přispívala redukci absence žáků ve spolupráci s lékařem, učiteli a rodiči. Žáky s dlouhodobou absencí navštěvovala doma. Důležitá byla úzká spolupráce s dětskou sestrou z obvodu, jejímž hlavním úkolem byly návštěvy v rodinách. Proto znala děti i jejich rodinné prostředí (Žerná, 1955).

Ve větších městech vykonávají zdravotní péči o děti a mládež pediatři a dětské sestry na obvodech, ve školách vyčlenění školní lékaři a školní dětské sestry. Na venkově zajišťuje tuto péči obvodní lékař praktik. Školní zdravotní služba vychází z toho, že děti tráví podstatnou část času v kolektivním seskupení a jsou zatíženy různými formami školně výchovné práce. Proto je nutné věnovat pozornost nejen podmínkám hygienickým, ale i preventivně léčebným. Z hlediska charakteru školní zdravotní služby je možné ji přirovnat k práci závodních lékařů (Kapalín, 1955).

Pro zkvalitnění školní zdravotní služby bylo nutné postupně zvyšovat kvalifikaci jejich pracovníků. Dále byla nutná úzká spolupráce s odbornými službami, zejména ortopedií, očním, neurologií a psychiatrií (Štolová, 1958).

Důležitým úkolem školní zdravotní služby byla depistáž ortopedických vad, jednalo se např. o děti s odstátými lopatkami, vadným držením těla, deformitami hrudníku, skoliózy či kyfózy. Stanovená ortopedická diagnóza bývala upřesněna ještě ortopedem, který prohlížel v průběhu školního roku všechny školní děti v obvodu. Zcela v péči školního lékaře a sestry byly ponechány děti s plochými nohami a po luxaci. Mnohé ortopedické vady vznikaly na základě závadného školního prostředí (Hrubá a Müllerová, 1964). „*V plánované i každodenní osvětě se zaměřujeme na otázky*

správného sezení v lavicích, nošení tašek na zádech až do páté třídy a na správné obouvání a přezouvání, aby se předcházelo vytvoření plochých nohou. Všímáme si též školních lavic a jejich výšky k poměru k výšce žáka“ (Hrubá a Müllerová, 1964, s. 243). Školní sestra dohlížela na to, aby v jedné třídě byly lavice rozličné výšky a aby se v jedné třídě nestřídali žáci různého stáří (Hrubá a Müllerová, 1964).

Zvláštní skupinou ve zdravotně výchovné problematice dětí v kolektivních zařízeních byly jesle (Venderová, 1964).

Školní zdravotní služba si prošla i kritikou. Příkladem může být výrok dr. Blechy z roku 1967: *„Překvapí však, když v některých přehledech o zdravotním stavu mládeže vycházející ze škol je vysoké, nepochopitelně vysoké procento deformovaných, pokřivených, zhroucených, oslabených, ztučnělých a vůbec morfologicky i mentálně insuficietních jedinců. Jde skutečně o vetché, vyčerpané a invalidní vysloužilce či o horlivého pana účetního, který do předtištěných formulářů čárkuje a eviduje přirozenou pestrost živých přírodních jevů“ (Blecha, 1967, s. 1118).*

Další oblastí kritiky bylo snižování odborné vyspělosti u pediatriů a dětských sester ve vyčleněné školní zdravotní službě zaměřené výhradně na prevenci, protože nepřicházeli do styku s nemocnými dětmi. S ohledem na nedostatečné docenění významu prevence u laické veřejnosti docházelo k neoprávněnému podceňování významu školní zdravotní služby. Bylo nutné učinit změny náplně práce dětské školní sestry (Toman et al., 1968).

4.1.7 Nezralý novorozenci

Péče o děti s nízkou porodní hmotností měla své specifické zvláštnosti, které si časem vynutily určitá organizační opatření. V roce 1958 byl vydán organizační řád, který obsahoval celý komplex ambulantní i lůžkové péče. Byl postaven na zkušenostech některých pracovišť a legalizoval stav našeho zdravotnictví v souladu se změnami po roce 1948 (Štolová a Dufková, 1968).

Po celém našem území byly zřízeny při kojeneckých ústavech Stanice péče o nedonošené. Stanici vedl ředitel kojeneckého ústavu nebo některý zkušený lékař.

Narozené dítě s porodní hmotností pod 2 500 gramů bylo považováno za nedonošené (Teyschl et al., 1960).

V roce 1967 existovalo na území Československa přes 50 stanic poskytujících péči nezralým novorozencům. V těchto letech zemřela asi jedna pětina ze sta nezralých dětí. V roce 1965 byla kojenecká úmrtnost 25,8 promile a 17 promile z toho tvořili nezralí novorozenci (Mašek, 1967). Pokud to bylo možné a nebyl porod příliš předčasný, začínala se sestra starat o dítě už před narozením. Ve spolupráci se ženskou sestrou navštívila rodinu a snažila se získat si důvěru matky (Strapková, 1967).

Nejideálnější bylo, pokud porod nedonošeného dítěte proběhl v ústavní péči, kde bylo možné ihned poskytnout odbornou pomoc matce i dítěti. Nezralý novorozenec potřeboval hlavně šetrné odsátí hlenu, klid a teplo a s využitím transportního inkubátoru převoz na oddělení pro nedonošené děti (Strapková, 1967). Na tomto oddělení bylo dítě uloženo do inkubátoru, kterým dané oddělení disponovalo (viz. příloha 26 a 27) (Teyschl et al., 1960). Na oddělení pro nedonošené poskytovali dítěti péči vybraní lékaři a zkušené sestry. Mezitím zjišťovala terénní sestra domácí prostředí a hygienickou uvědomělost matky. Pomáhala jí upravit domácí prostředí tak, aby bylo pro nezralého novorozence co nejpříjemnější. Náplní práce terénní sestry bylo docházet průběžně na oddělení nedonošenců a podávat informace o připravenosti domácího prostředí. Po propuštění obvykle do 24 hodin vykonala terénní sestra první návštěvu u dítěte doma. Při dalších návštěvách bylo třeba opakovaně zdůrazňovat, že dítě je málo odolné vůči infekcím, a proto není přípustné přijímat v prvních týdnech návštěvy (Strapková, 1967).

4.1.8 Předškolní věk

V šedesátých letech 20. století se zavedly systematické každoroční preventivní prohlídky všech ročníků předškolních dětí. Bez ohledu na to, zda byly zapsané do mateřské školy či ne, se zvaly na prohlídku do obvodních dětských středisek. Rodiče obdrželi pozvánku, kterou rozesílala dětská sestra podle seznamu narozených dětí v obvodě pravidelně v tom měsíci, ve kterém dítě dovršilo určitý rok. Děti byly vyšetřovány po skupinkách ve zvlášť vyhrazené době. Účelem těchto prohlídek byla

kontrola vývoje a prospívání dítěte. Účast rodičů byla považována za velmi potřebnou (Rejlek, 1967).

4.2 Péče o nemocné dítě v domácím prostředí

Stejně jako dnes bylo i dříve nemocné dítě odkázané trávit svůj čas na lůžku. Nemělo se tedy zapomínat na správnou úpravu lůžka, aby bylo pro dítě co nejpohodlnější. Na lůžko mělo dopadat světlo ze strany, mělo být přístupné ze tří stran a jeho základ tvořily žíněnky, prostěradlo, gumovka a bavlněná podložka. K předcházení proleženin se používaly vatové věnečky nebo podložní kolo (Zorin, 1956, 1967).

4.2.1 Hygienická péče

U nemocného dítěte byla nezbytná důkladná hygiena. Názor, že pokud je dítě nemocné a má horečku, nemělo by se koupat, byl zcela nesprávný a škodlivý. Vhodně provedená koupel či omytí nemůže dítěti ublížit. Pouze při onemocnění projevujícím se kožní vyrážkou se dítě nekoupalo a v takovém případě lékař rodiče upozornil. Do hygienické péče o nemocné dítě spadala ranní toaleta, péče o čistotu během dne, večerní toaleta, hygiena úst, péče o vlasy, péče o stolicí a péče o spánek (Zorin, 1956, 1967).

Ráno po probuzení dítěte se změřila teplota, dítě si vyčistilo zuby a umylo se v koupelně nebo v umyvadle, jak bylo zvyklé. U ležícího nemocného dítěte bylo třeba obstarat ranní toaletu na lůžku. Dohlédlo se na vymočení či vyprázdnění stolice, dítě se položilo na jiné místo, aby se mohlo uvolnit a vyvětrat ložní prádlo. Následovala příprava pomůcek k provedení ranní toalety, kdy se k lůžku na židli přichystalo umyvadlo, žínky, mýdlo, sklenička k čištění zubů, kartáček a zubní pasta. Bylo-li dítě schopné se umýt samo, daly se mu pomůcky na dosah ruky. U dlouhodobě ležících dětí se doporučovalo namasírovat jim záda a hýždě francovkou a zapudrovat zásypem. Během dne se dítě omývalo podle potřeby (Zorin, 1956, 1967).

Večerní toaleta byla potřebná nejen pro udržení čistoty, ale současně dítěti zajišťovala pohodlnou, klidnou noc a posilující spánek. Pokud to zdravotní stav dovolil, bylo vhodnější dítě vykoupat, aby lépe spalo. Doporučená teplota místnosti při koupeli

byla 22–24 °C, přičemž teplota vody se měla pohybovat mezi 35–37 °C. Jestliže to nebylo možné, zvolil se stejný způsob omytí, jako při ranní toaletě (Zorin, 1967).

Děti, kterým byl víc než jeden rok, si čistily dutinu ústní dvakrát denně při ranní a večerní toaletě, nejvhodnější však bylo čištění zubů po každém jídle. U ležícího dítě se ústa čistila vleže na levém boku za pomoci talíře, do kterého dítě obsah z úst vyplivovalo, a trubičky (např. slámky), kterou vodu do úst nasávalo (Zorin, 1967).

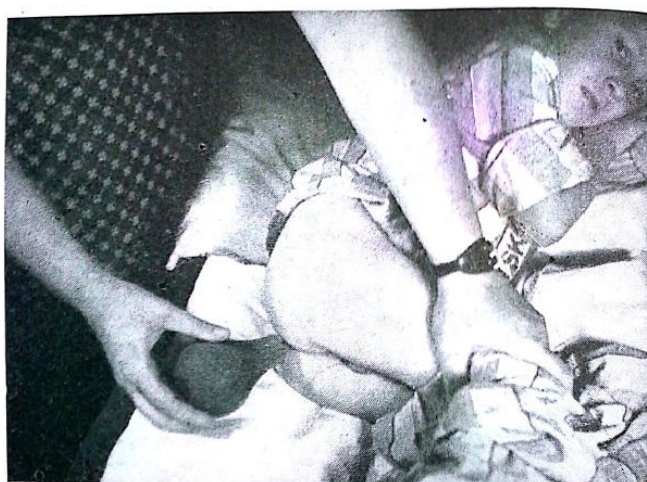
Nezbytná byla také péče o vlasy. Hlava se umyla jedenkrát týdně, nejlépe při večerní koupeli nebo na lůžku v umyvadle (Zorin, 1967).

4.2.2 Péče o stolici

Jelikož dítě upoutané na lůžku trpívalo zácpou a střevní plynatostí, bylo důležité, aby rodiče udržovali pravidelné denní vyprazdňování. Dítěti podávali zbytkovou stravu, která dráždí střevo k pohybům. Doporučovaly se kompoty, ovoce, zelenina, ale jen pokud to nemoc dítěte dovolovala. V případě, že úprava stravování nepomohla, přistoupilo se k podání glycerinového čípku, popřípadě očistného nálevu – klystýru (Zorin, 1967).

Očistné klyzma se aplikovalo do řitního otvoru pomocí gumového balónku a jednalo se o převařenou vodu nebo heřmánkový odvar. Dítě během klyzmatu leželo na levém boku, dolní končetiny byly ohnuté v kolenou i kyčlích a přitisknuté stehny k břichu. Matka se postavila na hřbetní straně, svým levým předloktím přitiskla dítě a současně levou rukou držela holeně. Kojencům bylo možné podat očistný nálev v poloze nznak, tedy jako při měření teploty v konečníku (Zorin, 1956, 1967).

