

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelské postupy v interních oborech
v kontextu s vývojem**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Eva Pospíšilová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 16. 8. 2013

Abstrakt

Ošetrovatelské postupy v interních oborech v kontextu s vývojem

Ošetrovatelskými postupy se rozumí poznatky a návody, jak provádět ošetrovatelskou činnost, abychom dosáhli co nejefektivnější ošetrovatelské péče. Nejedná se o neměnná pravidla, jejich vývoj je závislý na rozvoji medicíny a technologie. Jsou v souladu s medicínskými a technologickými poznatky.

Cílem této práce bylo zmapovat vývoj vybraných ošetrovatelských postupů v interních oborech od období do druhé poloviny devatenáctého století až po současnost. Jednalo se o kvalitativní výzkumné šetření, metodu studium/analýza písemných dokumentů. Metodika dané práce byla založena na procesu vyhledávání, třídění a následném zpracování historických, archivních publikací i soudobých odborných pramenů souvisejících s tímto tématem.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část se zabývá historií ošetrovatelství. Nalezneme zde stručně popsané počátky ošetrovatelství i faktory, které ošetrovatelství ovlivnily a ovlivňují jej i dnes. Základy moderního ošetrovatelství se utvářely zásluhou Florence Nightingale, která měla mimo jiné významný vliv na rozvoji ošetrovatelství v českých zemích. Historie českého ošetrovatelství je zasazena do období, které souvisí s první a druhou světovou válkou.

Druhá část je věnována konkrétním ošetrovatelským činnostem týkajících se zdravého obydlí, pokoje pro nemocné, lůžka pro nemocné a jeho úpravy, péče o hygienu nemocných a sledování vitálních funkcí; počínaje obdobím do druhé poloviny devatenáctého století, neboť v polovině devatenáctého století vznikla skutečná ošetrovatelská profese. Jednotlivé etapy jsou vymezeny po deseti letech. Lze v nich spatřovat komplexní vývoj konkrétních ošetrovatelských postupů od jejich počátků až po dnešní dobu.

Ohledně činností utvářejících zdravé obydlí mohla ošetrovatelka, později sestra, nemocné a jejich blízké spíše edukovat, než přímo zasahovat. Stejně tak dodržovat čistotu při péči o nemocné. Čistota byla poprvé spojována s antisepsi v pramenech

z konce devatenáctého století. Důležitý zlom lze spatřovat v období čtyřicátých a padesátých let dvacátého století, kdy se od vytváření zdravého obydlí přecházelo k dodržování čistoty v rámci preventivní péče a při ošetřování nemocných.

Ošetřovatelka, později sestra, neměla mnoho kompetencí ohledně vytváření vhodného pokoje pro nemocné. Doporučovala rady, kterými se zajistilo provětrávání a teplo, sluneční světlo a dostatečné umělé osvětlení pokoje. V kapitole „Pokoj pro nemocné“ jsou zpočátku popsány činnosti k vytvoření vhodného a podnětného prostředí pro nemocné v domácím ošetřování, později v nemocniční péči.

V kapitole pojednávající o lůžku a jeho úpravě se do druhé poloviny devatenáctého století kladl důraz na poučení veřejnosti o stlaní lůžka, aby provětrávalo a nehromadily se v něm zárodky různých onemocnění. Při výměně prostěradel po délce se dříve postupovalo odlišně. Odborné prameny ze začátku dvacátého století popisují fyzicky náročný postup, a to jak pro ošetřovatelku, tak pro nemocného; nemocný se chytil oběma rukama ramene ošetřovatelky a nadzvedl se, zatímco ošetřovatelka prostěradla vyměnila. V dalších obdobích je již popisován postup při výměně prostěradel po délce s pomocí přetočení nemocného na požadovanou stranu. Důraz na mytí rukou po manipulaci s použitým prádlem je poprvé zaznamenán v literatuře z konce dvacátého století.

V kapitole zaměřené na hygienickou péči se do roku 1877 apelovalo na veřejnost, aby udržovala čistotu těla prostřednictvím umývání a koupání. V pozdějších obdobích se tyto postupy vykonávaly běžně. Činnosti ošetřovatelky, později sestry, při zajišťování všech oblastí hygienické péče byly spjaty s vývojem pomůcek. S postupem při holení vousů u mužů se prvně setkáváme v pramenech z konce dvacátého století. V současnosti jsou novinkou na trhu pomůcky, které umožňují mytí bez použití vody.

Také postupy při měření vitálních funkcí byly zásadně ovlivněny vývojem pomůcek. V období do druhé poloviny devatenáctého století se tělesná teplota měřila podle stupnice Réaumura. Od dalších let se užívala stupnice dle Celsia. Postup při měření krevního tlaku se poprvé objevuje ve studijních materiálech z poloviny dvacátého století. Tehdy měřil krevní tlak lékař, sestra jen asistovala.

Od dalšího období musela sestra ovládat techniky měření všech vitálních funkcí, včetně krevního tlaku. Co se týče dříve používaných rtuťových teploměrů, jsou nyní z bezpečnostních důvodů nahrazeny moderními teploměry. Tyto měření teploty usnadňují a jsou také jednodušší na údržbu.

Ve zmapování historického vývoje vybraných ošetrovatelských postupů vnímám možný přínos mé práce pro dnešní sestry, které se díky znalosti minulosti mohou vyvarovat jednak chyb a také používání postupů, které jsou v současné době překonané. Dále může má práce vést k reflexi současných postupů, které mohou být v budoucnosti ošetrovatelství nahrazeny postupy dokonalejšími.

Abstract

Nursing practices internal medicine in context with development

Nursing methods are understood as a collection of knowledge and instructions about how to perform nursing in order to achieve the most effective nursing care. It's not a set of fixed rules. Their development relies on the development of medicine and technology. They are in accordance with medicinal and technological knowledge.

The goal of this thesis is to map the development of certain nursing methods in internal departments from the second half of the 19th century to the present day. It has been a qualitative research carried out by studying and analyzing written documents. This thesis was based on searching, sorting and consequent processing of historical archived publications and contemporary professional sources related to this topic.

The thesis is divided into two parts. The first part deals with the history of nursing. It contains a brief description of the beginning of nursing along with the factors which have influenced nursing. Foundations of modern nursing have formed thanks to Florence Nightingale, who also influenced the development of nursing in the Czech lands. The history of Czech nursing is mostly concentrated around the period of the world wars.

The second part is dedicated to specific nursing activities concerning healthy living spaces, rooms for patients, patients' beds and their modifications, care of patients' hygiene and monitoring the vital functions. The timeframe begins at the first half of the 19th century due to the establishment of real nursing professions at that time. Individual stages are ten years long. They indicate complex development of specific nursing methods from their beginnings to the present day.

When it came to activities forming healthy living spaces, the nurse could have educated the ill and the relatives, rather than directly act. The same applies to cleanness and care of the patient. Cleanness was first linked with antisepsis in sources from the end of the 19th century. An important breakthrough can be seen in the 40s

and 50s of the 19th century, when the methodology changed from creating a healthy habitat to maintaining cleanness as a mean of preventive care and for treating patients.

Nurses did not have a lot of competence in creating suitable rooms for the ill. They gave advice about the importance of having sufficient ventilation, temperature, sunlight and artificial illumination. The chapter "Room for the ill" begins with descriptions of actions intended to create a suitable environment for the ill in the home nursing and later for hospital care.

The chapter dealing with beds and their modifications states that until the second half of the 19th century there was emphasis on educating the public on how to make a bed so it would be ventilated and germs would not gather in it. Changing a sheet used to have a different procedure. Sources from the beginning of the 20th century describe a method physically difficult for both the nurse and the patient. The patient would put his arms around nurse's shoulders and lift himself up while the nurse changed the sheet. Later sources describe a method where the patient turns to side. Emphasis on washing the hands is first noted in the literature from the end of the 20th century.

The chapter focused on hygienic care states, that until 1877, the public was appealed at to maintain a clean body by washing and bathing. These activities later became common. A nurse's work related to ensuring all areas of hygienic care were bound to the development of new tools. Procedure of shaving men's beards was first mentioned in sources from the end of the 20th century. Products which are available today allow one to wash without using water.

Also, procedures for monitoring vital functions were decisively influenced by the development of tools. Until the second half of the 19th century, body temperature was measured by the Reamura's scale. Celsius has been used since then. The procedure for measuring blood pressure first appeared in study materials from the second half of the 20th century. Until then, the doctor measured it while the nurse only assisted. Since then, the nurse has to master techniques to measure all vital functions, including blood pressure. Old mercury-based thermometers are currently being replaced by modern thermometers for safety reasons. These will make measuring temperature easier and they are also more easily maintained.

Mapping the historical development of certain nursing methods can contribute to the modern nurse's work. Past knowledge can help them to avoid mistakes and use of outdated methods. My thesis may also lead to a reflection of current methods, which may be replaced by more advanced ones.

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.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce, prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., za odborné vedení práce, cenné rady a podnětné připomínky a za její ochotu odpovídat na mé četné dotazy.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	8
1.1 Ošetřovatelství v nejstarších dobách.....	9
1.2 Medicína a ošetřovatelství.....	11
1.3 Válečné ošetřovatelství	11
1.4 Florence Nightingale a základy moderního ošetřovatelství	13
1.5 Historie českého ošetřovatelství.....	14
1.5.1 Počátky ošetřovatelské péče v českých zemích.....	14
1.5.2 Ošetřovatelství v českých zemích do roku 1918	15
1.5.3 Ošetřovatelství v meziválečném období	17
1.5.4 České ošetřovatelství v období 2. světové války	18
1.5.5 Poválečné ošetřovatelství u nás	19
1.5.6 Současné ošetřovatelství u nás	21
2. ZDRAVÉ OBYDLÍ.....	22
2.1 Období do roku 1877	22
2.2 Období 1878 až 1887	25
2.3 Období 1888 až 1897	27
2.4 Období 1898 až 1907	30
2.5 Období 1908 až 1917	31
2.6 Období 1918 až 1927	32
2.7 Období 1928 až 1937	35
2.8 Období 1938 až 1947	36

2.9 Období 1948 až 1957.....	37
2.10 Období 1958 až 1967.....	38
2.11 Období 1968 až 1977.....	40
2.12 Období 1978 až 1987.....	40
2.13 Období 1988 až dosud.....	40
3. POKOJ PRO NEMOCNÉ	42
3.1 Období do roku 1877	42
3.2 Období 1878 až 1887.....	45
3.3 Období 1888 až 1897.....	46
3.4 Období 1898 až 1907.....	49
3.5 Období 1908 až 1917.....	49
3.6 Období 1918 až 1927.....	50
3.7 Období 1938 až 1947.....	52
3.8 Období 1948 až 1957.....	53
3.9 Období 1958 až 1987.....	55
3.10 Období 1988 až 1997.....	59
3.11 Období 1998 až dosud.....	59
4. LŮŽKO PRO NEMOCNÉ A JEHO ÚPRAVA	60
4.1 Období do roku 1877	60
4.2 Období 1878 až 1887.....	61
4.3 Období 1888 až 1897.....	62
4.4 Období 1898 až 1907.....	63
4.5 Období 1908 až 1917.....	63
4.6 Období 1918 až 1927.....	64

4.7 Období 1928 až 1937.....	67
4.8 Období 1938 až 1947.....	67
4.9 Období 1948 až 1957.....	69
4.10 Období 1958 až 1967.....	72
4.11 Období 1968 až 1977.....	75
4.12 Období 1978 až 1987.....	78
4.13 Období 1988 až 1997.....	79
4.14 Období 1998 až dosud.....	79
5. PÉČE O HYGIENU NEMOCNÝCH	80
5.1 Období do roku 1877	80
5.2 Období 1878 až 1887.....	84
5.3 Období 1888 až 1897.....	86
5.4 Období 1898 až 1907.....	92
5.5 Období 1908 až 1917.....	93
5.6 Období 1918 až 1927.....	95
5.7 Období 1928 až 1937.....	103
5.8 Období 1938 až 1947.....	105
5.9 Období 1948 až 1957.....	110
5.10 Období 1958 až 1967.....	118
5.11 Období 1968 až 1977.....	128
5.12 Období 1978 až 1987.....	134
5.13 Období 1988 až 1997.....	139
5.14 Období 1998 až dosud.....	143

6. SLEDOVÁNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ.....	152
6.1 Období do roku 1887	152
6.2 Období 1888 až 1907	154
6.3. Období 1908 až 1917.....	156
6.4 Období 1918 až 1927	157
6.5 Období 1928 až 1937	161
6.6 Období 1938 až 1947	163
6.7 Období 1948 až 1957.....	165
6.8 Období 1958 až 1967	171
6.9 Období 1968 až 1977	176
6.10 Období 1978 až 1987.....	179
6.11 Období 1988 až 1997	183
6.12 Období 1998 až 2007	190
6.13 Období 2008 až dosud.....	193
7. ZÁVĚR	198
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	200
9. KLÍČOVÁ SLOVA.....	210
10. SEZNAM OBRÁZKŮ	211
11. SEZNAM PŘÍLOH.....	215

Seznam použitých zkratk

°C = stupeň Celsia

a. = arteria

cm = centimetr

ČK = Červený kříž

ČsČK = Československý Červený kříž

Čsl. = Československý

ICN (International Council of Nurses) = Mezinárodní rada sester

IDV PZ = Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

m = metr

mm Hg = milimetr rtuťového sloupce

n. l. = našeho letopočtu

NI = nozokomiální infekce

př. n. l. = před naším letopočtem

SDS = Spolek diplomovaných sester

SPN = Státní pedagogické nakladatelství

SZdN = Státní zdravotnické nakladatelství

SZU = Slovenská zdravotnická univerzita

ÚDV SZP = Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků

UK = Univerzita Karlova

ÚVOD

*"Nemůžeme pochopit přítomnost,
pokud neznáme minulost."*

A. Comte

Učební texty, které se zabývají ošetrovatelskými postupy, se snaží být pro danou dobu aktuální. Není v nich komplexně zaznamenán vývoj ošetrovatelských postupů. Proto jsem si zvolila téma zaměřené na vývoj ošetrovatelských postupů v interních oborech.

Ošetrovatelskými postupy se rozumí poznatky a návody, jak provádět ošetrovatelskou činnost, abychom dosáhli co nejefektivnější ošetrovatelské péče. Nejedná se o neměnná pravidla, jejich vývoj je závislý na rozvoji medicíny a technologie. Jsou v souladu s medicínskými a technologickými poznatky.

Ošetrování nemocných je zakořeněno v dávné minulosti. Lidé si všímali utrpení druhých a zmírňovali ho z lidské potřeby pomáhat, bez odborné přípravy. Péče o nemocného probíhala přejímáním poznatků od svých blízkých. Ošetrovatelství jako profese je spjato až s šířením křesťanství.

Ošetrovatelské postupy tedy můžeme vnímat zprvu jako rady předávané z generace na generaci ústním podáním. Později se z nich staly konkrétní psané pokyny vztahující se k určité potřebě jedince.

O nemocné se dříve pečovalo v jejich domovech. Teprve po vybudování klášterů, špitálů a následně nemocnic se péče přesunula. Z pomocníka lékaře a jeho asistenta se postupem času stává samostatně pracující odborník s rostoucími kompetencemi, který pečuje o uspokojování potřeb nemocného. Také role nemocného se měnila. Zpočátku byl pasivním příjemcem ošetrovatelské péče a dnes je partnerem ošetrovatelského personálu, který má možnost spolurozhodovat o ošetrovatelské péči.

Touto prací bych chtěla naznačit vývoj vybraných ošetrovatelských postupů v interních oborech, který úzce souvisí s historií nejen českého, ale i světového ošetrovatelství. Za mezník jsem si vytyčila období do druhé poloviny

devatenáctého století, které je spjato s Florence Nightingale, zakladatelkou profesionálního ošetřovatelství.

K naplnění cíle jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření, metodu studium/analýza písemných dokumentů. Cílem této práce je zjistit a popsat vývoj ošetřovatelských postupů v interních oborech. Pro splnění tohoto cíle jsem zpracovávala historické materiály, archiválie, učební texty a další dostupné odborné prameny.

1. HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Zamyslíme-li se nad otázkou, odkdy lze hovořit o prvopočátcích péče o nemocné, odpovíme, že je stará jako lidstvo samo. Jestliže onemocněl jedinec, instinktivně se mu snažili jeho blízcí pomoci s cílem zmírnit jeho bolesti, utrpení. Nikoho z nás netěší pohled na trpící a bezvládnou bytost, proto chceme mít podíl na její uzdravování.

Počátky ošetrovatelské péče zařazuje Kutnohorská do křesťanských civilizací raného středověku. Křesťanství přispělo do filozofie bytí konceptem trpícího člověka a pomoci bližnímu. Pomoc druhému je pochopitelně lidskou přirozenou vlastností, proto se s péčí o člověka setkáváme již v předkřesťanských kulturách. Tehdy byly zkušenosti s léčbou a s ošetřováním nemocných předávány z generace na generaci jako tradice (8).

Ošetrovatelskou péčí a její rozvoj doposud ovlivňují náboženství, kulturní tradice, války, rozvoj medicíny, sociální, politická a ekonomická situace, zdravotní stav obyvatel, vědecké objevy a významné osobnosti (2, 14). Dané faktory působí ve vzájemném vztahu (14).

V odborných publikacích se vyčleňují tři hlavní linie péče o nemocné, kterými ošetrovatelství procházelo:

- a) *Neprofesionální – lidové ošetrovatelství.* Jedná se o historicky nejdelší období. Lze ho charakterizovat jako tradiční systém ošetrovatelství, opatrování, kdy jedinec ošetřoval sebe sama a své blízké na základě tradice. Dominující postavení v ošetrovatelské péči zaujímaly ženy. K léčbě a ošetřování nemocných se používaly přírodní zdroje. Ošetřování probíhalo v domácnostech nemocných. Tento způsob ošetřování a opatrování přetrvával v českých zemích do příchodu křesťanství. V některých podobách se objevuje dosud.
- b) *Charitativní ošetrovatelství.* Vyvíjelo se zároveň s křesťanstvím. Péče nejen o tělo, ale hlavně o duši, byla poskytována specifickým skupinám lidí převážně členy řeholí. Rozvoj charitativního ošetrovatelství v českých

zemích souvisí se zakládáním mnišských řádů, klášterů, útulků, špitálů a nemocnic. Zde byly uspokojovány základní životní potřeby jedinců. Charitativní péče působí i v dnešní době.

- c) *Profesionální ošetřovatelství*. Jeho vývoj byl podmíněn systematickým vzděláváním v ošetřovatelství v souvislosti s rozvojem medicíny a lékařské techniky. Za zakladatelku je považována Florence Nightingale¹. Avšak určitá profesionální příprava již existovala dříve. Zpočátku byla cílená organizovaná ošetřovatelská péče tělesně i duševně nemocným poskytována v kláštrech. (2, 3, 4)

Na konci minulého století se práce sester v mnoha zemích začala orientovat na pomoc lidem při udržení zdraví či zlepšení jejich zdravotního stavu a ve spolupráci s lékaři a jiným zdravotnickým personálem na ošetřování nemocných. Přechodu k tomuto novému pojetí ošetřovatelství bránil tradiční systém ošetřovatelského vzdělávání a praxe založená na nemocniční péči, která byla zaměřena na onemocnění, na pouhou pomoc lékařům v plnění ordinací a na vykonávání rutinních činností (14).

1.1 Ošetřovatelství v nejstarších dobách

V té době lidé neporozuměli příčině nemoci. Z tohoto důvodu byla prvotní léčebná praxe založena na přesvědčení, že za vznik nemocí mohou kouzla. Šamani vyvinuli nejrůznější rituály, jimiž se nemoci zaháněly nebo léčily. V terapii se nejčastěji užívaly rostlinná léčiva a masáže (6, 14).

S rozvojem společnosti začali nemocní přicházet do chrámů. Zde se kněží buď modlili za jejich vyléčení, anebo jim pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy – původce nemocí. Díky tomu vešli kněží do povědomí jako kněží-lékaři (6, 14). Pokud nemocní zůstali v chrámu delší dobu, starali se o ně chrámoví sluhové. Tito byli zřejmě prvními špitálními „sestrami“. V domácnostech poskytovali ošetřovatelskou péči matky či jiní členové rodiny a otroci (14).

¹ Na profesionalizaci ošetřovatelství měli značný vliv také ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a zakladatel Červeného kříže (ČK) Henri Dunant (2, 3).

Starořecká medicína (od 2. tisíciletí př. n. l.) měla rozhodující vliv na rozvoj medicíny v Evropě. *Hippokrates* (5. a 4. století př. n. l.), všeobecně známý jako „otec medicíny“, autor typologie, učitel autorů lékařské přísahy, patřil stejně jako *Galénos* (3. a 2. stol. př. n. l.) mezi nejznámější osobnosti starořecké medicíny (6, 14).

V 1. století n. l. navštěvovalo a ošetřovalo nemocné mnoho dobročinných osob. Pohnutkou byla křesťanská víra, že služba člověku je vlastně službou Bohu. Od 4. století začaly pro tyto účely vznikat první kláštery. Do péče o nemocné se zapojilo mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev. Během následujících století byly církevními řády v mnoha zemích zakládány mužské i ženské kláštery, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali tělesně i duševně nemocné. Poskytovali jim útulek, stravu, další fyzickou péči a duchovní podporu. V jejich činnosti lze spatřovat první pokusy o uspokojování tělesných, duševních a sociálních potřeb lidí (6, 14).

Katolická církev vedla nové církevní řády k poskytování péče potřebným a nemocným převážně v kláštorech a ve špitálech. Vedle toho se protestantská církev orientovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě. V protestantských zemích se o nemocné staraly zejména *diakonky*. Ty buď docházely do domácností, anebo na požádání pečovaly o nemocné v nemocnicích. Musely projít teoretickou i praktickou přípravou vedenou lékařem a složit zkoušku z farmacie. Za svoji službu nebyly finančně ohodnocovány. Zato bylo až do stáří postaráno o jejich základní potřeby (6, 14).

Křesťanské církve díky soucitu s jedincem v nouzi významně ovlivňovaly rozvoj zdravotní péče. Naproti tomu jejich učení, že život je pouze přechodný a je přípravou na posmrtný život, často vedlo k přesvědčení, že léčení náleží do rukou Boha. Proto církve nepodporovaly, a někdy dokonce přísně trestaly, zkoumání procesů probíhajících v těle člověka a hledání příčin nemocí (6, 14).

1.2 Medicína a ošetřovatelství

Medicína jako vědní obor a lékařské vzdělávání se začínaly v Evropě utvářet okolo roku 1300 až 1450 př. n. l. Ještě v předchozím století byly vědecká diagnostika, léčba a úspěšné chirurgické metody velmi omezené. Teprve potom nastal rychlý rozvoj medicíny a lékařské technologie. Nemocnice tehdy nesloužily pouze pro léčení nemocných, ale také pro výuku mediků a studium nemocí (6, 14). Nečisté nemocnice mnohdy zapříčinily přenos infekcí. Svým uspořádáním vyhovovaly spíše požadavkům lékařů než potřebám nemocných (14).

Ještě počátkem 19. století byla většina nemocných ošetřována v domácím prostředí. Pečovali o ně členové rodiny, sluhové či opatrovníci. Opatrovníků a opatrovnic z nižších sociálních vrstev bylo v nemocniční službě stále mnoho, proto byli odměňováni nízkými platy a jejich společenské postavení bylo na nízké úrovni. Svě znalosti získávali v praxi od starších spolupracovníků. Od opatrovníků² se očekávalo, že budou asistovat lékaři a plnit veškeré jeho příkazy. Pracovali podle zažitých postupů. Tehdy se léčilo hlavně tělesné onemocnění (6, 14).

Někteří lékaři si začali uvědomovat potřebu nového typu ošetřovatelky. Zvláště při péči o psychiatrické jedince měla inteligentně spolupracovat (14). Proto se ke konci 18. století začaly v zařízeních pro duševně choré organizovat přednášky pro ošetřovatelky. Můžeme zde spatřovat počátky organizovaného vzdělávání sester (6, 14).

1.3 Válečné ošetřovatelství

Jak už bylo řečeno, války měly vždy výrazný vliv na rozvoj ošetřovatelství. Ranění vojáci, špatné hygienické podmínky lazaretů a nedostatečné znalosti zdravotnického personálu, které vedly k hromadným infekcím, vyžadovaly intenzivnější lékařskou a ošetřovatelskou péči. Více vojáků podlehllo nemoci než nepříteli (6, 14).

² Z pojmenování „opatrovník“ se postupem času stává ošetřovatel a ošetřovatelka (6, 14).

Ve starověku pečovali o nemocné a zraněné vojáky na bojištích otroci. Středověké křižácké výpravy podněcovaly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetřovatelských řádů, které zajišťovaly péči křižákům. Kombinace náboženských a vojenských prvků se promítla do způsobů ošetřování v pozdějších letech (11, 14).

Mnoho ošetřovatelských tradic vychází z vojenského ošetřovatelství. Patří mezi ně přísná morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetřovacích jednotek; prostorné pokoje byly určeny pro nemocné v lehčím stavu, postranní pokoje pro nemocné ve vážnějším stavu a boxy pro kriticky nemocné (6, 14).

Krymská válka (1854 – 1856) přinesla změny v kvalitě opatrovnictví. Ruský chirurg, *Nikolaj Ivanovič Pirogov* (1810 – 1881), jenž vyškolil třicet ruských dobrovolných ošetřovatelek pro ruskou frontu na Krymu, prosadil myšlenku uplatnit ženy jakožto ošetřovatelky na bojišti. Při školení kladl důraz na dodržování hygienických zásad (6, 10).

Henri Dunant, švýcarský kupec, který se náhodou roku 1859 ocitl na bojišti u Solferina po bitvě mezi francouzskou a rakouskou armádou, rovněž významně ovlivnil péči o zraněné vojáky. Pohled na utrpení zraněných a umírajících vojáků ho znepokojil natolik, že se jim sám snažil poskytnout alespoň nějakou péči (6, 14). Hrůzy, které viděl, sepsal a uveřejnil v knize „Vzpomínky na Solferino“ (10). Na základě této bolestné zkušenosti navrhl plán, jak postupovat při dalších obdobných událostech. Ten zahrnoval mezinárodní spolupráci civilního obyvatelstva. Roku 1864 byla na základě Dunantova úsilí založena *Mezinárodní organizace Červeného kříže* v Ženevě (6, 14). Jednalo se o největší humanitární hnutí ve světě (14). Později se organizace ČK sjednocené pod Mezinárodní organizací ČK začaly starat nejen o jedince postižené válkou, ale také o oběti hladomorů, živelních pohrom a podobných událostí (6, 14).

1.4 Florence Nightingale a základy moderního ošetrovatelství

Anglická ošetrovatelka, *Florence Nightingale* (1820 – 1910), se svou činností zasloužila o reformaci ošetrovatelství. Je považována za zakladatelku profesionálního ošetrovatelství a současně za první teoretičku ošetrovatelství (2, 3).

Nightingale pocházela z bohaté rodiny a dostalo se jí kvalitního vzdělání (14). V sedmnácti letech se cítila Bohem povolána k ošetrovatelské činnosti. Prohluboval se její zájem o sociální otázky, navštěvovala domovy s nemocnými a stále více se zajímala o nemocnice a ošetrovatelství (13). Ošetrovatelství bylo v té době považováno za podřadný obor nevhodný pro mladou dámu z vyšších vrstev. K dosažení svého cíle – věnovat se péči o nemocné – musela čelit nátlaku rodiny. Znalosti a zkušenosti, které nashromáždila návštěvami nemocných v nemocnicích, studiem zdravotní péče a vedením malé ošetrovatelské instituce, jí byly základem pro práci v Krymské válce (6, 14).

Nightingale s sebou přivedla čtyřicet dobrovolnic, které sama pro tuto činnost vyškolila (14). Práci organizovala a dohlížela na to, jak byla ošetrovatelkami vykonávána. Nepřetržitě sledovala stav ležících (7). Během války se jí podařilo snížit počet vojáků, kteří umírali na následky zranění a kvůli infekcím (14). Ošetrovatelky v čele s Nightingale jednak uvedly do provozu kuchyně, prádelny a hygienická zařízení, dále pak zajistily dostatečné zásoby potravin a prádla pro personál a vojáky. Úmrtnost tehdy poklesla z dřívějších 50 % na 22 % (6). Uvedené reformy zásadně ovlivnily moderní ošetrovatelství; znamenaly položení základu samostatného profesionálního ošetrovatelství vyžadujícího kvalitní přípravu ošetrovatelek (6, 14).

Nightingale se snažila pozvednout ošetrovatelství na úroveň uznávané ženské profese (13). Roku 1860 založila první ošetrovatelskou školu na světě – *Školu při nemocnici Sv. Tomáše* v Londýně. První koncepce ošetrovatelství, kterou vytvořila, vycházela z charitativního pojetí péče o nemocné. Zasluhou Nightingale se tak ošetrovatelství stalo odborným a hluboce lidským povoláním (6, 14). Ošetrovatelství bylo ovlivněno také knihou Nightingale „*Poznámky o ošetrovatelství*“ (1860). Témata, kterými se autorka zabývala, jsou aktuální i dnes: uspokojování hygienických potřeb nemocného, potřeb čerstvého vzduchu, výživy, odpočinku,

komfortu, podnětného a příjemného prostředí. Ošetřovatelství si představovala jako samostatnou profesi, oddělenou od medicíny (6).

Po dlouhou dobu byly ještě výchova a práce sester podřízeny potřebám nemocnice a lékařů. Avšak díky Nightingale se z ošetřovatelství stalo důstojné a civilní zaměstnání pro ženy středních vrstev. Šířila a přibližovala myšlenku systematického vzdělávání sester. Jako vedoucí ošetřovatelského personálu v nemocnici zavedla funkci hlavní sestry (6, 14).

Během krátké doby od založení londýnské ošetřovatelské školy začaly vznikat ošetřovatelské školy v dalších velkých městech. Kvalitu ošetřovatelské péče, zejména nemocniční, ovlivňovaly právě vzdělané sestry. Sestry se začaly sdružovat a vytvářely národní profesní organizace sester – absolventek ošetřovatelských škol (6, 14). V roce 1899 se první národní sesterské organizace spojily a zásluhou Nightingale, iniciátorky ošetřovatelského hnutí ve světě, vznikla *Mezinárodní rada sester* (International Council of Nurses – *ICN*), která působí dodnes (7, 14).

V sesterském odznaku ošetřovatelských organizací byla mnohdy znázorňována lampa. Jednalo se o symbol, o který se zasloužila Florence Nightingale z jejich nočních obchůzek; raněnými vojáky byla označována za „dámu s lampou“. Výroční den jejího narození, 12. květen, byl později vyhlášen jako Mezinárodní den sester (3, 7).

1.5 Historie českého ošetřovatelství

1.5.1 Počátky ošetřovatelské péče v českých zemích

Zárodky organizovaného ošetřování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století za vlády knížete Boleslava (935 – 967). Na území Prahy začaly vznikat *první hospice* (6, 11). Tyto sloužily jako útulky pro chudé, nemajetné a nemocné jedince. Civilní sestry zde poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. Rovněž některé řády a kongregace viděly své poslání ve službě trpícím a nemocným. Vedle klášterů zřizovaly první špitály, které se orientovaly na zajištění střechy nad hlavou, stravy, lůžka a tepla. Ošetřovatelství bylo laickou službou trpícímu

jedinci a mělo vysoce humánní charakter (11, 14). Prováděly ho osoby bez odborného vzdělání, které převzaly zkušenosti svých předchůdců (11).

Významnou postavou raného ošetrovatelství v českých zemích byla *Anežka Přemyslovna*, zakladatelka klášterů v Praze. Nejstarším byl klášter i se špitálem U sv. Haštala, založený roku 1233. Založila také *řád křížovníků s červenou hvězdou* a současně s ním vypracovala pravidla, jimiž se bylo nutno řídit při ošetřování a opatrování chudých a nemocných. Anežka Přemyslovna byla později považována za zakladatelku českého ošetrovatelství (11, 14). Roku 1989 byla svatořečena (8).

Dalšími řády, které poskytovaly ošetrovatelskou a opatrovnickou péči, byly *boromejky*, *johanitky*, *alžbětinky*, *milosrdní bratři*. *Diakonky*, příslušnice protestantských řádů, poskytovaly péči nejen jedincům ve špitálech a lazaretech, ale také v terénu, kdy docházely za nemocnými do jejich domovů. Návštěvní opatrovnictví se tehdy uplatňovalo zejména při infekčních onemocněních. Opatrovnická služba ve špitálech a domácnostech byla namáhavá a odměna za ni byla nepatrná, proto byla vykonávána zpravidla s velkým zaujetím (14).

1.5.2 Ošetrovatelství v českých zemích do roku 1918

Ošetrovatelství se do poloviny 19. století utvářelo ruku v ruce s rozvojem medicíny. Od poloviny 18. století se při lékařských fakultách začaly zakládat *první všeobecné nemocnice* (v Brně, v Olomouci a v Praze). Lékař si uvědomoval potřebu pomocníka, který bude nejen vykonávat jeho pokyny, ale bude také trvale dohlížet na nemocné v domácnostech i ve špitálech. Pomocníkem lékaře tedy musel být vzdělaný personál. Tento vývojový trend si vynutil odborné vzdělání sester a ve druhé polovině 19. století přispěl k založení prvních ošetrovatelských škol (10, 14).

Ve druhé polovině 19. století bylo ošetrovatelství v českých zemích ovlivněno silným emancipačním, ženským a národnostním hnutím. Na rozvoj rakousko-uherského ošetrovatelství měla významný vliv činnost Florence Nightingale. Zásluhou české spisovatelky *Karolíny Světlé* vznikla v Praze roku 1874 *první česká ošetrovatelská škola*. Ošetrovatelky se zde odborně vzdělávaly v teorii a praxi pod vedením českých lékařů. Výuka probíhala formou krátkodobých, několik měsíců trvajících kurzů

(6, 14). K tomuto účelu byly pronajaty prostory Ženského výrobního spolku. Opatrovnická činnost postupně přešla v činnost ošetrovatelskou. Pro ženy, které se zabývaly ošetrovatelstvím, byla oporou publikace od Florence Nightingale „*Knih o ošetrování nemocných*“³ (6).

Větší část návštěvnic první české ošetrovatelské školy tvořily měšťanské dámy, u nichž se nepředpokládalo, že by vykonávaly ošetrovatelskou péči jako své zaměstnání. Vzdělání chápaly jako možnost společensky se alespoň částečně vyrovnat mužům. Škola zanedlouho zanikla, pravděpodobně z národnostních a finančních důvodů. Poukázala však na nutnost systematického vzdělávání sester a tím ovlivnila další směr ošetrovatelství (14).

Po mnoho dalších let si každá klinika v českých zemích školila sestry sama. V soukromých službách a v domácnostech prováděly ošetrovatelskou péči o nemocné sestry ČK a řádové sestry (14).

Ačkoliv je následující popis práce tehdejší zdravotní sestry spjat s americkou nemocnicí v Ohio z roku 1887, pro představu si jej uvedeme. Kromě toho, že každá sestra měla na starost padesát nemocných, vztahovala se na ni následující nařízení:

1. Denně utírat prach na nábytku a okenních rámech, zamést a vytřít podlahu.
2. Každý den přinést kbelík uhlí a v nemocničním pokoji udržovat stálou teplotu.
3. Každý den nalít petrolej do lamp, vyčistit stínidla a přistříhnout knoty.
4. Svědomitě se starat o své psací pomůcky a podle potřeby přitřezávat hrot pera.
5. Sestra, která měla službu, pracovala denně od 7 do 20 hodin. V sobotu měla mezi 12. a 14. hodinou volno.
6. Diplomované sestry, které se těšily dobré pověsti u primáře, měly nárok na jeden volný večer v týdnu, aby mohly jít na dostaveníčko. Jestliže chodila sestra pravidelně do kostela, měla každý týden dva volné večery.

³ U nás vyšla v překladu Paulíny Králové roku 1874 (6).

7. Aby sestra byla zabezpečena ve stáří, musela si z každé výplaty odložit určitou sumu.
8. V případě, že sestra kouřila, pila alkoholické nápoje, nechala se ostříhat nakrátko anebo chodila často tančit, primář mohl vyvodit důsledky ohledně její hodnoty a počestnosti.
9. Sestra ke svému platu dostala zvláštní příspěvek ve výši pěti centů denně⁴ po pětileté svědomitě vykonávané praxi, při které oddaně sloužila nemocným a lékařům a nedopouštěla se chyb. (1)

1.5.3 Ošetřovatelství v meziválečném období

*Státní dvouletá ošetřovatelská škola, otevřena roku 1916 v Praze, zůstala v provozu i po první světové válce. V nově vzniklém Československu se stala vzorem pro vznik dalších ošetřovatelských škol. O vysokou odbornou úroveň školy se zasloužily tři sestry amerického ČK pozvané Alicí Masarykovou do Prahy. Ty vypracovaly koncepci jak teoretické, tak praktické výuky a zacvičily první absolventky školy pro práci sester učitelek-instruktorek praktické výuky. První českou ředitelkou školy se stala v roce 1923 diplomovaná sestra *Sylva Macharová* (6, 14).*

První kurzy absolvovalo ročně přibližně deset až patnáct absolventek. To znamená, že ještě po dlouhou dobu pracovaly v nemocnicích vedle řadových sester dvě kategorie civilního ošetřovatelského personálu – diplomované ošetřovatelky (absolventky ošetřovatelské školy) a pomocné ošetřovatelky bez vzdělání, které byly na nemocničním oddělení pouze zacvičeny (6, 14). Jediné řeholní sestry měly svou sociální jistotu. Jejich práce byla motivována náboženstvím a kladně se odrážela v péči o nemocné. Svou vírou neovlivňovaly jen nemocné, ale také ošetřovatelský personál (7). Obě kategorie ošetřovatelek měly velmi nízké sociální postavení. Obzvláště finanční odměna pomocných ošetřovatelek byla nedostačující. Ubytovány byly přímo na pokojích nemocných (6, 14). Diplomované ošetřovatelky vykonávaly svou činnost s uvědoměním. Usilovaly o vyšší společenskou úroveň ošetřovatelství (7).

⁴ Pokud nebyla nemocnice zadlužená (1).

Roku 1921 založily první absolventky ošetřovatelské školy Spolek absolventek ošetřovatelské školy. O sedm let později byl přejmenován na *Spolek diplomovaných sester* (SDS). Zasloužil se o budování sesterských ubytoven, rozšíření občanské nezávislosti ošetřovatelek, změnu pracovní doby, dovolené. Jeho členky usilovaly o poskytování kvalifikované služby nemocným a sociálně potřebným občanům. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kurzy, podporoval budování dalších ošetřovatelských škol a spolupracoval se zahraničními sesterskými institucemi. V roce 1933 byl SDS přijat do ICN a o čtyři roky později začal publikovat vlastní odborný časopis „*Diplomovaná sestra*“. Úroveň vzdělávání sester, ošetřovatelské péče i její organizace se zlepšovaly (6, 14).

Vedle rozvoje nemocniční služby se české ošetřovatelství orientovalo na samostatnou činnost nově vzdělávaných diplomovaných sester v *primární péči* v terénu. *Vyšší sociální škola*, otevřena roku 1918 v Praze, připravovala v rámci jednoletého studia sociální pracovníky a postupem času především diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu (6, 14).

Vlivem hospodářské krize byla roku 1929 ČsČK uvedena v činnost organizovaná *ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách* (7). Sestry zde pracovaly samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami. V terénní péči se zaměřovaly na výchovu sociálně slabších jedinců k zdravotnímu uvědomění, rodičovství a prevenci šíření infekčních chorob. Po roce 1948 samostatná terénní práce sester zanikla. Obnovena byla až v 70. letech prostřednictvím geriatrické sestry v rámci návštěvní služby (6, 14).

1.5.4 České ošetřovatelství v období 2. světové války

Druhá světová válka znamenala zlom ve vývoji československého ošetřovatelství. Kafková toto období charakterizuje jako nejčernější a nejsmutnější v historii našeho národa (7). Jak činnost SDS, tak vydávání časopisu byly zastaveny. Přestože výuka ve stávajících vysokých školách pokračovala, nové se přestaly otvírat. I přes veškeré hrůzy spojené s válkou bylo možno pozorovat pokrok v organizaci nemocniční ošetřovatelské péče (14).

Funkce „vedoucí sestry ošetrovatelské služby v nemocnici“ (dnes „hlavní sestry“) byla poprvé ustavena u diplomované sestry Roušarové ve všeobecné nemocnici Na Bulovce v Praze (7). V té době přišly v platnost organizační řády, pracovní náplně sester, práva a povinnosti staničních i vrchních sester. Sestry si získaly uznání ze stran vedoucích lékařů; byly považovány za významné spolupracovnice, které lékaři potřebovali pro zajištění kvalitní odborné ošetrovatelské péče. Právě zvýšená potřeba sester ve válce měla vliv na rozvoj nemocničního ošetrovatelství (14).

Ani zdravotničtí pracovníci se nevyhnuli zásahu fašismu. Lékaři i sestry byli gestapem odváděni přímo z pracovišť nebo na jeho příkaz ihned propuštěni ze zaměstnání. Mnohé kvalifikované i nekvalifikované české sestry působily ve válce v odbojovém hnutí, jiné byly zapojeny do zahraniční armády (11).

1.5.5 Poválečné ošetrovatelství u nás

Již během druhé světové války nemocnice trpěly nedostatkem sester. Po jejím skončení se naléhavě zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu (14). Odborná průprava nového personálu tak byla aktuální. Co se týče nemocnic, úpravy probíhaly velmi pomalu a většina z nich zůstala ve zbídačeném stavu (7).

Budovaly se nové státní ošetrovatelské školy a činnost SDS byla krátkodobě obnovena. Ošetrovatelství se začalo slibně rozvíjet (14).