„Pravou rukou zavedeme jemným šroubovým pohybem násadec nebo nastavnou rourku do konečníku asi 6 až 8 cm hluboko a postupně vyprázdníme obsah balónku. Při vytahování násadce nesmějí povolit stěny balónku, aby se obsah opět nenasál. Po vstříknutí a po vytažení podržíme hýždě sevřené, aby se tekutina udržela ve střevě aspoň 5 až 10 minut. Pak dítě posadíme na nočník nebo podložíme ložní mísu, aby se vyprázdnilo“ (Zorin, 1967, s. 48).



Obr. č. 6. Střevní klyzma

Obrázek 27 Střevní klyzma u dítěte

(Zorin, 1956)

Očistná tekutina měla mít teplotu 37 °C. Chladnější by sice byla účinnější, ale pro dítě pocitově nepříjemná. U kojenců bylo možné zvolit klyzma, které mělo teplotu 27–28 °C. Množství tekutiny podané při očištném nálevu se u kojenců pohybovalo v rozmezí 60–90 ccm vody, u dětí starších jednoho roku 150 ccm a u větších dětí až 250 ccm (1/4 litru). Do nálevu se např. dávalo 20–30 ccm olivového oleje. U starších dětí se pak podávalo tzv. mýdlové klyzma, které se připravilo tak, že do tekutiny se dal rozpustit malý kousek mýdla, který se předtím naškrabal nožem (Zorin, 1956, 1967).

4.2.3 Podávání inhalace dítěti v domácím prostředí

Pro domácí použití se dal obstarat menší inhalátor, který vyráběl vodní páru. Inhalátory měly nádržku, kde se přiváděla (elektrickým proudem nebo lihovým kahanem) voda k varu. Vzniklé páry odcházely kapilární trubičkou. K té byla v pravém úhlu přiložena druhá trubička nasměrována do malé nádoby s rozpuštěným lékem. Pára procházející vodorovnou trubičkou do sebe nasávala ze svislé trubičky lék a rozprašovala ho do skleněného válce. Ten usměrňoval proud páry, a proto bylo

zásadní, aby stál přesně po směru proudu rozptylovaného roztoku, neboť jinak by se roztok usazoval na stěnách válce (Zorin, 1956).



Obr. č. 18. Inhalátor

Obrázek 28 Inhalátor v padesátých letech 20. století
(Zorin, 1956)

K podání běžné inhalace nebylo zapotřebí žádného zvláštního přístroje. V domácnosti se dalo lehce improvizovat a účinný inhalační přístroj se dal vyrobit z konvice na čaj, která se doplnila o malou nálevku nebo trychtýř z papíru k rozptylování páry. Větší děti si přikryly hlavu ručníkem a vdechovaly páru přímo z hrnce s vřelou vodou. K inhalaci u kojenců se používal stan, který se vytvořil pomocí prostěradla přehozeného přes postel dítěte. K čelu postele se poté postavila židle s konvicí, hrncem s horkou vodou nebo inhalátorem. Prostěradlo se přetáhlo přes opěradlo židle, čímž vznikl společný prostor (Zorin, 1967).

4.2.4 Obklady, zábaly a lázně u dětí

V souvislosti s příchodem nových léků (penicilin, streptomycin a jiné) se v nemocnici začal snižovat význam fyzikálních léčebných postupů používaných při léčbě nemocí. Naopak v domácím ošetření bylo léčení teplem a chladem stále jedním ze základních výkonů. Ke snižování tělesné teploty se užívalo zábalů studených z důvodu

zastavení zánětu a tišení bolesti. Pro zahřátí nemocného dítěte, k pocení, k uvolnění křečovitých stahů svalstva, k urychlení zánětlivých pochodů a navození spánku se přikládaly teplé obklady. Vlažné obklady uklidňovaly a uspávaly. Aby se urychlilo vstřebávání zánětlivých výpotků, používaly se obklady zapařovací – priznické (po jejich propagátoru Priessnitzovi s Jeseníku). K suchým chladným obkladům bylo zapotřebí vaku s ledem. Ten bylo možné vyrobit i z nepromokavého plátna nebo igelitu. Přikládal se, bylo-li potřeba potlačit zánět nebo zastavit krvácení. Vak s ledem se mohl např. použít při srdečním onemocnění, kdy se nemocnému dítěti položil na levou stranu hrudníku (Zorin, 1956, 1967).

U kojenců a malých dětí se často používal částečný zábal hrudníku, převážně u onemocnění dýchacích cest a plic. Nemocné dítě se nejprve zabalilo do vlhké obkladové látky a poté do suché pokrývky. Pokud se zábal přiložil ke snížení tělesné teploty, bylo nutné ho po deseti minutách měnit. Při ponechání (1 hodina) se z něj stal zábal zapařovací. Na zanícená místa se přikládaly studené obklady z octanu hlinitého, jehož roztok se získal rozpuštěním jedné tabletky octanu hlinitého v půl litru studené vody (Zorin, 1967).

Obklad na ucho se vyrobil z tří čtverců vaty o rozměrech 8×8 cm až 12×12 cm dle velikosti dítěte. První čtverec, ve kterém byl nůžkami vystřižený otvor pro boltec, se smočený v octanu hlinitém navlékl na ucho dítěte. Pak se přiložil druhý čtverec namočený v octanu hlinitém, který byl již bez otvoru, a na ten přišel čtverec z igelitové pleny. Poslední vrstvou byl čtverec suché vaty a celý obklad se přichytil obinadlem nebo složeným šátkem. Takto vytvořený obklad se ponechal jednu až tři hodiny dle ordinace lékaře (Zorin, 1967).

K přikládání suchého tepla, které sloužilo k celkovému zahřátí dítěte nebo částí těla, k zmírnění bolestí (např. křečovitých bolestí břicha) se používaly tzv. termofory (doslova nosiče tepla). Termofory byly gumové, plechové, kameninové nebo se užívalo elektrických příkrývek. Tak jako inhalátor pro domácí použití i termofory šlo snadno nahradit. K tomuto účelu se v domácích podmínkách stále využívalo předchůdců moderních termoforů – vyhřáté žehličky, pokličky, cihly, střešní tašky, plátěného pytlíku s pískem či solí, otrubami atd. (Zorin, 1956, 1967).

Stejný účinek jako napářky, tedy horké obklady vytvořené z teplé vlhké obkladové látky (kapesník, ručník, kousek plátna, mulu) přikryté suchou látkou a upevněné obinadlem, měly i obklady z horkých kaší. Hlavním rozdílem bylo, že delší dobu udržovaly teplo. Nejčastěji používaný byl obklad z lněných semínek, ty se mohly nahradit vařenými kroupami nebo ovšem (Zorin, 1956, 1967). *„Asi 150 g rozemletých lněných semínek (lněné moučky) přidáváme postupně do ½ litru vařící vody a za stálého varu mícháme vařečkou, čímž vháníme do kaše vzduch a činíme ji lehčí. Když kaše zhoustne tak, že kape volně z vařečky, vyklopíme ji na jednu polovinu čistého, sepraného plátna nebo polštářku z několika vrstev mulu. Jejich rozměry musí být dvakrát větší než je plocha, kterou chceme zahřívat. Kaši namažeme ve středu té poloviny asi ve čtvrtcentimetrové vrstvě, okraje složíme ze tří stran nad kaší a přes ni přehneme druhou polovinu, takže vznikne úhledný balíček“* (Zorin, 1967, s. 88–89).

Při některých chorobách dýchacích cest doporučil lékař podat dítěti obklady namočené v olivovém nebo parafinovém oleji, který byl ve vodní lázni ohřátý na 40–50 °C (Zorin, 1956, 1967).

Dále se u dětí používal celkový teplý zábal za použití mokrého prostěradla, který měl mít teplotu v rozmezí 40–50 °C nebo celkový suchý zábal. Ten se přikládal, jelikož měl význačný potní účinek, který bylo možné ještě více podpořit předchozí teplou koupelí nebo pitím teplého čaje – ruského, lipového nebo prsního (Zorin, 1967).

Při kožních chorobách radil lékař rodičům, aby své dítě koupali v lázni s nějakým lékem. Nejčastěji se jednalo o koupele s heřmánkem, otrubami či hypermanganem. Sloužily především k dezinfekci kůže při hnisavých kožních chorobách. Dezinfekční účinek měly rovněž tabletky Derly rozpuštěné v převařené vodě (Zorin, 1956, 1967).

4.3 Péče o novorozence

„Novorodenec je bytosť so všetkých stránok sice pripravená na všetky telesné úkony, ale aby vo svojich úlohách mohol obstáť, je potrebné veľmi úzkostlivé, dokonalé a odborné vedenie“ (Galanda, 1952, s. 20).

„V prvních měsících spočívá péče o dítě především na matce. Když k ní přistupuje jako k nejzávažnějšímu a nejzajímavějšímu úkolu svého života, dokáže překonat přechodnou únavu a snad i ztrátu sebedůvěry a radosti z mateřství, které se mohou v proudu každodenní práce a starostí objevit“ (Mečíř, 1967, s. 4).

Péče o novorozence na odděleních šestinedělí se lišila v souvislosti s rozdílným vybavením porodnic a novorozeneckých odděleních. Nejčastěji byly děti soustředěny v prostorných pokojích, kde se udržovala čistota podobně jako na operačních sálech. Návštěvy zde byly zakázány. Děti se pravidelně přebalovaly a denně nahé vážily kvůli přesné kontrole váhového vývoje. Denně byly umývány vodou a mýdlem a oplachovány dezinfekčním prostředkem jako prevence hnisavých zánětů kůže. Na pupeční pahýl se používaly vysušující roztoky nebo zásypy, aby co nejdříve odpadl. V pravidelných intervalech přivázely sestry děti matkám ke kojení. V případě nutnosti dokrmily dítě oslazenou převařenou tekutinou. Po čtvrtém až pátém dnu bylo dítěti podáváno jako dokrm převařené mateřské mléko cizích matek, které měly přebytek (Mečíř, 1967).

Rok 1981 byl přelomový v oblasti ošetřování novorozenců a matek na oddělení šestinedělí. Za účelem příznivého působení na rozvoj psychických a biologických vazeb mezi matkou a dítětem byl do praxe pomalu zaváděn systém ošetřování matky a novorozence na pokoji společně, tzv. roaming-in. Zpočátku byly do systému zapojeny pouze matky, které již v prenatalní poradně souhlasily s tímto způsobem ošetřování a jejichž porod probíhal fyziologicky. Postupem času se tento systém rozšířil i na ostatní rodičky (Mendl et al., 1982).

Došlo k zásadním změnám v rolích sester a matek. Sestra se stala poradcem a průvodcem matky, která plně převzala veškerou péči o dítě. Bylo zjištěno, že tyto matky při propuštění velmi dobře ovládají péči o dítě včetně kojení, které se mohlo přizpůsobit potřebám a chuti novorozence. Sestry tento systém přijaly s nadšením a došlo k výraznému zlepšení vztahů mezi sestrami a matkami. Stouply také nároky na práci dětských lékařů, kteří museli brát v potaz, že matka se aktivně podílí na péči o novorozené dítě (Mendl et al., 1982). *„I když naše zkušenosti jsou zatím krátkodobé a vyzkoušeny v malém počtu dětí, považujeme dosažené výsledky za velmi povzbudivé.*

Podnítily nás k dalšímu rozšiřování roaming-in. Věříme, že v brzké době rozšíříme tento systém na celé porodnické oddělení“ (Mendl et al., 1982, s. 89).

V roce 1988 proběhl v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze v Podolí rozsáhlý výzkum, jehož cílem bylo získat informace o efektivitě systému roaming-in z pohledu matek. Bylo zjištěno, že dvě třetiny matek byly informovány o tomto systému již v období těhotenství. Zajímavým výsledkem bylo porovnání klasické péče versus roaming-in u vícerodiček, které měly zkušenosti jak s tradičním přístupem, tak s roamingem-in. Prakticky všechny ženy (98 %) považovaly společné pobývání za výhodnější pro novorozence a 83 % matek pokládalo tento způsob péče za výhodnější i pro sebe. Podobně kladně hodnotily matky i způsob edukace dětskými sestrami. Studie prokázala, že zavedení systému roaming-in významně prodloužilo dobu plného kojení. Přestože počet plně kojených dětí při propuštění se výrazně nelišil od tradičního způsobu péče, ve třech měsících věku dítěte byl zaznamenán statisticky významný vzestup počtu plně kojených dětí (Změlíková et al., 1988).

4.4 Hospitalizace

Kojenecké období je vzhledem k nejintenzivnějšímu fyzickému růstu a duševnímu pokroku velmi dynamické. V roce 1982 použila Zlámalová (1982) termín hospitalismus jako nemocniční chorobu vznikající v důsledku nedostatku podnětů, jednotvárného prostředí a zatížení vyšší nervové činnosti s potřebou přizpůsobit se novým životním podmínkám. Následně byl tento termín nahrazen pojmem „psychická deprivace“, čímž se rozumí psychický stav, který vzniká jako důsledek neuspokojení základních duševních potřeb dítěte. Tím se myslela potřeba určitého množství a druhu podnětů, učení navazování prvotních společenských vztahů, zvláště k matce, a osvojení si společenských rolí. V dobách minulého režimu bylo dítě při hospitalizaci separováno od matky, rodiny, domova a známého prostředí. V roce 1954 prohlásila Světová zdravotnická organizace ve Stockholmu, že tato separace představuje nebezpečí pro zdravý duševní vývoj dítěte. Z toho důvodu byl kladen důraz na kvalitu náhradní péče během hospitalizace s cílem podpořit interakci mezi sestrou a hospitalizovaným dítětem za účelem dosažení co nejoptimálnějšího emocionálního stavu.

Z hospitalizovaných dětí nejvíce strádali kojenci. Bylo samozřejmé, že takové děti rychle stagnovaly ve vývoji. Bylo proto nutné, aby sestry samy zahajovaly interakci s kojenci přiměřenou mimikou, hovorem, polaskáním či nabízením hraček. Dále mělo svůj význam respektovat návyky dítěte a udělat o nich záznam do dekurzu (Závislá, 1973).

Aby nedocházelo k zaostávání duševního vývoje hospitalizovaných dětí, staraly se dětské sestry a učitelky mateřských škol o provádění výchovných zaměstnání (Heroldová, 1984). „*V naší socialistické společnosti, kde je zdravotnictví na vysoké úrovni, se provádí výchovná zaměstnání na všech dětských odděleních nemocnic. Je samozřejmé, že se do něho nezapojují děti akutně nemocné, ale ostatní s lehkým onemocněním nebo po vyšetřovací dobu jsou do těchto zaměstnání zapojeny podle věku*“ (Heroldová, 1984, s. 217). Výchovný program byl písemně zpracován na každý měsíc, aby obsahoval všechny výchovné složky: rozumovou, mravní, tělesnou, hudební, výtvarnou a pracovní. Dopolední program obvykle připravovala učitelka mateřské školy, odpolednímu programu se věnovaly sestry. Prováděl se pravidelně každý den a k tomuto účelu sloužila dobře vybavená herna (Heroldová, 1984). V souvislosti s větší dostupností informací z oblasti vývojové psychologie se do praxe zaváděla péče o kojence ve formě rituálů. To se týkalo zvláště ústavní péče a kojeneckých ústavů. Rituály se objevily v základních úkonech ošetrovatelské péče, jako je krmení, koupání, přebalování, oblékání a lékařské prohlídky (Damborská a Štěpánová, 1984). „*Dítě není pasivním objektem péče dospělého, naopak, je podporována jeho vlastní iniciativa a aktivní účast při všem, co se s ním děje. Na této úrovni dochází pak k optimálnímu- protože na smysluplných souvislostech životního dění budovanému-rozvoji zkušeností a všech psychických funkcí kojence*“ (Damborská a Štěpánová, 1984, s. 109).

Přestože je dětská sestra odborně i všestranně vzdělaná v péči o děti docházelo ještě na konci osmdesátých let k přijímání dětí k hospitalizaci na oddělení s dospělými pacienty. Zde nebyl brán zřetel na vývojové potřeby dětí, které byly např. probouzeny již v šest hodin ráno za účelem ranní toalety. Vzhledem k tomu, že nebylo možné na těchto odděleních zajistit pedagogický dozor, museli všichni pracovníci oddělení v rámci svého pracovního času vykonávat výchovné zaměstnání dětí (Buričová, 1988).

Lékař a pedagog dr. Trnka řekl: „*Pokud jde o sestru, považuji za první úkol, aby ona sama věděla, proč zaměstnání dětem dává, aby věřila v jeho léčebný účinek a znala základní principy a pravidla, podle nichž dětem zaměstnání vybírá, ukládá a hodnotí. Pro její osobní zaujetí pro tuto práci pak je neméně důležité, aby si ošetřovatelka uvědomila fakt, že zaměstnané dítě se rychleji uzdravuje a nikdy nezlobí. A proto i čas a energii, které věnuje přípravě a zadávání zaměstnání se ji mnohonásobně vyplatí tím, že ubude podstatně problémů spojených s udržováním kázně, které často její energii vyčerpávají daleko více, než samotné úkoly léčebné*“ (Moravcová, 1968, s. 388).

4.5 Sestra na lůžkovém oddělení

Náplní práce dětské sestry na lůžkovém oddělení bylo starat se o důkladnou hygienu dítěte, o čistotu lůžka, o čistotu pokojů, pravidelně větrat. Sestra dítě koupala, omývala po stolici, zavinovala, vysazovala na nočník, vážila, měřila, krmila, vyvařovala savičky a lžičky. Dále dítěti podávala léky, měřila fyziologické funkce a sledovala je v průběhu lékařských výkonů (např. při podávání krevní transfuze) (Poláčková a Šráčková, 1966).

Dle ordinace lékaře zajistila vyšetření na různých odborných pracovištích. Mezi činnosti dětské sestry patřila i výchova dítěte ke správným hygienickým návykům. Nepečovala jen o tělesné pohodlí dítěte, ale také o jeho duševní rovnováhu (Poláčková a Šráčková, 1966).

Současné poznatky v zavádění nových forem do práce dětských sester pracujících na lůžkových odděleních poukazují na kvalitativně odlišné myšlení a konání sester, než tomu bylo v minulosti. V roce 1979 uvedla Mahdalová (1979), že ošetřovatelství bylo chápáno jednoznačně jako vědní disciplína, která zavazovala sestry pracovat na základě vědeckých poznatků a soustavně přehodnocovat současné myšlení a praxi. Mezi moderní prvky práce sestry na lůžkových odděleních patřilo zavedení sesterských vizit a zaznamenávání údajů o nemocných do dekurzů, čímž se získal ucelený obraz o průběhu a dynamice onemocnění.

4.6 Pomaturitní specializační studium dětských sester

Pomaturitní specializační studium dětský sester upravovala vyhláška č. 72/1971 Sb., O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví (§ 39–44), a metodické opatření č. 20/1971 Věstník Ministerstva zdravotnictví ČSR vydané k této vyhlášce. Toto studium zajišťoval ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně ve spolupráci s Krajskými ústavy národního zdraví. Jednalo se o výběrové studium, kdy ředitelé zdravotnických zařízení vydávali doporučení pro specializační studium. Specializace byla určena pro vedoucí sestry dětských oddělení, zástupkyně vedoucích sester dětských oddělení, vrchní sestry dětských nemocničních oddělení, dětských léčeben, kojeneckých ústavů a ústavů sociální péče pro děti a mládež. Cílem studia bylo poskytnout sestrám medicínskou, ošetrovatelskou, společensko-vědní a organizačně-řídicí základnu. V průběhu studia si sestry osvojily komplexní kompetence ošetrovatelské péče o děti. Součástí tehdejšího vzdělání byla i zkouška z marxismu-leninismu. Podobného vzdělání se dostalo i sestrám pracujících v jeslích, kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských ozdravovnách s větším důrazem na výchovně vzdělávací kompetence (Ministerstvo zdravotnictví ČSR, 1972a, 1972b).

„Môžeme konštatovať, že špecialistky v úsekoch ošetrovateľská starostlivosť o deti a výchovná starostlivosť sú dobre pripravené plniť náročné úlohy komplexnej ošetrovateľskej aj výchovnej starostlivosti“ (Krák et al., 1985, s. 330).

4.7 Shrnutí druhé poloviny 20. století

V padesátých letech 20. století se zavedla do praxe komunitní péče, která úzce spolupracovala s obvodním systémem. Obvodní dětský lékař měl k dispozici sestru, jejíž hlavní náplní byla návštěvní služba v domácnostech se zdravými i nemocnými dětmi. Důležitou součástí byla návštěvní služba u matek, novorozenců a kojenců. Sestry musely mít určité schopnosti a předpoklady k výkonu tohoto povolání, neboť často musely řešit složité situace, ve kterých byly odkázány jen samy na sebe. Mnohdy se sestra setkávala s nepochopením, odporem a odmítnutím. Záleželo pak na jejích přesvědčovacích schopnostech a charakterových vlastnostech, do jaké míry se jí rodina

otevřela a přijala ji. Systém komunitní péče je ve světě uznávaný a shledává se s pozitivními výsledky. Bohužel u nás byl v roce 1989 zrušen jako výdobytek socialismu. Nyní si stále více uvědomujeme, jak nám tento systém chybí.

V roce 1981 se do praxe zavedl roaming-in jako nový způsob ošetřování novorozenců na porodnicích. Poprvé tak spolu tráví matka a novorozenec první společné chvíle. Dnes je tento styl péče zcela běžný. Oproti dřívější době se nám zkracuje doba pobytu v porodnici na zákonné minimum 72 hodin, což je poměrně krátká doba na osvojení základní ošetrovatelské péče o dítě a identifikaci s rolí matky. Za minulého režimu zůstávala matka v porodnici mnohem déle a po propuštění plynule navazovala návštěvní služba v domácnostech. V dnešní době z důvodu chybějící následné péče po propuštění z oddělení šestinedělí vyhledávají matky pomoc a radu např. v laktačním poradenství nebo dochází k nadužívání zdravotní péče jako kompenzace nefungující následné péče.

Rok 1989 se stal mezníkem v péči o matku s dítětem. Další doba rychleji posouvala a rozvíjela pediatrii v mnoha směrech.

5 ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na zmapování historického vývoje ošetřovatelské péče v dětském věku na území ČR. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vývoj v období 19. a 20. století.

Ošetřovatelská péče tak, jak se na našem území vyvíjela, měla progresivní vývoj zejména v poválečných obdobích a hospodářských krizích, kdy začala ekonomika státu vzkvétat.

Závěrem lze říci, že největší rozmach ošetřovatelské péče nastal v druhé polovině 20. století, a to především v souvislosti s objevením a zavedením nových technologií, nárůstem socioekonomických podmínek a zlepšením statutu rodiny.

Přestože zdravotní péče poskytovaná nemocným dětem je v současné době na velmi dobré úrovni, je potřebná i lepší propracovanost systému primární prevence, který by se měl více zaměřovat na rodiny, školy a nejbližší sociální prostředí dětí.

Každá generace by měla mít na paměti, že je přínosné se čas od času zastavit a ohlédnout se zpět. I pro dnešní dobu má zmapování vývoje v oblasti dětského ošetřovatelství nemalý význam. Čerpat z historie, poučit se z chyb, nechat se inspirovat v oblasti rozvoje ošetřovatelské péče u dětí a mít možnost porovnat její konkrétní vývoj. I z tohoto důvodu je důležité se zabývat historií, neboť ne všechny postupy, praktiky a způsoby poskytování zdravotní péče u dětí jsou pro dnešní dobu nepoužitelné. Jako příklad lze uvést zrušení systému komunitní péče, jenž byl na našem území v druhé polovině 20. století dobře propracován. Ve světě se používá dodnes. Tento způsob poskytování zdravotní péče u nás v současné době schází, i když Světová zdravotnická organizace a UNICEF v rámci programu 2020 systém komunitní péče podporují.

Nyní je nezbytné dělat maximum, aby rozvoj ošetřovatelské péče v dětském věku i nadále pokračoval a zamezilo se stagnování dalšího rozvoje v této oblasti.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN RELIEF ADMINISTRATIV EUROPEAN CHILDREN'S FUND, 1920. *Československá péče o dítě 1919-1920*. Praha.

ANON, 1868. *Kterak obec má pečovati o chudé děti: Zákony, poučení, postupy týkající se zaopatřování chudých, sirotků a vdov 1869-1920*.

AUTORSKÝ KOLEKTIV, 1906. *Zdroje hospodářského blahobytu: Nezbytná kniha pro každého, kdo chce brzo a poctivě zbohatnouti*. Návštěvou v pražském nalezinci. Praha: B. Kočí.