Vyšší ošetrovatelská škola, otevřena roku 1946 v Praze, byla škola ve své době pokroková. Jednak poskytovala sestrám-učitelkám na ošetrovatelských školách specializační pedagogické vzdělání, dále pak připravovala vrchní sestry pro řídicí funkci v ošetrovatelství (6, 14).

V Československu do té doby vykonávaly ošetrovatelskou péči téměř tři tisíce žen bez odborné průpravy. Mnohé úkony zastávaly pomocnice. Nebylo výjimkou, že na některých nemocničních odděleních nebo v některých zdravotnických zařízeních diplomované sestry tehdy ještě nepracovaly. Vlivem rozvoje medicíny a techniky se okruh činnosti lékaře postupně rozrůstal. Současně se rozšiřovaly i povinnosti sester-ošetrovatelek (7).

Profese sestry měla stále nízkou prestiž. Pracovní doba byla velmi dlouhá; čtyřicetihodinné a šestatřicetihodinné směny neumožňovaly sestřím dostatek odpočinku. Vybavení ochranným pracovním oděvem nebylo dostatečné. Za určité přestupky byly sestry nadřizenými často nevhodně trestány. Pracovní odměna kryla stěží minimum jejich potřeb (7).

Komunistický převrat v únoru roku 1948 znamenal zásadní zlom v poválečném rozvoji československého ošetrovatelství, zejména ve vzdělávání sester. Výrazné osobnosti, které tehdy stály v čele československého ošetrovatelství, byly ze svých pozic odvolány. Na vedoucí pozice nastoupily členky Svazu československé mládeže a Komunistické strany Československa (14). Ošetrovatelské školy byly sloučeny s rodinnými a sociálními školami a přejmenovány na střední zdravotnické školy. Zde se připravovaly všechny kategorie zdravotnických pracovníků. Čtyřleté studium začínalo ve čtrnácti či patnácti letech a bylo zakončeno maturitní zkouškou (6, 14).

Zákonem byla ustanovena osmihodinová pracovní doba, kterou zpočátku většina nemocnic nedodržovala. Denní směny bývaly dvanáctihodinové, někdy s dvouhodinovou polední přestávkou. Přesčasové hodiny ani služby o víkendech a svátcích či noční služby nebyly finančně zvýhodněny. Celkový počet odpracovaných hodin často překračoval zákonem stanovených osmačtyřicet (12).

Základní profesní příprava nebyla pro další praxi sester dostačující. Z tohoto důvodu vznikl v roce 1960 *Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků* v Brně a Bratislavě. V témže roce bylo pro sestry-odborné učitelky otevřeno *dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství* v kombinaci s psychologií a později s pedagogikou na Filozofické fakultě Karlovy univerzity v Praze (6, 14). Po složení rigorózních zkoušek absolventky získaly akademický titul PhDr. Na konci 20. století proběhlo na Filozofické fakultě UK v Praze *jednooborové studium péče o nemocné*. Bylo určeno především pro hlavní a vrchní sestry (14).

Činnost československých sester byla dlouhodobě omezena. Tehdejší režim jim nedovoloval založit vlastní profesní organizaci, proto byly všechny sestry sdruženy v Revolučním odborovém hnutí. Jednalo se o spolek hájící „zájmy všech pracujících“.

O osudu pracovníků včetně sester na jejich pracovištích a v místě bydliště rozhodovaly výbory komunistické strany (14).

Českou společnost sester, jednu z odborných společností sdružených v České lékařské společnosti, se sestřím podařilo založit v roce 1973. Obdobná situace byla i na Slovensku. Propojením obou národních sesterských společností byla vytvořena *Československá společnost sester* (14).

Co se týče odborného tisku, československé sestry měly od roku 1951 svůj vlastní odborný časopis s názvem *Zdravotnická pracovnice*. Roku 1970 byl doplněn o vědecko-výzkumnou přílohu „Československé ošetřovatelství“, kde byly publikovány např. výsledky výzkumných prací. Po roce 1989 časopis zanikl (10, 14) a od roku 1991 ho nahradil modernější odborný časopis *Sestra*, publikován dodnes. Průběžně informuje sestry o českém i zahraničním ošetřovatelství (6).

Otevřením *bakalářského studia* ošetřovatelství na některých lékařských, později i zdravotně sociálních fakultách mají sestry od roku 1992 možnost dále se odborně vzdělávat a zvyšovat svou kvalifikaci (6).

Mimo jiné byly vytvořeny pevné základy pomaturitního specializačního a univerzitního vzdělávání sester, vznikala spousta hodnotných výzkumných prací. Na rozdíl od teoretických základů českého ošetřovatelství ošetřovatelská praxe nesla známky nízké kvality. Ošetřovatelská péče se více zaměřovala na instrumentální stránku než na lidský aspekt kontaktu s nemocným, respektování jeho rovnoprávnosti v rozhodování a účasti na vlastní péči. Moderní ošetřovatelství bylo mnohem náročnější, vyžadovalo ze strany sester mnohem větší samostatnost a odpovědnost. Z toho důvodu byla kvalifikační příprava posunuta na vysokoškolskou úroveň (14).

1.5.6 Současné ošetřovatelství u nás

Dnešní podoba ošetřovatelství vyžaduje sestru-profesionála, jenž splňuje základní charakteristické znaky profese: odborné vědomosti a dovednosti, potřebu specializačního vzdělávání a praktického výcviku. Tyto pomohou sestře, aby dosáhla patřičných znalostí a dovedností k plnění úkolů ve službě člověku. Ošetřovatelství jako profese dnes naplňuje odkaz jeho zakladatelky Florence Nightingale v plné šíři (8).

2. ZDRAVÉ OBYDLÍ

2.1 Období do roku 1877

Před rokem 1877 trávili lidé většinu svého života ve svých domech. Bylo tedy nutno usilovat o to, aby jejich obydlí nebylo ze zdravotního hlediska škodlivé.

„Špatně stavěný dům je zdravému člověku tím, čím špatně stavěná nemocnice nemocnému.“ (18 s. 34)

Zdravého obydlí lidé dosahovali dodržováním těchto požadavků: čistého vzduchu, čisté vody, dobrých stok (funkčních kanalizací), čistoty a světla. Čím více byla některá z podmínek zanedbána, tím bylo obydlí nezdravější (18, 19). Dané faktory se navzájem ovlivňovaly.

Čistý vzduch

Čistý vzduch v domě závisel na samotné stavbě domu; dům musel být stavěn tak, aby čerstvý vzduch z vnějšku mohl snadno vnikat do každé místnosti (18, 19).

Mezi faktory, které vzduch znečišťovaly, spadaly jednak výpary ze země, zdi obydlí, okolí domu (např. továrny), dále pak uschovávání nečistých předmětů produkujících zápach, nedokonalé větrání, přeplněné pokoje obývanými lidmi a dlouhodobě znečištěné záchody⁵ (21).

Vyjma toho se do ovzduší vměšovaly další nečistoty, zejména v příbytcích chudého lidu. A co teprve nemocný, pokud v tomto obydlí odpočíval? Silný zápach způsoboval velmi pomalé a těžké uzdravování. Mnohdy se stalo, že onemocněli i další lidé žijící společně s nemocným (17). *„Jakmile vzduch v domě jest zkažen, musí nevyhnutelně následovat nemoci.“* (18 s. 34)

Nebylo výjimkou, když vymřela v důsledku enormní nečistoty a zápachu celá domácnost. Proto bylo nezbytné provětrávat hlavně obydlí, kde ležel nemocný.

⁵ Zápach se buď brzy rozšířil prostřednictvím chodeb do celého domu, anebo hrozilo riziko prosáknutí tekutin ze záchodu do okolních studen a vodních nádrží (21).

Mezi lidmi však panoval předsudek, že se nesmí otvírat okno, aby se nemocný nenachladil (17).

Pokud se obydlí nestavělo nad hlubokými sklepy, podlaha nikdy chladná nebyla (21).

Co se týče topení, muselo se vykonávat podle pravidel, aby byl komínem dobře zajištěn odchod vzduchu (21). Uhelkou⁶ každoročně přicházelo mnoho lidí o život. Buď si vzali do pokoje uhlí, aby se při něm zahřáli, anebo zatopili na noc v kamnech z pokoje a zavřeli brzy komínek. Uhelnatý plyn nemohl odcházet komínem, naplnil světnici a tím obyvatele udusil (17).

Dále o provětrávání a teple pohovoříme v kapitole „Pokoj pro nemocné“.

Čistá voda

V dřívějších letech neměli lidé⁷ jinou možnost, než užívat vodu znečištěnou kanály a stokami. Okolo roku 1877 byla zavedena čistá voda do mnoha domů, nicméně v některých krajinách lidé stále užívali k domácím účelům nečistou vodu ze studny. Při výskytu epidemie pak tito lidé bývali nejdříve a nejsilněji postiženi (18, 19).

Dobré stoky

Převažovala neznalost lidí, v čem by měla spočívat dobrá stoka. „*Domnívají se, že kanál v ulici a stoka vedoucí domem do něho tomu úplně dostojí. Zatím ale z takové stoky vycházejí jízlivé výpary a tím epidemické nemoci dostanou přístup do domu...*“ (18 s. 35)

Dobrá domácí stoka musela mít tyto vlastnosti: dobrý spád, zdění nepropustné hnilivým látkám a možné uzavření od hlavního kanálu ulice. Špatné stoky produkovaly v domech plísně a plyny, domy tak byly vyplněny nezdravým zápachem a bylo zde větší riziko rozšíření nemoci mezi obyvateli (18, 19).

Dále pak všechny stoky měly vést mimo zdi domů. Pokud byly stoky vedeny přímo pod domy, staly se nebezpečnými. Nightingale zdůrazňovala, že lidé, kteří naprosto

⁶ tj. kysličník uhličitý

⁷ autorka uvádí obyvatele Londýna

spoléhali na chránící účinek očkování a zanedbávali zdravotní zákony, měli mnohdy hledat původ nemoci jiným směrem – a to ve vlastním domě (18, 19).

Čistota

Mezi čistotou a provětráváním se ukazovala úzká souvislost. „*Bez čistoty v domě a mimo dům nemůže provětrávání býti prospěšno.*“ (18 s. 36)

Na venkově i ve městě byl vzduch okolo domů nezdravý a nečistý. Chudí lidé obývali odlehlé, špinavé části a při větrání vnikal nesnesitelný zápach do jejich domů. Bohatí lidé s konírny a hnojišti poblíž domů při větrání dýchali stejně tak nezdravý a nečistý vzduch (18, 19).

Uvnitř domů se nacházely nečistoty v podobě zaprášených koberců, starých čalounů, nečistých polštářů a peřin, špinavého nábytku, nečištěných podlah a podobně. Tyto znečišťovaly vzduch stejně jako odpad pod oknem (18, 19).

Ošetřovatelky si při ošetřování nemocných uvědomovaly nezbytnost čistoty a snažily se ji zachovávat. Samotným provětráváním bez dodržování čistoty však nebylo možno docílit čerstvého vzduchu. „*Bez čistoty pozbývá provětrávání blahých svých účinků, bez provětrávání nelze docílití náležitě čistoty.*“ (18 s. 128)

Hlavní příčina nečistého obydlí tkvěla v tom, že se v domácnostech neuklízelo důkladně; prach se zametáním zbytečně vířil po místnosti, přičemž okna i dveře se nechávaly uzavřeny. Nightingale radila veřejnosti oprašovat pouze obrazy a předměty z papíru, nábytek pak otírat vlhkým hadříkem a podlahy v pokojích otřít vlhkým hadrem a po zaschnutí vykartáčovat (18, 19).

Zápach z výparů organických látek, vycházející z právě drhnuté podlahy, nedovoloval čistit podlahy v ložnicích tímto způsobem, když byl nemocný přítomen. Mimo to bylo v nemocnicích zjištěno, že drhnutí podlah podporuje vznik růže. „*Suchá špína jest do jistého stupně neškodná, vlhká špína však jest škodlivá a nebezpečná.*“ (18 s. 123)

Tou dobou se v několika léčebných ústavech začaly nově vyskytovat podlahy napuštěny směsí z rychleschnoucího lněného oleje, vosku, pryskyřice a žluté barvy. Ty se vytíraly suchým čistým hadrem a kartáčovaly (18, 19).

Co se týče koberců, zejména z ložnic nemocných měly být odstraněny. Hromadil se v nich prach a nestačilo je vyklepávat jednou do roka. Čalouny neměly být v ložnicích nemocného vůbec, protože nejméně vyhovovaly zdravotním požadavkům. Musely být často obnovovány. *"I když okna jsou otevřena, cítíme v prostorách se starými čalouny zápach po stuchlině."* (18 s. 125)

V té době byla každá nemoc lidmi považována za osud, za nevyhnutelnou skutečnost. Nehledali původ nemoci ve svém obydlí, nýbrž v „božské prozřetelnosti“. Pokud přemýšleli o povinnosti péče o své svěřence a o čistotu v domě, dopouštěli se zásadních chyb, které byly dány buď nevědomostí anebo nedbalostí (18, 19).

Světlo

Neméně důležitým požadavkem byl přístup dostatečného slunečního světla do obydlí. Bohužel ve většině tehdejších měst tuto podmínku nebylo možno uskutečnit. Přes stíny vysokých domů v úzkých ulicích nemohlo slunce pronikat do přízemních místností. Při zřizování ulic bylo doporučováno řídit se čtyřmi světovými stranami (21) a vyvarovat se tmavého bytu položeného na sever. Pokoje světlé byly zdravější – nedrželo se v nich vlhko a chlad (22). *„...tmavý dům jest vždy nezdravý a nečistý, a vzduch v něm nikdy není svěží a zdravý.“* (18 s. 37)

Jednotlivé pokoje měly být dostatečně vysoké, s vysokými okny a nejlépe s dveřmi naproti oknu, aby v případě potřeby mohl vzniknout průvan (21).

O světle více pojednáme ve druhé kapitole s názvem „Pokoje pro nemocné“.

2.2 Období 1878 až 1887

„Ovšem nemá se zapomínati, že obydlí člověku je pouze ochranou proti nepříznivé povětrnosti, a že člověk podstatně je na vzduch odkázaným živokem⁸, jenž užívá obydlí jako ochrany z téhož důvodu, pro jaký se šatí.“ (23 s. 19)

V letech 1878 až 1887 trpělo zdraví obyvatelů měst špatnou pitnou vodou, dýmem, kouřem a prachem. Proto se pro vytvoření zdravého obydlí zdůrazňovala důležitost

⁸ tj. živý tvor

týchž prvků jako v období předchozím, tj. čistého vzduchu, čisté vody, dobrých stok, čistoty a světla. Požadavky na obydlí byly dále prostornost, sucho, ne přílišná stísněnost a spíše chlad nežli horko (23).

Čistý vzduch

Stále se apelovalo na veřejnost, aby se domy stavěly na venkově, kde byl vzduch čistý, nezkažený výpary z továren. Pokoje měly být umístěny tak, aby do nich svítilo slunce a odděleny od záchodů a místností se zkaženým vzduchem (23).

Odborné publikace této doby poučovaly lidi, aby se vyhýbali vdechování nečistého vzduchu, tj. výparů stojatých a hnijících vod, plynů z hnojišť a ze záchodů, výparů mnoha lidí, plynů a zápachů vznikajících při vaření, osvětlování a prachu. „*Dobrý vzduch vůbec nesmí míti zápachu a musí býti oproti světlu průhledný.*“ (23 s. 1)

Hlavně kouřením tabáku si mnohdy lidé kazili vzduch sami. Kouř z tabáku obtěžoval, proto Klika zakazoval kouření v obytných místnostech a v ložnicích. Mimo to neměl být vzduch v pokojích znečišťován zbytky pokrmů ponechanými v nádobách, mělo se dbát o řádné vysušení nově vymalovaných pokojů a věnovat pozornost čistotě zvířat a jejich klecím (23).

K topení v domácnostech se doporučovala hliněná kachlová kamna nebo americká železná kamna, která se plnila uhlím shora. Dým ani kouř z kamen neměly vnikat do obydlí (23).

Čistá voda

Každé stavení mělo mít k dispozici dostatečné množství studniční či pitné vody a vody říční, měkké, k účelům zachování čistoty. Z toho důvodu se ve velkých městech začaly zařizovat vodovody, které pravidelně a v dostatečné míře dodávaly potřebnou vodu (23).

Dobré stoky

Zároveň se dbalo o kanalizaci; o řádné umístění, vyzdění a uzavření stok, aby se z nich nečistoty rychle odstraňovaly a nevnikaly tak do vzduchu nebo do země škodlivé výpary a zhoubné nečistoty ze studní (23).

Čistota

Čistota obydlí a nábytku se udržovala jednak denním větráním, dále pak denním zametáním, otíráním podlahy a nábytku, čištěním koberců, čalounů a vyklepáváním oděvu mimo pokoj. Hlavně v ložnici se měla udržovat největší čistota, co se týče lůžek, peřin i prostěradel. Ty měly být co nejčastěji provětrávány a měněny (23).

Obuv bylo potřeba otírat vždy při příchodu z venku o rohožku (23).

Světlo

Jak už jsme podotkli v předchozí etapě, světlo osvěžuje a oživuje. Proto se i v literatuře tohoto období opakuje doporučení stavět domy tak, aby do jednotlivých pokojů vnikalo sluneční světlo.

2.3 Období 1888 až 1897

Čistý vzduch

Dům postavený na vlhké hlinité či bahnitě půdě, nebo pokud spodní voda dosahovala základů domu, se stal vlhkým, někdy i zdraví nebezpečným. „*Vlhký vzduch, prosycený výpary z půdy a vlhkých základů je vždy nosičem nemocí a nákazy.*“ (24 s. 113)

Vlhkými stěnami nemohl pronikat vzduch. Uzavřený vzduch se brzy kazil a způsoboval plíseň, viditelná vlhká nebo mokrá místa, olupující se omítku. Proti tomu byl účinný jediný prostředek – provětrávání všech místností, i neobydlených (26).

Právě dostavěné domy a čerstvě vybělené prostory se neměly hned obývat; musely přes léto vyschnout. Totéž platilo při natírání olejovými barvami, které zapáchaly a mohly způsobit otravu (24).

Lidé měli obývat vysoké místnosti proto, aby nedosahovali hlavou příliš vysoko a nemuseli tak opětovně vdechovat škodlivé výpary mísící se pod stropem s teplejším vzduchem (24).

Kamna měla být zařízena tak, aby dým nevníkal do obydlí a nepoškozoval zdraví (24). Tato podmínka nebyla splněna při topení kamenným uhlím, při jehož spalování

vznikal v kamnech suchý teplý vzduch, prach a sirovodík vstupující do pokoje. Vzduch v obydlí neměl být ani příliš suchý, ani příliš vlhký (29). Suchý vzduch se mohl zvlhčit mísou s vodou umístěnou kdekoliv v pokoji, nejlépe u kamen. Vzduch se tak stal stejnoměrně vlhký (24).

O zdraví škodlivé topení se jednalo i v případě, pokud se z trubek, rozvádějících po domě horký vzduch, šířily výpary (24).

Teplo z kamen odváděly jednak stěny a nepřetržitě unikalo také dveřmi a okny. Drsnější stěny a stěny bez čalounů pohlcovaly více tepla než stěny hladké a stěny s čalouny. V pokojích, kde byla dvojitá okna a dveře důkladně uzavřeny, se hromadilo ve vzduchu více kyseliny uhličitě. Kamna s dobrým tahem měla funkci prospěšného a užitečného ventilátoru, byla proto lepší než kamna s topením zvenčí (24).

Co se týče čalounů a záclon, Klencke apeloval na lidi nepoužívat ty, které byly zbarveny do krásné sytě zelené barvy, jež byla svým chemickým složením velmi jedovatá. Těmito zelenými čalouny a záclonami, ale také oděvem napuštěným stejnou barvou, bylo zapříčiněno mnoho otrav. Postupem času se ukázalo, že také ostatní barvy obsahují jedovatou kyselinu arsenovou (24).

Čistá voda, dobré stoky

V této oblasti Preininger věnuje pozornost především půdě, která měla výrazný vliv na zdravotní stav lidí. Nečistoty, které do ní pronikaly, mohly ovlivňovat vzduch i spodní vody poskytující lidem pitnou vodu. Spodní vody se kazily zvláště zřizováním nedostačujících žump, nádržek hnoje nebo záchodů poblíž studní. Do pitné vody mohly vnikat choroboplodné zárodky, rozmnožovat se v nich a šířit nakažlivé nemoci jako břišní tyfus a cholera. Vedle toho plyny mohly půdou pronikat i z větších vzdáleností a způsobovat otravu obyvatelů (29).

Čistota

Koberce znamenaly luxus, nicméně mnohdy způsobovaly újmu na zdraví. Skládaly se z organických látek, především z vlny a bavlny. Ve starých, opotřebovaných kobercích se hromadily rozmanité nečistoty. Vlivem toho koberce

zdrsněly a rozpadávaly se. Pohlcovaly velmi značně prach, poté jej propouštěly současně s produkty vlastního rozpadu při každém pohybu do okolního vzduchu. Docházelo k vdechování látek a dráždění plic. Mimo to se v kobercích, stejně jako ve vlněném oděvu, ukrývala nákaza. Veškeré škodlivé vlastnosti koberců se zhoršily, pokud do nich bylo při výrobě přidáno seno, mošská tráva nebo lepenka (24).

Bylo nezbytné koberce denně vyklepávat, kartáčovat a větrat, pokud se jich lidé nechtěli pro pohodlí odříci. Jedině tak nemuseli mít obavy z nebezpečí. Při volbě podlahy bylo lépe použít dřevěnou namísto sádrové nebo kamenné; obyvatelé se tak snadno nenachladili (24).

Vedle toho byla čistota spojována s antisepsi. *„Nejdůležitějším a zároveň nejjednodušším prostředkem antiseptickým je čistota. Rána musí býti udržována ve přísné čistotě. Tolikéž její okolí a vše, co s ránou přichází ve styk, na př. prsty, kterými se rány dotýkáme, nástroje a pod. Této čistoty může dokonale docíleno býti, umyjeme-li si ruce čistou vodou, mýdlem a kartáčem. Kromě toho užívá se různých desinfekčních roztoků.“* (24 s. 112 – 113)

Taktéž v případě nemocného s infekční chorobou bylo důležité dbát o čistotu. Bylo nutno dezinfikovat nemocnice a pokoje, v nichž se nemocný zdržoval, dále pak i šaty a veškeré předměty, se kterými přišel do styku. Za tímto účelem byly v mnohých velkých městech zřizovány desinfekční ústavy (24).

Po uzdravení nemocného nebo naopak po jeho úmrtí stačilo k čištění vzduchu v pokojích důkladné provětrání. Po dobu několika dnů se otevřením všech oken a dveří zajistil průvan. Mimo to se podlaha, stěny, postele a všechny předměty, které nemocný užíval, musely pečlivě umýt mýdlem a opláchnout antiseptickým roztokem. Šaty, prádlo a peřiny se dezinfikovaly stejně jako chirurgické nástroje párou vařící vody. V desinfekčních ústavech toto obstarávala speciální desinfekční kamna (24).

Světlo

Radilo se neobývat prostory, kde byly stěny naproti oknům ozářeny oslňujícím slunečním světlem. V důsledku toho byl zrak mnohých obyvatelů poškozen.

„...proto není ve městech, kde platí zdravotnictví, dovoleno natíratí stěny obrácené proti bytům barvou bílou nebo jinými oslňujícími barvami.“ (24 s. 114)

Oční nemoci se vyskytovaly také v domech, v nichž byl omezen přístup slunečního světla záclonami, okenicemi, květinami a jinými. Obyvatele totiž oslňoval náhlý světelný kontrast, když vyšli z těchto tmavých bytů (24).

Preininger poukazoval na důležitost dobré lampy, kterou si lidé opatřovali umělé světlo (29). Plynové světlo, které se tenkrát užívalo, bylo vhodné pro osvětlování veřejných prostorů a obydlí, v nichž se nepracovalo očima. Pro čtení, psaní a další činnosti, při kterých se používal zrak, bylo toto osvětlení škodlivé; světlo se chvělo a kolísalo, ruce a stůl pracujícího byly jasně osvětleny, zatímco ostatní prostor zůstal zastíněn. Totéž platilo i pro lampy se stínidlem. Klencke upřednostňoval do pracoven petrolejovou lampu pro její klidný plamen. Nejškodlivější bylo čtení, psaní nebo různé ruční práce při světle ze dvou a více svíček (24).

2.4 Období 1898 až 1907

Tehdejším zvykem Angličanů bylo mít svůj vlastní dům se zahrádkou. Ve Francii se naopak osvědčilo stavět čtyři domy pohromadě; každý se svým vchodem, s jednou společnou střechou a se zahrádkou před okny (32).

Čistý vzduch

Ve městech se radilo volit příbytek v prostranné a vyvýšené čtvrti, v rovné a široké ulici, ve vyšším poschodí; zde měl vítr volnější přístup. Na západní straně proto, že vítr přicházel zpravidla odsud. Domy obrácené čelem k návětrné západní straně měly vítr z první ruky, tedy i čistý vzduch (32).

I v této etapě se doporučovalo často pobývat na čerstvém vzduchu a střežit se vdechování vzduchu zkaženého a otráveného. Ježek důtklivě apeloval na nemocné, aby posilovali plíce cvičením venku pod širým nebem. Špatný vzduch, zima a naopak nadměrné horko náležely do vnějších příčin nemocí. Proto se lidé těchto faktorů měli vyvarovat (31).

Kodým upozorňoval veřejnost, aby vše, co hnije, bylo odstraněno z okolí obydlí. „*Co tedy zde překáží a susedstvu škodí, ať jde za město.*“ (32 s. 49)

Měl tím na mysli nejen hnojiště, močály, bažiny, hřbitovy, ale také mydlárny a továrny, které ovzduší kazily. Jednalo se o jakási ohniska, z nichž se nakažlivé nemoci mohly šířit do okolí. Mimo to záleželo i na půdě, na které byl dům postaven (32).

Pokud se v nemocnicích nevěnovala péče řádnému provětrávání a čistotě vzduchu, nemoci se zhoršovaly nebo vlekly a vyvíjely se i vzácné a smrtelné nemoci. Mnohdy jimi byli nakaženi také zdraví jedinci. Škodlivý účinek špatného vzduchu se jevil na nemocných a zesláblých, ale i na silných, zdravých mužích z vojska, na věznicích a na dětech tamních škol (32).

Čistota

„*Kdo žije střídavě a dbá pilně čistoty v obydlí, často a důkladně byt svůj provětrává a ob den omývá se studeně, tomu netřeba se báti nákazy.*“ (31 s. 107)

K čištění obydlí byla používána díky svým antiseptickým účinkům kyselina karbolová. Dále bylo nutno udržovat v čistotě nemocného, jeho prádlo i lůžko (31). V případě infekčního onemocnění bylo namíste dát nemocného do příslušné nemocnice a celé obydlí vydezinfikovat. Jedině tak bylo chráněno okolí i samotný nemocný (32).

2.5 Období 1908 až 1917

Čistota a čistý vzduch, čistá voda, dobré stoky

Jak už víme z předešlých období, stojaté vody a stagnující vzduch byly vždy škodlivé; dříve nebo později měly vliv na zdraví. Epidemiím bylo možno předcházet jedině důkladným dodržováním čerstvého vzduchu a čistoty osobní i týkající se pokoje. Jestliže tato fakta byla důležitá v domácím prostředí, jak důležitá byla teprve na lůžkových odděleních, kde čistota a čerstvý vzduch dávaly život nemocným, kde nejmenší neopatrnost mohla změnit život ve smrt, kde se dezinfekce považovala za mystický rituál? Nightingale nebyla zastánkyní dezinfekčních prostředků; na čistotu pohlížela jako na jedinou skutečnou dezinfekci (35).

Nightingale uvádí mnoho příkladů, kdy aspirantka porušila podmínku čistoty při péči o nemocného, z nichž bychom se měli poučit. Například při mytí vředů na nohou otřela sekret do prostěradla nemocného anebo si mezi jednotlivými případy neumyla ruce. Proto zdůrazňuje, že každá sestra musí být opatrná, neboť neopatrnost může stát život (35).

Pokud lidé poslušně dodržovali všechny Boží zákony, tj. čistotu, čerstvý vzduch, čistou vodu, dobré návyky, funkční kanalizace, vhodné jídlo a pití, práci a cvičení, zdraví bylo výsledkem (35).

Horský se ve své publikaci věnuje čistotě nemocného. Nejdůležitější bylo dbát o čistá ústa a ruce a častou výměnu prádla. Při každém nakažlivém onemocnění musela být provedena dezinfekce. Nemocný plival do misky s pětiprocentní karbolovou vodou; exkrementy se dezinfikovaly předtím, než byly vylity; ústa nemocného ošetřovatelka vyplachovala protihnilobnou tekutinou a ruce dezinfikovala (34).

2.6 Období 1918 až 1927

„Mnoho lidí bydlí tam, kde musí, a málo lidí má účast na plánech, jak si zbudovati vlastní dům.“ (37 s. 30)

Delan a Strong připomínají požadavky na dům: sluneční světlo, čerstvý vzduch dosažený větráním, osvětlování, čistota domů a odpadní vody (37). Větrání jako obvykle přenecháme kapitole „Pokoj pro nemocné“.

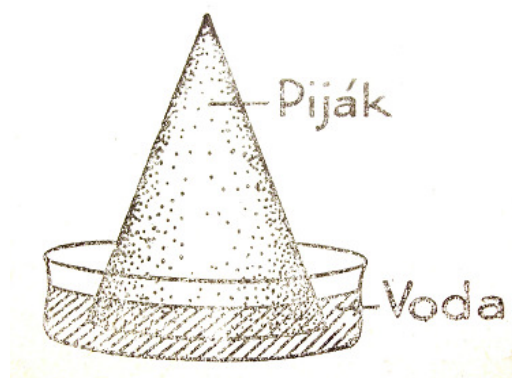
Čistý vzduch

„Nehybný vzduch je škodlivý. Vzduch má býti v neustálém, leč sotva znatelném pohybu. Ovzduší kolem těla, není-li v pohybu, účinkuje jako teplý, vlhký obklad, zabraňuje vyzařování tepla z těla.“ (37 s. 32)

Co se týče vlhkosti vzduchu, měla při dané teplotě kolísat mezi 50 a 55 %. V zimě byl vzduch zpravidla příliš suchý. Zvlhčoval se vodou v otevřené nádobě položené na kamna či na tělesa ústředního topení (37).

Účinný a jednoduchý prostředek zvyšující vlhkost vzduchu se zhotovil sbalením pijáku (tzv. savého papíru) do kornoutového kuželu, který se postavil do misky s vodou;

musel být zčásti stále ponořený (viz obr. 1). Voda stoupala k vrcholu pijáku a tím bylo docíleno vypařování velké plochy (37).



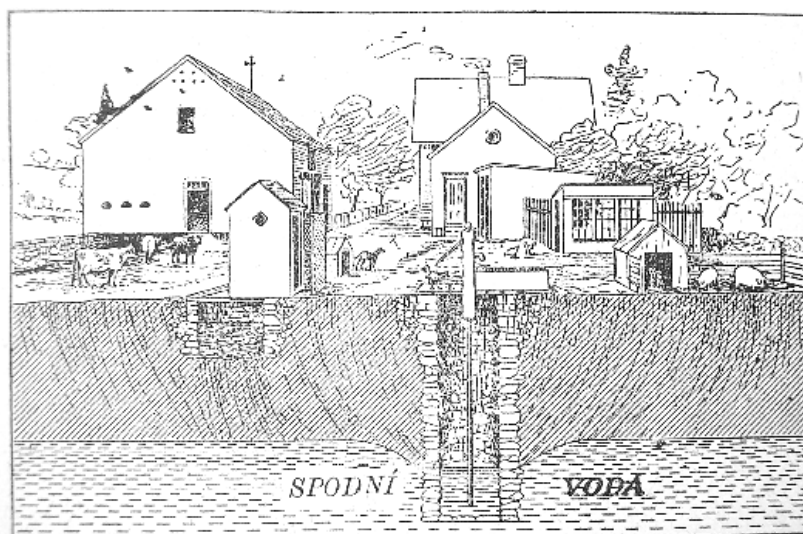
Obrázek 1 – Zvlhčování vzduchu. Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 32.

Dobré stoky a čistá voda

Zásadní bylo zamezit styku odpadních vod s vodovodem a vodními nádržkami, což bylo jednou z možností znečištění studny (viz obr. 2). Výměšky ze střev a z močového měchýře patřily mezi nejčastější cesty, jimiž přecházely z člověka na člověka zárodky tyfu, cholery a dalších nemocí (37).

Odpovědnost za kanalizační systém připadala obci. V místech, kde kanalizace nebyla, museli lidé používat záchody. Ty vyžadovaly péči; musely být vzdáleny od studny a vodních nádržek, aby nehrozilo prosakování výkalů do pitné vody. Výkaly musely být chráněny před mouchami (37).

Tam, kde se řádně uklízelo smetí, a čistily ulice, postačoval systém „suchý“. Při něm se na výkaly používaly džbery nebo konvice. Výkaly se zasypávaly nejlépe hašeným vápnem; bylo možno použít i písek, popel či hlínu. Nádoby se musely často vyprazdňovat a obsah se zakopával alespoň půl metru pod zem. Tento způsob nebyl rozšířen, jelikož čištění nádob bylo nepříjemnou povinností, která brzy unavila každou domácnost (37).



Obrázek 2 – Možnost znečištění studny. Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 39.

Čistota

„Čistý a dobře uklizený dům jest po každé stránce příjemný a pro zdraví potřebný.“
(37 s. 33)

Nejdůležitější se mělo pečovat o místa, kde se připravovaly nebo uskladňovaly potraviny. *„Kuchyně jest skutečně pracovnou, kde se buď vědomě neb nevědomě připravují chemické sloučeniny, jež mají dalekosáhlý účinek na zdraví.“* (37 s. 34)

Delan a Strong věnují pozornost především kuchařčiným rukám, které měly být umyty vždy před manipulací s jídlem, po návštěvě záchodu, po použití kapesního šátku či po jakémkoliv styku s nosem, ústy anebo tělními výměšky. Na základě teoretických poznatků se do jídla nesmělo kýchat a jedinci trpící rýmou, kašlem nebo jinou „sdělnou“ nemocí neměli pokrmy připravovat. Tento postup zaručoval prevenci onemocnění (37).

K úplnému vyčištění pokojů bylo zapotřebí mýdla, vody, slunce a vzduchu. Čistit tehdy znamenalo odstranit špínu a prach bez zbytečného víření; zabránit jeho znovuuštění. Bylo výhodné vysávat prach vzduchem, vytírat a zametat buď na mokro, nebo utěrkami k tomu určenými. *„Látky desinfekční neb látky odstraňující zápach nenahrazují obyčejné čištění.“* (37 s. 35)

V té době bylo prokázáno, že onemocnění, o kterých se dříve tvrdilo, že jsou přenášena prachem nebo že se vznášejí volně ve vzduchu, byla přenášena na drobných částicích hlenu a kapičkách vody při kašli a kýchání (37).

Nicméně prach škodil tím, že dráždil sliznici nosu, krku a průdušek a způsoboval drobné ranky, jimiž vnikaly zárodky. Přítomnost prachu znamenala nízkou úroveň čistoty. Z tohoto důvodu Delan a Strong upozorňovaly na domácnosti přeplněné takzvanými lapači prachu v podobě koberců, okrasných předmětů, čalouněného nábytku, záclon apod. Tyto věci se čistily jen málokdy. Koberce byly považovány přímo za nezdravé. Kdyby se z domácností odstranily veškeré neúčinné předměty, život obyvatelů by se nepochybně prodloužil (37).

Světlo (osvětlování) a teplo

„Potřebné množství světla závisí na povaze díla.“ (37 s. 33)

Bylo zjištěno, že světlo má pravoukým lidem přicházet z levé strany, nikoli zepředu. Světlo odražené od sněhu, písku, papíru a dalších lesklých ploch unavovalo, škodilo zraku, způsobovalo bolest hlavy a nevolnost, jež byly přisuzovány nedostatečnému větrání (37).

Tehdy se nejčastěji topilo horkou vodou, horkou parou či elektrickým topením. Plynová a petrolejová kamna bylo doporučováno užít jen v nutných případech a na krátkou dobu (37).

2.7 Období 1928 až 1937

Čistá voda

Zdravotní poměry se v obcích i ve městech zlepšily mj. díky vodovodním stavbám. Od války si celá řada měst vybudovala vlastní či skupinové vodovody. Poměr českých zemí byl oproti ostatním zemím v republice příznivější. Stejně tak bytové poměry zde byly lepší než v ostatních částech republiky. Bylo to způsobeno budováním rodinných domků nejen na venkově, ale i ve městech. Obyvatelstvo z venkova

se stěhovalo do měst a pomáhalo vzrůstu měst. Oproti tomu byl počet lůžek veřejných nemocnic stále nedostatečný (44).

Co se týče pitné vody, bylo možno ji očistit od mikrobů svařením, prosvěcováním ultrafialovými paprsky či cestou chemickou. Led bakterie přímo neničil, ale způsobil jejich neschopnost rozmnožovat se. V mnohých zemích mohla pitná voda obsahovat parazity (např. pijavku lékařskou). Parazitů se lidé uchránili, pokud pitnou vodu přecedili přes jakoukoli hustou tkaninu. Vodu bylo nejlépe svařit (43).

Čistota

Prameny z let 1928 až 1937 nepopisovaly čistotu v souvislosti s obydlím. Větší pozornost se kladla problematice antiseptiky a aseptiky.

Vědělo se, že účelem aseptiky je zabránit vniknutí choroboplodného zárodku do rány, zatímco antiseptiky se přímo ničíly choroboplodné zárodky v ráně a předcházelo se tak vzniku komplikací (41).

2.8 Období 1938 až 1947

Zachovávání čistého vzduchu, péče o vhodnou kanalizaci, zajištění důkladné čistoty a patřičného osvětlení v domech se dostalo z odborné literatury předchozích let do povědomí veřejnosti. Jak známo, pokud tyto prvky působily současně, vytvářely zdravé obydlí. Záleželo tedy na obyvatelích domů, zdali si vytvořili vhodné podmínky pro život ve svém obydlí, či nikoli. Odborné publikace této a následujících etap se již k zdravému obydlí nevrací, v čemž můžeme spatřovat zásadní zlom.

V literatuře z roku 1938 až 1947 se hovoří o významu čistoty při poskytování zdravotní preventivní péče i při ošetřování nemocných (46).

Princip obecné čistoty byl jedním z pilířů veřejného i soukromého zdravotnictví. Laik odstraňoval zvláště nečistoty patrné na pohled ve formě prachu, špíny a sazí. Naproti tomu lékař a sestra již tenkrát věděli o choroboplodných zárodcích, neviditelných nepřítelích lidského zdraví, a snažili se proti nim bojovat. Čistota byla zabezpečována aseptikou a antiseptikou, k nimž se užívaly prostředky fyzikální a chemické (46).

Dezinfekční prostředky se měnily, procházely vývojem. Vzhledem k různorodosti se nebudeme zabývat jednotlivými prostředky ve vytyčených obdobích. Seznámíme se se základy a specifiky v problematice prevence nozokomiálních infekcí (NI).

Hlavní zásadou při provádění dezinfekce bylo co nejrychleji odstranit a vyčistit vše, v čem bakterie nacházely zvláště výhodné podmínky k životu; zejména zbytky jídla, špinavé nádoby, plivátka, emitní misky s hnisem, zvratky, vodu po čištění úst, ložní mísy a další. Sestra musela celé lůžko dostatečně chránit před znečištěním exkrementy nemocného a ložní i osobní prádlo často měnit. Dalšími povinnostmi sestry bylo znečištěný obvazový materiál urychleně odstranit a nemocného zabezpečit před zavlečením hmyzu (46).

Po uzdravení se z infekčního onemocnění, sestra prováděla kompletní dezinfekci jedince. Ta spočívala v důkladné koupeli i umytí vlasů, ve vypláchnutí nosu, vyčištění úst a vyklotání. Poté jej převlékla do čistého prádla, šatů, punčoch i bot. Rovněž sestry, které pracovaly na infekčním oddělení, se musely často mýt. Pokud šly na vycházku mimo nemocnici, musely se ze stejnokrojů převléci (46).

Přenesení infekce rukama bylo velice časté, proto sestry musely věnovat hygieně rukou dostatečnou péči. Ruce si měly umývat pod tekoucí teplou vodou mýdlem a kartáčkem. Nehty měly mít krátce zastřiženy a při častém mytí měly používat jakýkoliv mastný krém. K vlastní dezinfekci rukou se používal nejčastěji sublimát, alkohol a jiné (46).

Dezinfekce obydlí se prováděla formalinovými parami⁹ nebo kombinací fyzikálních a chemických prostředků. Veškerá dezinfekce musela být nařízena nebo schválena lékařem (46).

2.9 Období 1948 až 1957

V polovině 20. století se sterilizací rozuměl postup, kterým se ničí všichni mikrobi na neživých předmětech, včetně jejich spor; většinou se tak dělo suchým či vlhkým teplem. Sterilizace se od dezinfekce lišila v podstatě jen intenzitou a dobou působení.

⁹ Tato dezinfekce se prováděla v dezinfekčních ústavech speciálně vyškolenými zřízenci (46).

Při provádění sterilizace bylo třeba užít látek určených ke sterilizaci a volit takový způsob, který zaručuje výsledek a zároveň minimálně poškozuje sterilizovanou látku (52).