AUTORSKÝ KOLEKTIV, 1957. *Dispensární péče o dítě: Příručka pro sestry*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

BĚLEHRÁDEK, J. a J. ZÁVADOVÁ, 1941. *Šťastné dítě: Otázky zrodu a výchovy dítěte do šesti let*. Praha: Ženská národní rada a Edvard Fastr.

BLECHA, J., 1967. Poznámka k diskusi o školní zdravotní službě. *Československá pediatrie*. Bratislava, roč. 22, č. 12, s. 1117-1118. ISSN 0069-2328.

BRDLÍK, J., 1917. *Dítě a kojeneček*. Praha: Česká zemská komise.

BROŽOVÁ, J., 1953. Co dělá dětská sestra v poradně? *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 3, s. 679-680. ISSN 0049-8572.

BULÍŘ, K., 1903. *Těhotenství, porod a šestinedělí: Bibliotéka Lékařských spisů populárních*. Praha: Nakladatelství Hejda a Tuček.

BURICOVÁ, M., 1988. Ošetrovanie detí hospitalizovaných na oddeleniach dospelých. *Zdravotnícká pracovníce*. Roč. 38, č. 6, s. 338-340. ISSN 0049-8572.

BURJAN, J., 1906. *Nemluvňa alebo život a opatera dieťaťa v prvých dvoch rokoch*. Turčiansky Svätý Martin.

ČÁDA, F., 1921. *O výchově*. Praha: Melantrich.

DAMBORSKÁ, M. a P. ŠTĚPÁNOVÁ, 1984. Pokus o realizaci mateřského přístupu ke kojenci v kolektivu formou rituálů. *Československá pediatrie*. Roč. 39, č. 2, s. 107-111. ISSN 0069-2328.

DUNOVSKÝ, J., 1989. Stav a perspektivy obvodní pediatrické péče u nás. *Československá pediatrie*. Roč. 44, č. 5, s. 286-290. ISSN 0069-2328.

EISELT, B., J., 1863. Blbství u dětí z nemanželského lože: výpisky a výtahy. *Časopis lékařů českých*. Roč. 2, č. 5, s. 61. ISSN 0008-7335.

FISHER, L., 1924. *Žena – Matka – Dítě: Rady a pokyny*. Praha: Nakladatel B. Kočí.

FISCHER-DÜCKELMANN, A., 1908. *Die Frau als Hausärztin*. Stuttgart: Süddeutsches Verlags-Institut.

FISCHER-DÜCKELMANN, A., zpracovala BAYEROVÁ, A., 1900. *Žena lékařkou. Lékařská kniha, věnovaná péči o zdraví a léčbě nemocí se zvláštním ohledem na ženské a dětské nemoci, pomoc ku porodu a ošetřování dítek*. Praha: Nakladatel J. R. Vilímek.

GALANDA, V., 1952. *Starostlivosť o novorodenca a dojča: Pomocná kniha pre zdravotnicke školy vetva pre porodné asistentky*. Bratislava: Štátne nakladateľstvo.

GEORGES, Th., 1910. *Prvý rok života dítěte*. Praha: Nakladatel F. Šimáček.

GREGOR, O., 1949. Zdravé dojča – budúcnosť národa. *Zdravý národ*. Roč. 4, s. 49-50.

HANKEOVÁ, R., 1954. Dětská sestra v terénu. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 4, č. 9, s. 572. ISSN 0049-8572.

HANOUSEK, L., 1989. Zdravotní a očkovací průkaz dítěte – dokument k podpoře primárně preventivních opatření v pediatrii. *Československé zdravotnictví*. Roč. 37, č. 6/7, s. 318-324. ISSN 0009-0689.

HASÁKOVÁ, M., 1989. Zdravotná výchova v starostlivosti o dieťa. *Zdravotná výchova*. Roč. 25, č. 1, s. 42-45. ISSN 0862-044X.

HEROLDOVÁ, S., 1984. Výchovná péče o hospitalizované děti. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 34, č. 4, s. 217-219. ISSN 0049-8572.

HRUBÁ, A. a V. MÜLLEROVÁ, 1964. Depistáž ortopedických vad ve školní zdravotní službě. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 14, č. 5, s. 242-244. ISSN 0049-8572.

HRVOLOVÁ, V., 1968. Práca detskej sestry v dispenzárnej starostlivosti u detí ohrozených prostredím. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 18, č. 10, s. 518-521. ISSN 0049-8572.

HRVOLOVÁ, V., 1975. Obvodná detská sestra – verejný činiteľ. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 25, č. 12, s. 735-736. ISSN 0049-8572.

HUBINKOVÁ, Z., L. BAKÉ-TOMIÉ a A. SURYNEK, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. aktualizované, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1593-3.

HŮSKOVÁ, J. a P. KAŠNÁ, 2009. *Ošetřovatelství – ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit I.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2852-0.

JANDA, J., 1887. *Mladá matka: Poučení, jak se má žena zachovati od početí až k samostatné výživě dítěte.* Praha: Nakladatel F. A. Urbánek.

JOHNSON, P., 1991. *Dějiny 20. století.* Praha: Rozmluvy. ISBN 80-85336-07-3.

KADĚROVÁ, V., 1968. Ústavy sociální péče pro děti. *Zdravotnická pracovnice.* Roč. 18, č. 9, s. 501-502. ISSN 0049-8572.

KAPALÍN, V., 1955. Školní zdravotní služba a obvodní systém. *Praktický lékař.* Roč. 35, č. 21, s. 480-482. ISSN 0032-6739.

KAPALÍN, V., 1959. Školní zdravotní služba- její úkoly a dnešní možnosti. *Praktický lékař.* Roč. 39, č. 17, s. 777-783. ISSN 0032-6739.

KLIKA, Č., 1902. *Dětské nemoci: I. O ošetřování novorozenců a kojenců.* Bibliotéka lékařských spisů populárních. Praha: Nakladatelství Hejda a Tuček.

KLÍMOVÁ-FÜGNEROVÁ, M., 1955. *Naše dítě.* 7. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

KOLEKTIV PEDIATRŮ, 1958. *Dětské lékařství.* 3. přepracované vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

KOPECKÁ, Z., 1966. K problematice návštěvní služby u dětí v Praze. *Československé zdravotnictví.* Roč. 14, č. 11, s. 586-591. ISSN 0009-0689.

KOPECKÁ, Z., 1968a. Akutně nemocné dítě v rodinné péči. *Československé zdravotnictví*. Roč. 16, č. 3, s. 109-115. ISSN 0009-0689.

KOPECKÁ, Z., 1968b. Rodinné prostředí a péče zaměstnané matky o dítě při akutním onemocnění. *Československé zdravotnictví*. Roč. 16, č. 4, s. 167-176. ISSN 0009-0689.

KOTULÁN, J., 1965. *Režim dne a dítěte*. Praha: Ústřední ústav zdravotnické osvěty.

KRÁK, E., Z. CHAMILLOVÁ a M. MARKOVIČOVÁ et al., 1985. Skúsenosti s pomaturitným specializačným štúdiom detských sestier. *Zdravotnícká pracovnice*. Roč. 35, č. 6, s. 328-330. ISSN 0049-8572.

KULHÁNEK, K., 1927. *Kojenec a batole*. Praha: nákladem vlastním.

KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

LAHITA, I., 1971. Spoločná kolektívna výchova detí od narodenia do troch rokov. *Československá pediatrie*. Roč. 26, č. 6, s. 305-307. ISSN 0069-2328.

LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

MAHDALOVÁ, A., 1979. Ďalšie zlepšenie zdravotnej starostlivosti o deti. *Zdravotnícká pracovnice*. Roč. 29, č. 7, s. 401-403. ISSN 0049-8572.

MANN, Q., 1921. *Matkám*. Praha: Vesmír.

MAŠEK, M., 1967. Výsledky péče o nezralé děti a její nejbližší úkoly. *Zdravotnické noviny*. Roč. 16, č. 22, s. 1-3. ISSN 1805-2355.

MEČÍŘ, M., 1967. *Aby bylo zdravé: Péče o dítě v prvních měsících života*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy.

MENDL, V., TOMÁŠ, J., CHODĚROVÁ, M. a V. KYSELA, 1982. Zkušenost s ošetřováním matky a novorozence. *Československá pediatrie*. Roč. 37, č. 2, s. 88-89. ISSN 0069-2328.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČSR. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1972a. *Náplň specializace pro obor Dětská sestra v úseku práce výchovná péče*. Praha.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČSR. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1972b. *Náplň specializace pro obor Dětská sestra v úseku práce ošetrovatelská péče*. Praha.

MORAVCOVÁ, J., 1965. Péče o dítě v terénu. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 15, č. 5, s. 243-248. ISSN 0049-8572.

MORAVCOVÁ, J., 1968. Zaměstnání hospitalizovaných dětí. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 18, č. 7, s. 387-394. ISSN 0049-8572.

NAUŠ, A. a J. UHROVÁ, 1954. Práce sestry na školní ošetrovně. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 4, č. 8, s. 487-488. ISSN 0049-8572.

PACHNER, F., 1933. *X. Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

POLÁČKOVÁ, V. a D. ŠRÁČKOVÁ, 1966. *Ošetřování zdravého a nemocného dítěte: Učební text pro střední zdravotnické školy, obor dětských sester*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

REJLEK, J., 1967. Některé otázky systematické preventivní péče o děti předškolního věku. *Československá pediatrie*. Roč. 22, č. 1, s. 80-82. ISSN 0069-2328.

SITAŘ, M., 1968. Jak dál s pediatrickým obvodním systémem? *Československá pediatrie*. Roč. 23, č. 12, s. 1106-1113. ISSN 0069-2328.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy II – Pediatrie, chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.

STRAPKOVÁ, E., 1967. Starostlivost' o nezrelé deti. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 17, č. 9, s. 475-478. ISSN 0049-8572.

STRENG, J., 1859. *Kniha babická: ku prospěchu žen babictví se učících*. Praha: Nákladem Bedřicha Ehrlicha.

ŠABACKÁ, B., 1982. Úkoly obvodní dětské sestry a její spolupráce s pracovním týmem na obvodě. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 32, č. 4, s. 19-21. ISSN 0049-8572.

ŠLOSAROVÁ, V., 1964. Vývoj a perspektivy školní zdravotní služby. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 14, č. 5, s. 226-228. ISSN 0049-8572.

ŠTOLOVÁ, O., 1958. Jaké úkoly nás čekají ve školní zdravotní službě. *Zdravotnické noviny*. Roč. 7, č. 7, s. 2. ISSN 1805-2355.

ŠTOLOVÁ, O. a H. DUFKOVÁ, 1968. Současný stav a další vývoj péče o nedonošené děti. *Československá pediatrie*. Roč. 23, č. 3, s. 193-197. ISSN 0069-2328.

TEYSCHL, O. et al. 1960. *Speciální ošetrovatelská technika: Příručka pro dětské sestry*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

TOMAN, M., A. GROSSERT a A. SVOBODOVÁ, 1968. Pokus o novou pracovní náplň vyčleněné školní zdravotní služby. *Československá pediatrie*. Roč. 23, č. 4, s. 370-372. ISSN 0069-2328.

TRUCKOVÁ, B. a R. P. TRUCK, 1984. *Lékaři hanby: Pravda o lidských morčatech v Osvětími*. 2. vyd. Praha: Práce.

TRUMPP, J., 1924. *Ošetřování a výchova dětí v rodině: II. Věk hravý*. Praha: Nakladatel B. Kočí.

TŮMA, A., 1934. *Dítě v péči ústavní: Soubor přednášek a výkladů výchovného pěstounského kursu pořádaného Vyšší školou sociální péče v Praze*. Praha: Vyšší škola sociální péče.

VACKOVÁ-CHLUMECKÁ, J. a F. KOŽÍŠKOVÁ-BUDOVÁ, 1926. *Péče o dítě: Příručka pro učitelky škol rodinných a národních, pracovnice v lidových a rodinu*. Česká Třebová: Knihtiskárna R. Jarkovského.

VENDEROVÁ, E., 1964. Vliv věku a délky pobytu na nemocnost v jeslích. *Československá pediatrie*. Roč. 19, č. 10, s. 925-930. ISSN 0069-2328.

VIDAL, F., [1924?]. *Opatrování dítěte a jeho výživa a výchova*. Praha: Nestlé.

VITÁK, A., K., 1902. *Klín mateřský, čili, Nauka o výchově rodinné, která totíž děti od početí a narození až do čtvrtého roku věku tělesně a duševně ošetřovati a rozumně vychovávati*. Praha: nakladatel Fr. A. Urbánek.

VORONINOVÁ, Z., 1959. Návštěvní služba v rodinách. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 9, č. 1, s. 30-31. ISSN 0049-8572.

VOZÁBOVÁ, E., 1914. *Jak má matka zacházeti s kojencem*. Brno: Zemská organizace pokrokových žen v Brně.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., V. WIRTHOVÁ a J. HOLUBOVÁ, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WARNER, K., F., ESTUCKMANN, E., BIMAN, S. et al., 1995. *Kronika 20. století*. Praha: Fortuna Print. ISBN 80-7321-039-8.

ZÁVISLÁ, E., 1973. Výchovné a sociální aspekty v práci sestry na dětském oddělení. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 23, č. 6, s. 324-325. ISSN 0049-8572.

ZLÁMALOVÁ, V., 1982. Dojca a hospitalizacia. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 32, č. 2, s. 6. ISSN 0049-8572.

ZMĚLÍKOVÁ, E., R. HODR a F. MANDYS, 1988. Ošetřování novorozence systémem roaming-in z pohledu matek. *Československá pediatrie*. Roč. 43, č. 1, s. 48. ISSN 0069-2328.

ZORIN, V., 1956. *Nemocné dítě v domácím ošetřování*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

ZORIN, V., 1967. *Jak ošetřovat nemocné dítě: Rádce rodičů*. Praha. Státní zdravotnické nakladatelství.

ŽERNÁ, B., 1955. Školní zdravotní sestra. *Zdravotnická pracovnice*. Roč. 5, č. 9, s. 519-520. ISSN 0049-8572.

7 PŘÍLOHY

Příloha 1 Správné vkládání dítěte do koupele

Příloha 2 Nesprávné vkládání dítěte do koupele

Příloha 3 Přehled nemocí u ošetřených dětí

Příloha 4 Statistické údaje Masarykova ústavu

Příloha 5 Útulek matek a kojenců

Příloha 6 Masarykův ústav pro matky a kojence

Příloha 7 Pokoj kojenců ve starém útulku

Příloha 8 Průhled kojeneckým oddělením v novém ústavě

Příloha 9 Denní kolísání ve váze a délce

Příloha 10 Správná poloha dětské postele

Příloha 11 Zdravý, slunný dětský pokoj

Příloha 12 Vážení dítěte

Příloha 13 Správné zvedání dítěte

Příloha 14 Jak pije kojeneček z lahve s drátěným podstavcem

Příloha 15 Sedací koupel pro kojence

Příloha 16 Reformní oblek pro děvčata

Příloha 17 Děti z Jedličkova ústavu

Příloha 18 Úmrtnost kojenců 1914 – 1919

Příloha 19 Správné držení dítěte v peřince

Příloha 20 Špatné držení dítěte

Příloha 21 Správné držení dítěte

Příloha 22 Zusammenlegbares kinderstübchen (skládací dětský salónek)

Příloha 23 Držení malého dítěte při vyšetřování

Příloha 24 Nalezinec pro matky a děti v Praze v první polovině 20. století

Příloha 25 Nalezinec pro matky a děti v Praze – oddělení pro starší děti

Příloha 26 Inkubátory Inka a Armstrong z poloviny 20. století

Příloha 27 Inkubátory Davidson a Isolette z poloviny 20. století

Příloha 1 Správné vkládání dítěte do koupele



Obr. 2. Správné vkládání dítěte do koupele.

Zdroj: GEORGES, Th., 1910. *První rok života dítěte*. Praha: Nakladatel F. Šimáček.

Příloha 2 Nesprávné vkládání dítěte do koupele



Obr. 3. Nesprávné vkládání dítěte do koupele.

Zdroj: GEORGES, Th., 1910. *Prvý rok života dítěte*. Praha: Nakladatel F. Šimáček.

Přehled nemocí u ošetřených dětí

	diagnosa při přijetí	komplikace v ústavě		diagnosa při přijetí	komplikace v ústavě
Chronická porucha výživy	32	2	Obrna hor. končetin	1	—
Intoxikace	6	1	Obrna mozková	1	—
Habituelní zvracení	4	4	Phimosa	2	—
Srdeční vada vrozená	3	—	Vulvitis	1	—
Zánět plic	8	7	Anaemie	8	8
Zánět středního ucha	4	8	Neuropathie	8	—
Zánět měchýře	—	2	Varicella	—	1
Zánět uzlin	—	2	Pertussis	2	10
Sepsis	3	1	Stomatitis	1	—
Lues latens seroneg.	2	—	Zánět spojivek go	1	—
Lues congenita	2	—	Zánět spojivek non go	8	4
Známky exsud. diathesy	53	—	Kýla pupěční	6	1
Foliculitis, furunkulosa	10	12	Kýla šourková	2	—
Erythrodermia desquam	1	—	Kýla vodní	2	—
Phlegmona	—	5	Vrozená struma	1	—
Pemphigus	29	1	Vbočená noha	1	—
Choroby pupku	8	—	Hirschsprungova chor.	1	—
Nedonošenost a vroz. slab.	61	—	Albinismus	1	—
Rhachitis	21	8	Nystagmus	1	—
Tetanie	4	—	Osteochondritis	1	—
Krvácení do mozk. plen	1	—	Rozštěp rtu a patra	1	—
Krvácení do mozku	—	1	Duševní méněcennost	3	—

Zdroj: PACHNER, F., 1933. X. *Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

Příloha 5 Útulek matek a kojenců

ÚTULEK MATEK A KOJENCŮ VE SL. OSTRAVĚ V R. 1923



Zdroj: PACHNER, F., 1933. *X. Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

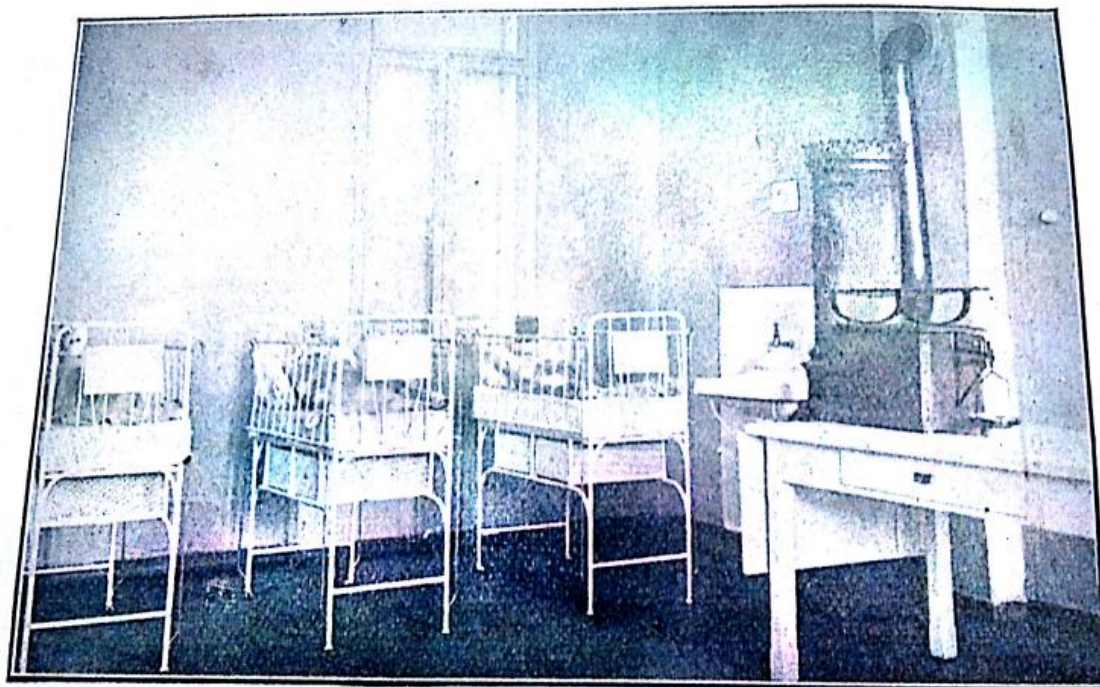
Příloha 6 Masarykův ústav pro matky a kojence



MASARYKŮV ÚSTAV PRO MATKY A KOJENCE

Zdroj: PACHNER, F., 1933. *X. Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

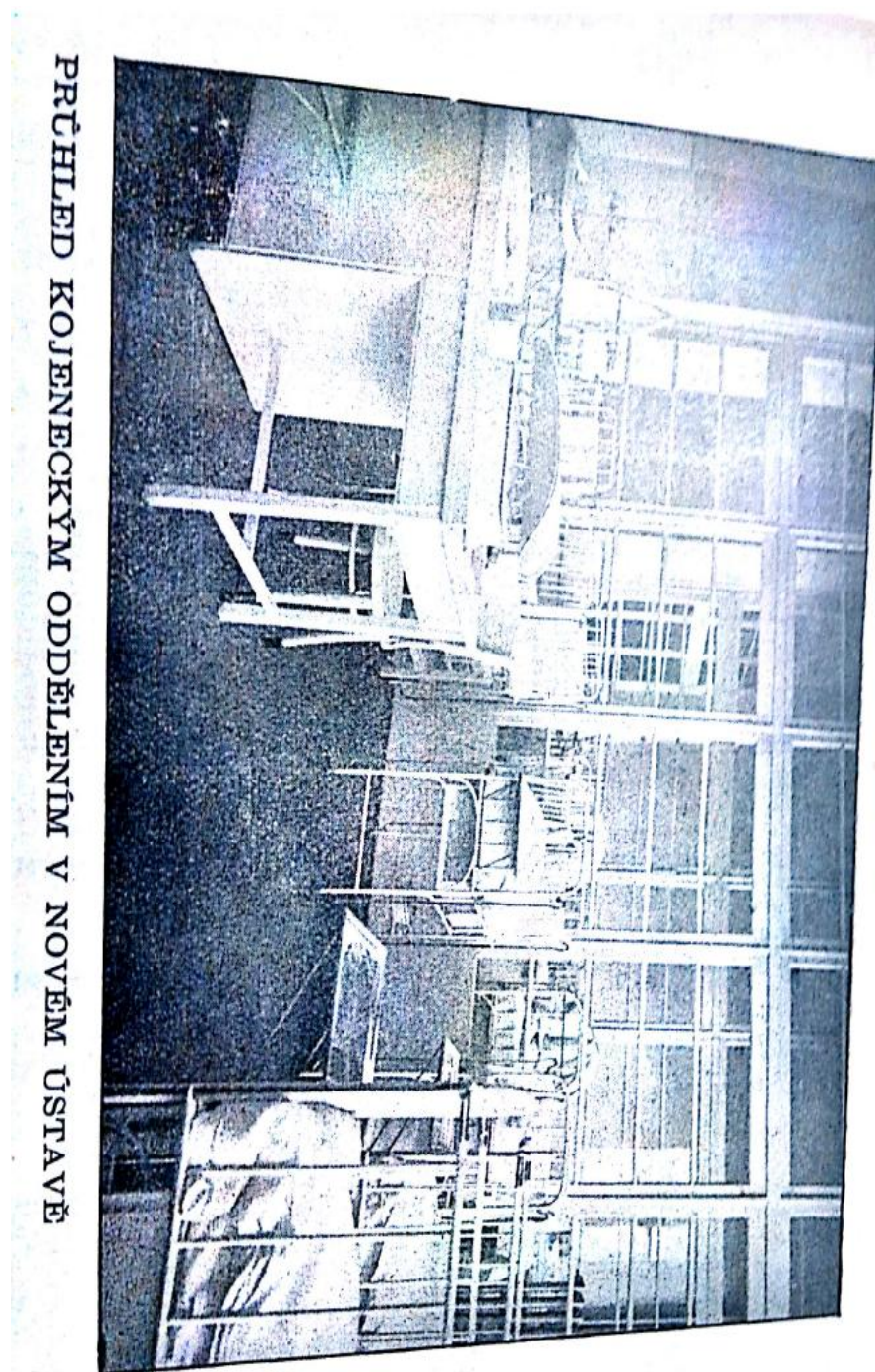
Příloha 7 Pokoj kojenců ve starém útulku