Izolace nemocného měla smysl pouze tehdy, jestliže se prováděla důkladná tzv. průvodná dezinfekce. Do místnosti nakažlivě nemocného se musely zajistit: ochranný plášť pro lékaře a sestru, nádoba s dezinfekčním roztokem, speciální nádobí a přístroje, pomůcky k vyprazdňování, plivátko, nádoba na úschovu prádla a na jeho dezinfekci, nádoba s dezinfekčním roztokem k zneškodnění výměšků, veškeré pomůcky k čištění místnosti a k toaletě nemocného (52).

V případě, že nebyla úředně nařízena konečná dezinfekce formaldehydovými parami, místnost bylo zapotřebí vyčistit, vyvětrat, vyslunit a podle potřeby i vybělit. Dále se vydezinfikovaly zbylé výměšky, prádlo, nádobí a všechny ostatní předměty (52).

2.10 Období 1958 až 1967

Nemocnice nebyla pouze místem, kde se nemocným poskytovala odborná péče a kde se léčili. Žilo zde na poměrně malém prostoru mnoho lidí, což dávalo příležitost ke vzniku nákazy (59).

V boji proti šíření NI musel ošetřující personál respektovat tyto hygienické zásady:

1. Dodržovat osobní hygienu a čistotu svého oděvu.
2. Před každým výkonem a po ošetření jakéhokoliv nemocného si důsledně umýt ruce.
3. Starat se o čistotu nemocného i jeho osobního a ložního prádla. Zároveň bylo důležité chránit před znečištěním žíněné matrace.
4. Špinavé prádlo ihned vkládat do uzavřených nádob určených k tomuto účelu, nikdy ne na zem. Při manipulaci se znečištěným prádlem používat ochranný oděv.
5. Omývat dezinfekčním roztokem lůžko, noční stolek a veškeré předměty, které měl nemocný v užívání nebo s nimi přišel do kontaktu.

6. Poskytnout nemocnému k přikrytí pouze povlečené přikrývky; po použití je dát dezinfikovat (stejně tak žíněné matrace).
7. Nádobí umývat přípravky určenými proti mikrobům.
8. Dbát na pořádek a čistotu celého oddělení, odpadky vhazovat pouze do krytých nádob.
9. Všechny místnosti v nemocnici uklízet na vlhko, používat dezinfekční prostředky.
10. Nedovolovat návštěvám, aby sedaly na lůžka nemocných.
11. Dbát o to, aby si návštěvy před vstupem na oddělení buď očistily, lépe však přezuly obuv (59¹⁰).

Dodržováním těchto zásad se povzbuzoval duševní i zdravotní stav nemocného. Čistota jak samotného nemocného, tak jeho prostředí u něj vyvolávala pocit spokojenosti a pomáhala mu lépe snášet útrapy spojené s hospitalizací. Na respektování hygienických zásad dbala hlavně sestra; vedla všechny nemocné k jejich dodržování a pomáhala nemocným, kterým zdravotní stav neumožňoval provádět hygienu samostatně (59).

Po skončení každého výkonu bylo povinností sestry jednotlivé pomůcky vyčistit a uložit. Nestačilo však jejich pouhé omytí a osušení, protože mnoho pomůcek bylo používáno dalšími nemocnými. Aby se zabránilo šíření nákazy, musela sestra znát způsoby a prostředky, jak pomůcky zprostit bakterií (59).

V praxi se uplatňovaly dva hlavní způsoby dezinfekce, fyzikální a chemická (55). Užití té či oné dezinfekce záviselo na druhu nákazy a na dezinfikovaném materiálu. O druhu dezinfekce rozhodovali příslušní vedoucí pracovníci; nižší a střední zdravotničtí pracovníci tato nařízení plnili (59).

Čištění, sterilizace a ukládání pomůcek byly složité procedury. Volba druhu sterilizace záležela na konkrétním materiálu, který měl být sterilizován. Před samotnou sterilizací se některé pomůcky mechanicky očistily. Následně byly dezinfikovány

¹⁰ Autorka užívá dané zásady i v pramenech publikovaných později.

chemickými prostředky, sterilizovány a nakonec vhodně a na omezenou dobu uloženy, aby nedošlo k jejich znečištění či uplynutí možného účinku sterilizace.

2.11 Období 1968 až 1977

V boji proti šíření NI se dodržovaly tytéž zásady jako v předchozím desetiletí.

Dezinfekce, která byla významnou složkou boje proti NI, se v učebnicích rozdělovala podle povahy na mechanickou (např. úklid), fyzikální (např. dezinfekce párou) a chemickou (např. Ajatin) (70).

2.12 Období 1978 až 1987

K ošetřování nemocných bylo zapotřebí velkého množství pomůcek, se kterými ošetřovatelský personál nejen pracoval, ale musel také zajišťovat jejich údržbu. O pomůcky muselo být pravidelně a správně pečováno, aby byla jejich životnost co nejdélejší. Správně ošetřené pomůcky také snižovaly riziko přenosu NI (72).

Od této etapy prameny nově popisovaly způsoby chemické dezinfekce, jimiž byly: umývání, ponoření, postřik. Někdy se uvádělo též vyvážení.

2.13 Období 1988 až dosud

Prevence NI zahrnovala již koncem 20. století přísný protiepidemický režim (tzn. vysokou hygienickou úroveň nemocničního provozu), kterým se zabráňovalo přenosu infekce, a dekontaminaci, kterou se ničili původci infekce (77).

Vysoce účinných dezinfekčních prostředků se na trhu vyskytuje celá řada. Liší se od sebe jak obchodními názvy a chemickým složením, tak i způsobem použití a účinností. Na obalu každého prostředku je uveden návod k použití, který je nutno při manipulaci s prostředkem dodržovat (77).

Dezinfekční prostředky jsou vyráběny ve formě prášku nebo kapaliny. Před použitím se některé z nich musí naředit na pracovní roztoky. Na pracovišti jsou ukládány do uzamčených skříní – nezbytné je jejich označení a oddělení od léků (77).

V publikacích se začátkem 21. století zdůrazňovaly zásady při prevenci vzniku NI, které jsou popisovány i v nejnovějších odborných literaturách:

1. Při odběrech biologického materiálu si chránit ruce a ústa ochrannými pomůckami.
2. Nepotřebné zbytky biologického materiálu odstranit do plastových vaků, které se poté spalují. Veškeré nádoby použité k odběru důkladně vydezinfikovat a umýt.
3. Před výkonem a po něm si důkladně umýt ruce kartáčkem a mýdlem, popř. použít dezinfekci. Ruce si osušit ručníkem k jednomu použití.
4. Dbát na dezinfekci, umytí a sterilizaci všech pomůcek, které přijdou do styku s vnitřními orgány nebo s cévním systémem nemocného.
5. Jednorázové pomůcky odstranit do obalů s pevnými stěnami, které se později spalují. Denně je odklízet do sběrných kontejnerů.
6. Ihned po ukončení převazů odstranit použitý a znečištěný obvazový materiál do obalů k tomu určených, uzavřít je a odklidit do kontejnerů.
7. V případě nachlazení používat při převazu ústenku a chránit tak nemocné před kapénkovou infekcí.
8. Pokud dojde k poranění kůže, zranění neprodleně ošetřit. Nahlásit lékaři, hrozí-li zanesení biologického materiálu (který jsme získali od nemocného) do oděrky.
9. Prádlo, kterým pokrýváme vyšetřovací stůl nebo lehátko, měnit po každém nemocném.
10. Při zacházení s použitým prádlem se chránit ochrannými rukavicemi, pláštěm a ústenkou. Prádlo odhazovat do určených nádob nebo do obalů, nikdy ne na zem. (84)

3. POKOJ PRO NEMOCNÉ

3.1 Období do roku 1877

Pokoj pro nemocného měl splňovat požadavky prostornosti a přístupu slunečního světla, které bylo možno korigovat záclonami. Dále měl být opatřený větrníkem k proudění vzduchu. Pokoj měl být klidný, bez vlhka a znečištění vzduchu. Ložnice neměla být přeplněná lidmi (21, 22).

Světlo

Nedostatek světla měl vliv na zdravého i nemocného člověka, na jeho růst a tělesný vývoj. „*Ve tmavém domě pozbývají lidé zdraví svého, a jakmile ochuraví, nelze se jim v něm zotaviti.*“ (18 s. 38)

Dostatek slunečního světla byl vnímán jako jedna z nejdůležitějších podmínek pokoje pro nemocného. Povzbuzoval mysl i lidské tělo a o očišťujících účincích na vzduch v domech se mohl kdokoli přesvědčit vlastním pozorováním. V nemoci byl světlý pokoj důležitou podmínkou k uzdravení (18, 19).

Lidé v té době neměli znalosti o odlišnosti v uspořádání ložnic pro zdravé od uspořádání ložnic pro nemocné. Nemocný člověk se na rozdíl od zdravého nezdržoval v ložnici pouze v noci, za tmy, ale také přes den. Proto mělo být nemocnému umožněno, aby se mohl dívat z okna na oblohu a na slunce, aniž vstal z lůžka (18, 19). Co se týče samotného lůžka, nikdy nemělo být postaveno poblíž okna, dveří nebo kamen; pokud tato podmínka nemohla být splněna, bylo třeba použít alespoň stínidlo či záclonu (21).

Pro zdraví nemocného bylo nejprospěšnější, pokud k němu sluneční světlo pronikalo od rána do večera. Intenzita světla se dala zmírnit záclonami a oponami. „*Dejte útlé svadlé květině a choré lidské bytosti světlo sluneční, a není-li již snad příliš pozdě, nabudou oba dřívější svěžesti a zdraví.*“ (18 s. 119)

V nemocnici se tehdy zjistila zajímavá skutečnost: Nemocný se na lůžku vždy obracel obličejem ke slunci, právě tak jako listy rostliny; i když mu tato poloha byla mnohdy obtížná (18, 19).

Provětrávání a teplo

K nejdůležitějším požadavkům dále patřil čerstvý čistý vzduch a zároveň udržení dostatečného tepla¹¹, aby se předešlo nachlazení nemocného (19, 21). Špinavé prádlo bylo nezbytné z pokoje ihned odstranit. Co se týče květin, v ložnicích byly vnímány jako zdraví škodlivé; v ostatních pokojích být mohly (21).

Vyjma dusíku a oxidu uhličitého vzduch v pokojích znečišťovaly výpary z potu člověka. Nemocnému ke zdraví nepřispělo, pokud musel své výpary znovu vdechovat. „*Co životem se spotřebovalo, co tělo ze sebe vyvrhlo jako nepotřebné, jako trusky, to, vrací-li se opět v tělo, nemůže sloužiti než jenom k jeho škodě.*“ (17 s. 40)

Bylo zvykem zakouřit pokoj, který zapáchal nebo kde ležel nemocný, jalovcem, octem či nějakou aromatickou látkou. Účinek zakouření nebyl téměř žádný. Kodým užívá přirovnání: „...*je to tak, jako kdyby měl člověk něco nehezkého polknouti, a obalil to dřív cukrem. Tak i zakouřením zaobalí se starý puch v nový – voňavý; a člověk pak lyká oba do sebe.*“ (17 s. 42)

Jediným platným prostředkem bylo provětrávání; mimo to se doporučovalo postavit pod lůžko nemocného nádobu s tzv. dusnovkou¹² nebo s chlorovým vápnem (17). Vzduch čistily i malé vodotrysky a rostliny se širokými listy (22).

Provětrávání se mnohdy dělo z uzavřených chodeb či síní naplněných plynovými výpary, výpary z pokrmů, ze záchodů a jiné. Málokdo dbal na to, odkud vzduch přicházel. Příchod vzduchu měl být vždy zajištěn zvenčí – okny, kterými vnikal vzduch nejčerstvější. Z uzavřeného dvora přicházel stejně nečistý vzduch jako z uzavřené síně či chodby. Rovněž neobydlené pokoje měly být provětrávány (18, 19).

¹¹ V pramenech se uváděla teplota od 16,25 do 20°C. Dříve se teplota uváděla ve stupních Réaumura.

¹² tj. kyselina dusičná

Čerstvý vzduch pronikal do obydlí v malé míře také skrz póry zdiva, proto se ze zdravotních důvodů nedoporučovalo natírání olejovými barvami ani pokrývání stěn tapetami, kterými se póry ve zdi ucpávaly (22).

Jak už jsme zmínili v předchozí kapitole „Zdravé obydlí“, byla rozšířená představa, že by se nemocný nachladil, kdyby se otevřela okna (17). Nightingale radila ošetřovatelkám, aby byl čerstvý vzduch nemocnému opatřen dostatečně velkým oknem a přitom bylo v pokoji dostatečně zatopeno. „*Nikdy se nebojte otevřených oken; lidé v posteli tak lehce nenastydnou.*“ (18 s. 16)

Pokud byl v pokoji vzduch příliš suchý, radilo se zvlhčovat ho vodou postavenou v nádobě na kamnech (22). Těžké opony okolo postelí a husté záclony přes okna zachycovaly čerstvý vzduch, proto je nebylo doporučováno používat. Okna v ložnici měla být upravena tak, aby je nemocný při opuštění lůžka mohl sám otevřít a zavřít (18, 19). Nemocnému prospělo otevřené okno celý den a v případě letních dnů i celou noc (17). Jestliže se větralo nízkými okny, podlaha se brzy ochladila. Nemocný tak mohl nastydnout, pokud vstal z lůžka. Ošetřovatelka zachovala nemocnému nezbytné teplo příkrývkou a lahví naplněnou horkou vodou (18, 19).

Co se týče topení v chladných dnech, Kodym zdůrazňuje, že se pokoje nesměly přetápět. Argumentuje tím, že se nemocnému horkem přitížilo. Především v horečnatých nemocech svědčilo nemocnému daleko lépe chladnější ovzduší. Do kamen se nemělo přikládat naráz, ale častěji, aby se ovzduší stále obnovovalo (17).

Pokud se topilo v kamnech v pokoji¹³, topení přispívalo k očištění vzduchu. Bylo vhodné přistavit vedle pokoje ještě jeden pokoj. Ten plnil účel v případě nemoci – hlavně s ohledem k nemocnému; ale i pro ostatní, aby nebyli ohroženi výparry nemocného. „*Je to věru smutná věc, když musí ubohý nemocný ležeti ve společné světnici, která je rejdištěm starých i mladých, kde nemá ani trošku pokoje. A pokoje je přece nemocnému k jeho uzdravení velice potřeba, jak pokoje tělesného tak i duševního.*“ (17 s. 41)

¹³ Výhodou kamen s topením z pokoje bylo, že přetopení nebylo až tak časté, jako se stávalo od čeládky při topení zvenčí. Pokud topili z pokoje, mohli na oheň sami dohlížet a přikládat včas pouze přiměřené množství. Udržovali čisté ovzduší tak, že přikládali méně a častěji. Komínek u kamen nechávali otevřený (17).

Obecné nemocnice, tzv. špitály, dokazovaly, jak moc záleželo na provětrávání míst, kde se nacházeli nemocní. Mnoho nemocných pohromadě vzduch brzy vydýchalo. Pokud se místnost často neprovětrávala a nedbalo se na čistotu, vznikaly smrtelné nemoci (17, 20).

3.2 Období 1878 až 1887

Provětrávání a teplo, sluneční světlo a umělé osvětlení

V 80. a 90. letech 19. století byli lidé stále poučováni o řádném provětrávání pokoje; za každého ročního období bylo potřeba otvírat okna i dveře do prostorů s čerstvým vzduchem.

Aby bylo dosaženo čistého vzduchu v chladném a vlhkém pokoji, musel se provětrávat ve dne i v noci a vytápět nejlépe „náplňovými“ kamny, do kterých se sypalo uhlí shora. V porovnání s obyčejnými kachlovými kamny tato kamna vytápěla stejnoměrněji, levněji a nepřetržitě (23).

Bylo třeba řádně přivírat dvířka u kamen, aby se při topení nešířily po pokoji dým a prach. Pokud výpary z kamen pronikaly do pokoje, odstranily se větráním a octem vylitým na plotnu kamen; nikoli „františky“ a kořením házenými na kamna, jimiž se kouř rozmnožoval (23).

Pokoj se vytápěl při podchlazení nemocného; pokud měl studené nohy a zimnici. Vytápět pokoj bylo potřeba zrána, nikoli večer. V případě přetopeného pokoje se otvíralo okno, jedině když nebyl nemocný obnažen (23).

Mokrý osobní a ložní prádlo bylo nutno sušit mimo pokoj nemocného. Noční nádoby měly být přikryty víkem, co nejčastěji odklizeny a vymývány vodou (23).

V létě nemělo být v pokoji příliš teplo. Sluneční paprsky se stínily záclonami ze silného, hrubého plátna a přes noc se otvírala okna. V zimě neměla teplota pokoje přesahovat 20 °C (23).

Večer při umělém osvětlení bylo vhodné zatahovat okna záclonami. „...večer sluší se toho dbáti, by zbylé světlo denní se nemísilo se světlem strojeným...“ (23 s. 27)

Světla svíček, lamp a plynových plamenů oku škodila. Bylo nutno pečovat o klidné světlo ustříhováním knotu svíček a ohledně lamp používat skleněné válce a stínítka. Plynové světlo se mělo zajistit tak, aby byl přítok plynu rovnoměrný a plamen klidný (23).

3.3 Období 1888 až 1897

Pokoj, ve kterém odpočíval nemocný, měl být suchý, přívětivý a světlý, nikoli však oslněný slunečními paprsky. Při onemocnění očí a při horečnatých stavech, kdy byly oči nemocného citlivé, musel být pokoj zatemněn; v ostatních případech bylo zastiňování nesmyslné. Při řadě nemocí působilo světlo blahodárně (24).

Pěstování silně vonících květin škodilo nervstvu, proto se do pokoje měly volit rostliny pouze zelené, málo a krátce kvetoucí (29). Podlahu bylo možno čistit jen navlhčenými pilinami. Koberce se radilo nepoužívat; prášilo se z nich a obsahovaly bakterie (24).

Další potřebou nemocného byl klid. Pokoj měl být tichý, chráněný před okolním hlukem. Hodiny, které způsobovaly hluk, měly být odstraněny. Také ošetřovatelka se při ošetřování nemocného měla chovat ohleduplně; neměla otvírat okno a zavírat dveře příliš prudce, měla chodit tiše, neměla s nemocným příliš mluvit ani mu číst, pokud to lékař výslovně nedovolil či nepřikázal (24).

Sluneční světlo a umělé osvětlení

„Člověk je živočich světla, jeho mozek jest orgán světla, jenž v noci spí a světla denního potřebuje, aby se probudil. Nemá-li světla, stůně.“ (24 s. 541)

Světlo lidi osvěžovalo, ale zároveň mohlo i dráždit. Ve světlých pokojích byl spánek člověka neklidný. Denní světlo povzbuzovalo organismus k větší nervové činnosti (24).

Léčivý účinek slunečního světla byl vyzorován v nemocnicích za doby krymské války. Pod blahodárným vlivem slunce se nemocní rychle uzdravovali; pomalejší uzdravování probíhalo u těch, kteří odpočívali v tmavších pokojích (24).

Co se týče osvětlení pokoje, z pevných tuků se vyráběly svíčky, tekuté tuky se používaly do lamp. Svíčky z některých tuků zapáchaly, měly kalný plamen, čadily a na slunečním světle měkly. Osvědčily se lampy plněné petrolejem; ten svítil jasně a byl levný (24). Umělé osvětlení kazilo vzduch v pokoji různými příměsmi a nedostatečným spalováním. „Každé světlo, které šíří v pokoji zápach nebo vůni, je zdraví škodlivé.“ (24 s. 544)

Noční světlo muselo být zastřeno stínidlem, aby na nemocného a stěnu u lůžka dopadalo pouze tlumené, mírné světlo. Lampa měla být od lůžka nemocného co nejvíce vzdálena (24).

Provětrávání a teplo

Tak, jako byl čerstvý vzduch pro jedince nezbytný, průvan byl zdraví škodlivý. Pokoj měl být provětráván podle potřeby. Nemocného přitom bylo nutno dobře přikrýt. V pokojích neměly být žádné páry (např. z vaření, ze sušení), výměšky nemocného bylo nutno ihned odstranit. Pokoje se neměly vykuřovat, ani se v nich neměly zapalovat františky; nemocného zápach obtěžoval a dráždil. Vědělo se, že bez čistého vzduchu se prodlouží každý průběh nemoci a zhorší se stav jedince. Tehdy novější zkušenosti potvrzovaly, že se mnohé těžké nemoci větráním vyléčí (24).

Četné nemoci měly původ v nedostatku vzduchu a nedostatečném pohybu. Pokud jedinec stále dýchal zkažený vzduch v uzavřených prostorech, ve vytopených a nevětraných pokojích, podlehl stavu, který se svými příznaky podobal otravě. Klencke přirovnává čerstvý venkovní vzduch k pramenité vodě, vzduch v uzavřeném prostoru k vodě stok (24).

Dále nebylo lidskému tělu lhostejné teplo ani tlak. Zjistilo se, že hustší vzduch, tedy větší tlak, ztěžuje dýchání; naopak menší tlak umožňuje dýchání rychlejší. Oba stavy byly pro zdraví člověka škodlivé (29).

I tehdy Klencke apeloval na lid, aby v zimě nepřetápěli svá obydlí. Čím se teplo stupňovalo, tím vzrůstala náchylnost člověka. Teplota se měla udržovat do 15 až 18,75 °C, výjimečně 20. „Kdo v teplotě 18 $\frac{3}{4}$ stupně C. (15 stupňů R.) má pocit zimy, je buďto nemocen nebo upadl nečinností, dlouhou chvílí, ochablostí

nebo rozladěním myslí ve stav neduhu blízký, při němž produkce živočišného tepla vázne. Kdo sedí nebo je nečinným, potřebuje jenom pohyb, práci, aby jeho teplo s teplotou okolí vešlo v rovnováhu. Proto nesmí se obydlí nikdy vytápěti více, než na 15 stupňů Réaumura.“ (24 s. 116)

Vyšší teplota byla zdraví škodlivá. *„Přirozenost lidská jest jako vosk; přivykne věcem téměř neuvěřitelným v tom i onom směru.*“ (26 s. 38)

Výjimku tvořili starší a nemocní, jejichž pokojová teplota mohla dosahovat až 22,5 °C (24).

Vedle topení v kamnech se užíval i jiný druh vytápění ložnic, a to vkládání lahví s horkou vodou do lůžka (26).

Klencke radil jednat opačně a i v zimě otvírat okna v ložnici. Jestliže se jedinec pozvolna otužil vodou, mohl spát při otevřeném okně bez újmy na zdraví (26). *„V zimě topí se jenom za tím účelem, aby se předešlo škodlivému účinku chladného a sychravého vzduchu zimního na zdraví lidské, k tomu cíli má hygiena právo a povinnost udávati tím směrem patřičná pravidla.*“ (24 s. 115)

Co se týče kamen, nesměla stát poblíž lůžka a nesmělo se z nich kouřit. Nejlépe, pokud podporovala ventilaci v pokoji. Výkonná kamna byla v zimě dostatečným ventilátorem¹⁴; odváděla zkažený vzduch, zatímco dveře s okny přiváděly vzduch čerstvý a čistý. Jestliže propouštěla jedovatý oxid uhelnatý, rozprášila se po místnosti kolínská voda nebo jiná aromatická látka. Tato vzduch osvěžila a zbavila jedovatých látek. Při výparech z nemocného se vzduch osvěžoval roztokem chlorového vápna připraveným na plochý talíř. Nicméně nejúčinnější dezinfekcí místnosti, kde ležel nemocný, bylo důkladné větrání (24).

V nemocničních pokojích bylo obvykle přetopeno, čímž se tělo nemocného stávalo náchylnější. Přitom se nevětralo. Nemocný tak byl nucen vdechovat vydýchaný a nezdravý vzduch nasycený pižmem a hnisem (26).

¹⁴ Vzduch světnice odcházel přes plamen (24).

3.4 Období 1898 až 1907

Provětrávání a teplo

Jak jsme zmínili v předchozích letech, provětrávat se neměly pouze ložnice nemocného, nýbrž celý byt. Teplota v pokoji měla dosahovat nejvýše 17,5 °C (31). Topit se mělo z pokoje, aby kamny mohl vydýchaný, nezdravý vzduch odcházet a namísto něj přicházet nový, čerstvý. Běžně užívanými kamny však odcházel z větší části nový vzduch a starý zůstával v pokoji. Obnovování vzduchu zajišťovaly až novější typy kamen (32).

Kodým mimo jiné zdůrazňoval důležitost lépe zařízených záchodů. Tyto představovaly pramen zkaženého vzduchu. „*Co hnije, z toho výpar je člověku vždy ke škodě.*“ (32 s. 47)

3.5 Období 1908 až 1917

Provětrávání a teplo

Ohledně větrání Horský zdůrazňoval, co již bylo řečeno v předchozích letech; v létě nechávat okno stále otevřené a přitom se postarat, aby nemocný neležel v průvanu. V zimě alespoň jednou denně vyvětrat a přitom nemocného dobře přikrýt, aby se nenachladil (34).

Teplota v pokoji nemocného měla být stálá a podle potřeby regulována. V chladném prostředí se nemocný snadno nachladil, v horkém prostředí zase pociťoval žízeň a bolesti hlavy. Teplota měla být udržována do 21,25 °C a neměla výrazně klesnout pod 20 °C. Aby teplota mohla být přesně měřena, měl být v pokoji teploměr (34).

Stávalo se, že nemocnému při přiměřené pokojové teplotě byla zima nebo naopak horko. Ošetřovatelka proto mohla regulovat teplotu nemocného ložními přikrývkami (34).

V případě příliš suchého vzduchu se mohl na kamna postavit hrnec s vodou anebo rozvěsit po pokoji mokrá prostěradla. Docházelo tak k vypařování vody (34).

3.6 Období 1918 až 1927

Pokoj pro nemocného měl být umístěn poblíž koupelny a kvůli zápachu z přípravy pokrmů měl být vzdálen od kuchyně. Měl směřovat k jihu či k východu, aby do něj svítalo každý den slunce. Aby bylo provětrávání ložnice snazší, měla mít více než jedno okno (37).

Lůžko mělo být umístěno tak, aby při otevření oken nebyl nemocný v průvanu a při otevření dveří jej neviděla procházející osoba. Podstatou bylo, aby měl nemocný pokoj sám pro sebe. Pokud v noci nepotřeboval stálý dohled, ošetřování či pomoc, ošetřovatelka měla spát ve vedlejším pokoji. Po celou dobu nemoci měl pokoj patřit jen nemocnému. Ani členové rodiny zde neměli nechávat své věci (37).

Veškeré předměty, které působily rušivě, měly být z pokoje odstraněny. Také šeptání bylo pro nemocného velice nepříjemné. *„Ať je předmět rozmluvy jakýkoliv, pacient si myslí, že se mluví o něm.“* (37 s. 94)

Proto vše, co nemocný neměl slyšet, mělo být sdělováno venku a s nemocným se mělo mluvit tišším hlasem (37).

Více klidu měl nemocný ve svém vlastním pokoji než v cizí místnosti. Ale to jedině za předpokladu, že mu jeho vlastní pokoj nepřipomínal pracovnu; uzdravování by se tak oddalovalo. Žádoucí bylo zajistit nemocnému tělesný i duševní klid (37).

Co se týče nábytku, nadbytečné předměty bylo nutno odstranit hned zpočátku nemoci. Zbývající předměty neměly zadržovat prach, měly být snadno čistitelné a pro nemocného bezpečné. Dřevěná podlaha byla nejpohodlnější a vzhledem k údržbě nevhodnější. Obyčejné koberce nebyly doporučovány, proto měly být nahrazeny účelnějším linoleem (37).

Do ložnic se měly volit jednoduché stěny; buď tapety, nebo se stěny ložnice měly vymalovat tlumenou barvou bez vzorku (37).

Mezi nezbytné vybavení pokoje patřilo lůžko, noční stolek u hlavy lůžka, stolek k jídlu, židle a nástěnný teploměr. Jednou z židlí mělo být křeslo. Houpací židle být v pokoji neměly, pokud si to nemocný výslovně nepřál; veškerý pohyb působil rušivě (37).

Dále byla v pokoji žádoucí pohovka, zástěna, stolička pod nohy a druhý velký stůl. Delan a Strong radily používat jen jednoduché, lehké záclony a ubrusy bílé barvy, které bylo možno vyprat. Co se týče obrazů, bylo je nutno užívat s rozvahou. Květiny přinášely nemocným radost; vyžadovaly však denní péči a výměnu vody. Zásadou bylo vyvarovat se silně vonících květin a bylin (37).

Úklid se nikdy neměl provádět na sucho. Používaly se navlhčené hadry, prachovky, utěrky i smetáčky a vysavač. *„Pokoj nemocného má býti tak pěkně uspořádán jako čist.“* (37 s. 99)

Světlo, osvětlení

Vědělo se, že sluneční světlo je jedním z nejmocnějších dezinfekčních prostředků a že má vliv na náladu nemocného, proto mělo pronikat do jeho pokoje. Oči nemocného bylo nutno chránit před přímými slunečními paprsky.

Co se týče umělého osvětlení, pokud nemocný četl, měl mít u lůžka noční lampu. V případě, že se v noci potřeboval podívat na hodinky, byla bezpečnější než sirky se svíčkou kapesní lampička. Přes noc se svítit nemělo; většina jedinců spala nejlépe v tmavém pokoji (37). Jedině v případě vážnějšího stavu nemocného mohla ošetřovatelka v noci svítit, a to jen na nezbytnou dobu (39).

Provětrávání a teplo

„Vzduch větru jest čistější, než vzduch bezvětrí a měl by se zhluboka a důrazně vdechovati, poněvadž jest zvláště způsobilý přiváděti krvi tak potřebný čistý vzduch k dýchání.“ (38 s. 262)

Jak již víme, větrání mělo přímý vztah ke zdraví. Hlavními činiteli při větrání byly teplota, vlhkost, pohyb vzduchu a počet osob v daném prostoru (37).

Větrání bylo usnadňováno kamny, z větší části však spočívalo v otvírání oken. Okna se otvírala celá a nemocného bylo zapotřebí chránit před průvanem španělskou stěnou či nataženým prostěradlem podél lůžka a u hlavové a nožní části přivázaným k pelesti. Jednou, nanejvýš dvakrát denně bylo nutno pokoj provětrat

otevřením oken i dveří. Nemocný musel být celý přikrytý, včetně hlavy. Přes léto se osvědčil tzv. elektrický vějíř¹⁵ (37).

Teplota pokoje měla dosahovat 18,75 °C až 20 °C. Pokud byla nemocnému zima, někdy stačilo vložit do lůžka láhve s horkou vodou a přikrýt jedince hrubší dekou. V případě mytí a ošetření, při nichž byl nemocný odhalen, měla být teplota pokoje 21,25 °C. Přes noc bylo vhodné udržovat nižší teplotu, která závisela na stavu nemocného (37).

3.7 Období 1938 až 1947

Pokoj pro nemocného měl být vybaven snadno čistitelným, nejlépe kovovým lakovaným nábytkem. Nezbytné zařízení pokoje tvořily lůžko, noční stolek, stůl, dvě židle, skříň na pomůcky, zástěna, dvě umyvadla (jedno pro lékaře a sestru a druhé pro nemocného), dvě lampy (nástropní a noční či kapesní), zvonek a nástěnný teploměr. Podle potřeb nemocného mohl být nábytek doplněn o křeslo, stolek na jídlo, pokojový klozet, zrcadlo a podobně (46).

Hlavním účelem úklidu bylo jednak zajistit čistotu a zabránit přenosu možné infekce, dále pak přispět k pohodlí nemocného a k estetickému prostředí (46).

Úklid se rozlišoval na každodenní a velký. Velký úklid se obvykle prováděl jedenkrát týdně, nejméně jednou za čtrnáct dní. Každodenní úklid spočíval ve vytření podlahy po předchozí ranní úpravě nemocných a ustlání lůžek. Vlhkým hadrem se utřel prach na nábytku, pokoj se uklidil, porovnal a po snídani se podlaha znovu vytřela. Co se týče velkého úklidu, služebné pod dohledem sestry umyly okna i rámy, v případě olejového nátěru stěn či kachliček použily mýdlovou vodou a utřely je do sucha. Umyl se nábytek a nakonec se podlahy vytřely a napastovaly (46). Rovněž bylo potřeba vyčistit, popř. vydezinfikovat, jednotlivé pomůcky.

Sestra neuklízela vše sama, některé práce byly přiděleny služebné; nicméně sestra vždy odpovídala za pořádek a pozorně na úklid dohlížela (46).

¹⁵ tj. ventilátor

Provětrávání a teplo

Maximální teplota v pokoji měla dosahovat 19 až 21 °C. Zejména v případě ústředního topení se musel vzduch zvlhčovat, protože v důsledku topení docházelo k jeho vysušování (46).

3.8 Období 1948 až 1957

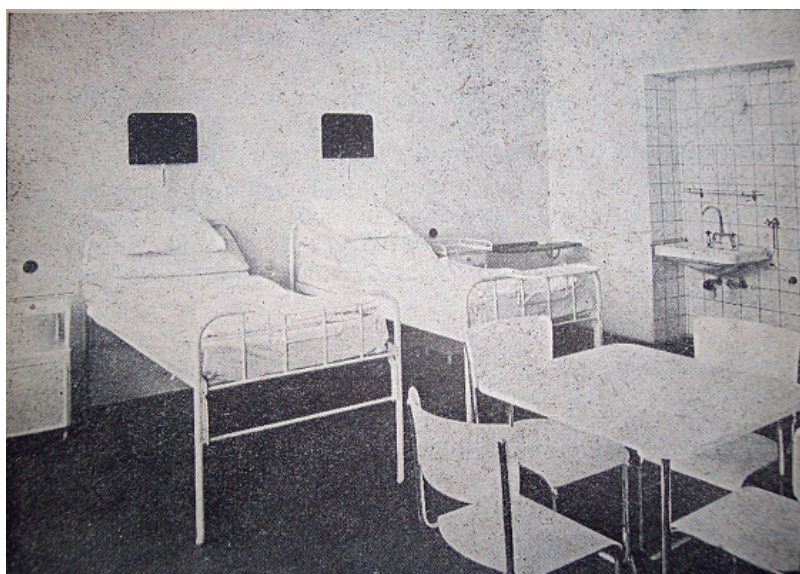
Výhodou tehdejších, moderně zařízených nemocnic byl vlastní vchod do každého pokoje; průchozí pokoje nebyly vhodné (52).

Podlaha pokoje měla být bez prasklin, z lehce čistitelného materiálu, který netrpěl mytím ani dezinfekcí. Ze zařízení se měl volit bíle smaltovaný nábytek, který odolával každodennímu vlhkému otírání. Co se týče nábytku, shoduje se s předešlým obdobím; dvě umyvadla se uplatňovala tehdy, pokud nebyla v pokoji tekoucí voda. Lůžko mělo být umístěno tak, aby bylo přístupné ze tří stran (52). Uspořádání nábytku v nemocničním pokoji můžeme vidět na obr. 3.

Na nočním stolku měla stát sklenice na pití s nádobou na vodu, odměrka na léky nebo lžice, zakrytá nádoba s vatou a další potřebné věci. V dosahu nemocného měl být elektrický anebo ruční zvonek (52).

Rolí sestry bylo především poučovat, vychovávat a vést nemocné k osobní hygieně; dbát, aby neshromažďovali v zásuvkách nočních stolků zbytky jídel, použité kapesníky atd. (52).

V rámci úklidu se neměly nechávat v pokoji jídlo ani léky, použité podložní mísy, znečištěné prádlo a sklenice. Úklid neměl nemocného rušit. Zdravotnický personál neměl nemocného k ranní úpravě zbytečně budit. Dodržovalo se pravidlo, že se personál věnoval nejdříve nemocným, poté úpravě lůžka a až nakonec úklidu celého pokoje (52).



Obrázek 3 – Uspořádání nábytku v nemocničním pokoji.

Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 15.

Světlo, osvětlení

Elektrické osvětlení se tehdy ukázalo jako nejvýhodnější, protože bylo bezpečné, hygienické a neovlivňovalo složení vzduchu. V pokoji se doporučovalo používat mléčné žárovky, které nemocného neoslňovaly. Před přímým slunečním světlem bylo zapotřebí nemocného chránit zastřením oken postranními záclonami určenými pro každou polovinu okna zvlášť (52).

Při noční službě se svítilo tlumeným světlem. Jestliže se musela používat petrolejová lampa, zhasínala a rozsvěcovala se mimo pokoj nemocného (52).

Provětrávání a teplo

Jak už jsme uvedli výše, výměna vzduchu se děje jednak bez našeho spolupůsobení prostřednictvím pórů ve stěnách a šterbin dveří, a jednak vlastní regulací – větráním. Tehdy se větralo buď otevřením oken, popř. i dveří, kdy bylo během pár minut docíleno výměny vzduchu, přičemž stěny pokoje zůstaly teplé, nebo umělou ventilací (52).

Pokoj bylo nutno pravidelně provětrávat po ranní a odpolední toaletě, vždy po jídle, podle potřeby po převazu nebo po lékařském zákroku, před spaním a po každém použití podložní mísy (52).

Přes léto se nechávala stále pootevřena horní část okna anebo ventilace. V zimě bylo nutno okna otvírat častěji, ale na krátkou dobu. Když ležel v pokoji těžce nemocný, větralo se buď otevřením okna a spojovacích dveří ve vedlejším pokoji, nebo se jako první provětral vedlejší pokoj a nato se otevřely spojovací dveře (52).

Teplota pokoje měla být přiměřená stavu nemocného. U těžce nemocných, upoutaných na lůžko se doporučovalo 18 až 20 °C. Pokoj byl zpravidla vytápěn ústředním topením, proto bylo nezbytné zajistit zvlhčování vzduchu; voda se nalávala do odpařovacích nádob na topném tělese (52).

3.9 Období 1958 až 1987

Pokoje v mnohých nemocnicích staršího typu byly tehdy ještě určeny pro deset i více nemocných. Nebyly proto vyhovující jak po stránce hygienické, tak co se týče zajištění klidu nemocným. Rozsypalová doporučovala pokoje pro dva, maximálně pro čtyři nemocné. Bylo zjištěno, že pokoj s počtem lůžek přesahujícím hygienickou normu nezajišťoval nemocným dostatek čerstvého vzduchu a hrozilo tak šíření kapénkové infekce (59, 69). Vedle toho se mnozí autoři přikláněli k možnosti pokojů o různém počtu lůžek, tzn. jedno až šest lůžek na jedné ošetrovací jednotce (56, 71, 75). (viz obr. 4)

Tam, kde odpočívalo mnoho nemocných ve velké místnosti, volil se k vytvoření tzv. privátní sféry jedince většinou závěs na stropní tyči. Na závěs byla připevněna snadno čistitelná fólie (56).

Stěny, podlaha, dveře i veškerý nábytek v pokoji musely splňovat požadavek snadného čištění i dezinfikování. Stěny měly být vymalovány jemnými pastelovými barvami a do výše 1,5 metru natřeny buď olejovou barvou, či obloženy kachličkami pro snadné omývání a čištění. Měly být oživeny vkusným a radostným obrázkem nebo poličkou s květinou ve váze. Nábytek byl lakován světlou barvou. Kromě obvyklého nábytku byla důležitou součástí každého pokoje zástěna. Na všech pokojích mělo být umyvadlo s tekoucí vodou (59, 69).

Péče o staré a chronicky nemocné na lůžkových odděleních v nemocnicích vyžadovala speciální vybavení. Důležitými požadavky na pokoj byly prostornost

a vhodné rozložení nábytku coby prevence úrazů; Laníčková vysvětluje, že starý člověk je při chůzi nejistý a o předměty stojící v cestě se může snadno zranit. Velkými závadami, kterým se mělo předejít, byly také pastovaná hladká podlaha, natržená linolea, poškozené nebo volné papuče na nohou nemocného (66).

Za celkovou úroveň úklidu i za práci pomocnice nesla odpovědnost sestra. Svým odborným vzděláním získávala vědomosti a pomocnici tak mohla objasnit nutnost dodržování stanovených hygienických předpisů. Sestra musela znát postup a organizaci všech prací pomocnice a musela umět taktním způsobem poučit zejména novou pracovníci. Nemohla vzbudit u pomocnice zájem o tak důležitou práci, pokud ji sama neznala. Proto se každá sestra musela naučit nejen teoretickému postupu prací, ale také je musela prakticky ovládat. Pokud bylo někdy k udržení čistoty zapotřebí její pomoci, neměla považovat žádnou práci za méně důležitou nebo pro sebe nevhodnou. Ovšem nebylo žádoucí, aby sestra prováděla úklid na úkor vlastní odborné a ošetrovatelské práce (58).



Obrázek 4 – Nemocniční pokoj se třemi lůžky a jeho uspořádání.

Zdroj: Staňková, 1975, s. 27.

Provětrávání a teplo

V pokoji u dospělých se doporučovalo udržovat teplotu kolem 18 až 20 °C, u dětí vyšší. Užívaly se dva typy ústředního topení; buď byla topná tělesa umístěna v pokoji, nebo byla vedena stropem pod podlahu. Druhý typ topení byl čistější

a vyhříval pokoje stejnoměrně. V obou případech bylo nutno užívat odpařovače vody. Vyjma teploměru měl být v pokoji také vlhkoměr k správnému určení vlhkosti vzduchu (59, 69).

Vedle přirozeného větrání okny bylo možno vzduch v místnosti vyměnit ventilačním zařízením, které odsávalo zkažený a přivádělo čistý vzduch. Ventilační zařízení se užívalo hlavně na operačních sálech. Tehdy se sestry ještě často setkávaly s nemocnými, kteří větrat odmítali; musely je umět přesvědčit (59, 69).