POKOJ KOJENCŮ VE STARÉM ÚTULKU

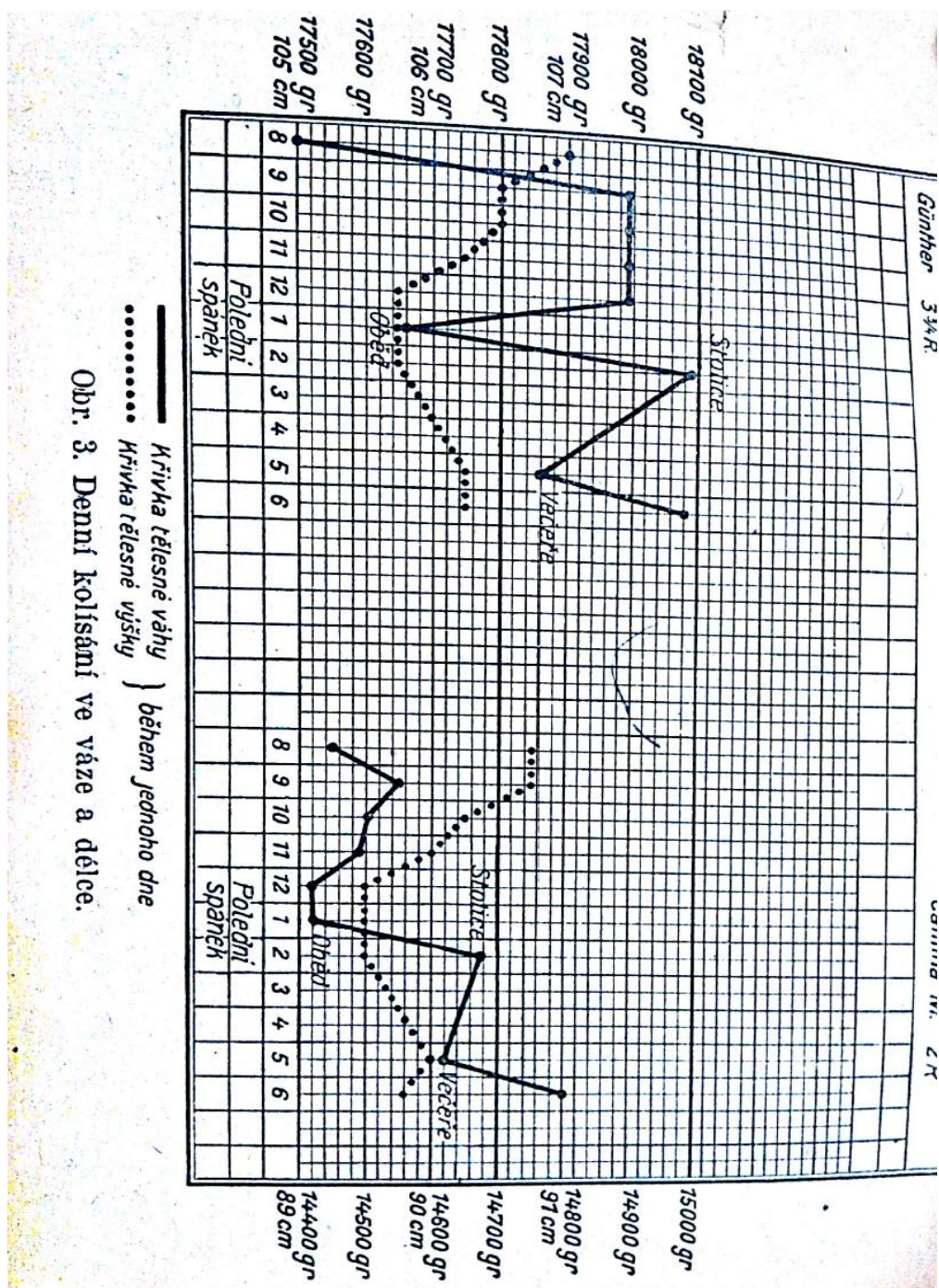
Zdroj: PACHNER, F., 1933. *X. Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

Příloha 8 Průhled kojeneckým oddělením v novém ústavě



Zdroj: PACHNER, F., 1933. *X. Výroční zpráva za rok 1932*. Ostrava: Masarykův ústav pro matky a kojence.

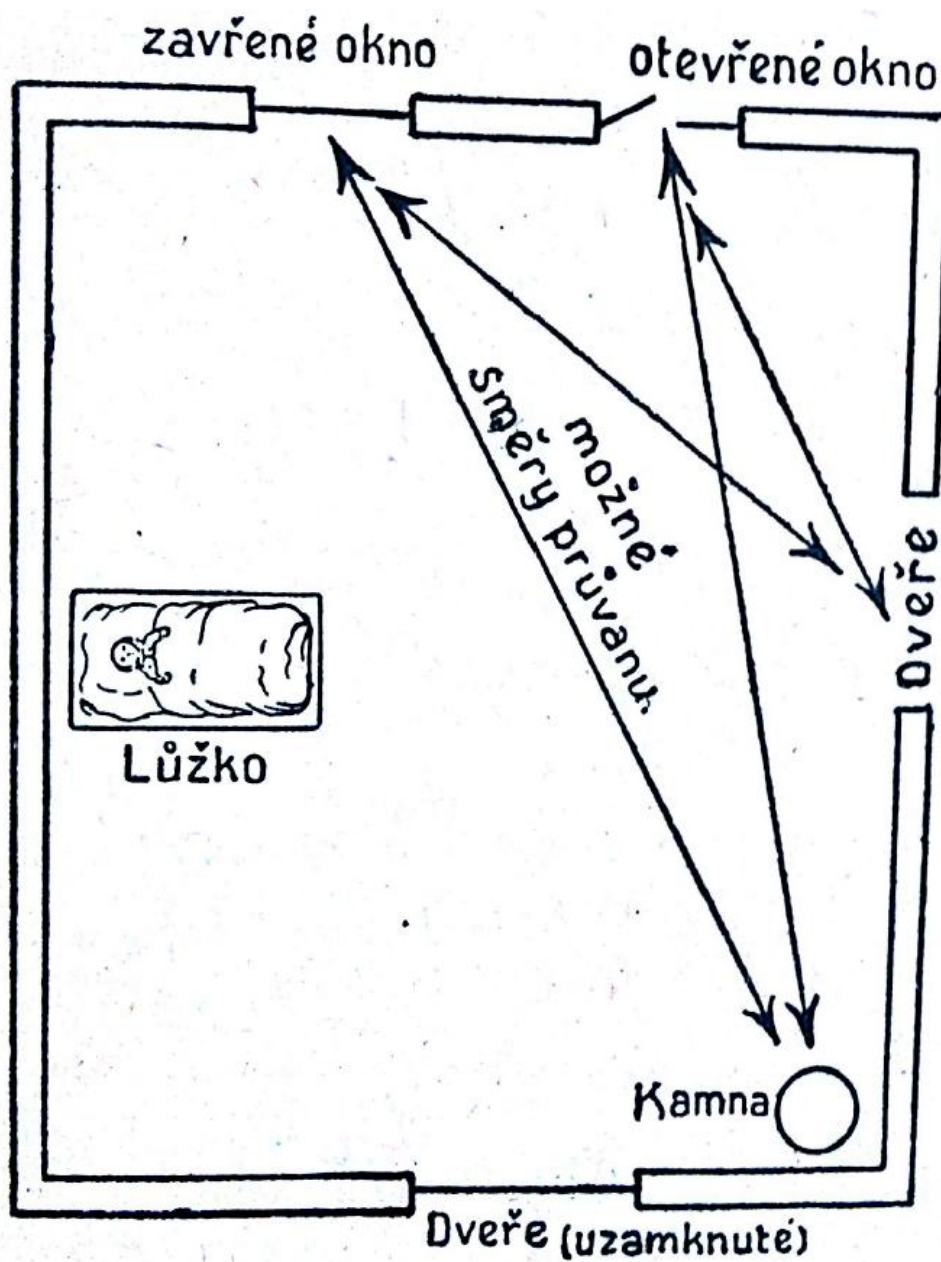
Příloha 9 Denní kolísání ve váze a délce



Obr. 3. Denní kolísání ve váze a délce.

Zdroj: TRUMPP, J., 1924. *Ošetřování a výchova dětí v rodině: II. Věk hravý*. Praha: Nakladatel B. Kočí.

Příloha 10 Správná poloha dětské postele



Obr. 84. Správná poloha dětské postele.

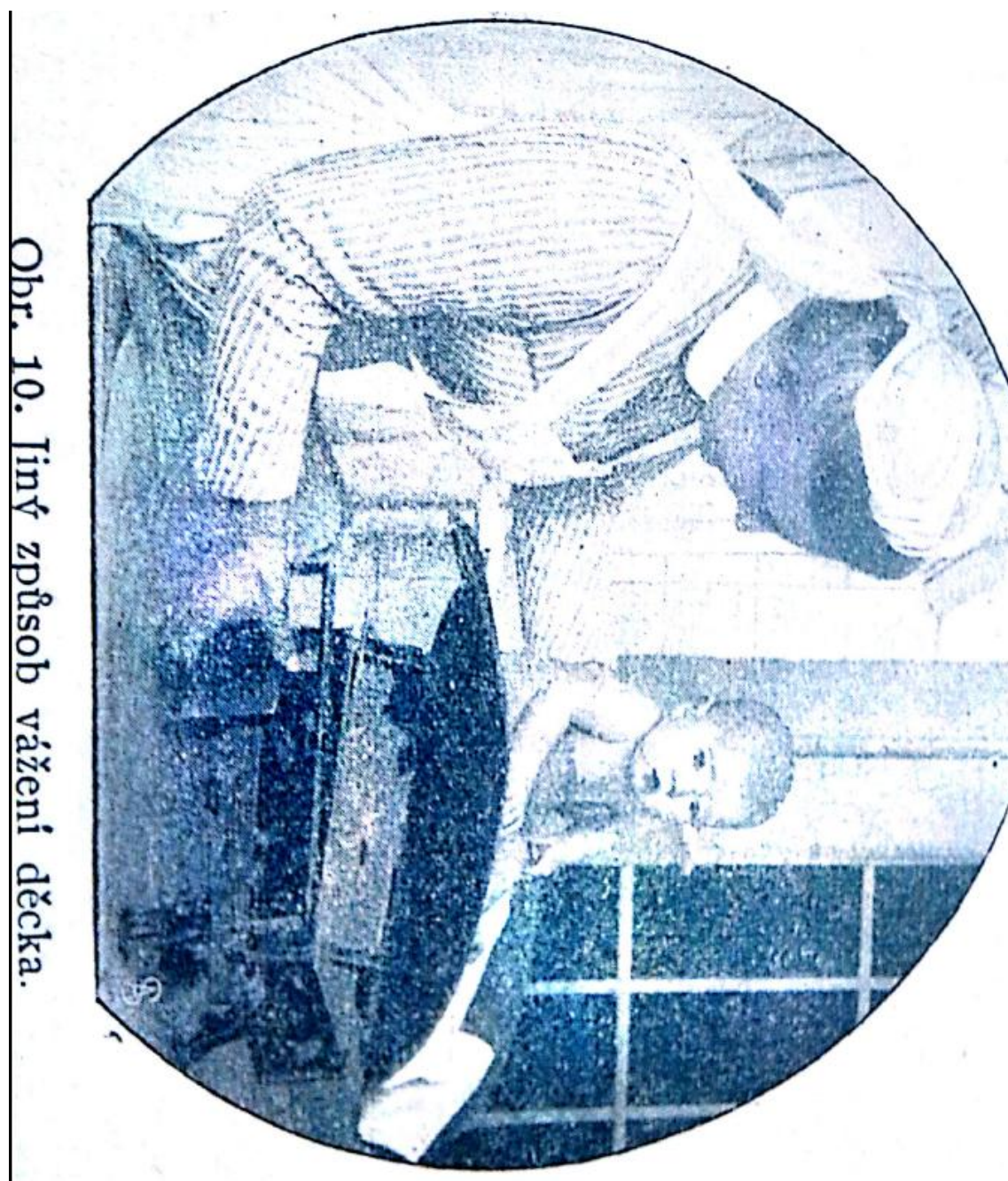
Zdroj: TRUMPP, J., 1924. *Ošetřování a výchova dětí v rodině: II. Věk hravý*. Praha: Nakladatel B. Kočí.