Světlo, osvětlení

Široká okna obrácená k východu nebo jihovýchodu zajišťovala denní osvětlení; musela být opatřena roletami. K umělému osvětlení se užívalo osvětlení elektrické; v některých moderních nemocnicích byly nainstalovány zářivky. Světelná tělesa byla umístěna u stropu, což nevyhovovalo především ležícím nemocným (56, 59, 69). Aby nedráždila zrak nemocných, musela být vyrobena z mléčného skla. Z toho důvodu Rozsypalová doporučovala osvětlovací tělesa odrážející světlo na strop. Co se týče lůžek, musela být postavena tak, aby světlo nedopadalo přímo do očí nemocných (59, 69).

Noční světla byla barevná, umístěna nad dveřmi, popř. dole u dveří. Někteří nemocní užívali stolní lampičky. Ty musely být opatřeny stínítkem, aby neoslňovaly ostatní nemocné (59, 69).

Pokud byl nemocný ošetřován *v domácím prostředí*, obvykle se muselo improvizovat. Ošetřování bylo odlišné od nemocniční péče (55). Pokoj, v němž nemocný trávil období své nemoci, měl splňovat tytéž požadavky jako pokoj v nemocnici. Bylo nezbytné přizpůsobit ho stavu nemocného.

Pokud nebyla možnost vlastního pokoje pro nemocného (nejlépe se samostatným vchodem), upravil se ve společně obývané místnosti útulný kout. Ten byl od okolí oddělen závěsem z prostěradla, které bylo připevněno na prádelní šňůře (55). (viz obr. 5)

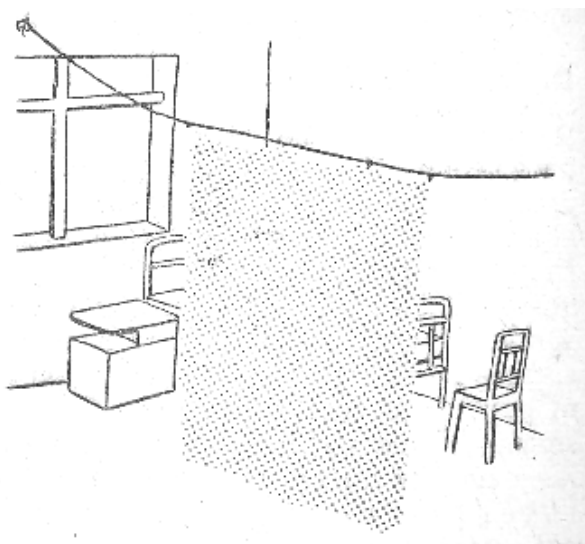
Lůžko mělo být dobře přístupné pro ty, kteří nemocného ošetřovali; nikdy nemělo stát až u stěny (59, 69).

K péči o starého a chronicky nemocného jedince bylo nutno upravit prostředí tak, aby se usnadnil a zpříjemnil život nemocného a předešlo se úrazům. Pacovský doporučoval vhodně rozmístit nábytek. Dveře měly být nejlépe zasouvací a natolik široké, aby byl možný průjezd s vozíčkem. V rámci prevence úrazů se měly odstranit nezaložené koberce a prahy u dveří, skleněné dveře se měly nahradit jinou výplní a podobně (56).

Úklid se prováděl stejně jako v předchozím období. Nejdříve se umyl nemocný, pak se upravilo jeho lůžko, uklidil se noční stolek, vlhkým hadrem se setřel nábytek a nakonec se vytřela podlaha. Pokud se topilo uhlím kamny v místnosti, při vybírání popela bylo nutno postupovat opatrně. K dennímu úklidu patřilo také otírání prachu na topných tělesech (55).

Některé snadno čistitelné předměty, které tvořily pokoj útulnějším a přívětivějším, se mohly ponechat. Předměty, které zachycovaly prach a nesnadno se čistily, bylo doporučováno z pokoje odstranit (55).

V rámci zvlhčování vzduchu se na kamna položil hrnec s vodou a na radiátory se zavěsil odpařovač, který bylo potřeba dolévat každý den čistou vodou (55).



Obrázek 5 – Upravený kout pro nemocného ve společně obývané místnosti.

Zdroj: Kolektiv autorů, 1962, s. 180.

3.10 Období 1988 až 1997

Uspořádání pokoje pro nemocné se v publikacích vydaných na konci 20. století nelišilo.

Kozierová, Erbová a Olivieriová kladly důraz na posouzení rizika nehod v domácnosti u dospělých jedinců a na základě toho se upravovalo prostředí nemocného (76).

3.11 Období 1998 až dosud

Stejně jako v předchozích letech musí pokoje odpovídat určitým hygienickým požadavkům. Každý pokoj má být vybaven lůžky s nočními stolky, stolem s židlemi, popř. křeslem. Je zdůrazňováno, aby lůžka byla přístupná ze tří stran. Na pokoji musí být umyvadlo s přívodem tekoucí studené i teplé vody. Pokoje v nových nemocnicích či po přestavbě starších nemocnic jsou vybaveny vlastním WC a sprchovým koutem. Co se týče podlahy, má být celistvá, nejlépe z PVC (84, 95).

Nový typ signalizačního zařízení je součástí každého pokoje. Nemocný se tak může ústně spojit se sestrou v případě potřeby pomocí zabudovaného mikrofону. Současně se nade dveřmi objeví světelný signál. Ovládací panel signalizace je zabudován v pracovně sester (84, 95).

Provětrávání a teplo

Teplota a vlhkost vzduchu jsou shodné s předchozím obdobím. Některé ošetrovací jednotky jsou nově vybaveny klimatizací (95).

Světlo, osvětlení

Okna musí být proti oslňování nemocných opatřena roletami nebo žaluziemi. Umělé osvětlení je zajišťováno shora osvětlovacím tělesem s žárovkami z mléčného skla nebo zářivkami. Navíc má každý nemocný za hlavou lůžka osobní osvětlení. Používá se tlumené noční světlo v barvě zelené či modré (95).

4. LŮŽKO PRO NEMOCNÉ A JEHO ÚPRAVA

4.1 Období do roku 1877

Špatné lůžko mělo vliv na vznik řady onemocnění; neprovětrané lůžko obsahovalo výpary nemocného, které musel stále vdechovat. Dřevěné lůžko bývalo v domácnostech zpravidla ustláno tak, že dvě nebo tři žíněné matrace sahaly do výše stolu a opona připevněná kolem dřevěného rámce přikrývala pokrývky a peřiny. Nightingale upozorňovala, aby lidé tímto způsobem lůžko neupravovali, neboť nikdy nemohlo být provětráno ani důkladně vysušeno (18, 19).

Nádoby s výměšky nemocného se nesměly ani na chvíli pokládat pod lůžko; výpary z nich byly pro jedince velice nebezpečné a spodní část lůžka jimi mohla nasáknout (18, 19).

Ze zdravotního hlediska bylo pro nemocného nejvhodnější lůžko ze železné konstrukce s pružnými péry, kterými mohl vzduch pronikat až k žíněným matracím. Matrace musela být z pravých koňských žíní a lůžko mělo být široké kolem jednoho metru. Nemocnému upoutanému na lůžko se měla zprostředkovat nejlépe dvě lůžka plně vybavena žíněnými matracemi, prostěradlem a přikrývkami; v každém lůžku mohl ležet dvanáct hodin. Prázdné lůžko se mezitím důkladně provětralo (18, 19).

Nightingale považuje názor, že lůžko mělo být široké kvůli tomu, aby se nemocný při otočení na druhou stranu mohl osvěžit, za předsudek. Jedině tehdy, když se nemocný položil na jiné lůžko, osvěžil se a zároveň mu byla poskytnuta příjemná změna (18, 19).

Lůžko nemělo být vyšší než pohovka, aby se nemocnému alespoň zčásti zachovala soběstačnost, aby na něj ošetřovatelka dosáhla, a také proto, aby nemusel vdechovat nečistý vzduch. „*Když k tomu všemu okna v takovém pokoji jsou špatně zařizena, stává se, že hlava ležícího na loži se nachází nad vrstvou čerstvého vzduchu. Dlužno mít na zřeteli, že hlava zdravého i chorého člověka ve spaní vždy má ležeti v té výšce, která nám zabezpečuje nejlepší a nezdravější vzduch.*“ (18 s. 112)

Pokud se nemocný nemohl pohybovat a obracet na lůžku, Nightingale radila postavit k lůžku stolec. Lůžko muselo být pro ošetřovatelku přístupné z obou stran; nemělo stát přímo u stěny. Jeho umístění bylo vhodné na nejsvětlejším místě tak, aby se nemocný mohl dívat z okna. Lůžka s oponami se neměla užívat pro zdravé ani pro nemocné. Lůžka v nemocnicích mnohdy více vyhovovala potřebám nemocných než lůžka v jejich domech (18, 19).

Lůžko mělo být pevnější než vyrobené z peřin, do kterého se tělo jedince zabořilo. K překrytí nemocného stačila tenká, lehká pokrývka. Peřiny a vatou vycpané těžké přikrývky nevětraly, nemocný se v nich potil a kůže se stávala náchylnější (18, 19).

Nejčastější chyby při stlaní byly: když ošetřovatelka peří nesetřásla a přikrývku položila nejtěžší částí nemocnému na hrudník; jestliže položila pod nemocného teplou tlustou peřinu; anebo pokud při každodenním přestýlání neobracela žíněné matrace (18, 19).

Co se týče polštářů, měly být pevné, nejlépe žíněné, potažené kůží. Podstatou bylo, aby podpíraly nemocného, nikoli nemocný je. Správně položené polštáře měly podpírat ramena a hlava neměla klesnout dopředu. Jejich počet a porovnání pod nemocným se řídily tělesnou konstitucí jedince. *„Ošetřovatelka musí tedy přihlížeti k tomu, aby urovnáním podušek umírnila tlak těla na dýchací ústroje, které v chorobě jen s těžší úkol svůj vykonávají.“* (18 s. 115)

4.2 Období 1878 až 1887

Mimo výše uvedené požadavky mělo lůžko splňovat dostatečnou délku. Dále mělo být umístěno tak, aby mohl k nemocnému volně proudit čerstvý vzduch. Postranice neměly přiléhat těsně ke zdi, aby nemocný nemusel dýchat nečistý vzduch, který se zde držel a nenachladil se tak (23).

Podložky pod tělem neměly být ani příliš měkké (peřiny), ani příliš tvrdé (sbalené šátky). Nejlepší byly tuhé a pružné, vycpané žíněmi či mořskou trávou. Pod ně bylo možno umístit slamník¹⁶ nebo slámou či senem vycpaný vak. Matrace z žíní

¹⁶ tj. matrace ze slámy

se mohly nahradit vlněnými podložkami. Namísto peřin a jiných měkkých podložek pohlcujících teplo a vlhko bylo možno vložit přímo na žíněnou matraci pod prostěradlo měkkou jelenici (23).

V zimě Klika radil vkládat pod hlavu jedince nízký klínový polštář naplněný peřím, v létě žíněmi. Nedoporučovalo se příliš zvyšovat polohu hlavy (23).

Především v zimě bylo potřeba chránit nohy před chladem vhodnou pokrývkou. Ta neměla být příliš těžká ani příliš teplá. Přes léto bylo vhodné vyměnit teplejší pokrývku za lehčí, vlněnou (23).

4.3 Období 1888 až 1897

Kneipp považoval za příčinu náchylnosti právě lůžko. „*Nic není škodlivějšího než ležeti na měkké spodnici, poněvadž tato vyvinuje velké množství tepla a tak tělo rozhýčkává a zmalátnuje.*“ (26 s. 41)

Peřiny byly obvykle naplněny nadbytečným množstvím prachového peří, a tak se v nich nemocný přehříval. Kneipp se stavil negativně ke zhotovování prostěradel z vlny: „*Není dosti na tom, že se svrchnice přeplňují peřím, ještě zavádějí se vlněné pokrývky, jež by samy ku přikrytí dostačily: ba snaží se teď mnozí vlněnými prostěradly zvýšiti teplotu.*“ (26 s. 41)

Tělo se tak stávalo náchylné a ztrácelo schopnost vzdorovat škodlivým vlivům (26).

Lůžko se správně připravilo tak, že se na slamník položila tvrdá žíněná matrace a pod hlavu nemocného se umístil tvrdý klín spolu s polštářem. Pokud se nemocný přikrýval vlněnou pokrývkou, bylo vhodné ji pošít plátěným prostěradlem; jestliže peřinou, radilo se ji nepřeplnit peřím nebo prachem. „*...kdo šatstvem a postelí zchoulostiví a vdechuje špatný vzduch, připraví si život velmi trudný.*“ (26 s. 42)

Častou chybou při úpravě lůžka Kneipp spatřoval v tom, že lidé mnohdy volili namísto slamníku žíněné matrace na pérech. Když na nich nemocný ležel, vznikala v místě největšího tlaku prohlubeň. Nemocný pak ležel v nepřirozené a nezdravé poloze; nohy měl vysoko, střed těla v prohlubni a horní část podloženu polštáři (26).

Lůžko mělo mít určité rozměry, především mělo být pohodlné pro nemocného. Pokrývka měla být široká a dlouhá, aby pod ni při mimovolném pohybu ve spaní nevnikal studený vzduch (26).

4.4 Období 1898 až 1907

Ježek doporučoval nemocného uložit na matrace nebo na deku položenou přes slamník a přikrýt lehkou pokrývkou (31).

Kodym upozorňoval na škodlivý vliv peřin na zdraví: „...od třetího roku neměly by děti v žádných peřinách líhati a to zvláště děti outlé, slabé. Čím slabší dítě, tím více ještě v peřinách slábne, tím choulostivější se stává.“ (32 s. 235)

Všechny lůžkoviny měly být denně provětrávány (32).

4.5 Období 1908 až 1917

Na začátku 20. století se jako podložka používala matrace s péry. Na tu se pak položila žíněná matrace přikrytá ložním prostěradlem. Pod ložní prostěradlo se doporučovalo vložit nepromokavou kaučukovou podložku, aby lůžko neprosáklo. Hlava se podkládala klínovým polštářem plněným žíněmi a malým péřovým polštářem; nesměla ležet příliš vysoko (34).

Při výměně prostěradel se postupovalo tak, že se prvně sbalila polovina použitého prostěradla a namísto něj se položila polovina čistého sbaleného prostěradla. Nemocný se nadzvedl a prostěradla se vyměnila (viz obr. 6). „Výměna prostěradel může se pak státi při jednom nadzdvížení nemocného.“ (34 s. 240)



Obrázek 6 – Výměna prostěradel po délce. Zdroj: Horský, 1910, s. 240.

4.6 Období 1918 až 1927

Pro nemocného bylo nejvhodnější jeho vlastní lůžko, na které byl zvyklý; mnohdy se samotným uložením do pohodlnějšího lůžka zapříčinilo zhoršení jeho stavu. Požadavků na vhodné lůžko pro nemocného bylo více, než jen pohodlnost. Mělo být čisté, mít pevná péra a pružné žíněny poskytující rovnou podpěru bez vyvýšených míst a prohlubní. Přikrývky měly být čisté, lehké a zároveň teplé. Dostatečný počet polštářů sloužil k podepření různých částí těla a zajišťoval pohodlnou polohu. Mimo uvedené vlastnosti mělo lůžko pokud možno usnadňovat ošetřovatelce práci při ošetřování nemocného. V každé domácnosti mělo být pro případ nemoci připraveno alespoň jedno lůžko navíc (37).

Osvědčovala se lůžka železná či mosazná, bíle natřená. Jejich konstrukce musela být silná a přitom lehká, aby se mohla snadno nadzvednout. Všechny rohy musely být oblé. Péra měla být drátěná a pevně napnutá. Lůžka měla mít tyto rozměry: 1,90 m na délku, 1,50 m na výšku a 1 m na šířku. Výhodná byla lůžka na kolečkách (37).

Respektování výše uvedených rozměrů bylo důležité jednak pro udržení soběstačnosti nemocného, dále pak pro uspokojení jeho potřeb, pro usnadnění práce sester, pro zajištění pohodlí nemocného a pro zpříjemnění a urychlení doby rekonvalescence.

Příliš nízké lůžko se doporučovalo zvednout čtyřmi dřevěnými špalky se zářezy pro nohy lůžka. Pokud bylo lůžko pro nemocného naopak velmi vysoké, radilo se k němu přisunout širokou pevnou stoličku nebo nízkou židli. Co se týče dřevěných lůžek, byla nepraktická a ze zdravotního a hygienického hlediska nevyhovující (37).

Součástí lůžka byly:

- *Matrace.* Jak už jsme podotkli v dřívějších letech, osvědčily se matrace z pravých žíní; byly lehké, čisté a pružné, nepohlcovaly snadno zápach a bylo možno je jednoduše obnovit. Na venkově nebylo výjimkou používání slamníku. Takové lůžko ze zdravotního hlediska zcela vyhovovalo; sláma se mohla spálit a lůžko vystlat novou. Pohodlí však nezajišťovalo; bylo tvrdé a těžkopádné. Nejméně pohodlné bylo lůžko vystlané peřinami;

radilo se nepoužívat. Pro jednoduché lůžko byla účelnější jednodílná matrace než matrace ze dvou dílů.

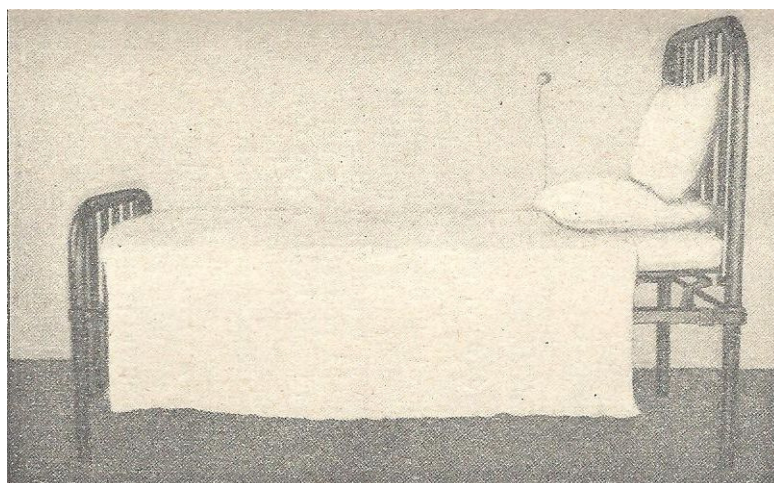
- *Polštáře.* Užívaly se různých rozměrů, měkké a tvrdé, plněné žíněmi, peřím či vzduchové. Nemocný jich mohl mít k podkládání částí těla neomezený počet. Musely být opatřeny povlaky.
- *Gumové podložky a povlaky na polštáře.* Užívaly se v nezbytném případě k ochraně lůžka před jeho znečištěním.
- *Prostěradla.* Ze zdravotního hlediska a pro pohodlí nemocného byla velmi důležitá.
- *Přikrývky a prošívané přikrývky jako přehozy na lůžko.* (37)

Lůžko se muselo často utírat vlhkou utěrkou; železné lůžko s bílým nátěrem se mohlo umývat vodou a mýdlem. Péra nesměla přijít do častého styku s vodou, jinak korodovala; čistila se tuhým kartáčem namočeným v petroleji (37).

Matrace ze žíní se musely často kartáčovat. U nemocného upoutaného delší dobu na lůžko se měla žíněná matrace jednou za čas nahradit novou a původní matrace se měla dobře vykartáčovat, vyklepat a nechat na slunci den nebo dva vysušit a vyvětrat (37).

Stlaní lůžka bez nemocného

Z lůžka se odstranily polštáře a přikrývky a položily se na židli u okna. Žíněné matrace se vykartáčovaly a nechaly vyvětrat. Lůžko se otřelo vlhkou prachovkou. Vyvětrané matrace se do lůžka naskládaly tak, aby žádná nezůstala na původním místě ani na stejné straně, jako předtím. Opatřily se povlakem. Spodní prostěradlo se založilo nejdříve nahoře, pak dole. Muselo být pevně napnuté. Dlouhé prostěradlo bylo třeba založit i po stranách a v rozích jako obálku. V případě potřeby se na prostěradlo položila gumová podložka, která se přikryla větší plátěnou podložkou nebo složeným prostěradlem. Obě podložky bylo zapotřebí pevně založit po stranách matrace. Na ně se položilo vrchní prostěradlo a na něj přikrývka, která se pevně založila dole i po stranách. Poté se umístil přehoz a založil se jen u nohou. Nakonec se protřepaly a na lůžko úhledně uložily polštáře (37). (viz obr. 7)



Obrázek 7 – Ustlané lůžko. Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 115.

Výměna prostěradel po délce

Nejdříve se položilo k lůžku čisté ložní prádlo. Jednou rukou se nadzvedla matrace a prádlo se zpod ní vytáhlo. Ložní prádlo se z matrace odstranilo a složené se položilo na židli. Přikrývka se přidržela jednou rukou, aby nedošlo k obnažení nemocného, a druhou se vysunulo vrchní prostěradlo. Pokud nebylo vrchní prostěradlo znečištěno, mohlo se složit a použít jako podložka. Nakonec se z lůžka odstranily všechny polštáře. Nemocný se natočil na stranu, čelem k hraně lůžka. Použitá plátěná i gumová podložka se svinuly společně se spodním prostěradlem do tenkého závinu a přiložily těsně k zadům nemocného. K těm se umístilo svinuté čisté prostěradlo (viz obr. 8). Polovina prostěradla se založila nahoře, dole i po stranách a gumová podložka se rozvinula přes čisté prádlo. V tuto chvíli byla polovina lůžka ustlaná a přichystaná pro nemocného (37).

Nohy nemocného se zvedly s ohnutými koleny přes stočené ložní prádlo a celý se otočil na čistě ustlanou polovinu lůžka. Použité prádlo se z druhé strany odstranilo a rozvinulo se čisté. Spodní okraje podložek a prostěradla se založily. Přikrývka se opatřila novým povlakem a na ni se položila ještě jedna přikrývka. Zatímco se jednou rukou vytahovala spodní přikrývka pod povlakem, druhou rukou se přidržovaly povlak s vrchní přikrývkou. Nesmělo dojít k obnažení nemocného. Přikrývka, která se vytáhla, byla položena na druhou (37).



Obrázek 8 – Svinuté čisté prostěradlo vedle svinutého použitého prádla.

Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 117.

4.7 Období 1928 až 1937

V porovnání s předchozím obdobím se v učebnicích pro ošetřovatelky objevovaly odlišné rozměry lůžka. Dno lůžka bylo tvořeno pevnou a nerezavějící drátěnou sítí, která byla chráněna pokrývkou (houní) nebo dvojitě složeným hrubým plátnem (45).

V nemocnici se dávala nemocnému do nohou úzká dřevěná bednička, aby se nemusel dotýkat studených částí lůžka. Bránila také sesouvání nemocného (45).

4.8 Období 1938 až 1947

Lůžko se čistilo a převlékalo alespoň jednou týdně a také vždy pro nového nemocného. Účelem čištění, převlékání a stlaní lůžka bylo zajistit nemocnému pohodlí a zároveň dodržet hygienické uložení nemocného. Dále pak přispět k estetické stránce v souvislosti s prostředím nemocného. Výška lůžka měla být 60 cm (46).

Stlaní lůžka bez nemocného

V první řadě se připravilo čisté prádlo a nechalo se provětrat složené přes židle. Přitom se s ním nesmělo zbytečně třepat, aby se nevířil prach. Další chybná manipulace s prádlem byla, pokud si ho sestra tiskla k tělu, přidržovala bradou a podobně (46).

Žíněné matrace se po provětrání přesunuly do lůžka obvyklým způsobem. Spodní prostěradlo se pevně napnulo na žíněné matrace sražené těsně k sobě a rohy se upravily. V případě potřeby se do oblasti od podpaží ke kolenům nemocného přiložila gumová a plátěná podložka. Horní prostěradlo se založilo jen na spodní straně, stejně tak byly upraveny houně. Podobně se položila i vrchní přikrývka. Hovořilo se o tzv. *uzavřeném způsobu stlaní lůžka*. Nakonec se na lůžko úhledně umístil klín s péřovými polštáři (46).

Pokud měly sestry k dispozici pouze krátká prostěradla, bylo možno je nastavit pruhy látky. Gumová podložka se mohla nahradit několika vrstvami papíru. Horní prostěradlo se doporučovalo chránit před znečištěním přišpendleným ručníkem v oblasti, kde ležel nemocný hlavou (46).

Jak už jsme zmínili, tehdy se v českých ošetrovatelských školách učilo stlát lůžka tzv. uzavřeným způsobem. Ten měl mnoho výhod:

- poskytoval větší komfort nemocnému,
- lůžko bylo hygienicky nezávadné a vypadalo esteticky,
- výměna znečištěného prostěradla nebo přikrývky byla méně náročná,
- snadněji se praly prostěradlo a pokrývka než dvojitý povlak (46).

Roušarová spatřovala výhodu v úpravě lůžka dvěma sestrami současně; každá tak stlala z jedné strany. Pokud byla sestra jedna, musela pracovat nejdříve na jedné straně lůžka, pak až na druhé (46).

Výměna prostěradel po délce

Výměna prostěradel po délce probíhala koncem 40. a 50. let 20. století obdobně jako v předešlém desetiletí. Zmíníme pouze nejdůležitější zásady:

1. Lůžko se mělo upravovat bez zbytečného otřásání.
2. Nemocný měl být po celou dobu úpravy zakryt.

3. Veškeré prádlo, na němž nemocný ležel, mělo být bez záhybů.
4. Vrchní pokrývky bylo třeba příliš neťahovat přes nohy a upravit je tak, aby záhyby netlačily na prsty.
5. Po dokončení úpravy se zeptat nemocného, zda se mu dobře leží, urovnat okolí lůžka a špinavé prádlo odnést z pokoje. (46)

Výměna prostěradel po šířce

Prostěradlo se stočilo po šířce lůžka do středu a podle stavu se nemocný pomocí jedné až dvou sester buď posadil, nebo nadzvednul. Znečištěné prostěradlo se pod nemocným rychle stočilo co nejvíce pod záda a namísto něj se vsunulo čisté, které se upravilo. Jedna sestra zvedla nemocnému dolní končetiny a další stočila použité prostěradlo od nohou lůžka po hýždě. Obě sestry současně nadzvedly nemocného pod hýžděmi, použité prostěradlo rychle odstranily a čisté podsunuly od zad přes hýždě až po dolní končetiny (46). Při další úpravě se postupovalo obvyklým způsobem.

4.9 Období 1948 až 1957

Standardní nemocniční lůžka měla tytéž parametry jako lůžka předchozího období. Zpravidla byla opatřena kolečky pro snadné posouvání. Aby stála pevně, nohy se podkládaly malými pryžovými mističkami (52).

V domácím prostředí byla většinou k dispozici lůžka dřevěná, různé velikosti a výšky. Jak už jsme zmínili dříve, z hygienických důvodů se tato lůžka nedoporučovala (52).

Lůžko bylo potřeba umístit do pokoje tak, aby bylo přístupné ze tří stran. Dále nesmělo stát čelem proti oknu, aby nebyl nemocný oslňován. Dětem, starším a náchylným nemocným bylo vhodné lůžko umístit do rohu pokoje, kde téměř neproudil vzduch (52).

Co se týče matrací, i v polovině 20. století se dávalo přednost žíněným ze tří dílů. Pokud s nimi sestry zacházely správně, slehly se stejnoměrně; nevznikaly na nich hrboly, které by později zapříčiňovaly vznik proleženin. Bylo je možno čistit parní dezinfekcí (52).

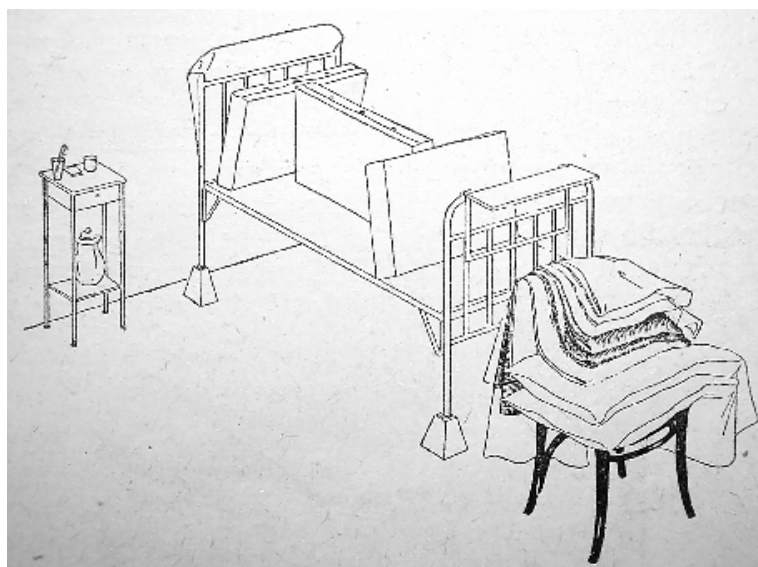
Stlaní lůžka bez nemocného

Židle se přistavila k nohám lůžka a noční stolek se odsunul, aby při úpravě lůžka nepřekážel. Lůžko se rozestlalo (52). (viz obr. 9)

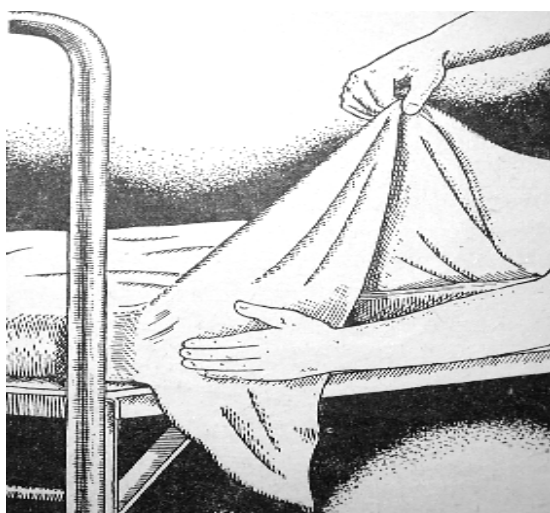
Jakmile se žíněné matrace vyvětraly, přesunuly se do lůžka v obvyklém, pravidelném pořadí a srazily se směrem k hlavě lůžka. Špindlerová ve své publikaci podrobně popisuje zakládání prostěradla. To se upravovalo prvně v hlavové a poté v nožní části lůžka. Přečnávající část se uchopila po příčné niti a volná část se zasunula pod matraci¹⁷ (viz obr. 10 a 11). Také střední část prostěradla se zasunula pod matraci (52).

Pokračovalo se gumovou a širší látkovou podložkou známým postupem. Horní prostěradlo se založilo v nožní části lůžka, po straně až do výše kolen nemocného. Spodní houně se položila do výše ramen a založila se podobně jako horní prostěradlo. Další houně se založila jen po straně, aby si nemocný mohl přikrýt ramena. Pokrývka se založila pouze v nohách lůžka a po straně se nechala šikmo viset dolů; v nohách lůžka musela být pevně založená, ale nesměla svírat. Pokrývka se v hlavové části lůžka pevně zahrnula za houně dospodu a spodní prostěradlo se přehnulo ven jako manžeta přes všechny pokrývky. Nakonec se na lůžko urovnaly polštáře. Švy polštářů nesměly nemocného tlačit (52).

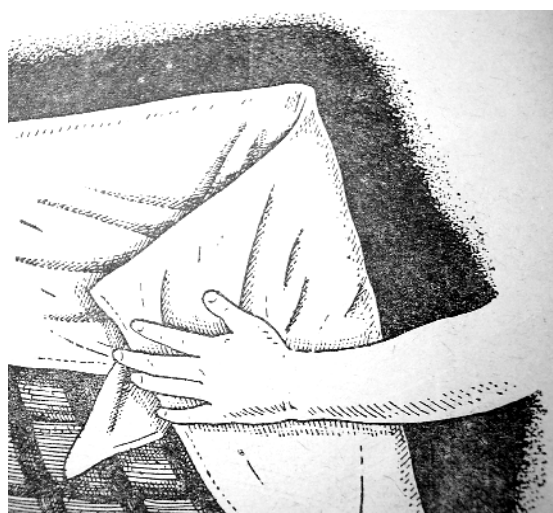
¹⁷ Vznikl roh připomínající obálku; byl typický pro tzv. uzavřený způsob stlaní lůžka.



Obrázek 9 – Rozestlané lůžko. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 19.



Obrázek 10 – Uchopení přečnávající části prostěradla po příčné niti. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 20.



Obrázek 11 – Založení volné části rohu prostěradla pod matrací do tzv. obálky. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 21.

Výměna prostěradel po délce

Při výměně prostěradel po délce se vyučoval stejný postup jako v letech 1938 až 1947. Špindlerová navíc radila sestřám při výměně prostěradla zároveň ošetřit proleženiny podle nařízení lékaře a provést masáž zad (52).

K odklizení špinavého prádla sloužily pojízdné bubny či improvizované pytle. Pytle si sestry zhotovily uvázáním prostěradla za rohy k pelesti lůžka v nožní části (52).

Výměna prostěradel po šířce

Postup výměny prostěradel po šířce se shodoval s postupem v minulém období. Postupovalo se od hlavy směrem k nohám tak, že se střídavě svinovalo znečištěné prostěradlo a vsunovalo čisté. Přitom se postupně nadzvedávaly jednotlivé části těla nemocného. Další úprava lůžka se prováděla obvyklým způsobem.

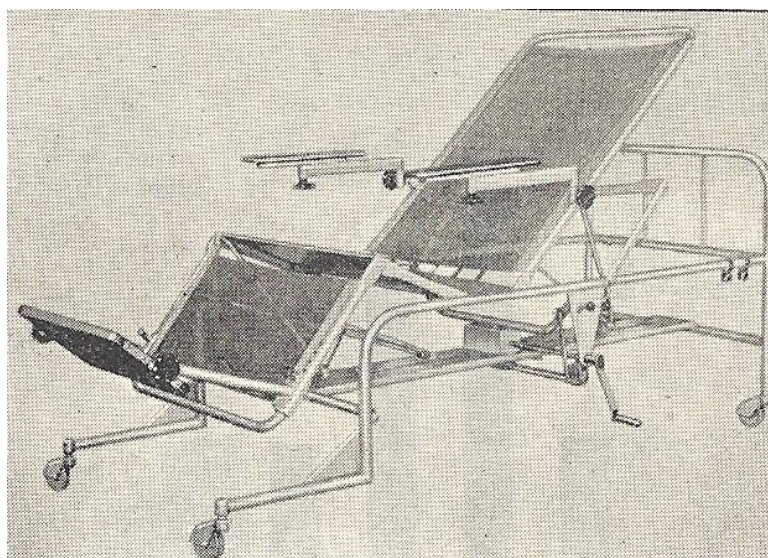
4.10 Období 1958 až 1967

Mimo jiné i lůžko odjakživa procházelo vývojem; muselo splňovat požadavky jednak ze strany nemocných lišící se různými věkovými kategoriemi, charakterem a délkou onemocnění, a jednak ze strany ošetřujícího personálu.

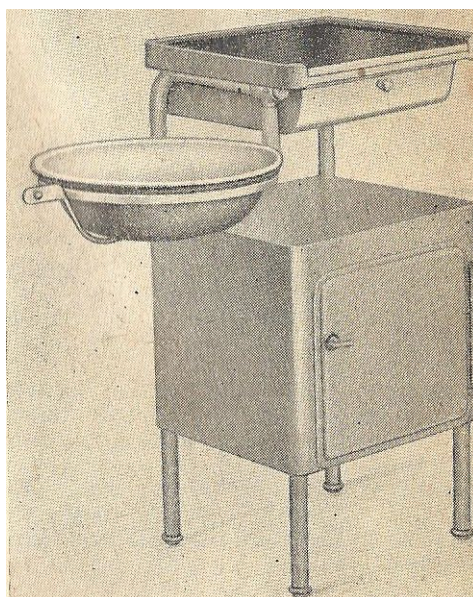
V tomto období se setkáváme se speciálním typem lůžka, které bylo určeno pro kardiaky (55). (viz obr. 12)

Z předchozích období je patrné, že noční stolek byl součástí lůžka. Stál po pravé straně lůžka a byl stejné barvy i stejného materiálu. Jeho součástí bylo umyvadlo (59). (viz obr. 13)

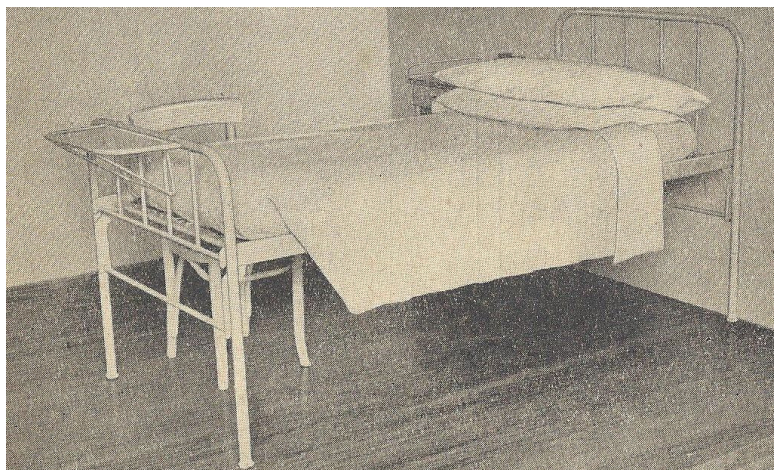
Co se týče úpravy lůžka, nejčastěji se užíval způsob otevřený; uzavřený způsob (viz obr. 14) nebyl tolik obvyklý (59).



Obrázek 12 – Lůžko pro kardiaky. Zdroj: Pacovský, 1961, s. 153.



Obrázek 13 – Noční stolek s umyvadlem. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 35.



Obrázek 14 – Úprava lůžka uzavřeným způsobem. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 38.

Stlaní lůžka bez nemocného

K úpravě lůžka otevřeným způsobem se používalo jedno prostěradlo, u některých nemocných gumová a bavlněná podložka, pokrývka a polštáře.

Prostěradlo se založilo již známým způsobem. Střední část lůžka se nemocným ležícím a po operacích pokryla gumovou a bavlněnou podložkou; obě se současně zastlaly pod matrací. Na pevný základ lůžka se upravila povlečená pokrývka. Přecházející postranní části se přeložily způsobem, aby šířka pokrývky odpovídala šířce lůžka. V nožní části lůžka se pokrývka zasunula pod matraci tak, aby dosahovala až na ramena nemocného. Povrch pokrývky se uhladil polštáři, které se urovnaly v hlavové části lůžka (55, 59).

Někteří nemocní potřebovali pevnější základ lůžka než pouhé založení rohů prostěradla do obálky¹⁸ (tzv. psaníčka). U těchto se prostěradlo zpevňovalo několika způsoby:

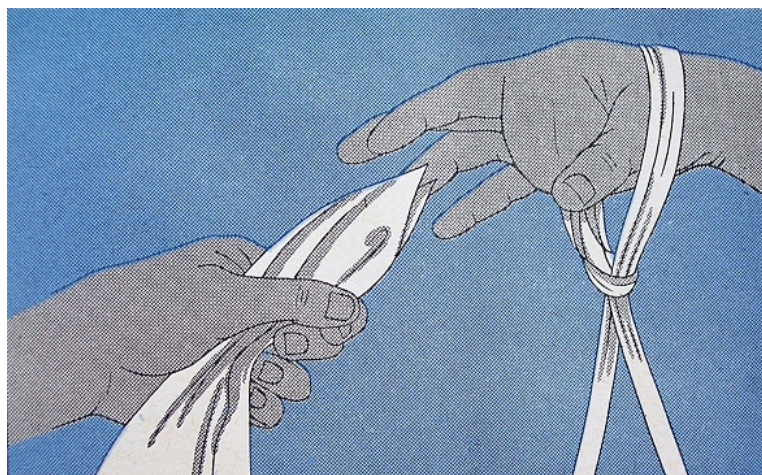
- a) *svázáním* – pomocí smyčky na tkanici se k sobě svazovaly dva nejbližší cípy prostěradla (59); (viz obr. 15)
- b) *našitím tkanic na rohy prostěradla* – tyto se zavazovaly nebo zapínaly na knoflíky pod žíněnými matracemi;

¹⁸ S rohy prostěradla upravenými do zalepené obálky jsme se poprvé setkali v letech 1918 až 1927; tento postup nacházíme v učebnicích až do tohoto období.

c) *uvazováním rohů prostěradla do uzlů* – tento způsob se užíval pouze ve výjimečných případech, neboť ničil prostěradlo a matrace (55).

Nikdy se k tomuto účelu nesmělo užívat špendlíků (59).

Při stlaní lůžka s nemocným se postupovalo stejně jako v předchozím období.



Obrázek 15 – Svázání rohu prostěradla pomocí smyčky na tkanici.

Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 37.

4.11 Období 1968 až 1977

Na ošetrovacích jednotkách se odlišovala lůžka standardizovaná a lůžka specializovaná. Standardizovaná neboli běžná¹⁹ lůžka odpovídala československé státní normě. Vlastnosti lůžka a jeho vybavení známe z předchozích etap. V této době se začala používat novější lůžka, která byla opatřena kolečky. Sklopné zařízení v horní i dolní části lůžka nahrazovalo drátěnku. Specializovaná lůžka byla určena nemocným, jejichž zdravotní stav kladl zvýšené nároky na léčbu i ošetřování (71). Některá specializovaná lůžka jsou vyobrazena níže (viz obr. 16 a 17).

Lůžko bylo obvykle opatřeno třídlílnými matracemi nebo matrací z pěnového polystyrenu. Povrch matrací měl většinou plátěný povlak. Pokrývky se užívaly lehké,

¹⁹ O těch hovoříme v průběhu celé práce.

vyrobené z vlny. Každému nemocnému obvykle náležely dvě pokrývky; jedna na přikrytí a druhá rezervní. Obě musely být povlečené (71).

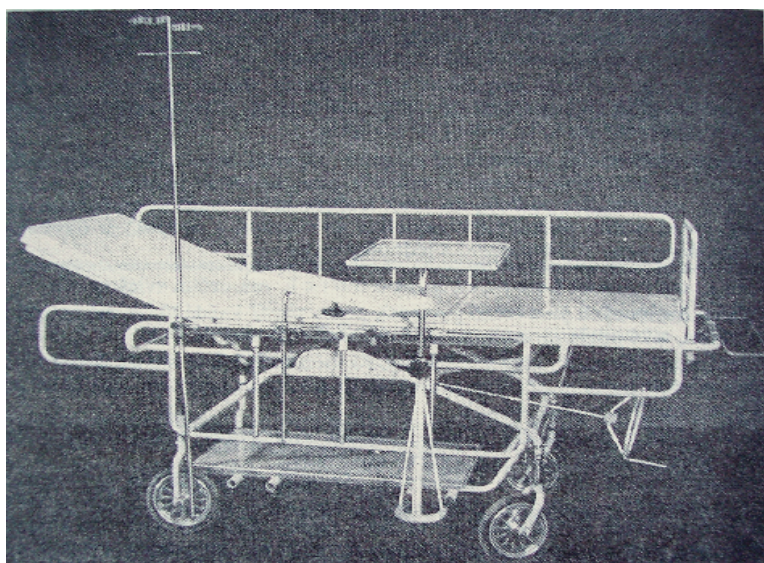
Následující pravidla musely mít sestry vryty do paměti a při každé úpravě lůžka je dodržovat:

1. Připravit si dostatečné množství čistého ložního prádla.
2. Čisté prádlo povlékat mimo lůžko.
3. S prádlem manipulovat opatrně, aby se nevířil prach.
4. Prádlo, které nebylo celistvé, vyřadit.
5. Použité prádlo netisknout na sebe.
6. Použité prádlo odkládat vždy do pytlů, vozíků apod. k tomu určených, nikdy ne na zem.
7. Značně znečištěné prádlo odkládat zvlášť. (71)
8. Úpravu lůžka začínat vždy od hlavy směrem k nohám.

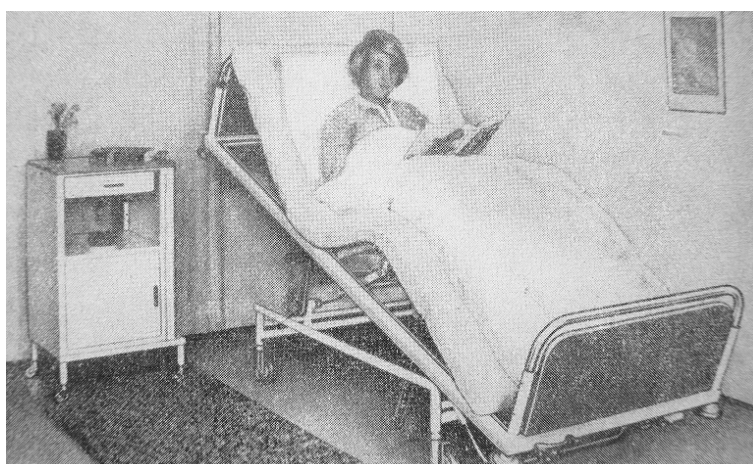
Co se týče úpravy lůžka, v učebnicích je postup popisován podobně jako v předchozím období. Některé zásady zde vylíčíme.

Jestliže to dovoľoval stav nemocného, před samotnou úpravou lůžka se sklopila kovová podpěra. Poté se uvolnil základ lůžka. Pokud byl nemocný oblečen do pyžama, pokrývka se mohla složit přes opěradlo židle. Pokud měl krátký kabátek či košili, pokrývka se přeložila na polovinu a nemocný se nechal zakrytý. Podložka se nikdy nesměla vyměňovat za účelem, aby zůstalo zakryté znečištěné prostěradlo. Během úpravy lůžka se muselo dbát, aby nemocný neležel přímo na holé matraci (71).

V případě výměny prostěradel po délce byl nemocný při otáčení na bok přidržován jednou ošetřovatelkou (71). Starším nemocným se doporučovalo dát do lůžka závěsné postranice (66).



Obrázek 16 – Resuscitační lůžko. Zdroj: Kolektiv autorů, 1968, s. 60.



Obrázek 17 – Lůžko pro kardiaky. Zdroj: Staňková, 1975, s. 35.

4.12 Období 1978 až 1987

V této době měly nové typy lůžek jiné rozměry (délka 200 cm, šířka 82 cm, výška 54 cm) i uspořádání. Lůžka měla nohy opatřené kolečky s pryžovou obručí; šly zabrzdit. Z panelu pod hlavou bylo možno vytvořit sedícímu nemocnému podpěru pod záda. Taktéž nožní část lůžka se dala upravit do požadované polohy. Lůžka byla nejčastěji nalakovaná v barvě slonové kosti. Kromě toho, že měla být přístupná ze tří stran, vzdálenost mezi jednotlivými lůžky neměla být menší než 75 cm (72, 73).

Matrace se používaly buď žíněné, ze tří dílů, povlečené pracím povlakem, anebo molitanové, potažené nepromokavou látkou. Z pokrývek se osvědčily typ Larisa nebo prací prošíváné deky plněné syntetickým vláknem. Polštáře byly pětové nebo ze syntetického vlákna a ložní prádlo bylo bavlněné či vlněné (72, 73).

Tato pravidla navazují na předchozí; při úpravě lůžka je bylo nutno dodržovat:

1. Lůžko stlát všem nemocným každý den po ranním mytí, před spaním a v průběhu dne podle potřeby.
2. Podle stavu nemocných otevřít na pokoji okno a lůžka vyvětrat.
3. Polštáře, přikrývky a ložní prádlo pokládat na židli postavenou k dolnímu čelu lůžka.
4. Největší pozornost věnovat úpravě základu lůžka a polštářů.
5. Při potřebě více přikrývek povléknout nemocnému každou z nich. (72, 73)

Úprava lůžka se prováděla obdobně jako v předchozích letech.

Molitanové matrace nebylo nutno denně obracet jako matrace žíněné. Při úpravě lůžka s tímto typem matrace se osvědčily na každém cípu prostěradla uzly, které se zasunuly pod matraci. Prostěradlo se nejlépe vypnulo zasunutím postranních okrajů pod matraci (72, 73).

Otevřený způsob stlaní lůžka byl častější. Jen v některých speciálních zařízeních se používal způsob uzavřený, při kterém se pokrývka nepovlékala. K tomu bylo zapotřebí dvou prostěradel nebo prostěradla a bavlněné pokrývky (72, 73). Postup je popsán výše.

4.13 Období 1988 až 1997

S důrazem na mytí rukou po manipulaci s použitým ložním prádlem se poprvé setkáváme v literatuře z konce 20. století.

Kozierová, Erbová a Olivieriová doplňují zásady při úpravě lůžka z předchozích let, které jsou pro ošetrovatelský personál stěžejní:

1. Po kontaktu s použitým prádlem si důkladně umýt ruce a tím zabránit přenosu NI.
2. Nikdy, ani na okamžik, nepoložit použité prádlo jednoho nemocného na lůžko jiného.
3. Znečištěné prádlo nikdy nevytřepávat; mohlo by při tom dojít k rozšíření mikroorganismů do okolí.
4. Při vysvlékání a úpravě lůžka šetřit čas a námahu tím, že je důkladně upravena napřed jedna strana a následně druhá.
5. Při úpravě lůžka s nemocným zacházet ohleduplně; nešetrný způsob zacházení mu mohl způsobit poranění kůže. (76)

4.14 Období 1998 až dosud

Od konce 20. století učebnice popisují, že se na některých odděleních vyskytují typy lůžek, které je možno upravit do požadovaných poloh buď mechanicky, nebo elektrickým tlačítkem. Vysunutím postranic se předchází pádu nemocného z lůžka. Horní čelo je vybaveno otvorem pro zasunutí ohnutého rámu, na který se zavěšuje hrazdička (84, 95).

Ze základního vybavení lůžka se používají molitanové matrace ve voděodolném potahu, podložky jsou buď z gumy, či z plastu; ostatní vybavení se shoduje s předchozím obdobím. Mimo to se dnes obyčejně používají jednorázové podložky a prostěradla z perlanu. Ke každému lůžku patří pochopitelně noční stolek a židle. Pokoj, v němž stojí vedle sebe více lůžek, by měl být opatřen závěsy či zástěnami pro zajištění intimity nemocného (84, 95).

Při úpravě lůžka se postupuje stejně jako v předešlém desetiletí.

5. PÉČE O HYGIENU NEMOCNÝCH

5.1 Období do roku 1877

Umývání a koupání nemocných

Příznivý vliv omývání a koupání na lidské zdraví byl znám od nejstarších dob.

Nejenže po důkladném umytí a utření kůže dosucha pociťoval nemocný úlevu a osvěžení, ale hlavně načerpal nové síly. Ošetřovatelka tedy neměla odkládat nebo zanedbávat čistotu těla nemocného (18, 19). S výjimkou některých kožních onemocnění, při kterých nebyla každodenní hygiena nemocného dovolena (21).

Jak u provětrávání, tak u hygieny si můžeme povšimnout téhož úkolu: „...*obojí slouží nám totiž k rychlému a důkladnému odstranění škodlivých látek.*“ (18 s. 130)

Z příliš teplých koupelí zdravý jedinec nikdy nemohl mít dobrý pocit; kůže se stávala ochablou a snadno náchylnou. Z těchto důvodů si lidé neměli zvykat na umývání se v teplé vodě (21). Většina publikací tohoto období doporučovala veřejnosti, aby se otužovala.

Při umývání a čištění kůže bylo třeba postupovat opatrně a zvlhčovat pouze menší část těla najednou, aby se nemocný nenachladil. Způsob umývání a čištění určoval vždy lékař (18, 19); v kompetenci ošetřovatelky pak bylo dané postupy plnit.

Nightingale shledala, že prosté oplachování či umývání houbou nedostačuje k očištění těla. K tomuto názoru dospěla na základě tření kůže nemocného hrubým ručníkem či flanelem namočeným do horké vody s trochou kořalky; přestože kůže byla předtím umyta značným množstvím mýdla a vody, čistá nebyla – při tření kůže se objevily nečistoty. Po této zkušenosti viděla důležitost v řádném odstraňování nečistot z kůže. „*Tělo nemocného můžeme pouze konvicí horké vody a hrubým ručníkem očistit právě tak, jako kdybychom měli celý lázeňský přístroj s mýdlem a houbami k službám.*“ (18 s. 131)

Ke koupání nemocných měly ošetřovatelky používat měkkou vodu; ta kromě svých čistících účinků zajišťovala kůži pružnost a hebkost. „*Koupání v měkké vodě je tedy prospěšno z příčin zcela jiných než pouze k vůli zachování čistoty.*“ (18 s. 132)

Péče o zuby a dutinu ústní

Ústa se vyplachovala studenou vodou vždy ráno, po jídle a na noc. Zbytky stravy se odstraňovaly z mezizubních prostor pomocí dřevěného, kostěného či brkového párátko; nikoli nožem nebo vidličkou. Každé ráno si jedinec při mytí očistil zuby měkkým kartáčkem od zubní dásně směrem dolů anebo nahoru ke koruně zubů; dásně se neměla od zubů odhrnovat, ale spíše k nim přitlačit (17, 21).

Pro každodenní čištění zubů a dásní se používaly pálené kůrky z chleba co nejjemněji rozetřené v hmoždíři, také jemný prášek z lípového uhlí nebo další neškodné suroviny (21).

Velice dobrý efekt mělo opakované vyplachování úst slabou kořalkou či rozředěným lihem. Jemný prášek ze sépiové kosti dodával zubům bělost. Pokud se nemocnému usazoval na zubech kámen, doporučoval se k čištění prášek dostupný v lékárnách pod názvem „Prášek na zuby“. Vědělo se, že kouření tabáku zubům škodí a způsobuje jim zažloutnutí (17, 21).

Zápachu z úst se předcházelo vyplachováním úst roztokem manganistanu draselného (21).

Péče o oči a uši

Prokeš radil: „*Je-li oko z rána trochu zalepeno, neužívej násilí k otevření ho, nýbrž odmoč je.*“ (21 s. 96)

Co se týče hygieny uší, jedině pečlivým čištěním se předešlo hromadění tuku. Kapání jemného oleje do ucha a následné vyplachování sluchovodu vlažnou mýdlovou vodou sloužilo proti případnému zaschnutí a ztvrdnutí ušního mazu (21).

Péče o vlasy

O vlasy se mělo náležitě pečovat; vědělo se, že slouží k okrase lidského těla, ale zejména poskytují hlavě ochranu. Téměř u všech národů byla shledána zvláštní péče o vlasy (21).

Při mytí těla se doporučovalo umýt také vlasy, v nichž se hromadily nečistoty ve velkém množství. Kodým nedoporučoval používat proti vypadávání vlasů vodičky ani vyhlášené pomády, které byly buď neúčinné, nebo dokonce škodlivé. Nejlepším prostředkem bylo umývat hlavu studenou vodou jednou či nanejvýš dvakrát za den a po umytí vlasy důkladně osušit a opatrně učesat (17). Vedle toho Prokeš souhlasil s mytím vlasů dvakrát až třikrát týdně vlažnou vodou s mýdlem a po osušení radil vetřít jemný, čerstvý olej (21).

Kodým připomínal, aby si ženy nečesaly pěšinku stále na totéž místo a vlasy příliš neutahovaly. Svými radami chtěl předejít zejména onemocnění hlavy. „*Mnohá panička neb slečinka má bolení hlavy neb zubů, a nepomyslí, že je to od silného utažení vlasů.*“ (17 s. 158)

Osobní a ložní prádlo

Mnozí lidé tou dobou věřili starému předsudku, že není vhodné převlékat nemocného do čistého prádla, aby se nenachladil (21). Naopak Nightingale byla přesvědčena, že se měl nemocný po umytí obléknout do vyhřátého prádla. Zvláště vlhké prádlo, které před koupelí nosil, a poté mu bylo znovu obléknuto, vyžadovalo vysušení a provětrání u ohně (18, 19). Také nebylo vhodné prádlo příliš škrobit. Při převlékání bylo nutné chránit nemocného před průvanem (21). Nemocný se cítil lépe, když byl oblečen do bílého prádla (17).

Podle Starého měl být oděv volný, lehký, čistý, závislý na ročním období. Obuv měla nohy udržovat v dostatečném teple a neměla být těsná (22).

Pokud ošetřovatelka důkladně peřiny neprovětrávala a nečistila, postel zapáchala, i když byla jednou týdně povlečena čistým povlakem (18, 19). „*Ošetřovatelka má tedy co nejstarostlivěji o to dbát, aby nejen čistá prostěradla řádně byla vysušena a čistá vlhkost z nich odstraněna, nýbrž – a což jest i důležitější, ale často učinit se opomine –*

aby z prostěradel, kterých se právě užívá, škodlivá vlhkost též odstraněna byla.“ (18 s. 110)

Péče o kůži a prevence opruzenin a proleženin

Opruzeninami se nazývaly bolestivé změny na kůži zbavené své vrchní vrstvy, pokožky. Zde se potom usazovalo malé množství vodnatého výpotku a objevovaly se drobné puchýřky a stroupky. Výskyt opruzenin byl nejhojnější u novorozenců a kojenců, ale i u mladých obézních jedinců a u nemocných upoutaných na lůžko. Vznikaly v místech, kde se spolu stýkaly anebo o sebe třely dvě plochy těla. Tvorbu opruzenin podporovalo pocení, proto bylo nezbytné mírnit ho nošením lehkého osobního prádla a při zpocení si odpočinout (21).

Vzniku opruzenin bylo možno zabránit častějšími koupelemi postižených míst, omýváním studenou vodou a natíráním opruzeného místa zředěným alkoholem. Na noc se doporučovalo mezi postižené plochy vložit čisté složené plátno nebo měkký obvaz; buď suchý, či natřený lojem. „Všelijakých kramářských prášků k zasypávání se střežme, neb snadno hlubší vřídky po nich se utvořiti mohou; žádáme-li něco takového, poradme se s lékařem.“ (21 s. 200)

Proleženinou bylo považováno bolestivé otláčení těla, které se projevovalo začervenalými místy. Jednalo se o obvyklý, přitom nežádoucí problém u těžce nemocných, spjatý s ošetrovatelskou péčí. Prokeš konstatoval: „Dostavuje se tím spíše, čím méně se o nemocného dbá a na časté měnění podkladek na loži, řádné urovnání, časté překládání nemocného málo se hledí.“ (21 s. 124)

Proleženiny vznikaly pozvolna jako následek vlastní váhy těla. Zpočátku způsobovaly jen nepatrnou bolest a na rizikových místech začervenání, které se postupně rozšiřovalo. Kůže byla bolestivá, postupem času hnisala nebo se její barva měnila v tmavý příškvár. Ten, pokud odpadnul, zanechal otevřenou hlubokou ránu. Nebylo výjimkou, že sněť poškozovala i okolí rány. Hojení rány bylo vleklé, protože nemocný neměl dostatek životních sil (21).

Prevence proleženin spočívala v časté změně polohy. Riziková místa se dále omývala studenou vodou např. s pár kapkami octu, podkládala se jelení kůží

a podobně (21). Nemocný nesměl nikdy ležet na měkké podložce (např. peřiny), kde se drželo vlhko a teplo (18, 20).

V případě vzniku proleženiny se pokračovalo s preventivními opatřeními. Důležité bylo zcela rovné lůžko bez záhybů, časté polohování a podkládání jednotlivých částí těla pomůckami k tomu určenými (21).

V antice bylo tření a hnětení těla každodenní potřebou, stejně tak jako mytí, nicméně se od této potřeby postupně ustoupilo. Prostřednictvím hnětení těla se povzbudila činnost žaludku, průtok krve a funkce kůže. Hnětení i tření těla se osvědčily u řady nemocí (17).

K tření těla se připravil flanel nebo vlněné rukavice. V případě, že nemocný nemohl vykonávat tento proces sám, převzal roli někdo jiný. Velice efektivní bylo vykonávat tření těla malým dětem; zejména těm, které byly slabší a nevyvinuté (17).

Doporučovaná doba tření a hnětení těla byla 15 až 30 minut denně, nejlépe zrána nebo večer před spaním. Pokud se masírovala nehybná končetina způsobená např. cévní mozkovou příhodou, Kodym doporučoval zvýšit dobu na 1 hodinu dvakrát denně (17).

5.2 Období 1878 až 1887

Umývání a koupání nemocných

„Třebas chudobně, jen když čistotně.“ (23 s. 16)

Vědělo se, že každodenním mytím a čištěním pokožky se zachovávala nejen čistota, ale také nezanesené ústí potních a tukových žláz (póry) (23).

Při umývání a čištění kůže se mělo postupovat podle ustanovení lékaře. Jak už bylo řečeno, nikdy se neměla namočit větší část těla najednou. Voda měla být měkká, vlažná, popř. s mýdlem či kořalkou. *„Koupání se v měkké vodě – jež ovšem jen k uznání lékaře dítí se může – jest mnohem ještě vydatnější než pouhé mytí.“ (23 s. 50)*

Neměla se podceňovat hygiena celého těla; čistota těla zabraňovala vzniku nemocí, proto se dosud prohlašuje „čistota půl zdraví“. Samotná čistota těla souvisela s čistotou oděvu (23).

Každodenní umývání těla studenou vodou podstatně přispívalo k otužování; v létě se měla kůže umývat vždy ráno, v zimě pak večer před spaním. Jedinec se postavil do větší nádoby, namočený flanel nebo houbu vymačkával a zároveň jimi po sobě roztíral vodu. Vlhká kůže se měla otírat prohrátým ručníkem až do úplného vysušení (23).

Péče o zuby a dutinu ústní

Klika byl toho názoru, že se zuby mají čistit minimálně jednou denně. Používala se k tomu vlažná voda a kartáček, případně prostředky uvedené v předchozím období. Zbytky jídel se z mezizubních prostor odstraňovaly párátkem (23), stejně jako v dřívějších letech.

Při řádném vyplachování úst se čistil také jazyk. Pokud byl jazyk obalen velkou vrstvou povlaku, k čištění se používala pružná kostice (23).

Péče o uši a nos

Tuhnoucí ušní maz se vyplachoval vlažnou vodou a odstraňoval měkkými oblými předměty; v žádném případě nesmělo jít o předměty špičaté a tvrdé, aby se bubínek nepoškodil (23).

Klika doporučoval v rámci otužování sliznice nasávat studenou vodu nosem (23).

Péče o vlasy a stříhání nehtů

Vlasy se měly česat vždy ráno a večer. Česání nejenže zbavovalo vlasy nečistot a prachu, ale také se tlakem hřebene na kůži zvyšoval přítok krve a tím i výživa vlasů. Nejlepší bylo, pokud se vlasy česaly zprvu řídkým a pak hustým hřebenem. Prach se z nich odstraňoval nepříliš ostrým kartáčem. Stahování a pálení vlasům škodilo. Naopak jejich růst podporovalo natírání čistým olivovým olejem či vepřovým sádlem. Velmi těžké přikrývky způsobovaly zapaření kůže a tím i vypadávání vlasů (23).

Čas od času se mělo pečovat o nehty na rukou i na nohou a opatrně je zastříhovat; ne však příliš do hloubky (23).

Osobní a ložní prádlo

I v tomto období se spatřovala důležitost v nošení volného, lehkého a čistého prádla.

Spodní prádlo a košile do sebe sály pot a prach z kůže, čímž bezprostředně přispívaly k její čistotě. „...*když pak oděv spodní se vyměňuje a pere, je to, jakoby za nás se koupaly.*“ (23 s. 19)

Košile se měla vyměňovat co nejčastěji; minimálně na noc za košili noční. Přes noc pak měla být košile, kterou nosil nemocný během dne, vysušena a provětrána. Stejně tak noční košile měla být provětrávána přes den, nikoli uložena pod polštář (23).

Spodní vlněné prádlo, které se oblékalo přes košili, měli nosit pouze slabí, nemocní, staří lidé a lidé pracující těžce a v chladu (23).

Prádlo nemělo být příliš teplé a nemocný neměl být oblečen do mnoha vrstev; mnoho vrstev způsobovalo jedinci nepohodlí, ale také pocení a náchylnost k nachlazení (23).

Obuv měla nemocného chránit před nachlazením a vlhkem, měla být volná a pohodlná (23).

Stejně tak bylo důležité dbát o čistotu ložního prádla. Peřiny, pokrývky a povlaky se musely denně převracet, vyklepávat a na čerstvém vzduchu provětrávat. Z toho důvodu se měla nechat okna ložnice přes léto stále otevřena (23).

5.3 Období 1888 až 1897

Umývání a koupání nemocných

Preininger se shoduje s Nightingale svým tvrzením: „*Prostým umytím jistých jen krajin těla – obličeje a rukou – ráno vykonaným smyjeme pouze špínu s těchto částí; mnohem důležitějšími jsou koupele, lázně, kde celé tělo se omyje.*“ (29 s. 95)

„Koupání a mytí i čistota ... není jen požadavkem slušnosti, nýbrž jest nevyhnutelnou podmínkou zdraví.“ (25 s. 408)

I koncem 19. století se při koupání dávala přednost měkké, odstáté vodě před čerstvou vodou ze studny. Pokud nebylo na výběr, doporučovalo se nechat studniční vodu nějakou dobu odstát; musel se dávat pozor, aby příliš nezteplala (28).

Kuhne popisuje postup při omývání mužských genitálií, který se tou dobou k dosažení čistoty prováděl v „lepších“ rodinách. Koupající stáhnul předkožku nemocnému a zevní okraj genitálií jemně omyl studenou vodou za použití jutové nebo lněné látky velikosti kapesníku (28).

Nohy se měly koupat jednou týdně, po koupeli se měly prohlédnout, očistit a natřít tukem (24).

Nečistoty se měly zpod nehtů odstraňovat podle potřeby. Aby se předešlo záděrům, radilo se stříhat kůžičku u okraje nehtů. Samotné nehty se měly zastříhovat tak, aby nevyčnívaly přes prsty a zároveň je nezastříhnout příliš krátce. *„Nehet vyžaduje, nemá-li podlehnouti znetvoření nebo chorobám všelikým, stejně pečlivé ošetření, jako zuby a vlasy.“ (24 s. 41)*

V této době se do povědomí široké veřejnosti dostaly svými léčebnými účinky Priessnitzovy studené lázně. Mimo to se na léčbu nejrozmanitějších onemocnění užívalo také jiných léčebných lázní, teplých i studených.

Péče o zuby a dutinu ústní

Obyčejně se mléčným zubům nevěnovala náležitá péče, jelikož nakonec vypadaly i přes čištění. Nicméně Preininger doporučoval pečovat i o zuby v dětském věku. Jedině řádným čištěním zubů se předešlo zbytečným bolestem (29).

Podle Preiningera se zuby měly čistit nejlépe večer, aby zbytky stravy nezůstávaly v ústech přes noc a svým kvašením zuby nepoškozovaly. K čištění radil používat měkký kartáček, vodu a křidu z prášků, po které bylo nutno ústa vypláchnout. Zuby se měly čistit nejen příčně, ale také kolmo, čímž se vyčistily i mezizubní prostory (29).

Naproti tomu Klencke radil ústa vyplachovat odstátou vodou každé ráno, a poté je pomocí prášku na zuby vyčistit kartáčkem. Tento postup bylo třeba po obědě zopakovat. Kromě toho se po obědě zbytky jídel odstraňovaly párátkem. Odstátou vodou bylo nutno ústa vyplachovat i před spaním. Kartáčky se neměly volit ani příliš tvrdé, ani příliš měkké. Zuby bylo nezbytné čistit jemnými pohyby. Klencke zdůrazňoval, že se zuby nemají čistit směrem horizontálním, ale jen v podélné ose zubů; kartáček se měl pohybovat shora dolů na horní řadě a zdola nahoru na dolní řadě zubů. Jedině tak nedocházelo k ustupování dásně. Pokud jedinec dosáhl kartáčkem na zadní plochy zubů a na vrchní i postranní partie, bylo žádoucí je důkladně vyčistit (24).

Co se týče umělých zubů, bylo zapotřebí je vyjmout vždy ráno i večer a důkladně vyčistit jako zuby přirozené; kartáčkem a mýdlem nebo zubním práškem. Poté bylo možno je vložit zpět do úst (24).

Péče o oči a uši

Zraku škodily mj. vzduch nasycený prachem a výpary z prádla i z moči. Obecně platilo pravidlo: „...*držme oči spíše v chladu nežli v teple.*“ (25 s. 210)

Oči se měly omývat studenou vodou vždy ráno po probuzení a večer před odpočinkem (25).

Uši se doporučovalo čistit stejně jako v předchozím období měkkými předměty, např. lžičkou obalenou plátnem (29).

Péče o vlasy

Čistota kůže na hlavě usnadňovala odchod kožních výparů, předcházela kožním onemocněním a přispívala k zdravému růstu vlasů. Čistoty se docílilo častějším důkladným česáním vlasů a pečlivým umýváním hlavy. K mytí někteří lékaři doporučovali studenou vodu, jiní teplou. „*Zkušenost nás však učí, že je studená voda vždy dobrým prostředkem k povzbuzení vzrůstu vlasů, užíváme-li ji ráno a večer, na to kůži dobře osušíme a proti chladu ochráníme lehkou nějakou přikrývkou.*“ (25 s. 219)

Výjimkou byla některá onemocnění, kdy se dávala přednost teplé vodě (25).

Dále vlasům prospívalo potírání hlavy žloutkem, který se pak z vlasů smyl vlažnou vodou. Lupy s prachem bylo doporučeno vyčesávat hustým hřebenem (25).

Osobní prádlo

Podle Klenckeho bylo účelem oděvu chránit zdraví a vyhovovat požadavkům mravnosti a slušnosti civilizované společnosti. Nicméně v důsledku módy tamní doby se zdraví stalo podřízeným požadavkem před slušností. „*Se stanoviska lékařského a diaetického prohlašujeme vše, co vyhovuje zdraví, současně i za slušné, a naopak zase zatracujeme to, co moda vyhlásila za slušné, co však zdraví jest na újmu.*“ (24 s. 127)

Správný oděv měl udržovat rovnováhu mezi ztrátou a výrobou tepla, přičemž nesměl bránit odchodu výparů, překážet volnému pohybu těla ani omezovat krevní oběh. Obecně platilo pravidlo, že hlava, krk a hrudník mají být lehce oblečeny, zatímco břicho a nohy potřebují teplejší prádlo. Nohy bylo žádoucí otužovat (24).

Pozornost se měla věnovat nohavicím, límci a rukávům, aby nebyly příliš těsné. Někteří jedinci si na noc dokonce oblékali punčocháče s podvazky, aby měli nohy v teple. A právě punčochy, podvazky aj. často zapříčiňovaly nejen poruchy krevního oběhu, ale i nepravdělnou tělesnou teplotu. Kneipp neschvaloval ani noční čepice. Ty zamezovaly otužování těla a svou teplotou vháněly do hlavy nadměrné množství krve (26). Krk se měl nechat zcela volný, bez šátků (30).

Kneipp na rozdíl od Kliky nepředpokládal, že by výměna košile na noc ovlivňovala zdraví. „*Domnívám se, že ve příčině zdraví mnoho na tom nezáleží; ovšem příliš zpocenou košili převleče každý i za dne.*“ (26 s. 43)

Na holém těle mělo být suché, pevné plátno; nejlépe hrubá lněná košile, nikoli košile z vlny. Vlněné prádlo činilo tělo náchylnější vůči nachlazení a nemocem. Naproti tomu se vlna doporučovala jako svrchní oděv (27, 30).

Obzvláště v horkých dnech bylo nutno měnit prádlo častěji. „*Čím déle je prádlo na těle, tím více se nasakuje potem a brání tak výparům z těla odcházeti...*“ (24 s. 96)

Péče o kůži a prevence proleženin

„Zdraví bez péče o kůži nelze si mysliti; společnost odmítá se stejnou ošklivostí člověka, který zanedbává čistotu kůže své, jako bytosti špinavě oděné.“ (25 s. 206)

Péče o kůži měla zahrnovat:

- a) *Přísnou čistotu kůže.* Každodenní umývání kůže bylo možno posilovat teplými i studenými koupelemi.
- b) *Každodenní tření kůže.* Kůže měla být po umytí třena flanelem, hrubým ručníkem nebo kartáčem, a to zvláště na břiše, hrudníku, zádech, vnitřních částech stehen a ramen; krevní oběh na periferii byl povzbuzen odvedením krve od vnitřních orgánů. Zároveň se tak oživilo i nervstvo kůže.
- c) *Častou výměnu prádla.* Čistá košile působila jako osvěžující lázeň pro tělo člověka.
- d) *Vyhýbání se nošení prádla příliš teplého a těžkého,* které zabraňovalo vypařování potu a způsobovalo náchylnost kůže.
- e) *Časté vystavování kůže teplému, klidnému a svěžímu vzduchu a vzduchovým lázním.*
- f) *Zachovávání snadného odpařování potu.* Při pocení prádlo častěji měnit.
- g) *Nepoužívání zkrášlovacích produktů a vyvarování se léků proti kožním vyrážkám.* Tyto prostředky porušovaly a zhoršovaly pleť. V případě kožních vyrážek se měl jedinec vždy poradit s lékařem. (25)

Vědělo se, že *proleženina* vzniká dlouhotrvajícím účinkem tlaku zvláště na místa, kde se pod kůží nachází kost. Postihovala osoby dlouhodobě upoutané na lůžko. Trvalý tlak mohl souviset s nesprávnou polohou nemocného nebo s příliš staženými obvazy. Tělesná konstituce a samotné onemocnění jedince spadaly do dalších příčin (24).

Výskyt dekubitů byl nejčastější v oblasti zad, při poloze na boku nad chocholíky stehenní kosti a někdy i v oblasti kotníků. Proto bylo povinností ošetřovatelky před jejich vznikem nemocného chránit. Klencke spatřoval obdobně jako Prokeš

vzájemný vztah mezi výskytem proleženin a ošetrovatelskou péčí: „*Dosti často bývá proleženina zaviněna neobratností a nedbalostí opatrovatele.*“ (24 s. 418)

Opatření k prevenci vzniku proleženin:

- stejnoměrné rozložení tlaku na větší plochu;
- časté střídání poloh (záda – bok);
- častá úprava lůžka (matrace tvrdší, pevnější a chladnější, podložky stejnoměrně měkké, suché a bez záhybů, prostěradla bez hrubých švů) a pravidelné stlaní lůžka (viz kapitola „Lůžko pro nemocného a jeho úprava“);
- přemísťování nemocného do druhého lůžka, pokud bylo k dispozici (viz kapitola „Lůžko pro nemocného a jeho úprava“);
- používání antidekubitních prostředků (doporučovalo se pod prostěradlo umístit měkkou kožešinu);
- upřednostňování žíněné matrace před matrací s péry;
- podkládání částí těla u ležících nemocných polštářem ze žíní a jinými pomůckami;
- vytvoření podmínek, aby se nemocný mohl sám posunout směrem nahoru (např. zavěšením šňůry s držadlem nebo příčné tyčky nad lůžko nemocného);
- potírání míst nemocného vystavených největšímu tlaku směsí vody a kořalky, olověnou vodou, roztokem kamence, slabým roztokem kůry vrbové apod.;
- důkladné odstranění veškerých nečistot na kůži umytím a osušením (24).

Třením těla se předcházelo negativním následkům nedostatečného pohybu; tímto se povzbuzovala funkce celého těla, zvláště třených partií (24).

Při tření se používala flanelová rukavice, v případě suché kůže se upotřebil např. mandlový olej. Partie vzdálenější od srdce se doporučovaly třít silněji než hrudník, břicho a záda. Výkon se měl provádět brzy zrána. U jedinců s omezeným pohybem se opakoval před obědem i před spaním. Jeho délka závisela na vetření oleje či masti do kůže (24).

V případě, že nastalo porušení kůže, bylo nutno v prevenci pokračovat (24); navíc se uplatňovaly nejrůznější léčebné prostředky, které závisely na míře postižení.

5.4 Období 1898 až 1907

„Co člověk svým žitím spotřebuje, z toho odchází trusky netoliko lejnem, močem a dechem, alebrž i povrchem těla – výparem.“ (32 s. 204)

Na přelomu 19. a 20. století byly postupy a povinnosti ošetřujících osob při provádění hygienické péče obdobné jako v předešlém období.

Osobní a ložní prádlo

Jak už jsme uvedli dříve, to, že se nemocný nesměl převlékat, aby se mu neuškodilo, byl předsudek. Spíše naopak; jeho stav se zpravidla zhoršil, když zůstal ležet v nečistém, zpoceném prádle. *„...je-li zdravému prádla čistého potřebí, tím více ho je třeba nemocnému a dítěti. Nemocnému se vždy ulehčí, když se převleče.“ (32 s. 214)*

Kodým apeloval na ošetřovatelky, podobně jako Nightingale, aby prádlo nejdříve vyhrály a vysušily. Obvykle se pochybilo tím, že se nemocnému oblékalo prádlo vlhké. Košile se měla pověsit na pavlač nebo ke kamnům a několik hodin nechat proschnout. *„Pomněte, že výpary z nemocného jsou horší, než ze zdravého, že se jich chce tělo zbaviti, že tedy mají se odstraňovati, ne při těle nechávati, aby se táhly do něho zase zpátky.“ (32 s. 215)*

Z předchozích období víme, že se obvykle nosila košile plátěná a někdy bavlněná; plátěné košile nevyhovovaly u jedinců nadměrně se potících (32, 33). Starší nemocní nosili pod košilí vlněnou spodničku nebo spodky a punčochy (32).

Látky, z nichž byl oděv vyroben, bylo zakázáno barvit jedovatými barvami; v mnohých látkách byla u zjištěných otrav prokázána přítomnost arsenu (33).

Osobní i ložní prádlo nemocných s infekčním onemocněním musely ošetřovatelky dezinfikovat buď vyvařením, nebo horkou párou (33).

Co se týče dalších požadavků na osobní a ložní prádlo, shodovaly se s vlastnostmi prádla z předchozích období.

Péče o kůži a prevence opruzenin

Vzniku opruzenin se předcházelo častým omýváním studenou vodou nebo koupelemi. Na rizikové partie se doporučoval plavuňový prášek (31).

5.5 Období 1908 až 1917

Umývání a koupání nemocných

Vědělo se, že voda kromě čištění kůže také svým chladem kůži otužuje proti náhlým změnám zevní teploty. Pouhé omývání obličeje a rukou, na které byli lidé zvyklí, nestačilo – nemělo žádný zdravotní význam. „*Kdo neumývá celého svého těla a spoří příliš vodou, záhy schoulostiví a stane se lehce přístupným nastuzení.*“ (34 s. 252 – 253)

Mimo to se na kůži mohly začít tvořit vyrážky. Z uvedených důvodů Horský ve své publikaci apeluje na nutnost denního umývání těla nejen za účelem čištění kůže, ale také kvůli osvěžení a otužení (34).

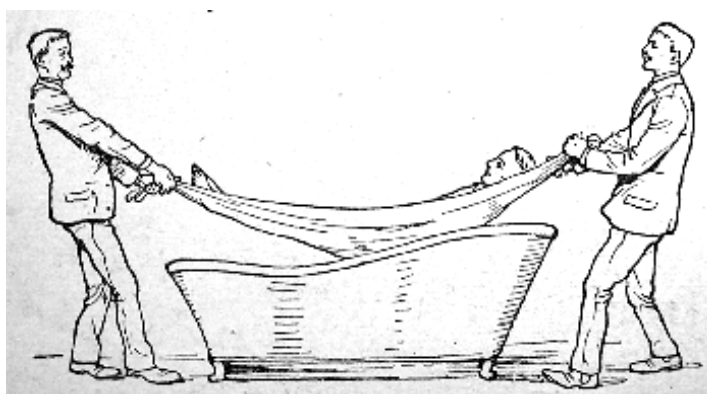
K mytí (tj. k odstranění nečistoty, potu) se doporučovala pramenitá nebo říční voda zahřátá na teplotu 35 °C. Teplota se neměla stanovovat teploměrem; řídila se drážděním nervů těla a pocitem člověka. Jak už jsme podotkli výše, k čištění těla se užívala teplá voda; lépe rozpouštěla špínu, rozšiřovala ucpané kožní póry a změkčovala pokožku. Proto bylo nezbytné každodenní omývání celého těla studenou vodou doplnit jednou až dvakrát týdně koupeli v teplé vodě. „*Užívejme tedy k čištění těla lázní teplých a k otužování lázní studených, jichž osvěžující vliv zvyšujeme studenými sprchami a poléváním celého těla.*“ (34 s. 253)

Jako pomůcky k mytí sloužily houba (na chodidla se mohl použít i žíněný kartáč), mýdlo a nádoba k teplé koupeli – dřevěná, kamenná či plechová vana. K utření a vysušení těla po koupeli se užíval nejlépe ručník z hrubého plátna. Při utírání se postupovalo tak, že se prvně utřely nohy, pak ruce, hlava, krk, hrudník, záda a nakonec břicho (34).

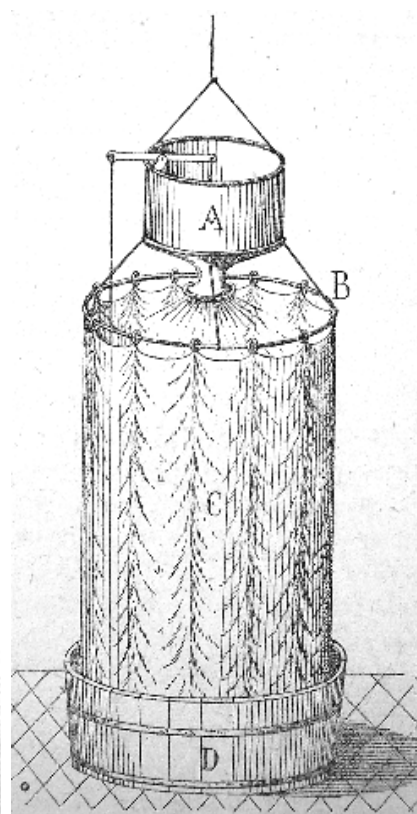
Nejvhodnější doba koupele byla ráno ihned po probuzení nebo dvě hodiny po večeři (34). Dopravit ležícího nemocného do vany bylo možno způsobem znázorněným na obrázku 18.

Sprchy prospívaly zdraví; mohly být doplňkem teplých i studených koupelí. Horský popisuje výrobu sprchy v domácím prostředí (viz obr. 19): plechová nádoba (cedník) opatřená kohoutkem (A) se zavěsila na drát připevněný ke stropu. K nádobě se připojil kruh ze silného drátu (B) a na ten se pomocí kroužků zavěsil plášť z rezného plátna (C). Pod takto zhotovenou sprchu se postavila dřevěná nádoba (D) (34).

Při sprchování se naplnila plechová nádoba vodou, jedinec se postavil do dřevěné nádoby a zastřel plášť okolo sebe. Následně zatáhl za šňůru kohoutku, čímž otevřel otvor vedoucí do cedníku. Na tělo jedince tak stříkal proud vody. Domácí sprchy bylo možno používat jednou denně (34).



Obrázek 18 – Způsob dopravy ležícího do vany. Zdroj: Horský, 1910, s. 258.



Obrázek 19 – Výroba sprchy. Zdroj: Horský, 1910, s. 257.

Péče o kůži a prevence opruzenin

Začátkem 20. století byla nejčastější příčinou opruzení nedostatečná čistota dané části kůže. Aby se předešlo vzniku opruzenin, byla nezbytná pravidelná hygiena kůže. Dále se doporučovalo zasypávat kožní záhyby moučkou z rýžového škrobu nebo plavuňovým práškem (34).