Příloha 11 Zdravý, slunný dětský pokoj



Obr. 77. Zdravý, slunný dětský pokoj.

Zdroj: TRUMPP, J., 1924. *Ošetřování a výchova dětí v rodině: II. Věk hravý*. Praha: Nakladatel B. Kočí.



Obr. 10. Jiný způsob vážení děcka.

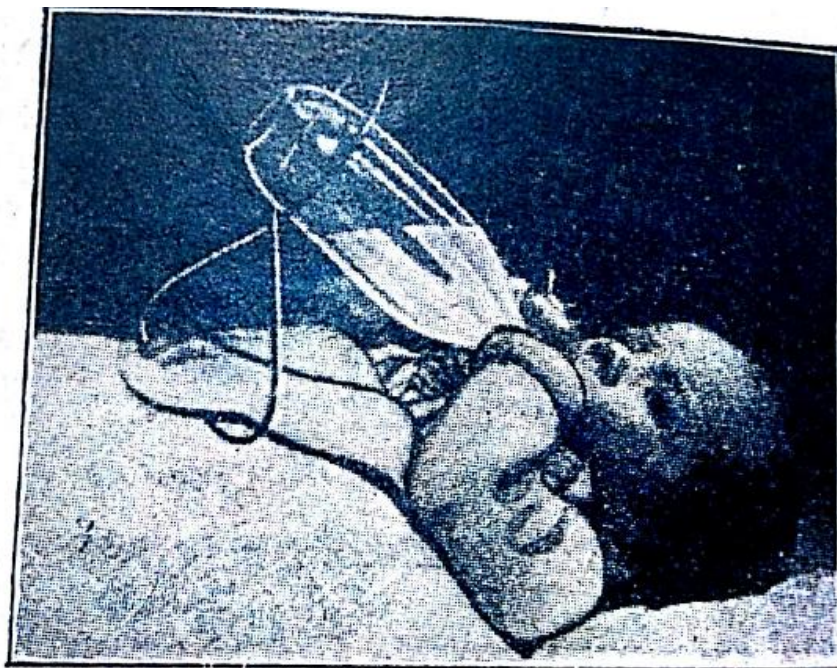
Příloha 13 Správné zvedání dítěte



Obr. 20. Správné zvedání děčka.

Zdroj: GEORGES, Th., 1910. *Prvý rok života dítěte*. Praha: Nakladatel F. Šimáček.

Příloha 14 Jak pije kojenec z lahve s drátěným podstavcem



Jak pije kojenec z láhve s drátěným podstavcem.

Zdroj: GEORGES, Th., 1910. *Prvý rok života dítěte*. Praha: Nakladatel F. Šimáček.

Příloha 15 Sedací koupel pro kojence



Obr. 373. Koupel sedací pro kojence.

Zdroj: FISCHER-DÜCKELMANN, A., zpracovala BAYEROVÁ, A., 1900. *Žena lékařkou. Lékařská kniha, věnovaná péči o zdraví a léčbě nemocí se zvláštním ohledem na ženské a dětské nemoci, pomoc ku porodu a ošetřování dítěte.* Praha: Nakladatel J. R. Vilímeček.

Příloha 16 Reformní oblek pro děvčata



Obr. 377. Oblek reformní pro děvčata.

Zdroj: FISCHER-DÜCKELMANN, A., zpracovala BAYEROVÁ, A., 1900. *Žena lékařkou. Lékařská kniha, věnovaná péči o zdraví a léčbě nemocí se zvláštním ohledem na ženské a dětské nemoci, pomoc ku porodu a ošetřování dítek*. Praha: Nakladatel J. R. Vilímek.

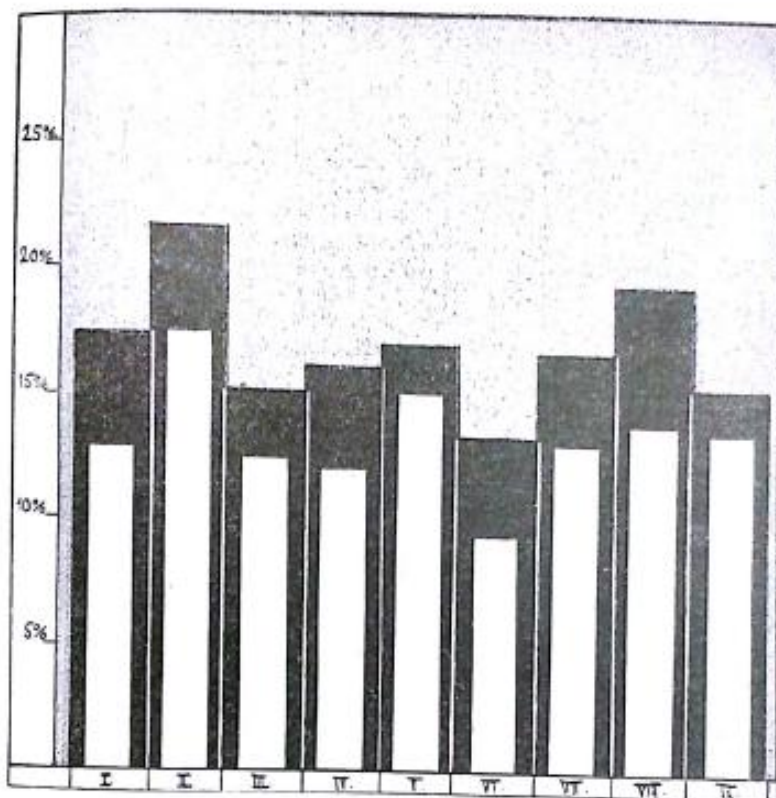
Příloha 17 Děti z Jedličkova ústavu



Děti z jedličkova ústavu pro zmrzačené popijejí „Americké kakao“.

Zdroj: AMERICAN RELIEF ADMINISTRATIV EUROPEAN CHILDREN'S FUND, 1920. *Československá péče o dítě 1919-1920*. Praha.

Příloha 18 Úmrtnost kojenců 1914 – 1919



Úmrtnost kojenců
1914—1919.



V krajích :	1914 :	1919 :
I. Střední Čechy	17.5%	12.9%
II. Rudohoří a sev.-záp. Čechy	21.6%	17.5%
III. Šumava a záp. Čechy	15.1%	12.5%
IV. Česko-moravská vysočina	16.2%	12.0%
V. Orlické hory ; Krkonoše	17.1%	15.2%
VI. Praha s okolím	15.4%	9.5%
VII. Jižní Morava	16.8%	13.2%
VIII. Severní Morava	18.5%	14.0%
IX. Kraj Mor.-Ostravský	15.4%	13.6%

Zdroj: AMERICAN RELIEF ADMINISTRATIV EUROPEAN CHILDREN'S FUND,
1920. *Československá péče o dítě 1919-1920*. Praha.

Příloha 19 Správné držení dítěte v peřince



Správné držení v peřince: hlava je něco pozvednuta a páteř je délkou podložena na předloktí chůvy.

Zdroj: VOZÁBOVÁ, E., 1914. *Jak má matka zacházeti s kojencem*. Brno: Zemská organizace pokrokových žen v Brně.

Příloha 20 Špatné držení dítěte



**Špatné držení podmiňující zkřivení páteře.
(Dítě sedí na jedné hýždí a ruku má kolem krku
chůvy. ¶ Mimo to je příliš tisknuto k tělu rukou).**

Zdroj: VOZÁBOVÁ, E., 1914. *Jak má matka zacházeti s kojencem*. Brno: Zemská organizace pokrokových žen v Brně.

Příloha 21 Správné držení dítěte



Správné držení: dítě sedí na obou hýždích, nemá ruce kolem krku a není příliš tisknuto k tělu.

Zdroj: VOZÁBOVÁ, E., 1914. *Jak má matka zacházeti s kojencem*. Brno: Zemská organizace pokrokových žen v Brně.

Příloha 22 Zusammenlegbares kinderstübchen (skládací dětský salón)

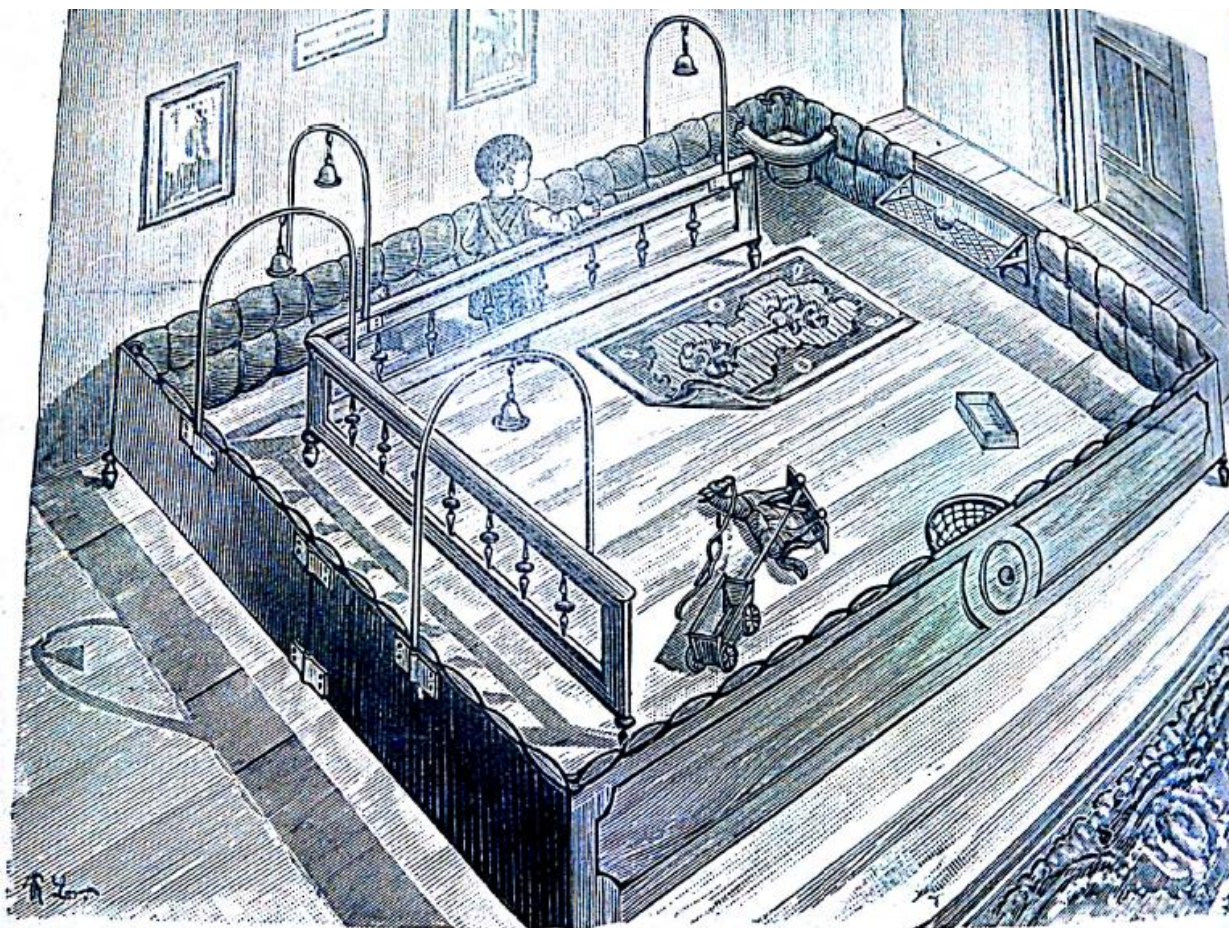


Fig. 220. Zusammenlegbares Kinderstübchen.

Zdroj: FISCHER-DÜCKELMANN, A., 1908. Die Frau als Hausärztin. Stuttgart.