5.6 Období 1918 až 1927

Koupele

Koupele byla potřebná v nemoci i ve zdraví. Delan a Strong uvádějí účinky koupele: povzbuzovala a vyrovnávala krevní oběh, utišovala horečnatý stav a zmírňovala únavu z ležení. Očišťující a osvěžující účinky jsme již uvedli dříve. Kromě pravidelných očišťujících koupelí lékaři předepisovali lázně jako součást léčby. Jak už víme, studené lázně osvěžovaly, ale k čistícím účelům se nehodily. „*Pravá čistota je nemožná bez častého užití teplé vody a mýdla.*“ (37 s. 40)

Vztah mezi celkovou čistotou a nemocí nebyl znám. Vědělo se, že časté koupání sice nechrání člověka před nemocí, avšak pro zdravotní stav bylo prospěšné, pokud si při koupeli jedinec umyl také ruce. Weigner tímto upozorňuje na důležitost čistých rukou; špinavé ruce mohly roznášet tělesné výměšky a zárodky nejrozmanitějších nemocí (40).

Hygienická péče o nemocného ve vaně

Pokud to dovolil stav nemocného, prováděly se koupele ve vaně, které byly ze všech užívaných lázní nejvhodnější. Musela při nich být dodržována zvláštní opatření, aby se nemocný neunavil a nenachladil. Při koupeli celého těla se postupovalo následovně: Předně se musela připravit koupelna, prádlo a veškeré pomůcky potřebné ke koupeli; k vaně se přistavila židle pokryta příkrývkou a před vanu se položila lázeňská rohožka (37).

Teplota koupelny se měla pohybovat do 21,25 °C. Voda se napustila do vany až nakonec, a to do výše břicha nemocného. Její teplota měla zprvu dosahovat 35

až 37,5 °C, později se mohla v případě potřeby zvyšovat. Samotná koupel měla trvat deset minut a měla být zakončena buď studenou sprchou, či studeným omytím. Po celou dobu bylo nezbytné sledovat projevy nemocného (37, 39).

Pokud byl nemocný zesláblý, ošetřovatelka mu na lůžku umyla a osušila obličej, krk a uši (37). Obličej se umýval tak, že se do umyvadla napustila voda, do které nemocný ponořil obličej (39). Podle potřeby mu ošetřovatelka ostříhala nehty na ruce a na nohy. Poté mohl nemocný vstát. Jakmile opustil lůžko, svlékly se peřiny a lůžko se nechalo vyvětrat (podrobněji viz kapitola „Lůžko pro nemocného a jeho úprava“). Ošetřovatelka doprovodila nemocného do koupelny a opatrně jej uložila do vany (37).

V některých případech, např. u zesláblého nemocného, musely být při koupeli přítomny ošetřovatelky dvě. Pokud u jedince zpozorovaly známky slabosti, závratě, vyčerpání, těžkého dýchání, znatelné změny barvy nebo jiné nezvyklé příznaky, ihned se koupel přerušila. „*Ani nemocní u nichž předpokládáme, že se mohou sami vykoupiti, nemají se v koupelně zamykati nebo býti tam sami dlouhou dobu.*“ (37 s. 125)

Ošetřovatelka nemocného ve vaně pořádně namydčila a kartáčem mu umyla nehty na ruce i na nohy. Celého jej opláchla a pro povzbuzení krevního oběhu jej třela. Po koupeli mu pomohla posadit se na židli a zabalila jej celého až po krk do přikrývky. Při utírání bylo důležité dbát o intimitu nemocného a odhalovat jej co možná nejméně. Nemocnému pomohla s obléknutím do čistého prádla a do županu a při obouvání (37).

Do lůžka se okamžitě připravilo spodní prostěradlo, přikrývka a jeden polštář. Nemocný se uložil a teprve potom se dokončila úprava lůžka (viz kapitola „Lůžko pro nemocného a jeho úprava“). Pokud byla nemocnému zima, zahřál se nádobou s horkou vodou, horkým nápojem a přikrývkou. Až bylo nemocnému zajištěno plné pohodlí, vyčistila se vana a uklidila koupelna (37).

Hygienická péče o nemocného na lůžku

Podstatou bylo nemocného důkladně umýt a osušit, přitom předejít nachlazení, únavě a obnažení nemocného či namočení lůžka. V učebnici Delan a Strong se popisuje pouze jeden způsob mytí nemocného na lůžku (37).

Po celou dobu koupele měla být v pokoji udržována teplota 21,25 °C, průvan byl nežádoucí. Přichystaly se potřebné pomůcky: příkrývka k přikrytí nemocného, použité prostěradlo k ochraně lůžka, dva ručníky, dvě prací žínky, mýdlo, kartáček na nehty, nůžky, čisté osobní a ložní prádlo, velké umyvadlo s vodou o teplotě 40 °C, džbán s horkou vodou a kbelík (37).

Při mytí nemocného na lůžku se postupovalo následovně: Z lůžka se odstranily vrchní příkrývky a daly se provětrat. Po celou dobu mytí se nechala nemocnému jedna příkrývka k přikrytí. Pod hlavou nemocného se ponechal jeden polštář, ostatní se odstranily. K osušení se buď vložilo prostěradlo pod celého nemocného, nebo alespoň ručník pod právě umývanou část těla (37).

Košile se svlékla tak, že se nemocný položil na záda a pokrčil dolní končetiny. Košile se vytáhla nahoru směrem k hýždím. Nemocný se nadzvednul a košile se vytáhla přes pas. Ošetřovatelka zvedla jednou rukou hlavu a ramena nemocného a druhou rukou vytáhla jeho košili ke krku. Svlékla jeden rukáv, stáhla košili přes hlavu a následně z druhé končetiny (37).

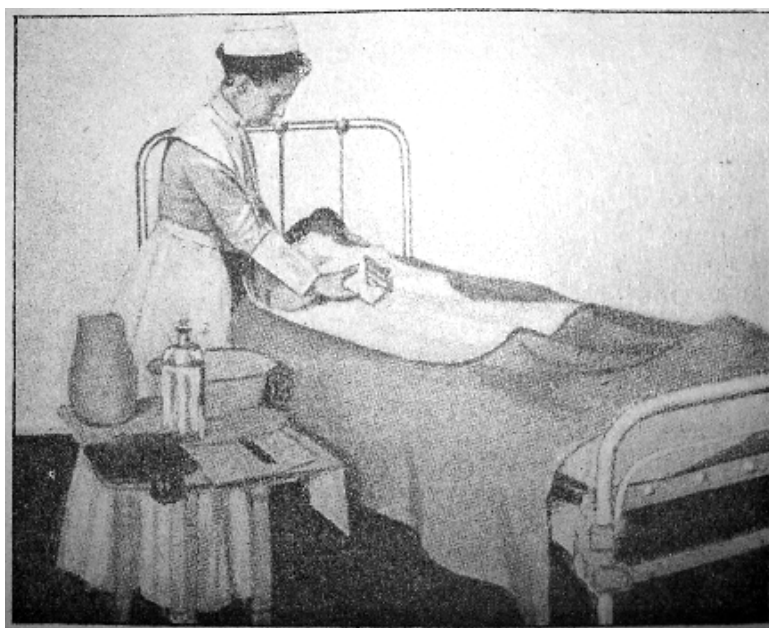
V tuto chvíli byl nemocný připraven k mytí. Namočila se žínka a držela se tak, aby z ní nekapala voda. Při mytí se postupovalo od obličeje přes krk až k uším. Žínka se vyměnila a pokračovalo se horními končetinami směrem k prstům, nato se umyl hrudník, poté břicho; zvláštní pozornost byla věnována podpaží a pupeční jamce. Ošetřovatelka vždy jednou rukou nadzvedávala příkrývku a druhou umývala jednotlivé partie těla. Jedině tak se příkrývka zachovala suchá a po celou dobu hygieny byla zajištěna intimita nemocného. Paže a holeně nemusely být přikryty (viz obr. 20). Platilo pravidlo, že se každá umytá část musela nejdříve utřít, než se umyla část další. Následně se nemocnému umyly dolní končetiny od stehna až k plosce nohy. Podle Delan a Strong bylo třeba s nemocným co nejméně hýbat. Záda se umývala nakonec. Výhodou tohoto postupu bylo, že bylo možné vyměnit spodní prostěradlo bez dalšího obracení jedince (37).

Nehty na nohou se měly ostříhat v případě potřeby před započítím hygieny. Mimo to se doporučovalo umýt ruce a nohy v umyvadle; lůžko bylo chráněno

ručníkem, novinami nebo čistým balicím papírem. Prostor mezi prsty se umyl a pořádně osušil. Nohy někdy vyžadovaly tření (37).

Umyvadlo se naplnilo čistou vodou a provedla se hygiena genitálií. Nemocný zaujímal polohu na zádech s pokrčenými a roztaženými dolními končetinami nebo na boku s pokrčenými dolními končetinami, přičemž vrchní končetinu ošetřovatelka mírně nadzvedla. Nemocní, kteří toho byli schopni, si tyto partie umyli sami. Při sekreci z pohlavního ústrojí se k umytí užívala vata nebo čistý měkký hadřík; ihned po použití se spálily. V některých případech bylo vhodné provést hygienu genitálií oplachem; pod nemocného se vložila mísa a vlastní oplach se prováděl jemným proudem teplé vody nalité z baňky. Po umytí těchto částí bylo důležité, aby si ošetřovatelka pořádně umyla ruce (37).

Po provedení koupele třela ošetřovatelka alespoň ta místa, která byla náchylná k proležením; především záda a křížovou oblast. Nakonec se z lůžka odstranilo prostěradlo, lůžko se ustlalo a pokoj se uklidil (37).



Obrázek 20 – Umývání horních končetin. Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 126.

Péče o zuby a dutinu ústní

„Krásný a silný chrup jest okrasou úst a známkou zdraví. Všecky tyto okolnosti nabádají k péči o chrup již od věku dětského, aby se zuby neporušily.“ (40 s. 41)

Péče o chrup vyžadovala vyplachování úst po každém jídle vlažnou vodou s několika kapkami ústní vody. Zbytky potravy se odstraňovaly pomocí měkkých párátek nebo zubní nití. Pravidelně ráno a večer se zuby důkladně čistily kartáčkem (40). Kartáček se měl přikládat na zuby podélně ve směru rýh, nikoli příčně. Zuby se měly čistit jemně krouživými pohyby, přitom se měl jedinec snažit dostat štětinky mezi zuby (37). Zubní prášky a pasty neměly při čištění zubů zvlášť velký význam (40).

K čištění zubů nemocného na lůžku připravila ošetřovatelka tyto pomůcky: ručník, zubní kartáček²⁰, sklenici s vlažnou vodou, zubní pastu nebo prášek a malou nádobku na použitou vodu (37).

Zuby se vyčistily důkladněji, pokud si je nemocný čistil sám. Pokud nemocný nebyl schopen sedět, mohl si zuby vyčistit vleže za asistence ošetřovatelky. Ošetřovatelka mu podávala prášek, sklenici s vodou a mělkou misku; tu použil k vyplivnutí vody při otočení hlavy na stranu. Jestliže si nebyl schopen vyčistit zuby a ústa sám, učinila tak ošetřovatelka. K čištění úst se v tomto případě použily vatové štětinky; zhotovily se tak, že se na sirku, popř. na dřevěné párátko, omotal malý kousek vaty (37).

Bezvládnému jedinci se ústa vyčistila následujícím způsobem. Nejdříve se k lůžku připravily tyto pomůcky: roztok předepsaný lékařem, ručník k ochraně peřin, zhotovené vatové štětinky, nádoba na použité vatové štětinky (např. silný papírový sáček nebo několikavrstvé složené noviny). Důkladně a přitom jemně se vyčistily jazyk, dásně, zuby a mezizubní mezery. Pokud byly dásně oteklé, vyžadovaly při čištění maximální opatrnost. Do roztoku se namáčely pouze čisté vatové štětinky; použité se vyhazovaly do nádoby k tomu určené. Poté se ihned spálily. Pokud měl nemocný sílu, vypláchnul si ústa. Jestliže byly rty nemocného suché a popraskané, namazaly se borovou mastí nebo glycerinem (37).

²⁰ Někteří autoři doporučovali středně tvrdý a jiní nechávali výběr kartáčku na povaze jednotlivce.

Umělý chrup se čistil zubním kartáčkem a na noc se odkládal do nádoby se studenou vodou (37).

Péče o nos

K udržení průchodnosti nosu se radilo z dlaní srkat vodu o teplotě 25 až 30 °C (39).

Péče o vlasy

Obzvláště dlouhé vlasy se měly upravovat alespoň jednou denně. Než se vlasy začaly česat, prostřel se přes polštář ručník. Vlasy se rozdělily pěšinkou uprostřed hlavy na dvě části. S rozčesáváním se začalo u konečků, přitom se pramen vlasů pevně držel v jedné ruce. Tímto způsobem se vlasy rozčesaly bezbolestně. Zpravidla se zaplétaly do dvou copů; podle přání nemocné se buď utáhly, nebo zapletly volně. Pokud byly těžké a hodně zamotané, radilo se nečesat je najednou. V tomto případě se zapletla rozčesaná část a česání ostatních vlasů se dokončilo později (37).

Co se týče mytí vlasů, bylo potřeba malého džbánu s roztokem čistého mýdla v horké vodě, velkého džbánu s horkou vodou (45 °C), džbánu se studenou vodou, kbelíku, dlouhé gumové podložky nebo kusu voskového plátna, několika ručníků (37).

Nemocný zaujímal polohu na zádech co nejbližší k okraji lůžka. Malý ručník stočený po délce se vložil pod vlasy až na krk a pevně se připnul po celé délce tak, aby se voda nedostala do obličeje ani na krk. Z velké gumové podložky se vyrobilo korýtko a položilo se přes lůžko pod hlavu nemocného. Pomocí polštářů se zvedl konec korýtko, aby voda netekla pod hlavu a do lůžka. Protější konec podložky se rozprostřel přes okraj lůžka do kbelíku, který se většinou postavil na židli. Nyní se mohlo přejít k samotnému mytí vlasů. Vlasy se umyly roztokem mýdla a opláchly vodou z velkého džbánu (37).

Při jiném způsobu mytí vlasů se naplnila vodou plochá mísa a nemocný položil zadní část hlavy do nádoby (39). Poté se voda z vlasů vymáčkala a gumová podložka se nahradila nejlépe hustým lázeňským ručníkem. Vlasy se třely, dokud nebyly suché. Zvláště u slabých nemocných upoutaných na lůžko se neměly mýt šampónem. *„Nepokoušejme se o to, není-li pacient dosti silen, aby snesl nejen shamponování,*

nýbrž i výměnu ložního prádla, která bude skoro jistě nutná, byla-li ošetřovatelka jen trochu nepozorná a nešikovná.“ (37 s. 132)

Osobní prádlo

V rámci oděvu a obuvi se kladl důraz na tytéž požadavky jako dříve; měly být čisté, volné, vzdušné; žádná část oděvu nesměla svírat ani překážet v pohybu.

Weigner vyzýval také veřejnost, aby se převlékala do čistého prádla tak často, jak jen to je možné (40).

Péče o kůži a prevence opruzenin a proleženin

Kůži měla být věnována náležitá pozornost. Každodenním mytím vodou a mýdlem a alespoň jednou koupelí za týden se z ní odstraňovaly odumřelé buňky, prach, špína, zaschlý maz, kde mohly být přítomny i choroboplodné zárodky. Velmi účinná byla parní lázeň, při které byla kůže nejvydatněji očišťována (40).

Ve 20. a 30. letech 20. století se v rámci *prevence opruzenin* radilo udržovat kůži suchou a chladnou a kožní záhyby neumývat mýdlem. Nejúčinnější bylo čistit kůži benzínem a následně zasypat práškem z rýžové moučky a mastku (37).

Co se týče *proleženin*, riziková místa byla nad vyčnívajícími kostmi, tzn. ramena, lokty, křížová oblast, boky, kolena a kotníky. Kromě toho se proleženiny mohly vytvořit i na uších či na týlu (37). Proleženiny obvykle vznikaly ze zanedbání ošetřovatelské péče, bylo tedy nutno správně pečovat o jedince s poruchou mobility.

Jako prevence proleženin se doporučovalo mj. dodržovat suchou a čistou kůži, mírnit tlak speciálními prostředky a často měnit polohu nemocného (37).

Rizikové partie se měly omývat alespoň dvakrát denně teplou vodou a mýdlem (37) nebo vodou s bezinkovým octem (39), pro zlepšení krevního oběhu a udržení pružnosti kůže třít často lihem a lehce zasypat práškem k tomu určeným (37). Hlava neměla být položena příliš vysoko, aby tělo neklouzalo dolů (38). Malé polštáře anebo silné bavlněné podložky se vkládaly nemocnému pod záda, pod ramena a při poloze na boku mezi kolena a kotníky; také se podkládala další riziková místa (37).

Dále se užívaly gumové věnce. Tyto byly při přiměřeném naplnění vzduchem výhodné; v opačném případě byly nepohodlné a mohly uškodit. Před použitím se věnec musel opatřit povlakem či omotat obvazem. Obvykle se pod paty a lokty vkládal věneček vyrobený z obyčejné vaty. Vátové kroužky hřály méně než podložky a zajišťovaly lepší podporu (37).

Pokud si nemocný stěžoval na bolesti zad, bylo třeba zjistit příčinu. Jestliže se na kůži objevily prvotní známky proležení (zarudnutí nebo tmavá skvrna podobná modřině), na postižené místo se přikládaly obklady namočené ve studené vodě a plátno potřené vazelínou, zinkovou masťou nebo mýdlová náplast. Kromě toho se na prostěradlo kladla srnčí či kočičí kožešina (38, 39).

Postižená místa se čistila kouskem čistého plátna namočeného do teplého přesličkového odvaru. Ten se na místo jen několikrát lehce přitiskl. Stejným způsobem se místo osušilo. Pokud se rozsah proleženiny zvětšoval, nemocný se podkládal polštáři naplněnými vzduchem, vodou, nebo kulatým polštářem plněným senem s větším otvorem uprostřed; tak, že nad otvorem leželo postižené místo (38, 39). Nemocný nesměl ležet na postižené části a muselo se zabránit odřením kůže. „...*silné tření v tomto stavu je nebezpečné a nikterak nenahradí dřívější zanedbání.*“ (37 s. 138 – 139)

Jestliže kůže přes veškerou snahu praskla, rána se léčila a obvazovala podle nařízení lékaře (37). Místa s porušením kožní integrity se podkládala stočenými plátěnými látkami tak, aby se dotyčná plocha dostala do vysoké polohy. Postižená místa, která byla zasažena snětím, vyžadovala pečlivou péči při čištění; musela se častěji čistit čistým plátnem namočeným ve sterilizované vodě. K vysušení hnisavých vředů se užívalo bílé hlínky v prášku, kterou se rána zasypávala (38).

Při masáži celého těla se začínalo třením vzdálenějších částí. Intenzita tření jednotlivých částí se podle potřeby lišila. Jako první se třely paže a nohy pravé a poté levé strany. Pokračovalo se masírováním pravé a levé poloviny hrudníku. Začalo se od středu hrudní kosti podél kosti klíční k rameni, pak prsty ve směru žebér a mezi žebry; nikdy ne přes žebra. Nemocný pokrčil dolní končetiny a přešlo se na masírování břicha. K masáži břicha bylo vždy nutné použít vazelínu

nebo nějaký tuk. Břicho se muselo masírovat opatrně a jemně; silnější masáž mohl provádět pouze specialista (39).

Poté se nemocný otočil a prováděla se masáž zad. Postupovalo se od šíje přes lopatky k páteři podél žeber, mezi žebry a po stranách žeber na pravé straně. V místě ledvin bylo nutno masírovat mírným tlakem. Tentýž postup se opakoval na levé straně zad s tím, že se nikdy neměla masírovat celá strana najednou, ale mělo se přecházet ze strany na stranu. Dále se přešlo k masírování hýždí a nakonec byla vsedě provedena masáž ramen, krku a hlavy (39).

5.7 Období 1928 až 1937

Umývání a koupání nemocných

Šlechtická vybízela ošetřovatelky, aby dbaly na každodenní umývání celého těla nemocného. Denní čištění se nemělo omezovat pouze na mytí obličeje a rukou, vyplachování úst a čištění zubů (45).

Nemocným upoutaným na lůžko přinesla ošetřovatelka vodu, ostatní pomůcky a čisté prádlo. Pomohla jim s umytím. Těžce nemocné jedince umývala kompletně (45). Postup při umývání známe z předchozí etapy.

Při sprchování se studenou vodou platilo obecné pravidlo, že studená voda nikdy neměla téct přímo na hlavu. Tomu se zabránilo gumovou čepicí, která hlavu ochránila (41).

Péče o zuby a dutinu ústní

Čištění úst vlažnou ústní vodou vyžadovalo zvláštní pozornost. Jestliže si nemocný nemohl vyčistit zuby kartáčkem, ošetřovatelka mu je opatrně vyčistila ukazováčkem omotaným čistým mulem, namočeným do borové vody (45).

K tomu, aby se zachovaly zuby zdravé, radilo se čistit je ráno a večer vlažnou vodou s několika kapkami francovky. Tím se také osvěžila sliznice v ústech (42).

Péče o vlasy

Vlasy se česaly do copů obdobně jako v minulém desetiletí. Mimo jiné Šlechtická zdůrazňovala, že se spletené vlasy měly upravit na temeno hlavy, aby při ležení nemocného netlačily (45).

Ložní prádlo

Podložky se umývaly ve vlažné vodě a sušily se vždy mimo pokoj nemocného. Bylo vhodné mít několik zásobních podložek, aby se mohly častěji nemocnému vyměňovat. Gumové podložky se uchovávaly posypané práškem k tomu určeným a stočené na dřevěné tyči (45).

Péče o kůži a prevence proleženin

Stejně jako v předchozích publikacích, také Šlechtická vyzývala ošetřovatelky, aby prostěradlo pod nemocným udržovaly po celé délce rovnoměrně napjaté, bez záhybů. Především drobkou z pečiva bylo vždy nutno zpod nemocného odstranit (45).

Na podkládání nemocného se doporučoval velký gumový polštář naplněný vodou nebo velká podložka z pryžové houby; v některých případech vystačil i vzduchový polštář. Paty se podkládaly věnci zhotovenými z vaty a obinadla tak, aby spočívaly volně uvnitř kroužku (45).

Zvláště na rizikových místech se kůže nemocného musela udržovat v naprosté čistotě. Jednou až třikrát denně se celá zadní plocha těla umyla zředěným alkoholem, francovkou nebo octem, osušila a posypala pudrem. Začervenalá či bledá místa se potírala francovkou několikrát denně a poté se vždy zasypala pudrem. Natírání rizikových míst mastmi bylo nevhodné. Ošetřovatelka musela dbát o to, aby výměšky nemocného neznečišťovaly riziková místa. Pokud bylo potřeba, riziková místa se pečlivě umyla a zaprášila pudrem (45).

Zároveň se musela často měnit poloha nemocného: na pravý a levý bok, pokud to dovoľoval stav nemocného, i na břicho (45). Přes veškerou péči

se však na kůži mohly projevit známky proleženin. Tehdy se pokračovalo podobnými úkony a léčba závisela na ustanovení lékaře.

5.8 Období 1938 až 1947

Účelem hygienické péče bylo obecně zajištění čistoty a pohodlí nemocnému, prevence vzniku proleženin a jiných změn na kůži, pozorování tělesného i duševního stavu nemocného a výchova nemocného k osobní hygieně (46).

Ranní a večerní hygiena nemocných

K ranní i večerní hygieně nemocného se zajistily tytéž pomůcky: zástěna, podložní mísa s gumovou podložkou, lékařský teploměr, flanelová pokrývka, dva ručníky a dvě žínky (na horní a dolní polovinu těla zvlášť), mýdlo, umyvadlo, nádobka na čištění zubů, zubní kartáček a pasta, popř. ústní voda, emitní miska, alkohol k masáži zad, pudr, olivový olej, štětičky, čisté osobní a ložní prádlo podle potřeby (46).

Při ranní hygieně sestra poslala soběstačné, chodící nemocné do umývárny a pouze dohlédla na dodržení osobní čistoty. Mezitím jim ustlala lůžko (viz kapitola „Lůžko pro nemocné a jeho úprava“). Ve výjimečných případech a s vědomím lékaře si mohli nemocní upravit lůžko sami (46).

Provádění hygieny ležícím nemocným vyžadovalo určitou zběhlost. Nejdříve sestra vyzorovala a zeptala se nemocného, jak se cítí. Okolo lůžka rozprostřela zástěny, a pokud si nemocný přál, položila jej na ohřátou podložní mísu. Změřila mu teplotu, tep a dech a provedla zápis do dekursu (viz kapitola „Sledování vitálních funkcí“). Současně zapsala počet stolic z předešlého dne, popř. i množství moči. Lůžko upravila do roviny, odstranila polštáře a všechny pomůcky (bedničku, ložní kolo aj.). Ložní prádlo v lůžku uvolnila, nemocného zakryla flanelovou dekou a ložní prádlo rozložila k vyvětrání (46).

Připravila pomůcky k mytí. Obvykle se začínalo s hygienou úst. Poté se nemocnému vysvlékla košile a po dobu mytí se nechala větrat; nejlépe, pokud měl nemocný zvlášť košili denní a noční. Soběstačný nemocný se umyl sám, sestra jen asistovala. Slabé, bezvládné nemocné umývala sestra. Bylo třeba dodržovat postup

mytí: od obličeje přes uši, krk zepředu, hrudník, podpaží, horní končetiny, krk zezadu, záda a hýždě, genitál (46).

Na obličeji se postupovalo od vnitřních koutků očí k zevním; pro každé oko se použil čistý konec žínky. Obličej se umýval mýdlem pouze ve výjimečných případech. Při mytí hrudníku se nesmělo zapomenout na důkladné umytí pod prsy. Tato místa se musela dobře vysušit. K mytí rukou se podle potřeby použil kartáček nebo se ruce na chvíli ponořily do umyvadla. Ženám se denně prováděl oplach genitálií vlažnou vodou či slabým roztokem hypermanganu. Po celou dobu mytí se podkládaly jednotlivé části těla ručníkem (46).

Nemocný se obrátil na bok. Umyly se mu záda a hýždě, namasírovaly alkoholem a zasypaly pudrem. Poté se mu oblékla košile. Lůžko se upravilo a podle potřeby se vyměnilo ložní prádlo. Nakonec se nemocnému učesaly vlasy. Použité pomůcky se odnesly, umyly a uklidily. Upravilo se prostředí nemocného. Změny zdravotního stavu, které se při hygieně zpozorovaly, se zapsaly a případně ohlásily lékaři (46).

K večerní hygieně se používaly tytéž pomůcky jako při ranní. Postup byl takřka totožný. Odlišnosti bychom mohli spatřovat jedině v tom, že se vrchní pokrývky složily do nohou lůžka a nerozložily se k vyvětrání jako při ranní hygieně. Dále se po umytí nemocného vyměnila jen podložka, popř. se obrátila. Nemocnému se zajistilo vše, bez čeho se během noci neobešel. Na dosah ruky se mu položil zvonek a pokoj se řádně vyvětral. Silně vonící květiny a vše nepotřebné se vynesly z pokoje. Nakonec se zhaslo či ztlumilo světlo a použité pomůcky se uklidily (46).

Celková koupel nemocných

Ve vaně se mohli koupat pouze nemocní určení lékařem. K očistné lázni sestra připravila vodu o teplotě 35 až 37 °C a podle potřeby nemocnému pomohla do vany. Slabého nemocného posadila těsně vedle vany na židli opatřenou polštářem; prvně mu dala do vany nohy a pak jej opatrně přesunula. Nemocný se do vany posadil. Sestra musela dát pozor, aby nemocný ve vaně neuklouzнул. V případě potřeby mu pomohla při mytí. I nemocného, který se umýval sám, bylo potřeba během hygieny

kontrolovat. Nebylo možné, aby se v koupelně zamknul. Povinností sestry bylo také dbát o řádnou čistotu koupelny a vany po výkonu (46).

Ohledně *koupele na lůžku* se výkon nemocnému nejdříve vysvětlil a zajistila se jeho spolupráce. Připravily se potřebné pomůcky. Teplota pokoje měla mít 19 až 21 °C. Pokud bylo lůžko přestláno, sestra přikryla nemocného flanelovou dekou a horní pokrývky složila do nohou lůžka (46). Při celkové koupeli nemocného na lůžku se pokračovalo obdobně jako při ranní hygieně, proto uvedeme pouze specifika.

Při mytí hrudníku se věnovala pozornost především silnějším ženám, a to hlavně pod prsy. Po důkladném umytí a vysušení se tato místa zapudrovala a podle potřeby se vložily proužky mulu. Sestra umývala břicho nemocné krouživými pevnými pohyby a čistotě pupku věnovala zvláštní péči; podle potřeby jej vytřela štětičkou namočenou v benzínu, poté v oleji (46).

Před umýváním dolních končetin se do umyvadla nebo vaničky přidalo trochu teplé vody nebo se voda vyměnila za čistou. Po umytí končetin až po kolena se nohy nemocného opatrně vložily do vaničky; namydly se a nechaly se chvíli ve vodě. Mezitím sestra ostříhala nemocnému nehty na ruku nebo jej učesala. Nohy se vydrhly kartáčkem, podle potřeby se ostříhaly nehty a suchá kůže se natřela vazelínou. Nemocnému se podala namydlená žínka, aby si mohl sám umýt genitálie; těžce nemocnému je umyla sestra (46).

Péče o zuby a dutinu ústní

Obvyklá hygiena úst se měla provádět nejméně dvakrát denně, nejlépe po každém jídle; na noc vždy. Zpravidla se spojovala s ranním a večerním mytím nemocného. Připravily se tyto pomůcky: zubní kartáček a pasta, sklenice s odstátou vodou, popř. ústní voda dle ordinace lékaře, emitní miska, sklenice s čerstvou pitnou vodou, ručník (46).

Nemocnému se pomohlo posadit se anebo se mu alespoň podepřela hlava, pokud to dovoloval jeho stav. Na hrudník se mu rozprostřel ručník či papírový ubrousek, který jej chránil před politím. Pokud byl schopen, vyčistil si ústa sám a sestra jen asistovala. Slabým nemocným čistila sestra ústa obvyklým způsobem. Po vyčištění

zubů si ústa patřičně vypláchnul a podle potřeby se napil čerstvé vody. Oschlé rty se nemocnému natřely krémem a veškeré pomůcky se řádně umyly a uklidily. Kartáček se měl udržovat v čistotě a suchu; radilo se nechat ho proschnout na slunci (46).

Zvláštní péče o dutinu ústní se prováděla jen některým nemocným – podle ordinace lékaře; obvykle každé dvě až čtyři hodiny. Na podnos se připravily pomůcky: ruční svítilna, nádobka s předepsaným roztokem, ústní dřevěné lopatky, mul nastříhaný do čtverečků, vatové štětičky obalené mulem, emitní miska, sklenice s čerstvou pitnou vodou (46).

Než se přešlo k samotnému výkonu, sestra si důkladně umyla ruce. Hlavu nemocnému otočila na stranu a ručník položila na jeho hrudník. Do úst posvítila. U nemocného při vědomí se ústa vyplachovala přímo ze skleničky nebo trubičkou na pití. Zároveň se mu u úst přidržovala emitní miska. Ústní dřevěná lopatka se omotala mulem, namočila se v roztoku a její pomocí se setřel hlen z jazyka a z horního patra. Pohyby sestry musely být pevné, ale opatrné, aby sliznici neporanily a nedráždily na zvracení. Místo lopatky se mohl použít zahnutý peán s tampónkem. K čištění zubů a dásní bylo vhodnější použít štětičky z vaty obtočené mulem; byly drsnější. Rovněž se namáčely do roztoku (46).

Použité pomůcky se odkládaly do emitní misky; buď se spálily, nebo se vyhodily do nádoby na smetí. Nakonec se nemocnému vypláchla ústa a rty se ošetřily (46).

Jestliže byl nemocný soběstačný, pečoval o svůj *umělý chrup* sám; po vyjmutí z úst ho vyčistil kartáčkem s pastou a opláchl vodou. V opačném případě ho sestra vyjmula z úst s použitím mulu a vyčistila. Zbylé zuby v ústech se nemocnému také vyčistily a ústa se vypláchla vodou. Přes noc se umělý chrup ponechával v nádobce s čistou vodou na nočním stolku nemocného. Těžce nemocným se umělý chrup do úst nevracel; po vyčištění se uschoval (46).

Péče o vlasy

Roušarová doporučovala vlasy muže i ženy česat a kartáčovat nejméně dvakrát denně, ráno a večer. Pokud měla žena delší vlasy, upravovaly se jí tradičně do dvou copů. Při rozčesávání se vlasy mohly navlhčit olejem (46).

Během péče o vlasy bylo nutno kontrolovat přítomnost vši. Pokud je sestra našla, musela zasáhnout a vlasy co nejrychleji odlišvit. Pouze na výslovný příkaz lékaře směla sestra vlasy (zejména ženské) ostříhat (46).

K mytí vlasů na lůžku se připravily na podnos potřebné pomůcky: hřeben, menší gumová podložka nebo gumový povlak na polštář a velká gumová podložka, dva ručníky či podložky, nádoba s roztokem mýdla nebo šampónu, džbán teplé převařené vody (40 °C), lázeňský teploměr, ocet (pokud voda nebyla převařená či byla tvrdá), kbelík nebo vanička, vata do uší, spínací špendlík, suchý hadr na podlahu nebo novinový papír (46).

Roušarová popisuje další způsob umývání vlasů, než se kterým jsme byli seznámeni v 20. a 30. letech 20. století. Prováděl se u nemocných, jež bylo možno otočit na bok. V opačném případě se vlasy umývaly podle postupu Delan a Strong.

Nejdříve sestra okolo nemocného rozprostřela zástěnu a seznámila ho s výkonem. Odstranila péřový polštář a spodní žíněný položila zešikma. Vložila nemocnému do uší kousek vaty a otočila jej na bok. Nemocný ležel co nejbližší k okraji lůžka, zády k sestře. Lůžko se chránilo menší gumovou podložkou a ručníkem, který se připnul spínacím špendlíkem nemocnému pod bradou (46).

Stejně jako v publikacích z let 1918 až 1927 se velká gumová podložka stočila do formy korýtka a spustila se do kbelíku. Ten stál na zemi – na suchém hadru – v hlavové části lůžka. Sestra nemocného upozornila, aby zavřel oči a opatrně polévala hlavu vodou. Hlavu namydčila a oplachovala stále chladnější vodou. V případě, že byla voda velmi špinavá, namydčila hlavu ještě jednou. Jestliže nebyla k dispozici měkká voda, do předposledního opláchnutí přidala ocet a ten opláchla čistou vodou (46).

Sestra vlasy nemocného co nejvíce vyždímala, velkou gumovou podložku spustila do kbelíku a hlavu položila na ručník. Nemocný se pohodlně uložil. Vlasy se vysušily buď ohřátými ručníky, či elektrickým vysušovačem. Nechaly se doschnout na suchém ručníku. Dlouhé vlasy sestra podložila termoforem. Česaly se ještě trochu vlhké a nakonec se zapletly obvyklým způsobem. Použité pomůcky se řádně očistily a uklidily (46).

Péče o kůži a prevence proleženin

K zajištění pohodlí a jako prevence proleženin se ve 40. a 50. letech 20. století užívaly tyto pomůcky: alkohol (např. francovka), pudr, gumové nebo improvizované²¹ ložní kolo, věnce pod paty (46).

Mimo dříve uvedené postupy, které sloužily k prevenci proleženin v předešlých letech, se kladla důležitost správnému podkládání podložní mísy (46).

U ležících nemocných se masáž, zejména zad a ostatních míst vystavených zvýšenému tlaku, prováděla nejméně dvakrát denně – při ranní a večerní hygieně. Po předchozím umytí vodou a mýdlem ošetřovatelka masírovala zmíněné partie těla alkoholem a na závěr je zasypala pudrem (46).

Pokud se na kůži nemocného objevily změny, povinností ošetřovatelky bylo okamžité hlášení těchto změn vrchní sestře. Ta obeznámila lékaře. Účelem bylo při již vyvinuté proleženině přispět k rychlejšímu zhojení a chránit nemocného před vznikem komplikací. Lékař podle stadia proleženiny (I. – IV.) určil ošetření postiženého místa (46).

5.9 Období 1948 až 1957

Ranní a večerní hygiena nemocných

Podle učebnic z poloviny 20. století začínala ranní hygiena podkládáním podložní mísy nemocnému; zrovna tak, jako v předchozí etapě. Po odnesení podložní mísy si sestra musela pečlivě umýt ruce. Pokračovalo se čištěním dutiny ústní a následovalo umývání nemocného (52). Při mytí se obvykle zachovával shodný postup s postupem předchozí etapy. Proto nebudeme uvádět jednotlivé na sebe navazující kroky a budeme se věnovat pouze odlišnostem.

Obličej se začínal umývat od očí známým způsobem. Následně se umylo čelo tahy ze středu směrem ke spánkům až k bradě, poté nos a krouživými pohyby ústa.

²¹ Vyrábělo se např. z vaty a obinadla, ze starých bílých punčoch vycpaných vhodným materiálem a sešitých do tvaru kola, z použité duše pneumatiky, z mulu nebo z jiného měkkého materiálu naplněného peřím či žíněmi (46).

Podle Špindlerové se všechny části těla umývaly nejdříve žínkou namydlenou, a pak čistou. Po umytí ušních boltců se okrajem žínky vyčistily zevní zvukovody. Radilo se sestřám, aby nezvlhčovaly příliš velkou plochu těla najednou; měla se umýt a ihned utřít vždy jen menší část. Po umytí krku se ručník na obličej vyměnil za jiný (52). Dále se pokračovalo obvyklým způsobem.

Špindlerová popisovala postup při zajišťování večerní hygieny srovnatelný s postupem předchozí etapy.

Celková koupel nemocných

Nemocný se koupal obvykle jednou týdně, nejlépe ráno nebo večer. Souhlas ke koupeli *ve vaně* musel dát vždy lékař. V koupelně se zajistila teplota 21 až 22 °C. Postup celkové koupele ve vaně byl totožný s postupem v předchozí etapě.

Špindlerová doplňuje: Vana se napustila vodou do poloviny; nejdříve se napouštěla voda studená, poté horká. Okolo vany se postavila zástěna. Nemocný byl poučen, aby nemanipuloval s kohoutky. Zvonek se umístil na dosah jeho ruky, nicméně sestra musela být během koupele vždy nablízku. Při umývání se věnovala velká pozornost podpaží, pupku, tříslům a meziprstním prostorům u nohou. Nehty se stříhaly až na čistě upraveném lůžku, které mezitím ustlala druhá sestra; pokud v pokoji nebyla, upravila základ lůžka ta sestra, která nemocnému pomáhala při hygieně. Nemocný se uložil a úprava se dokončila s nemocným na lůžku. Pokud byla nemocnému zima, vložil se do nohou lůžka termofoř a nemocný vypil teplý čaj. Na závěr se uklidily pomůcky i koupelna (52).

Při koupeli *na lůžku* se postupovalo následovně: K nohám lůžka se postavila židle a okolo lůžka zástěna. Sestra vložila pod nemocného mísu. Po vynesení mísy si umyla ruce a připravila k lůžku potřebné pomůcky. Nemocnému nechala pod hlavou pouze spodní polštář a odstranila horní pokrývku. Přes nemocného položila flanelovou deku a vytáhla zpod ní horní prostěradlo; pod něj rozestřela osušku nebo velkou gumovou podložku s prostěradlem. Pod pokrývkou svlékla nemocnému košili a začala omývat jednotlivé partie těla (nejdříve obličej, pak krk, uši a horní končetiny) obvyklým způsobem (52). Obličej se měl umývat mýdlem k tomu určeným

a mytí mělo být zakončeno opláchnutím studenou vodou. Po osušení se radilo obličej namazat krémem (49).

Do vaničky se nalila voda a ručník na tělo se rozložil pod pokrývkou přes hrudník a břicho nemocného. Pravou rukou sestra umývala hrudník a břicho, levou rukou nadzvedávala pokrývku s ručníkem. Po osušení těchto partií se nemocný otočil podle stavu na bok či na břicho. Umyly se mu záda (viz obr. 21) a hýždě, utřely se a zasypaly pudrem. Po otočení na záda se přešlo k mytí dolních končetin. Pravá dolní končetina se položila na ručník, který byl rozestřen na pokrývce. Prvně se umylo stehno, pak koleno a bérec. Stejným způsobem se umyla druhá končetina (52).

Pod nohy se položila malá gumová podložka, na ni ručník a vanička; vanička se mohla postavit také na židli vedle lůžka. Nohy nemocného se vložily do vaničky a lýtka se mu podložila složeným ručníkem, aby okraj vaničky netlačil. Nohy se přikryly flanelovou dekou a nechaly se odmočit. Mezitím mohla sestra nemocnému ostříhat nehty na rukou (52). Kůžička okolo nehtu se nikdy neměla stříhat nebo vytrhávat; vždy jen odhrnout tupým předmětem (49). Po umytí nohou kartáčkem se vanička odstranila a nohy se, zvláště v meziprstních prostorech, pečlivě osušily. Pokud byla kůže na nohou vysušená, namazala se vazelínou či parafínem. Nehty na nohou se prohlédly až po koupeli. Zastříhovaly se rovně, obvykle jednou za tři týdny; starším nemocným se stříhaly kleštěmi a pilovaly pilníkem (50, 52).

Vyměnila se voda, a pokud si nemocný zvládl umýt genitálie sám, umyvadlo se mu položilo na dosah ruky. V opačném případě zajistila hygienu genitálií sestra. Nemocný se položil na mísu a namydleným mulem či kouskem plátna se genitálie umyly. Jako prevence zanesení infekce se nikdy neměla ženská rodidla umývat od konečníku směrem k zevním rodidlům. Opláchnutí se provedlo přiměřeně teplou vodou irigátorem nebo ze džbánu přímo do mísy. Použité plátno se odložilo do emitní misky a poté se spálilo. Jestliže se nemocný umýval sám, po umytí mu sestra podala namydlenou žínku na očistu rukou a vodu na opláchnutí (52).

Nemocný byl oblečen do čistého prádla a lůžko se upravilo. Na ramena nemocného se položil ručník a podle stavu se nemocný učesal buď sám, anebo jej učesala sestra. Ručník se odstranil, lůžko se urovnalo a pomůcky se očistily a uklidily (52).



Obrázek 21 – Umývání zad. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 57.

Péče o zuby a dutinu ústní

Zuby a dutina ústní se čistily, jak bylo zmíněno dříve, za účelem udržení jejich zdraví, k odstranění zápachu a nepříjemného pocitu v ústech (52).

K *čištění dutiny ústní* bylo zapotřebí kromě pomůcek z předchozího desetiletí také: pohárek na kloktání, trubička na pití a dvě emitní misky. Všechny pomůcky se připravily na podnos (52). (viz obr. 22)

Pokud si nemocný zvládnul vyčistit ústa vsedě, po celou dobu si přidržel (resp. sestra jemu) pod bradou emitní misku. Po vyčištění zubů kartáčkem a pastou si nemocný ústa vykloktal dezinfekčním roztokem a poté čistou vodou (52).

Jestliže se nemocný k čištění dutiny ústní nemohl posadit, otočil se na bok nebo obrátil hlavu ke straně a ústa si vyčistil sám. K vykloktání mu sestra podala trubičku na pití a emitní misku mu přidržela pod bradou (52). Nemocným, kteří si nemohli vyčistit ústa sami, provedla hygienu úst sestra.

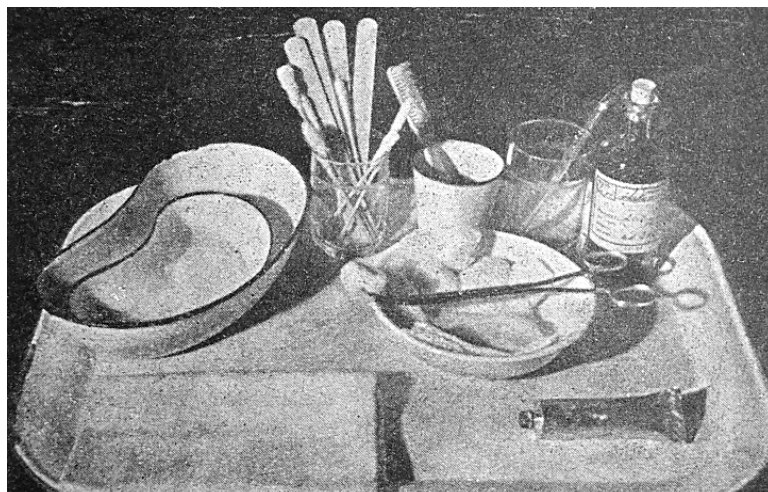
Technika čištění zubů kartáčkem spočívala v krátkých pohybech nahoru a dolů, čistily se i zadní a vnitřní plochy zubů (52).

Zvláštní péče o dutinu ústní se prováděla následovně: Po uchopení tampónku peánem jej sestra polila dezinfekcí nad emitní miskou; Špindlerová nedoporučovala namáčet tampónky do dezinfekčního roztoku. Postupovala vytřením jazyka jedním tahem od kořene ke špičce, poté jedinci vytřela patro čistým tampónkem směrem dozadu. Dále mu štětičkami a tampónky vyčistila zuby z vnitřní strany

směrem k vnější; jazyk se v případě potřeby přidržel ústní lopatkou. Hygiena úst pokračovala čištěním vnější strany zubů. Nakonec se čistým tampónkem vyčistily obě poloviny předsíně dutiny ústní; každá jedním tahem (52).

Jestliže měl nemocný zanícená ústa, sestra je čistila mulem nebo čtverečkem čistého plátna, který omotala na svůj prst; při provádění této techniky bylo nutno dbát na to, aby nemocný neskousnul (52).

Po vyčištění úst nemocného se pomůcky uklidily, umyly a popř. sterilizovaly před dalším použitím. Špindlerová poukazovala na důležitost mytí rukou a na dezinfikování po každém čištění úst (52).



Obrázek 22 – Pomůcky k hygieně dutiny ústní. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 51.

Péče o nos

Nos se zpravidla ošetřoval při hygieně úst. Pokud byla sekrece z nosu nedostatečná, vytřel se štětičkou navlhčenou olejem nebo potřenou vazelínou. Při zaschlém sekretu se do nosu zavedl na 30 minut tampónek potřený masťou nebo zvlhčený olejem (52).

Péče o vlasy

Pochopitelně bylo třeba věnovat větší pozornost vlasům žen. Při ranní a večerní hygieně se vlasy učesaly. Umývaly se zpravidla jednou za čtrnáct dní. Sestra nesměla nikdy vlasy nemocným stříhat ze svého uvážení. V případě nutnosti

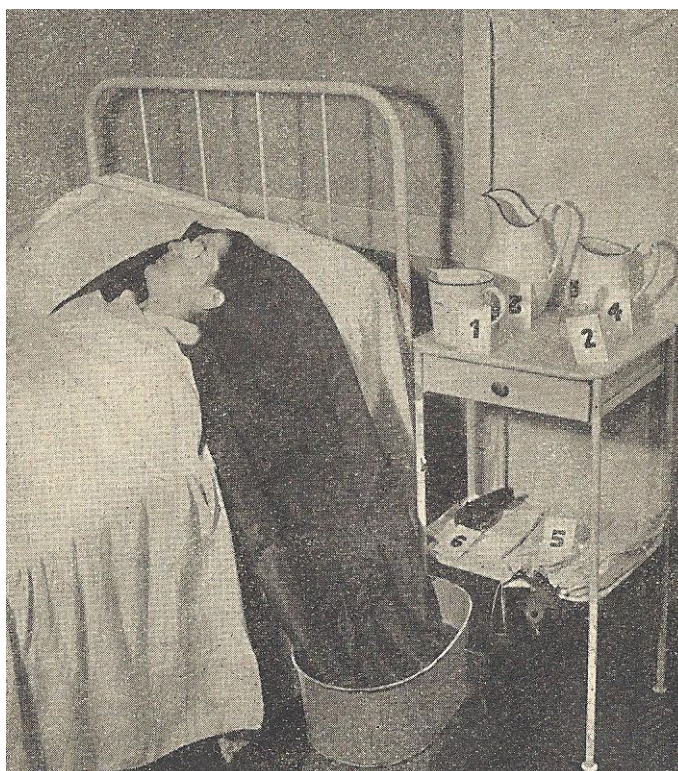
bylo potřeba vyžádat si svolení lékaře a souhlas nemocné, popř. rodiče nemocné (52). Při česání a úpravě vlasů se postupovalo již známým způsobem.

Jak už jsme podotkli výše, vlasy se umývaly různými způsoby. Vždy bylo nutno přizpůsobit se stavu nemocné (52). Špindlerová popisovala čtyři odlišné postupy, z nichž některé už známe. Na obrázku 23 jsou znázorněny pomůcky k mytí vlasů v poloze na boku; postup je popsán v předchozí etapě.

V poloze na zádech bylo možno umývat vlasy také tak, že se horní polovina matrace ohnula směrem k nohám lůžka nebo se všechny matrace posunuly do nohou. Ramena a hlava nemocné tak zůstaly volné. Ohnutá plocha žíněnek a volná drátěnka se pokryly gumovou podložkou, na kterou se postavilo umyvadlo nebo vanička na mytí vlasů. Další gumovou podložkou nebo pláštěnkou se pokryla ramena nemocné. Sestra během mytí hlavy přidržovala levou rukou v zátylí hlavu nemocné nad umyvadlem. Zprvu se vlasy zvlhčily čistou vodou, pak se na ně nalil mýdlový roztok a pokožka hlavy se třela krouživými pohyby. Vlasy se opláchly a do předposledního mytí se přidal ocet (52).

Pokud se matrace nedaly ohnout, ramena nemocné se podložila několika tvrdými polštáři. Hlava a krk zůstaly nepodložené. Polštáře a volná část matrace se chránily gumovou podložkou. Umyvadlo se postavilo na matraci (52). V mytí vlasů se pokračovalo již známým způsobem.

Jestliže se nemocná mohla na lůžku pohybovat, umyvadlo se postavilo na židli vedle lůžka. Ta byla chráněna složenými novinami nebo gumovou podložkou. Nemocná si lehla napříč, obrátila se na bok a vysunula hlavu nad umyvadlo (52). Dále se postupovalo obvyklým způsobem.



Obrázek 23 – Pomůcky k mytí vlasů na lůžku. Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 59.

Osobní a ložní prádlo

Nemocný byl v lůžku oblečen do košile. Pokud mohl sedět, dostal v chladnějším počasí ještě kabátek. Těžce nemocní a nemocní, kteří měli nařízený úplný klid na lůžku, byli oblékáni do košile rozstřižené v zadní části (52).

Při svlékání nemocného se košile rozepnula na hrudníku a na zápěstí. Sestra nemocného lehce nadzvedla v křížové oblasti a košili mu vyhrnula na záda až k ramenům. Pozdvihla jej v ramenu a košili shrnula na šíji. Přes vzpažené ruce mu přetáhla košili přes hlavu a vysvlékla z rukávů. Jestliže byla jedna končetina nemocná či nehybná, svlékala se nakonec. S oblékáním se naopak začínalo postiženou horní končetinou; sestra provlékla svou paži rukávem až k ramennímu švu, uchopila nemocného v zápěstí a přetáhla mu rukáv přes horní končetinu. Dále se postupovalo opačně než při vysvlékání. Pokud nemocný nemohl obléci oba rukávy či nohavice, nepotřebná část se upevnila, aby nepřekážela (52).

Péče o kůži a prevence proleženin

Vědělo se, že příčiny proleženin jsou celkové a místní (52). Správnou ošetrovatelskou péčí bylo možno působení místních faktorů zcela zabránit. „*Dobrá a uvědomělá ošetrovatelka nečeká na první příznaky proleženin, ale brání jejich vzniku již od prvního dne ošetřování nemocného, a to účelně a vytrvale.*“ (52 s. 63)

Z pomůcek, se kterými se v této době setkáváme prvně, to byly: vzdušná kola, gumové polštáře, podložky z pryžové houby, vodní polštáře a vodní lůžka. Vodní polštáře měly rozměry jako jedna část z třídílné matrace, zatímco vodní lůžko dosahovalo přes celé lůžko. Plnilo se přiměřeným množstvím vlažné vody; příliš naplněné vodní lůžko bylo tvrdé a mohlo se protrhnout (52).

Jednotlivé části těla se chránily věnečky zhotovenými z vaty a obinadla. Proleženinám zadních ploch lýtek se u některých nemocných zabránilo zavěšením končetin na kolíbku pomocí širokých vypodložených plátěných pruhů nebo šátků. Menší části se mohly podložit termoforem naplněným vzduchem nebo vodou. Veškeré gumové pomůcky musely být opatřeny povlakem, který se před podsunutím pod určitou část těla posypal pudrem (52).

Zpocený nemocný se musel ihned převléct. Nemocným s inkontinencí moče a těm, kteří se vyprazdňovali na lůžku, se doporučovalo umývat hýždě vodou a mýdlem a natírat je tukem. Namaštěnou kůži bylo třeba před každým dalším namazáním důkladně umýt teplou vodou a mýdlem. Omýváním a utíráním se kůže chránila i před ostatními sekrety (52).

Vyučoval se dvojí způsob masáže zad. Jeden se uplatňoval při mytí jedince. Nemocnému se omyla záda žínkou namočenou do teplé vody. Sestra si namydčila dlaně a krouživými pohyby prováděla masáž zad po dobu pěti minut. Kůži umyla vodou, osušila a zasypala mastkem či zinkovým pudrem (52).

Druhý způsob spočíval v masáži zad látkou či roztokem obsahující alkohol. Doba tření závisela na vetření látky do kůže. Sestra neměla roztok nanášet přímo na záda nemocného, ale vždy prvně rozetřít v dlani. Při natírání kolem konečníku

se dával pozor, aby mazání nevniklo do konečníku či ženských rodidel. Po masáži se kůže rovněž zapudrovala (52).

5.10 Období 1958 až 1967

Ranní a večerní hygiena nemocných

Soběstačným nemocným sestra připravila dvě umyvadla (smaltovaná či nově plastová) s vlažnou vodou, dvě odlišné žínky a dva ručníky – na horní a na dolní polovinu těla zvlášť. Dále pak k čištění zubů dvě odlišné nádoby s vodou; do jedné z nich napustila vodu, kterou si nemocný nalil do druhé nádoby k vypláchnutí úst. Pacovský apeloval na sestry, aby nemocného nikdy nenechávaly vyplivovat do umyvadla; k tomuto účelu se měla zajistit emitní miska. „*Nesmíme v nemocných vypěstovat negativní emoce tím, že vidí totéž umyvadlo, které jim podáváme k mytí obličeje, užívat také k mytí genitálů a vyplivování při čištění zubů.*“ (56 s. 75).

Zejména ženy si měly denně umývat kromě horní poloviny těla i genitálie. Proto měly připravené druhé umyvadlo, barevně odlišené od toho, které se používalo k mytí horní poloviny těla (56).

V druhé polovině 20. století byl v učebnicích popsán postup *ranního mytí* ležících nemocných následovně: Na odděleních s mnoha ležícími nemocnými si sestra usnadnila rozdání umyvadel a emitních misek jejich rozvezením na pojízdném stolku (56). Po vstupu do pokoje sestra slušně pozdravila a nemocného ohledně provedení hygieny informovala. Pokud si přál, podala mu podložní mísu. Potřebné pomůcky připravila k lůžku. Do umyvadla napustila podle přání nemocného teplou nebo studenou vodu. Podložní mísu opláchla, uklidila a umyla si ruce (59). Autoři publikace „*Základní zdravotnická příprava*“ uváděli, že ranní umývání je osvěžující a otužující. Proto se měl nemocný umýt studenou vodou alespoň do pasu. Na rozdíl od toho mělo večerní mytí sloužit k očištění, a proto při něm bylo vhodné používat teplou vodu (55).

Pokračovalo se čištěním dutiny ústní obvyklým způsobem. Poté sestra z lůžka odstranila všechny polštáře kromě jednoho a uvolnila ložní prádlo. Svlékla nemocnému košili a nechala ji větrat. Okraje pokrývky, kterou nemocný zůstal zakryt, z obou stran

přeložila nahoru. Pod hlavu nemocného vsunula ručník a navlhčenou žínkou začala umývat obličej obdobným způsobem, s jakým jsme se seznámili dříve. Jako první umyla jedním rohem žínky každé oko zvlášť a nenamydlenou žínku vymáchala. Sestra umyla jednou stranou žínky polovinu obličeje a druhou stranou druhou část obličeje (viz obr. 24). Nakonec umyla okolí úst a nos. Obličej nemocného osušila. Po vymáchání a namydlení žínky důkladně omyla ušní boltce a rohy žínky zevní zvukovody. Žínku opět vymáchala a namydčila. Umyla krk, opláchla ho čistou vodou a utřela ho ručníkem. Žínku po vymáchání odložila do čisté emitní misky, odložila i ručník (59).

Sestra vyměnila vodu za čistou a novou žínkou umývala hrudník zepředu; čistým ručníkem ho utírala. Hlavně u silných žen musela partie pod prsy důkladně umýt, osušit a zasypat zásypem. Sestra jedince odkrývala co nejméně, aby zabránila jeho nachlazení. Dále odhalila paže a podložila je ručníkem. Umývala je dlouhými pevnými pohyby směrem od prstů nahoru (viz obr. 25). Podpaží věnovala zvýšenou pozornost a po umytí ho dobře osušila. U nadměrně se potících nemocných zasypala podpaží zásypem. Nemocný se otočil na bok, obličejem k sestře, která pak mohla umýt i druhou paži (59).

Sestra položila umyvadlo s malou gumovou podložkou na okraj lůžka. Ruce nemocného vložila do umyvadla a podle potřeby je vyčistila mýdlem a kartáčkem. Poté pomohla nemocnému otočit se na bok zády k ní a podél zad mu položila ručník. Záda umyla krouživými tahy a osušila je. K masáži zad použila buď kafrovou mast anebo krém s francovkou. Pozorně si všímala míst vystavených tlaku. Nemocnému oblékla košili či kabátek od pyžama. Potřeby k mytí odstranila a nemocného uložila na záda (59).

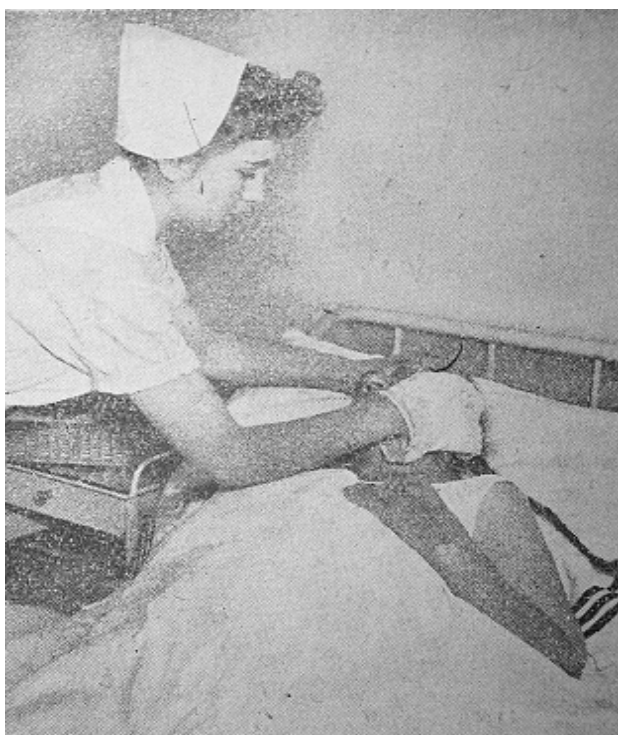
Většinu nemocných unavovalo mytí v případě, že se museli naklánět na stranu nad umyvadlo postavené na židli vedle lůžka. Pacovský proto doporučuje odstranit nepohodlí vkládáním umyvadel do kulatých rámců, které bylo možno vysunovat nad lůžko. Také uvádí, že se tou dobou na trhu vyskytovaly v omezeném množství noční stolky s otočným rámem (56).

U muže ani u ženy se nesmělo zapomenout na oplach genitálií. U ženy se postupovalo následujícím způsobem: Posadila se na mísu, a pokud jí to stav dovolil, sama se umyla mýdlem a namočeným mulem nebo žínkou. Sestra jí genitálie pouze opláchla džbánekem s teplou vodou či pomocí irigátoru. Použitý mul nemocná odložila do emitní misky. Pokud se nebyla schopna umýt, sestra si oblékla gumové rukavice a mul namočila a namydli. Genitálie omývala shora dolů ke konečníku. Následně pokračovala výše uvedeným postupem. Nakonec genitálie osušila suchým mulem a mul odložila do emitní misky. Vysvlékla si rukavice, odnesla podložní mísu a důkladně si umyla ruce. Nemocnou oblékla a učesala. Po celou dobu hygieny dbala na intimitu nemocné použitím zástěn (59).

Při mytí genitálií se lépe osvědčilo otáčet nemocnou na podložce z boku na bok a na záda namísto mytí na podložní míse. Ta znemožňovala přehled a přístup ke všem kožním záhybům (56).

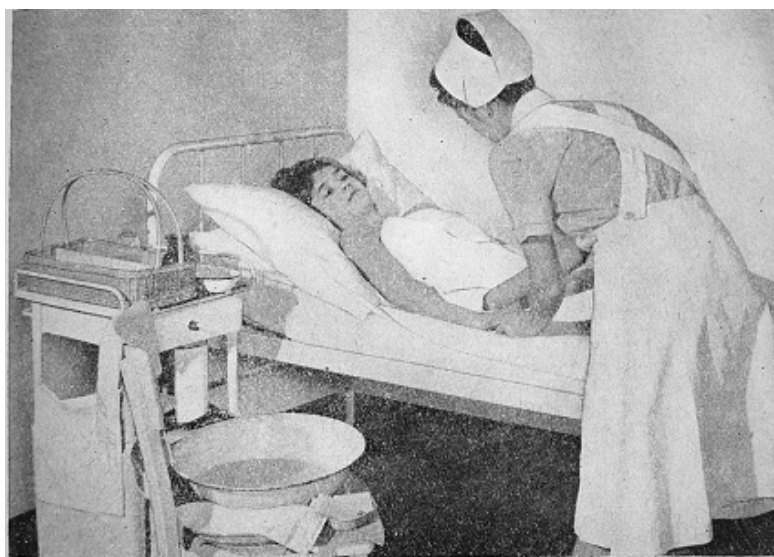
Po umytí všech nemocných sestra odnesla umyvadla do koupelny. Umyla je mýdlovým práškem a dezinfikovala jednoroztokovým chloraminem. Gumové podložky omyla vlažnou tekoucí vodou a dala je sušit. Použitý mul vysypala do nádoby na odpadky a misky umyla obdobně jako umyvadla. Pomůcky v toaletním košíčku otřela vlhkým hadrem a doplnila. Použité gumové rukavice omyla mýdlem pod tekoucí vodou, osušila a po zasypání pudrem uložila do košíčku (59).

K umývání nemocného před spaním se připravily tytéž pomůcky jako k ranní hygieně. Postup se zachovával obdobný. Vyčistily se zuby a následně se umyl obličej, horní končetiny, záda. Zvýšená pozornost se věnovala masáži zad. Pro zajištění komfortu nemocného se lůžko upravilo. Na požádání se nemocnému vyměnilo osobní prádlo a podle potřeby i ložní prádlo. Nemocný se učesal a zajistily se mu všechny jeho potřeby. Signalizační zařízení se mu připravilo na dosah ruky. Pokoj se vyvětral a světla se zhasla nebo alespoň ztlumila. Použité pomůcky sestra umyla a uklidila (56, 59).



Obrázek 24 – Umývání obličeje ležícího nemocného.

Zdroj: Kolektiv autorů, 1962, s. 181.



Obrázek 25 – Hygiena horních končetin směrem od prstů k paži.

Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 57.

Celková koupel nemocných

Postup koupele nemocného ve vaně byl obdobný jako postup v předchozím desetiletí. Po skončení koupele se použité ručníky zavěsily na zadní přičku nočního stolku nemocného. Žínky se vypraly a nemocnému se vrátily, pokud nebyly ústavní. Vana se důkladně umyla a vydezinfikovala (59).

Ležící nemocní se koupali na lůžku; chodící se umývali ve vaně nebo pod sprchou. Pro nemocného bylo z hygienického hlediska vhodnější sprchování. Na některých odděleních patřilo denní sprchování všech chodících nemocných k dennímu režimu (59).

Co se týče koupele na lůžku, postup se shodoval s ranním umýváním ležícího nemocného. Nemocnému se umyl obličej, následně krk, hrudník, paže, záda a krouživým pohybem břicho (59). Pacovský uvádí, že se v praxi neosvědčilo umývání přední stěny hrudníku a břicha pod pokrývkou, jak dosud popisovaly mnohé učebnice. Zastával názor, že sestra musela dobře vidět na kůži nemocného. Rovněž bylo prospěšné krátkodobé vystavení kůže vzduchu (56).

Pokračovalo se důkladnou masáží míst vystavených tlaku, omytím genitálií a dolních končetin. Při mytí dolních končetin se postupovalo stejně jako u celkové koupele nemocného na lůžku v předchozím období. Koupel byla zakončena úpravou nehtů na nohou i na ruku (56, 59).

Péče o zuby a dutinu ústní

Postup při *běžné hygieně dutiny ústní* v 60. a 70. letech 20. století byl totožný s postupem uvedeným v předchozí etapě. Upozorňovalo se na důležitost mytí rukou sestry před započatím čištění úst a na informovanost nemocného. Dále se vždy při čištění dutiny ústní dával nemocnému pod bradu ručník; v minulém období se o tomto autorka nezmiňovala.

Kromě toho si ozřejmíme techniku čištění zubů: „... *přední plochy se čistí směrem shora dolů, kousací plochy krouživým pohybem, vnitřní plochy směrem od kořenů k okraji zubů.*“ (59 s. 53)

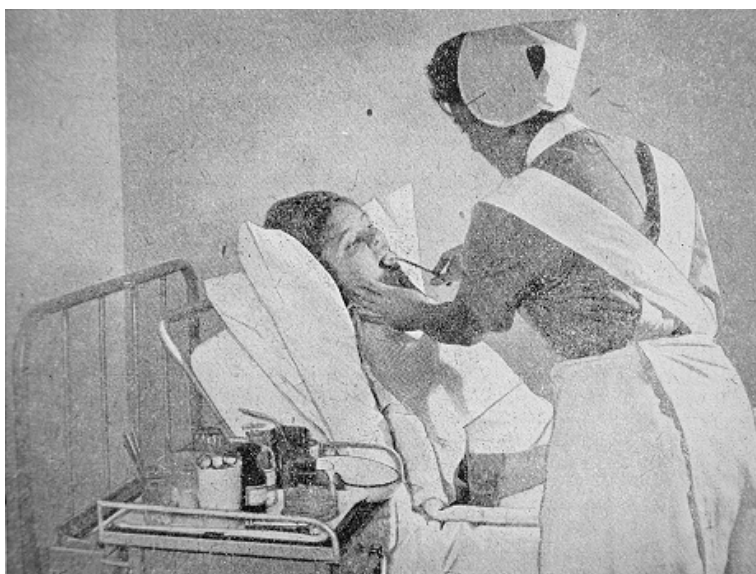
Zvláštní péče o dutinu ústní se prováděla u nemocných upoutaných na lůžko. Podnos s připravenými pomůckami se položil na noční stolek, výkon se nemocnému vysvětlil a sestra si umyla ruce. Pokud dovolil stav nemocného, posadil se a podepřel polštáři. Pod bradu jedince se vložil ručník. Do sklenice se nalila čistá voda a do kelímku se připravil zředěný roztok peroxidu vodíku nebo odvar heřmánku. Sestra přidržela emitní misku pod bradou nemocného a nechala jej vypláchnout ústa. Nemocnému se posvítilo do úst, aby se zjistila lokalita poškození sliznice. Do nádobky se nalil zředěný roztok a namočily se v něm tampónky. Ty se vyndaly čistým peánem. Tampónek se uchopil jiným nástrojem a vytřel se jím jazyk od kořene ke špičce, dokud nebyl čistý. Čistý zvlhčený tampón se uchopil čistým peánem a přechytl se do použitého tak, aby se nedotkl čistého peánu. Patro se vytíralo tahem zepředu dozadu do odstranění všech hlenů. Použité tampóny se odkládaly do emitní misky. Čisté peány se vkládaly mezi ostatní do sklenice na pití. Zuby se čistily navlhčenými štětičkami nebo tampónky uchopenými peánem a jednou ponořenými do nádobky s dezinfekčním roztokem. Nakonec se vytřela čistým vlhkým tampónkem jedním tahem předsíň dutiny ústní, a to každá polovina zvlášť, nahoře i dole (viz obr. 26). V případě suché popraskané sliznice se dutina ústní potírala borax-glycerínem s pár kapkami citrónu (59).

U nemocného v bezvědomí se ošetřovala dutina ústní buď peánem s tampóny navlhčenými do roztoku peroxidu vodíku či do jiného roztoku dle ordinace lékaře, nebo prstem omotaným čistým mulem (59). Tento způsob byl zaznamenán poprvé v letech 1928 až 1937 a podrobněji popsán v polovině 20. století.

Jestliže byla dutina ústní špatně přístupná, po konzultaci s lékařem se mohlo použít rozvěrače úst (59).

Po výkonu se pomůcky důkladně omyly vlažnou tekoucí vodou, nástroje a nádobka se vyvařily a pomůcky na podnose se doplnily (59).

Zubní náhradu bylo nutno po každém jídle vyplachovat vodou, eventuálně čistit kartáčkem (56).



Obrázek 26 – Čištění dutiny ústní peánem s tampónkem.

Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 55.

Péče o nehty

Nehty se prohlédly až po ukončení umývání nemocného. Dlouhé nehty se zastříhly do obloučku a upravily se pilníčkem. Nečistota zpod nehtu se opatrně odstranila hrotem pilníčku. Při stříhání nehtů sestra podkládala končetinu ručníkem. Ukazovákem levé ruky přidržovala stříhaný nehet tak, aby po odstřížení neodletěl do okolí. Po úpravě nehtů ručník opatrně vytřepala do koše a upravila lůžko (58, 59).

Péče o vlasy

Ženám se delší vlasy česaly obvyklým způsobem nejdříve řídkým hřebenem a po rozčesání hustším hřebenem či kartáčem. Zaplétaly se do dvou copů (59).

Co se týče mytí vlasů, postupovalo se různými způsoby podle stavu nemocného. Rozsypalová popisovala techniku nastíněnou již v předchozím období. Nyní si ji více rozebereme.

Před samotným mytím hlavy si sestra připravila pomůcky tak, aby je měla po pravé ruce a seznámila s výkonem nemocnou. Umyla si ruce a k lůžku přistoupila z levé strany. Připravila roztok šampónu, octa a teplou vodu do kbelíku, který postavila na židli s gumovou podložkou. Druhý kbelík pro vylévání špinavé vody postavila

na gumovou podložku na podlaze. Nemocné dala pod gumovou pláštěnku přes ramena ručník a okolo krku z ručníku zhotovila manžetu. Nemocná se posunula k nohám lůžka a sestra jí pod ramena podsunula tvrdý klínový polštář; hlava nesměla být podložena. Na uvolněnou část horní matrace a na klínový polštář položila ručník, na ten velkou gumovou podložku a umyvadlo (viz obr. 27). Stočením gumové podložky po stranách zamezila vytékání vody do lůžka. Dala nemocné do uší vaty a nemocná zavřela oči (59).

Sestra levou rukou přidržovala hlavu nemocné a v pravé ruce držela nádobku s čistou vodou, kterou použila na zvlhčení vlasů. Polila je roztokem šampónu, nádobku odložila a důsledně umyla pokožku bříšky prstů. Vlasy za stálého držení hlavy jednou rukou spláchla a vodu z umyvadla vylila do kbelíku stojícího na zemi. Opět polila vlasy roztokem šampónu; tentokrát umývala nejen pokožku, ale i vlasy. Dbala také na čistotu pokožky za ušima i v zátylí. Šampón z vlasů spláchla a vylila vodu z umyvadla. Splachovala vlasy tak dlouho, dokud z nich neodtékala čistá voda. K oplachování vody doporučovala Rozsypalová použít velký irigátor zavěšený na kovové rameno nad lůžkem nebo na infuzní stojan vedle lůžka (viz obr. 28). Gumová hadice se v tomto případě přerušovala peánem. Během celého výkonu měla sestra sledovat nemocnou a zajímat se o její potřeby (59).

Po umytí vlasů sestra odstranila umyvadlo, pláštěnku i gumovou podložku a vlasy nemocné vysušila ručníkem přehozeným přes její ramena. Klínový polštář podsunula pod hlavu a nemocná se položila do pohodlné polohy. Sestra jí pročesala vlasy. Dlouhé vlasy podložila termoforem naplněným teplou vodou a povlečeným do flanelového povlaku. Pokud byl na oddělení fén, vysušila je fénem (59).

Podle Pacovského byla při mytí hlavy pro nemocné nejpohodlnější a nejméně namáhavá poloha Fowlerova. Nemocná se posadila tak, aby její zakloněná hlava přečnívala přes okraj vrchní matrace zvednuté podpěrou. Hlava se vložila do gumového korýtka. To bylo spuštěno do nádoby postavené na drátěnce za podpěrou (viz obr. 28). Při mytí vlasů se nemocným oči nepřekrývaly; bylo to subjektivně nepříjemné. Muselo se pracovat opatrně, aby se předešlo stříkání vody nemocnému do obličeje (56).

V některých ústavech se s úspěchem používala kadeřnická umyvadla upravená k zavěšení na čelo lůžka; bylo tak vyloučeno zatékání vody za krk. Mytí vlasů v nich bylo podstatně pohodlnější jak pro nemocného, tak pro sestru (56).

Chodící nemocný si buď umyl vlasy sám, nebo mu pomohla sestra. V koupelně se posadil obličejem k umyvadlu a sestra mu na ramena položila gumovou pláštěnku. Nemocný se předklonil (59). Většinou nemocných bylo pohodlnější posadit se k umyvadlu zády, kdy opřeli krk o okraj umyvadla a zaklonili hlavu. Pacovský doporučoval používat k ochraně osobního prádla místo gumové pláštěnky igelitovou, kterou sestry mohly jednoduše zhotovit samy. Následně sestra sprchovala vlasy gumovým drénem navlečeným na kohoutek. „*Velmi si tak usnadní práci a zkrátí dobu výkonu, protože odpadne čekání při napouštění a vypouštění umyvadla.*“ (56 s. 77)

Na závěr se pomůcky dobře umyly, osušily a uklidily. Ústavní hřeben se očistil kartáčkem v horké mýdlové vodě (59).



Obrázek 27 – Umístění umyvadla při mytí vlasů.

Zdroj: Poláčková – Šráčková, 1966, s. 81.



Obrázek 28 – Užití korýtky a irigátoru zavěšeného na infuzní stojan při mytí vlasů.

Zdroj: Pacovský, 1961, s. 78.

Péče o kůži a prevence proleženin

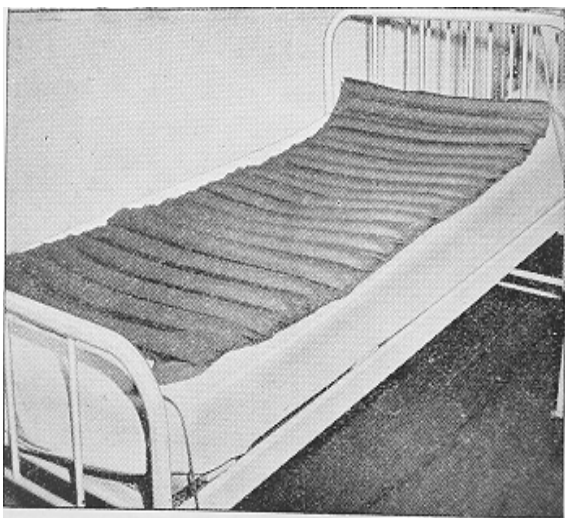
V 60. a 70. letech 20. století nastal zlom v prevenci proleženin. Na odděleních se nově užíval tzv. antidekubitor. Jednalo se o jeden z neúčinnějších prostředků v prevenci dekubitů. Sestával z polštáře pokrývajícího celý základ lůžka (viz obr. 29) a z tlakového přístroje (viz obr. 30). Zastýlal se pod prostěradlo (59).

Kromě známých způsobů osvědčených v prevenci proleženin se pokožka po umytí masírovala roztokem mýdla nebo kafrovou mastí (57, 59). Sestra si nejdříve umyla ruce, připravila pomůcky poblíž nemocného a informovala nemocného o provedení masáže. Otočila jej na bok a podél zad položila ručník. Po umytí zad žínkou s mýdlem a jejich osušení si namazala ruce krémem a krouživými pohyby masírovala pokožku shora dolů až na hýždě celou plochou dlaně. Důkladně masírovala především místa nejvíce vystavená tlaku. Jedinec přitom ležel na břiše. Pokud se masáž prováděla osvěžujícími roztoky, malé množství roztoku se nalilo na dlaň a bříšky prstů vetřelo

do kůže. Po skončení masáže se z lůžka odstranil ručník a nemocný se uložil do původní polohy. Veškeré pomůcky se umyly a uklidily na původní místo (59).

Dále se doporučovalo pokožku nemocného ozařovat horským sluncem a co nejčastěji vystavovat čerstvému vzduchu (59).

Povinností sestry bylo denně sledovat barvu kůže nemocného na místech vystavených tlaku. První příznaky bylo zapotřebí ihned ohlásit lékaři (55).



Obrázek 29 – Součást antidekubitoru – polštář pokrývající základ lůžka.
Zdroj: Pacovský, 1961, s. 142.



Obrázek 30 – Součást antidekubitoru – tlakový přístroj.
Zdroj: Pacovský, 1961, s. 143.

5.11 Období 1968 až 1977

Ranní a večerní hygiena nemocných

Na odděleních se nemocní umývali obvykle ráno od 6:00 do 7:30 a večer před spaním. Ranní a večerní hygienickou péči tvořilo několik složek, které již známe: péče o dutinu ústní, mytí nemocného včetně hygieny genitálií, prevence opruzenin a proleženin, česání nemocného a úprava lůžka (71).

Co se týče pomůcek, některé měl nemocný u sebe v nočním stolku, ostatní se připravily podle potřeby na pojízdný vozík. Vozík s pomůckami se přivezl k lůžku (71).

Při péči o těžce nemocné se postupovalo následovně: Noční stolek se odsunul a postavila se před něj židle. Na židli sestra prostřela malou gumovou podložku a položila na ni umyvadlo s vodou. Přes opěradlo židle pověsila dva ručníky a dvě žínky. Mýdlo položila vedle umyvadla. Po odstranění všech nadbytečných věcí z lůžka a uvolnění základu lůžka se začala umývat dutina ústní (71). Pokračovalo se obvyklým způsobem umýváním obličeje, horních končetin, hrudníku, břicha, podbřišku a zad. Nakonec se provedla hygiena genitálií.

Bezvládným nemocným se nepodkládala podložní mísa, ale po namydlení je sestra otřela dalším mokrým čtvercem mulu a osušila je. Staňková apelovala na sestry, aby použitou žínku nevkládaly zpět do umyvadla s vodou, pokud nebylo umyvadlo určeno pouze k mytí genitálií. Nemocného s permanentním močovým katétreem bylo třeba umývat opatrně, aby nedošlo k vytažení cévky (71).

Při *ranní úpravě nemocných* bylo důležité dobře si práci zorganizovat. Obvykle se postupovalo takto:

1. Veškeré pomůcky k ranní hygieně se v dostatečném množství připravily na pojízdný vozík.
2. Po vstupu do pokoje se vyzvali chodící nemocní, aby se šli umýt.
3. Nemocným upoutaným na lůžko, kteří však byli pohybliví, se připravilo na židli nebo do lůžka umyvadlo s teplou vodou a ostatní potřebné pomůcky.
4. Prázdná lůžka chodících nemocných se přestlala.
5. Podle potřeby se pomohlo nemocným upoutaným na lůžko např. s mytím zad, genitálií. Provedla se u nich prevence opruzenin a proleženin.
6. Ustlala se lůžka nemocným upoutaným na lůžko.
7. Zajistila se důkladná hygiena těžce nemocných a nakonec se jim lůžko upravilo. (71)

Po úpravě všech nemocných se pomůcky odvezly z pokoje. Úklid pomůcek se prováděl po skončení hygienické péče na celé ošetrovací jednotce. Umyvadla a emitní misky se pořádně umyly, vyčistily a vydezinfikovaly. Znečištěné prádlo se odneslo do beden. Na závěr se všechny pomůcky uložily na patřičné místo (71).

Celková koupel nemocných

Zejména dlouhodobě hospitalizovaní nemocní měli být pravidelně koupani alespoň jednou týdně. Proto bylo výhodné v harmonogramu práce ošetřovatelky vyčlenit dobu, v kterou se mohla věnovat koupání nemocných. Na některých pracovištích byly nemocným zavedeny hygienické karty, do nichž ošetřovatelka zaznamenávala každý hygienický výkon (71).

Koupel ve vaně musel povolit lékař. Pochopitelně se nesměli koupat nemocní s kožním onemocněním či s horečkou (64). Po přípravě koupelny (viz obr. 31) se na židli vedle vany nachystaly potřebné pomůcky. Ošetřovatelka přivedla nebo přivezla nemocného a teprve před ním vyčistila a vydezinfikovala vanu. Napustila ji zhruba do jedné třetiny vodou. Podle stavu nemocného mu při koupání poskytla dopomoc. Nemocného umývala dobře namydlenou žínkou obvyklým způsobem. Zaměřila se především na nejčastěji znečištěná místa. Koupel ve vaně bývala často spojena s mytím vlasů. Výkon byl zakončen osprchováním nemocného. Ošetřovatelka pomohla nemocnému z vany a pečlivě jej osušila. V průběhu koupele si všímala stavu kůže a závažný nález ohlásila sestře. Nemocného odvedla či odvezla na pokoj a uložila jej do čistě převlečeného lůžka. Nakonec uklidila koupelnu a připravila ji pro dalšího jedince (71).

Co se týče *sprchování*, jednalo se o velmi hygienický a rychlý způsob očisty těla. Doporučoval se nejen chodícím nemocným, ale především nemocným špatně pohyblivým a staršího věku. Do sprchovacího koutu se připravila židle. Ošetřovatelka sedícího nemocného namydlila a sprchovala. Sprchovací kout se čistil a dezinfikoval stejně jako vana (71).

Koupel na lůžku se prováděla po poradě s lékařem zpravidla jen u těch nemocných, které nebylo možno dopravit do vany. Navazovala buď na ranní mytí, anebo se prováděla samostatně. V prvním případě se po umytí zad rozprostřela gumová podložka do dolní části lůžka a pokračovalo se mytím dolních končetin a ošetřením nehtů. Ve druhém případě se svlékla pokrývka a nemocný se přikryl pouze povlakem. Po uvolnění základu lůžka se pod prostěradlo rozestřela velká gumová podložka,

nemocný se svlékl a umyl. Při mytí se postupovalo známým způsobem s výjimkou toho, že se jednotlivé partie těla nepodkládaly ručníkem (71).



Obrázek 31 – Příprava koupelny. Zdroj: Staňková, 1975, s. 63.

Péče o zuby a dutinu ústní

V učebnicích se uváděl obdobný postup *čištění zubů* jako dříve. Poloha při výkonu závisela pochopitelně na stavu nemocného. V případě, že si nemohl vyčistit ústa sám, výkon provedla ošetřovatelka. Na závěr mu okolí úst a bradu utřela čtvercem buničiny (71).