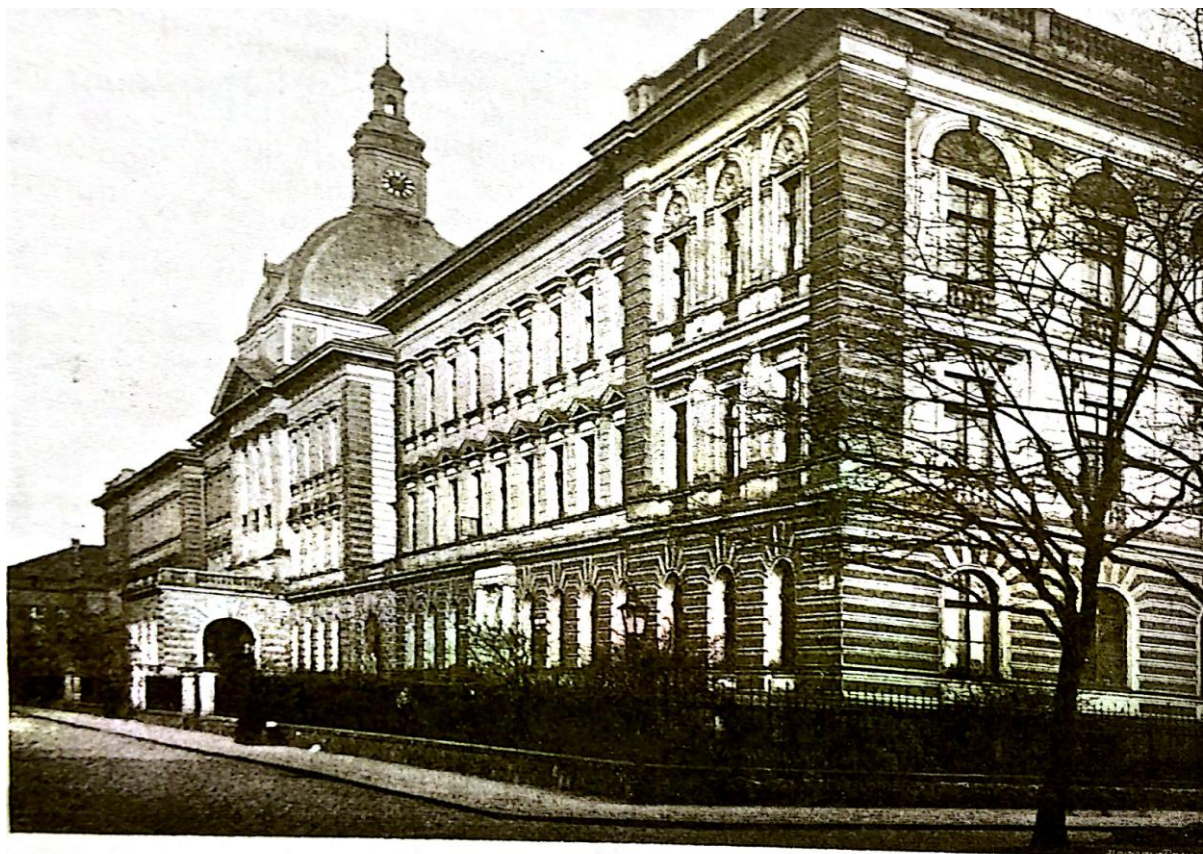
Příloha 23 Držení malého dítěte při vyšetřování



Obr. 2. Držení malého dítěte při vyšetřování

Zdroj: ZORIN, Vladimír, 1956. *Nemocné dítě v domácím ošetřování*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

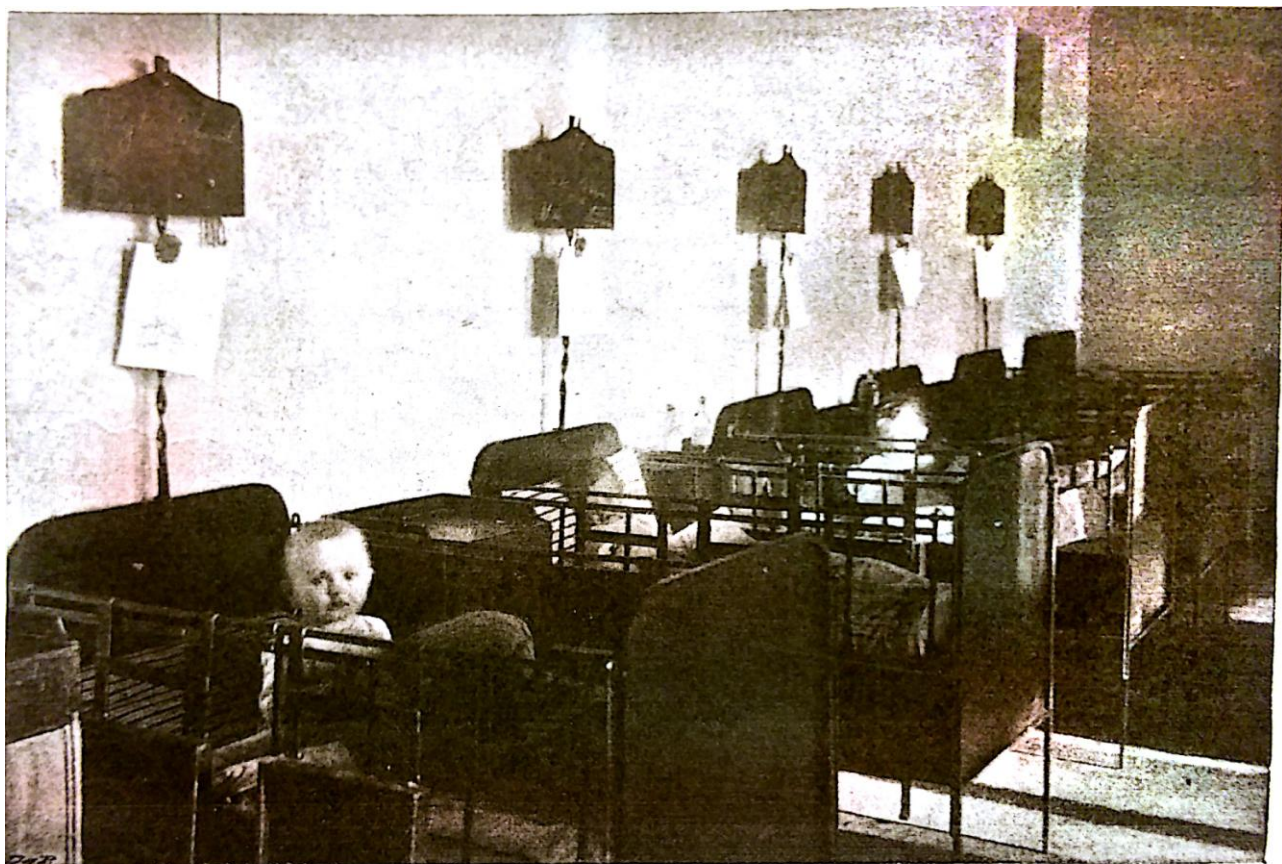
Příloha 24 Nalezinec pro matky a děti v Praze v první polovině 20. století



BUDOVA KRÁL. ČESK. ZEMSK. NALEZINCE V ULICI NA KARLOVĚ Fot. DEPORT & PANZER

Zdroj: AUTORSKÝ KOLEKTIV, 1906. *Zdroje hospodářského blahobytu: Nezbytná kniha pro každého, kdo chce brzo a poctivě zbohatnouti.* Návštěvou v pražském nalezinci. Praha: B. Kočí.

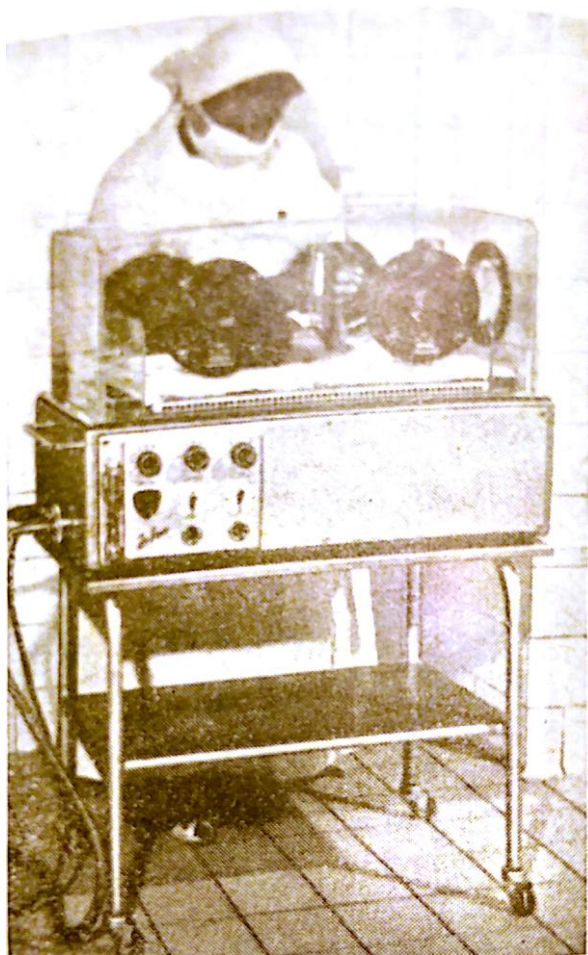
Příloha 25 Nalezinec pro matky a děti v Praze – oddělení pro starší děti



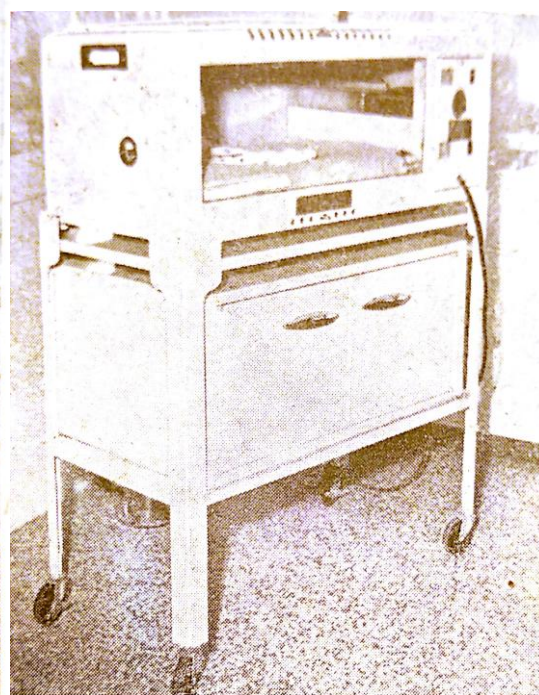
ODDĚLENÍ PRO STARŠÍ DÍTKY

Zdroj: AUTORSKÝ KOLEKTIV, 1906. *Zdroje hospodářského blahobytu: Nezbytná kniha pro každého, kdo chce brzo a poctivě zbohatnouti.* Návštěvou v pražském nalezinci. Praha: B. Kočí.

Příloha 26 Inkubátory Inka a Amstrong z poloviny 20. století



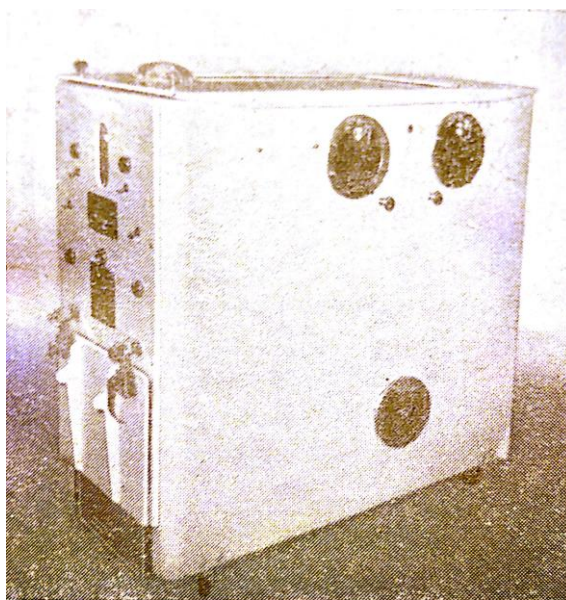
Obr. 3. Inkubátor Inka.



Obr. 4. Inkubátor Armstrong.

Zdroj: TEYSCHL, O. et al. 1960. *Speciální ošetrovatelská technika: Příručka pro dětské sestry*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Příloha 27 Inkubátory Davidson a Isolette z poloviny 20. století



Obr. 4a. Inkubátor Davidson.



Obr. 5. Inkubátor Isolette.

Zdroj: TEYSCHL, O. et al. 1960. *Speciální ošetrovatelská technika: Příručka pro dětské sestry*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