Taktéž při *zvláštní péči o dutinu ústní* se v tomto období postupovalo shodně jako v minulých obdobích. Prostředek k čištění dutiny ústní byl ordinován lékařem, proto se v mnohých učebnicích lišil.

Staňková upozorňovala na důležitost předcházet případným komplikacím souvisejících s čištěním dutiny ústní: „... *upevníme tampóny do peánu pevně, aby je nemocný při neopatrném pohybu nevdechl či nepolkl.*“ (71 s. 59)

Po vyčištění dutiny ústní se štětka namočila v borax-glycerinu a nemocnému se potřely jazyk a rty; zabránilo se tak jejich vysychání. U těžce nemocných se zvláštní péče o dutinu ústní prováděla opakovaně několikrát za den (71).

O umělý chrup se pečovalo známým způsobem. Po jeho vyjmutí mulovými čtverci z úst nemocného se vložil do emitní misky. Při čištění pod tekoucí vodou se doporučovalo napustit umyvadlo vodou, aby se v případě pádu zabránilo jeho poškození (71).

Péče o vlasy

Staňková v učebnici popisovala dva rozličné způsoby mytí vlasů na lůžku, které již známe. Na některých odděleních se umyvadlo nahradilo úspěšnější kadeřnickou mísou s hadicí (viz obr. 32). Hadice zajišťovala odtok špinavé vody přímo do kbelíku pod lůžkem. Poloha při mytí byla pro nemocného pohodlnější než při užití umyvadla; mohl se v zátylí opírat o mísu a ošetřovatelka měla obě ruce volné. Při použití kadeřnické mísy se stal výkon jednodušším, pohodlnějším a rychlejším (71).



Obrázek 32 – Užití kadeřnické mísy s hadicí. Zdroj: Staňková, 1975, s. 68.

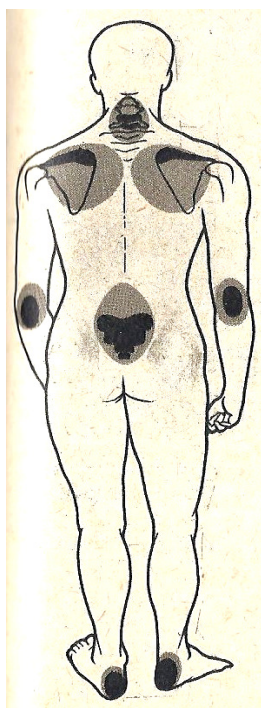
Péče o kůži a prevence opruzenin a proleženin

Opruzeninám se předcházelo důkladně provedenou hygienickou péčí. Alespoň dvakrát denně bylo potřeba nemocného v ohrožených místech umývat. Kůži bylo nutno často provětrávat, vysušovat zásypem, případně do kožních řas vkládat čtverec mulu a ten rovněž zapudrovat (71).

O kůži se v souvislosti s *prevencí proleženin* pečovalo obvyklým způsobem. U dlouhodobě ležícího jedince v poloze na zádech byl nejčastější výskyt proleženin v těchto místech: oblast kosti křížové, hrboly kostí sedacích a na končetinách lokty a paty (62). (viz obr. 33)

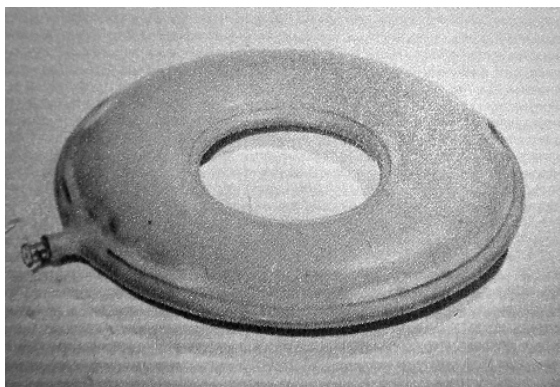
Z preventivních pomůcek zmírňujících tlak se nejčastěji používaly: podložní kolo (viz obr. 34), vodní polštář, antidekubitor, věnečky zhotovené z obinadla a vaty nebo z obinadla a molitanu (viz obr. 35), molitanová matrace (62, 71).

Nejlepším lékem proti vzniku proleženin byl pohyb. Pokud to stav nemocného alespoň trochu umožňoval, bylo vhodné jej posazovat na lůžku, udělat s ním několik kroků nebo jej posadit i mimo lůžko (62).

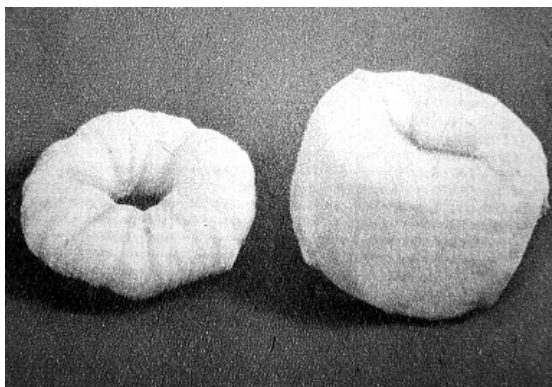


Obrázek 33 – Nejčastější výskyt proleženin v poloze na zádech.

Zdroj: Kolektiv autorů, 1971, s. 513.



Obrázek 34 – Podložní kolo.
Zdroj: Kolektiv autorů, 1971, s. 513.



Obrázek 35 – Věneček z vaty a z molitanu. Zdroj: Kolektiv autorů, 1971, s. 514.

5.12 Období 1978 až 1987

Ranní hygiena nemocných

Chodící nemocní se umývali sami na pokojích nebo v koupelně. Nemocné *chodící s dopomocí* bylo nutno doprovodit k umyvadlu. Potřebné pomůcky se jim připravily na dosah ruky, pomohlo se jim při svlékání a při mytí zad. Mohli se také zavést do koupelny pod sprchu. Nemocným *upoutaným na lůžko, kteří se mohli sami umýt*, se připravily pomůcky k lůžku a pomohlo se jim při mytí a česání. Nemocným, kteří se *nemohli nebo nesměli pohybovat*, zajišťovala kompletní hygienickou péči sestra. Umytý nemocný se uložil do upraveného lůžka (72, 73).

Ranní péče o osobní hygienu nemocných začínala zpravidla čištěním zubů a celé dutiny ústní. Následovalo samotné mytí. Při práci se dodržovaly uvedené zásady:

1. Výkon oznámit nemocnému a zjistit, které pomůcky a čisté prádlo bude zapotřebí.
2. Potřebné pomůcky připravit k lůžku tak, aby je sestra měla po ruce.
3. Zavřít okno na pokoji.
4. Při mytí se řídit pravidlem, že jedna žínka, jeden ručník a umyvadlo barevně nebo jinak odlišené připadají na horní polovinu těla, zatímco druhá žínka, jiný ručník a umyvadlo určené k tomu účelu slouží k očištění dolní poloviny

těla. Pokud byla možnost denně měnit prádlo, na celé tělo se použily jedna žínka a jeden ručník.

5. Teplotu vody volit podle přání a stavu nemocného.
6. Během mytí nemocného zbytečně neodkrývat; nebylo jim to před ostatními nemocnými příjemné.
7. Pracovat šetrně a každou partii těla pečlivě dosucha utřít.
8. Po celou dobu hygieny nemocného sledovat, udržovat s ním slovní kontakt a vyzývat jej ke spolupráci.
9. Smaltovaný nábytek chránit před oprýskáním gumovými podložkami.
(72, 73)

Nemocnému se postupně umývaly obvyklým způsobem obličej, uši, krk, hrudník, břicho, paže a ruce. Pro lepší pocit nemocného mu bylo umožněno namočit si obě ruce do umyvadla. Každá část těla se opláchla a osušila. Pokračovalo se mytím a ošetřením zad (73). Masáž zad se prováděla vtíráním prostředku dlaněmi a prsty do kůže od páteře směrem do boku a do stran, dále pak poklepem prstů na pokožku. Obě techniky bylo vhodné kombinovat (72).

Při mytí genitálií se musel dodržovat směr mytí, oplachování i otírání vždy od stydké spony ke konečníku. Nakonec se upravily nehty a nemocný se učesal. Dlouhé vlasy se buď tradičně zaplétaly do copánků, nebo se svázaly do dvou culíků po stranách hlavy (72, 73).

Po umytí všech nemocných se pomůcky umyly a uklidily:

- a) mul, buničiny a lopatky se vyhodily do odpadkového koše;
- b) umyvadla, emitní misky, podložní mísy a irigátor se umyly zvlášť teplou vodou a saponátem, vydezinfikovaly se chloraminem a uložily se do polic;
- c) rukavice se umyly teplou vodou a saponátem, opláchly se v dezinfekčním prostředku, osušily, zasypaly a složily do páru;
- d) skleněné kádinky, trubičky na pití a peány se omyly a sterilizovaly v horkovzdušném sterilizátoru či varem;
- e) žínky se vypraly a vrátily nemocnému, nebo, v případě ústavních žínek, se uložily do čistého prádla;

- f) vaky nebo vozík se špinavým prádlem se odklidily do určené místnosti (72, 73).

Celková koupel nemocných

U ležících nemocných se celková koupel prováděla nejméně jednou týdně (72). Pracovní postup celkové koupele na lůžku navazoval na ranní mytí výměnou žínky, ručníku a umyvadla. Dolní polovina těla se umývala v tomto sledu: dolní končetiny od prstů nohou k tříslu, po přetočení nemocného na bok hýždě se zadními stranami stehů a na závěr genitálie. Jestliže měl nemocný ztvrdlou kůži na patách, nohy se mu namočily do teplé vody s přísadou koupelové soli. Na dolní část matrace se položila gumová podložka a na ni umyvadlo. Změklá kůže na patách a ploskách nohou se snadno odstranila pemzou. Nohy se osušily a prostor mezi prsty se mohl zasypat zásypem. Kůže se promasírovala krémem (72, 73). Koupel se ukončila obvyklým způsobem.

Péče o zuby a dutinu ústní

O *zdravou dutinu ústní* se pečovalo známým způsobem. Nemocný si vyčistil zuby kartáčkem a zubní pastou. K vyplachování úst se používala voda, do níž se mohlo přidat několik kapek ústní vody (73). Doporučená technika čištění zubů spočívala v čištění horních zubů od dásní směrem dolů, u dolních zubů směrem nahoru. Zuby se čistily od stoliček jedné strany přes špičky a řezáky k stoličkám druhé strany. Vnitřní plochy zubů se čistily obdobně (72). Skusné plochy se čistily krouživými pohyby (73).

Některým nemocným se prováděla *zvláštní péče o dutinu ústní*. Ta měla zajistit vyčištění sliznice a jazyka a odstranění hlenů. Prováděla se známým způsobem. Pokud byl nemocný schopen vypláchnout si po vyčištění ústa, sestra mu podala sklenici s vlažnou vodou a trubičkou. Obsah úst vyplivoval do emitní misky (73).

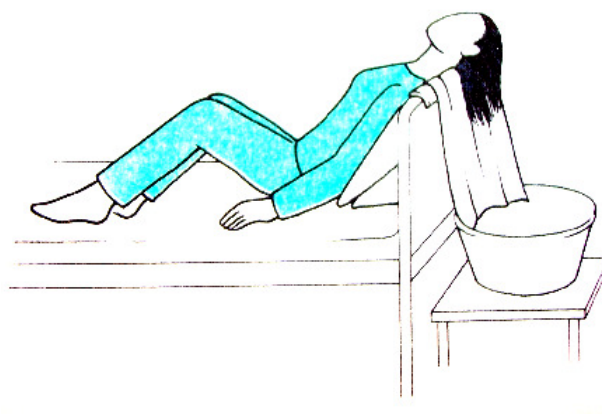
Péče o vlasy

Vlasy se nemocným umývaly jednou za deset až čtrnáct dní, v případě potřeby častěji (72). V učebnici Rozsypalové se popisoval způsob mytí vlasů u chodících nemocných, o kterém jsme již hovořili výše. Nemocná se posadila na židli

čelem k umyvadlu. V průběhu výkonu byla sestra s nemocnou v neustálém kontaktu. Do nádoby se připravil šampón. Přes ramena nemocné se položil ručník a přes hrudník se uvázala gumová pláštěnka. Proud vody měl mít teplotu okolo 37 °C. Nemocná se předklonila. Navlhčily se jí všechny vlasy, polily polovinou šampónu a spláchly. Z druhé poloviny šampónu se na vlasech utvořila pěna a krouživými pohyby konečků prstů se mnula hlava od čela k temeni; obzvláště v týle a za ušima. Vlasy se umyly a splachovaly do doby, až z nich stékala čistá voda. Na přání nemocné se mohly vlasy spláchnout odvarem heřmánku, kopřivy, chmele, piva apod. Celá hlava se zabalila do čistého ručníku. Z ramen se odstranila pláštěnka a ručník. Vlasy se rozčesaly a vysušily fénem (72, 73).

Při mytí vlasů na lůžku Rozsypalová doporučovala spolupráci dvou sester; nemocnému tak byl zajištěn větší komfort a sestra nemusela vynakládat takovou námahu (73).

Další způsob mytí vlasů na lůžku, který byl v učebnicích popsán, se užíval při volném přístupu k hornímu čelu lůžka. Nemocná byla uložena do polohy s hlavou přesahující horní čelo lůžka. Konstrukce horního čela byla vypořádána složenou podložkou a podpírala zátylí. Za zády byla rozložena gumová podložka, která volně splývala přes čelo lůžka do umyvadla položeného na židli (viz obr. 36). Pomůcky si sestra umístila na dosah ruky (72). Další postup byl shodný s postupem mytí vlasů v umyvadle na lůžku, který je uveden výše.



Obrázek 36 – Rozložení gumové podložky při mytí vlasů na lůžku.

Zdroj: Rozsypalová, 1988, 109.

Osobní a ložní prádlo

Ústavním prádlem, do něhož byl nemocný oblékán, se rozuměla noční košile nebo pyžamo. Župan se nosil přes osobní prádlo. Těžce nemocní a nemocní nehybní se oblékali do košilí se zavazováním vzadu (72, 73).

Požadavky na prádlo byly čistota, celistvost, přiměřená velikost a neměly chybět potřebné knoflíky či tkanice (72, 73).

Při oblékání byl nemocný vyzván k aktivní spolupráci. Ležícímu nemocnému, který byl pohyblivý, se oblékl nejdříve kabátek pyžama. Rukáv se našasil a navlékl na končetinu. Pak se našasila košile a přetáhla se nemocnému přes hlavu. Nemocnému se oblékly oba rukávy a košile se stáhla přes trup. Nakonec se nemocnému oblékly kalhoty (72, 73).

Košile se zavazováním vzadu se oblékala zepředu. Důležité bylo nemocnému pečlivě přikrýt ramena (72, 73).

Nemocnému s postiženou končetinou se tato oblékala jako první. Při svlékání se postupovalo opačně; jako první se svlékla zdravá a šetrně nato postižená končetina (72, 73).

Méně pohyblivého nemocného se radilo oblékat ve dvou; jedna sestra jej přidržovala a nadzdvíhovala, druhá jej oblékala (72, 73).

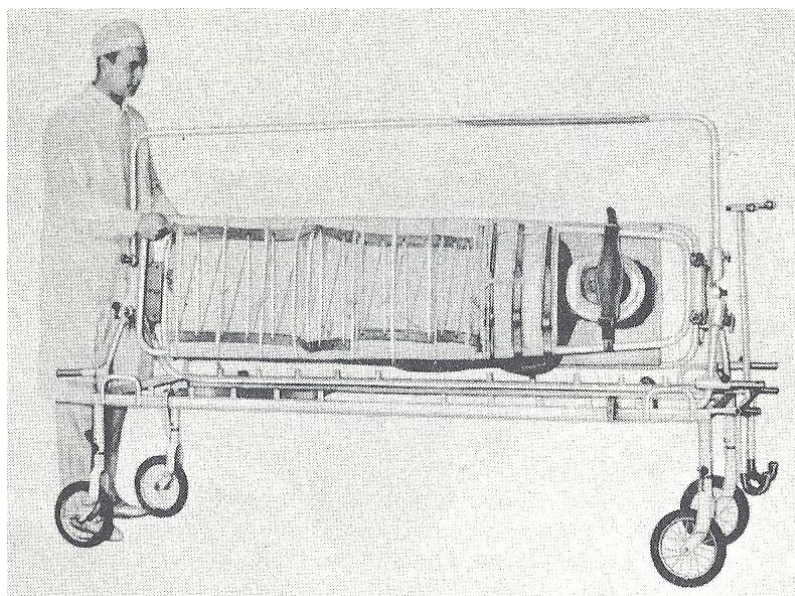
Hlavně pod zády neměly být nerovnosti, proto bylo nutno košili dobře upravit. Prádlo nesmělo nemocného v žádné části těla tísnit (72, 73).

Jak už víme, osobní i ložní prádlo se měnilo vždy při znečištění (72, 73).

Péče o kůži a prevence proleženin

Mimo výše uvedené pomůcky ke zmírnění mechanického tlaku se nově osvědčily tzv. chrániče ze syntetického rouna, které se připevňovaly na paty a lokty. Výhodnými pomůckami byly dále pružný polštář z porézní hmoty, závěsy atd. (74, 75). Velmi dobré zkušenosti byly také s podložkami ze syntetického rouna (tzv. Dekuba); pro své prospěšné vlastnosti přicházely do bezprostředního styku s kůží a nepřekrývaly se prostěradlem (75).

U nemocného se zraněním páteře bylo obtížné zajistit změnu polohy; mohl se obracet pouze ve vodorovné poloze ze zad na břicho a zpět. Takovou změnu polohy zajišťovalo speciální lůžko (Strykerovo), které sestávalo ze dvou ložných ploch nad sebou (74, 75). (viz obr. 37)



Obrázek 37 – Strykerovo lůžko. Zdroj: Šimurková, 1985, s. 95.

5.13 Období 1988 až 1997

Hygienická péče o dospělé nemocné

Kozierová, Erbová a Olivieriová rozdělovaly hygienickou péči na včasnou ranní, ranní, odpolední a večerní. V rámci *včasné ranní hygienické péče* se ležícím nemocným zajišťovalo podání podložní mísy či močové láhve, umytí obličeje, rukou a hygiena dutiny ústní. Předcházela snídani a diagnostickým vyšetřením. Vykonávaly ji sestry noční směny. *Ranní hygienická péče* se poskytovala po snídani a sestávala ze zabezpečení hygienického vyprazdňování, z koupele či sprchy, z péče o dutinu ústní, nehty a vlasy, z masáže zad, z hygieny perinea včetně okolí a z úpravy lůžka. *Odpolední hygienická péče* se obstarávala nemocným např. po návratu z vyšetření. *Večerní hygienická péče* se zajišťovala před spaním. Patřilo sem umožnění

vylučovacích potřeb, umytí rukou a tváře, hygiena dutiny ústní a provedení masáže zad (76).

Jak už víme, rozeznávaly se dva druhy koupele, a to očistná a léčebná. Do očistných koupelí patřily:

- *Částečná koupel.* Umyly se jen ty partie těla, které mohly nemocnému přitížit nebo vyvolat zápach: obličej, ruce, podpaží, genitálie a záda. Ramena, hrudník, břicho a dolní končetiny se obvykle vynechaly. Sestra poskytovala tuto péči nemocným odkázaným na pomoc. Nemocným upoutaným na lůžko umyla záda. Chodící nemocní se většinou částečně umyli u umyvadla; sestra jim mohla asistovat při mytí zad.
- *Celková koupel na lůžku.*
- *Koupel na lůžku s dopomocí.* Nemocnému upoutanému na lůžko, který byl pohyblivý, sestra pomohla s umytím zad, popř. nohou.
- *Koupel ve vaně.* Upřednostňovala se před koupelí na lůžku. Rozsah pomoci sestry závisel na schopnostech nemocného. V mnoha zařízeních se pracovalo s vanami určenými pro nemocné odkázané na pomoc; měly celou řadu pozitiv. Vana se rovněž používala k léčebným koupelím.
- *Sprchování.* Většina chodících nemocných byla schopna použít sprchu a přitom vyžadovala minimální pomoc sestry. (76)

Vyprázdnění se jednak mělo zajistit před samotným mytím nemocného a jednak se doporučovalo i před oplachem genitálií; po vyprázdnění se nemocný cítil příjemněji (76).

V rámci *koupele na lůžku* se připravilo prostředí a nemocný zaujal vhodnou polohu; pro zjednodušení manipulace s nemocným se lůžko zvedlo nahoru. Z ručníku se radilo poskládat mycí kapsičku (žínku); udržovala teplo a vodu lépe než volná tkanina. Obličej, krk a uši se umyly obvyklým způsobem podle přání nemocného s použitím mýdla nebo bez něj. Pokračovalo se mytím horních končetin od ramena směrem k ruce. Ruce se umyly v umyvadle s vodou. Při mytí hrudníku a břicha autorky zdůrazňovaly zabránění zbytečného obnažení. Dolní končetiny se umývaly tak, že se pod ně rozložila osuška. Po umytí a osušení směrem od distální k proximální části se zakryly.

Chodidla se vložila do umyvadla a po umytí nohou se voda vyměnila. V poloze na boku se nemocnému umyly a osušily záda, hýždě a horní část stehen. Nemocný se položil na záda a před mytím genitálií byl pečlivě zabalen do osušky (viz obr. 38). Po umytí se nemocný upravil, oblékl a ošetřily se mu vlasy, ústa a nehty. Někteří nemocní dávali přednost provedení hygieny dutiny ústní ještě před koupelí. Důležité údaje, které byly zjištěny během koupele, bylo nutno dokumentovat. Druh poskytnuté koupele se obvykle zaznamenal do dekursu (76).

Teplota vody *ve vaně* se doporučovala v rozmezí 43 až 46 °C. Sestra nemocnému vysvětlila, jak si může zavolat pomoc a nechala jej 2 až 5 minut o samotě. Při vstupu do vany a výstupu z ní bylo třeba u nemocných odkázaných na pomoc učinit bezpečnostní opatření zaměřené na prevenci pádu; např. nemocný se měl držet držadla, na dně vany měla být položena gumová podložka, před výstupem z vany bylo lepší vypustit vodu (76).



Obrázek 38 – Zabalení jedince do osušky před hygienou genitálií.

Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 516.

Péče o zuby a dutinu ústní

Při *čištění zubů* měly štětiny kartáčku zaujímat oproti zubům úhel 45°. Během pohybování štětín dopředu a dozadu se používal vibrující nebo kolísavý pohyb. Po vyčištění vnějších a vnitřních ploch zubů se vyčistily skusné plochy;

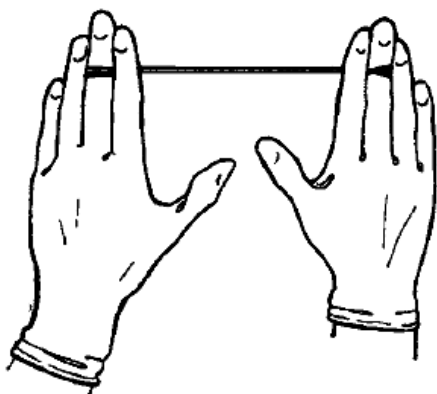
kartáček se posouval dopředu a dozadu v krátkých tazích. Nakonec si nemocný ústa vypláchnul (76).

Na prevenci zubního kazu a na jeho odstranění ze zubů se doporučovalo vyčistit mezizubní prostory dentální nití. Konec nitě se obtočil okolo prostředníků (viz obr. 39) a při čištění horních zubů se nit napínala palcem a ukazovákem (viz obr. 40). Níť se v mezizubním prostoru pohybovalo nahoru a dolů. Zuby se čistily buď odzadu na jedné straně směrem ke stoličkám na druhé straně, anebo se začalo uprostřed a postupovalo se směrem dozadu na každé straně čelisti. Při čištění dolní čelisti se použily na napínání nitě ukazováky (viz obr. 41) (76).

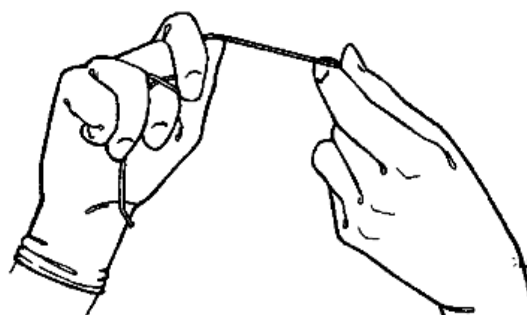
K vyjmutí *zubní protézy* si sestra navlékla rukavice. Za použití mulu vyjmula horní i dolní protézu. Při čištění protézy do umyvadla položila ručník, který bránil nárazu protézy v případě pádu. Protézy se čistily zubním kartáčkem, čisticím prostředkem a vlažnou, nikdy ne horkou²², vodou. Po opláchnutí se protéza vsadila zpět do úst. V případě, že nemocný nemohl nebo nechtěl nosit protézu, uchovávala se v nádobě k tomu určené, naplněné vodou. Nádoba měla být označena jménem nemocného a jeho identifikačním číslem (76).

Co se týče *zvláštní péče o dutinu ústní*, zvyklosti a frekvence vykonávání této péče se lišily v jednotlivých zařízeních. Prvně se nemocnému vyčistily zuby, popř. zubní protéza, obvyklým způsobem. Poté se každá strana úst vyplachovala asi 10 ml vody nebo čisticí tekutiny natáhnuté do stříkačky. Voda musela vytéct z úst do misky. Pokud se tak nestalo, bylo potřeba tekutinu z úst odsát. Sliznice úst se čistila již známým způsobem. Mohl se například použít prst v rukavici omotaný mulem a omočený v oleji nebo v citrónové šťávě. Na závěr si nemocný vypláchl ústa, ošetřily se mu rty a po uklizení pomůcek se provedl záznam do dokumentace (76).

²² Některé protézy se vlivem teploty mohly deformovat (76).



Obrázek 39 – Obtočení dentální nitě okolo prostředníků. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 533.



Obrázek 40 – Uchopení dentální nitě při čištění horních zubů. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 533.



Obrázek 41 – Uchopení dentální nitě při čištění dolních zubů. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 533.

Péče o vlasy

Při česání se měla sestra s nemocným domluvit, jaký účes je pro něj přijatelný. Frekvence mytí vlasů byla individuální (76). Při česání i mytí vlasů se postupovalo obvyklým způsobem.

5.14 Období 1998 až dosud

V učebnicích se setkáváme s těmito složkami hygienické péče:

- hygienické vyprazdňování;

- péče o čisté osobní a ložní prádlo;
- péče o chrup a dutinu ústní;
- ranní a večerní umývání, česání a stříhání nehtů;
- celková koupel;
- mytí vlasů;
- prevence a ošetření opruzenin a proleženin (84, 88).

Mytí rukou

Nejnutnější složkou hygienické péče je mytí rukou (82); má předcházet každému jídlu a následovat po každém vyprázdnění nemocného. Nemocným, které vozí na toaletu ošetrovatelský personál, je vhodné po vyprázdnění přistavit vozík k umyvadlu. Ležícím nemocným se zajistí umytí rukou v lůžku poskytnutím plastového umyvadla s teplou vodou, mýdlem a ručníkem (95).

K mytí rukou se používá mýdlo tuhé nebo tekuté a při velkém znečištění kartáček na ruce. Ruce se doporučují umývat až po lokty; po umytí je vhodné kůži ošetřit krémem (82).

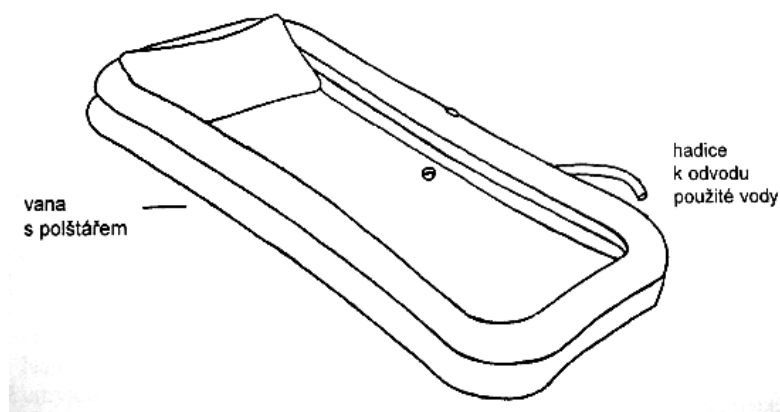
Ranní mytí nemocných

Chodící nemocný si obstarává hygienu sám, sestra jen kontroluje správné provedení a podle potřeby podává nemocnému informace, doporučení atd. *Chodící nemocný vyžadující pomoc* potřebuje odbornou asistenci a dohled při vykonávání hygieny. *Ležící pohyblivý nemocný* je schopen hygienu vykonávat samostatně pouze za podmínky, že mu sestra vytvoří vhodné prostředí a zajistí pomůcky. *Ležícímu nepohyblivému nemocnému* vykonává hygienickou péči v plném rozsahu sestra (86).

Při ranní hygieně *na lůžku* se postupuje obvyklým způsobem: Zajistí se prostředí a vhodná poloha nemocného. Umyje a osuší se postupně obličej, krk a uši a pokračuje se mytím horních končetin. V mnohých studijních materiálech je podotknuto, že se horní končetiny umývají od prstů směrem k rameni, nikoli naopak. Následně se umyjí a osuší hrudník a břicho (86). Nemocný se otočí na bok, umyjí se mu záda a provede se masáž zad (88). Genitálie se umývají samostatně (86).

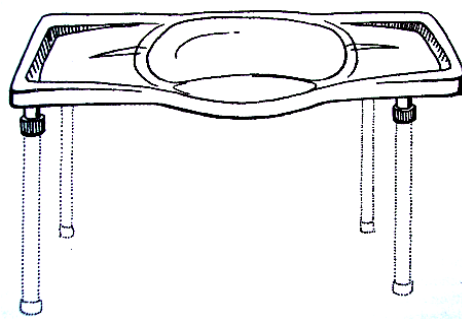
K mytí ležícího nemocného v koupelně se používá *pojízdná nafukovací vana*, tzv. *aquarel*. V horní části vany se nachází malý nafukovací polštářek a v dolní části výpust spojená s hadicí (viz obr. 42). Ta odvádí použitou vodu do odpadu. Na pojízdnou vanu se nemocný přesune stejně jako z lůžka na lůžko. Zaveze se s vozíkem pod sprchu. Při mytí se postupuje známým způsobem. V učebnicích se zdůrazňuje, aby se pamatovalo i na umytí zad (84, 95).

Jestliže není k dispozici vozík s vanou a nemocný nevydrží stát pod sprchou, sestra mu pomůže do *klasické vany*. Dno vany musí být opatřeno protiskluzovou podložkou a na stěně musí být madlo. Vstup do vany usnadňují schůdky nebo stolička. Přes vanu se položí plastová sedačka s prohloubením na hýždě (viz obr. 43). Nohy sedačky jsou nastavitelné, opatřené protiskluzovými nástavci. Při mytí nemocného se postupuje stejně jako při mytí pod sprchou (84, 95).



Obrázek 42 – Pojízdná nafukovací vana, tzv. aquarel.

Zdroj: Rozsypalová – Šafránková, 2002, s. 185.



Obrázek 43 – Sedačka usnadňující koupel ve vaně.

Zdroj: Rozsypalová – Šafránková, 2002, s. 185.

Celková koupel nemocných

V případě celkové koupele nemocného na lůžku se po masáži zad vymění umyvadlo, žínka a ručník a umyjí se dolní končetiny známým způsobem. Při mytí dolních končetin se musí dbát na to, aby perineum zůstalo stále zahalené (86). Následně se umyjí genitálie.

Rovněž k celkové koupeli nemocného na lůžku je nafukovací vana výhodnou pomůckou. Před samotným mytím se upraví prostředí. Z lůžka se odstraní polštáře a pokrývka, nemocný se svlékne. Až po vsunutí pod nemocného se napustí okraje vany vzduchem. Hadice, která vyvádí vodu do kbelíku, je během koupele přerušena tlačkou. Do vany se napustí teplá voda. Po umytí nemocného se z vany vypustí nejdříve voda a poté vzduch. Nemocný se osuší, vana se odstraní z lůžka a dokončí se úprava nemocného a lůžka (84, 95).

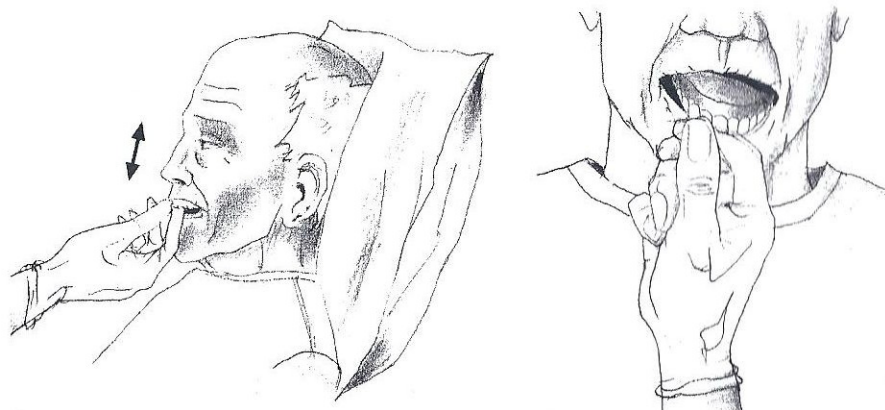
Péče o zuby a dutinu ústní

Nepohyblivému nemocnému se napřed umyjí ruce, nemocný se posadí a podhlavní panel lůžka se zvedne. Ložní prádlo se chrání ručníkem. Nemocný si pomocí trubičky vypláchne ústa, obsah vyplivne do emitní misky. Zevní a vnitřní plochy zubů se čistí tak, že se kartáček vede u horních zubů od dásní směrem dolů a u dolních od kořenů nahoru; vždy od posledních stoliček až k řezákům. Skusné plochy se čistí krouživým pohybem. Mezizubní prostory se nejlépe vyčistí dentální nití. Doporučuje se provést masáž dásní. Podle potřeby si nemocný vyklótká ústní vodou (84, 88).

Při *zvláštní péči o dutinu ústní* se malými sterilními tampónky nebo štětičkami známým způsobem čistí jazyk, patro, předsíň dutiny ústní a nakonec postupně všechny plochy zubů. Musejí být zbaveny povlaků (84). Na závěr se ošetří jazyk a popraskané rty.

Krišková popisuje postup při vyndávání a nasazování *zubní protézy* (viz obr. 44). Sestra uchopí přední stranu protézy palcem a ukazovákem ruky v rukavici a jemně pohybuje nahoru a dolů. Po uvolnění protézy posouvá směrem dolů horní protézu a směrem nahoru dolní protézu. Čištění probíhá obvyklým způsobem. Před nasazením zpět do úst ji navlhčí z vnitřní strany. Po otevření úst jedince ji vsune

částečně boční stranou, přiloží nejdříve zadní a potom přední okraj. Vyzve nemocného, aby skousnul a vysál vzduch zpod protéz (81).



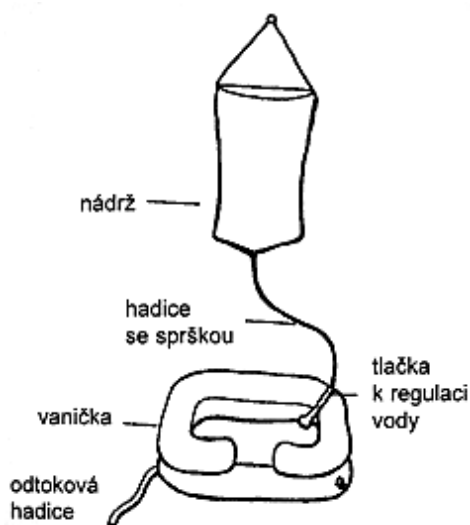
Obrázek 44 – Postup při vyndávání a nasazování zubní protéz.

Zdroj: Krišková, 2006, s. 154.

Péče o vlasy

Frekvence mytí vlasů se doporučuje nejméně jednou za deset dnů. Pokud je to možné, nemocný se na vozíku převezde do koupelny a vlasy se umyjí pomocí sprchy. Na některých pracovištích se vyskytují různé pomůcky, které usnadňují mytí vlasů nemocného. S nafukovací vaničkou se zachází tak, že se vzduchem nafouknou oba oddíly (viz obr. 45). K vaničce se připojí odtoková hadice a nechá se uzavřena. Po uzavření tlačky se vak se sprškou zavěsí na stojan či na rám hrazdičky a naplní se vodou. K lůžku se postaví kbelík na použitou vodu vypuštěnou z vaničky (84, 95).

Vlastní postup mytí vlasů probíhá následovně: Místo polštářů se na lůžko položí vanička. Dolní oddíl vaničky podpírá krk a ramena nemocného (viz obr. 46). Palcem se uvolní tlačka na spršce a vlasy se namočí. Umyjí se šampónem. Použitá voda se vypustí do kbelíku. Po osprchování vlasů se hlava zabalí do ručníku. Z lůžka se odstraní vanička a vrátí se polštáře. Vlasy se dosuší ručníkem nebo fénem a učešou se. Použité pomůcky se uklidí (84, 95).



Obrázek 45 – Nafukovací vanička k mytí vlasů. Zdroj: Rozsypalová – Šafránková, 2002, s. 196.



Obrázek 46 – Podepření krku a ramen jedince spodní částí vaničky. Zdroj: Rozsypalová – Šafránková, 2002, s. 197.

Holení vousů u mužů

S holením vousů jakožto se součástí hygieny u mužů se setkáváme prvně v učebnicích 21. století. Muži by se měli holit nejméně dvakrát za týden, a to buď namokro nebo nasucho elektrickým strojkem. Soběstační jedinci se mohou oholit sami v koupelně, případně na pokoji u umyvadla. Částečně soběstační nemocní se zavezou do koupelny nebo se jim poskytnou pomůcky k lůžku. Nemocný bude potřebovat umyvadlo s teplou vodou, zrcadlo, holicí strojek, pěnu, mýdlo či gel na holení, žínku, ručník, přípravek určený po holení (95).

Jestliže holí nemocného sestru, umyje mu obličej a poté nanese přípravek určený na holení, který nechá působit 3 až 5 minut. Nemocnému oholí postupně krk, tváře, bradu a horní ret. Vousy se holí po směru růstu a pokožka se napíná proti směru. Při holení se netlačí na žiletku, aby se neporušila pokožka. Zbytky přípravku se smyjí vodou a obličej se osuší. Pokožka se ošetří vhodným přípravkem (95).

Mytí bez použití vody

V současnosti jsou k dispozici hygienické pomůcky, které umožňují mytí nemocného bez použití vody. Ty se používají zejména u ležících nemocných na odděleních intenzivní péče. Jedná se o navlhčené hygienické ubrousky, navlhčenou hygienickou žínku, antibakteriální navlhčenou hygienickou žínku určenou pro jedince s infekčním onemocněním a hygienickou čepici s přídavkem šampónu (95).

Osobní a ložní prádlo

Nemocný je oblečen v ústavním pyžamu či košili nebo ve vlastním nočním prádle. Košili se zavazováním na zádech, která se obléká těžce nemocným a málo pohyblivým, se lidově říká „andělíček“. Součástí prádla některých nemocných je také župan (95).

Péče o kůži a prevence proleženin

Predilekční místa v poloze *vsedě* (viz obr. 47) jsou: trnový výběžek (a), kost křížová (b), hrbol kosti sedací (c) a paty (d). Pokud nemocný leží dlouhodobě *na břiše* (viz obr. 48), jedná se o tato místa: líce a ucho (a), akromion (b), zejména u žen prsa (c), u mužů genitálie (d), kolena (e) a palce (f). V poloze *na boku* (viz obr. 49) jsou nejvíce ohroženy: bok hlavy (a), ucho (b), rameno (c), bedro (d), velký trochanter (e), kolena (f) a kotníky (g) (87).

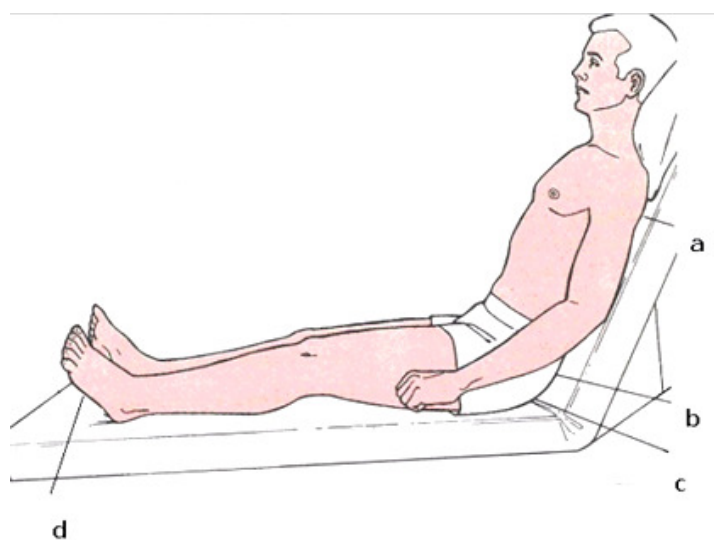
Navážeme na předchozí zásady v prevenci proleženin. V současnosti se klade důraz na vyzývání nemocného k jakémukoliv aktivnímu pohybu, byť sebemenšímu. Může se jednat například o rozvírání a zavírání prstů na nohou a rukou, střídavé napínání a uvolňování svalů jednotlivých partií těla, využití hrazdičky a dalších pomůcek usnadňujících pobyt na lůžku (84, 95).

Na jednotlivé změny poloh se stanovuje přesný plán, který se musí dodržovat. Polohuje se celých 24 hodin, přičemž v jedné poloze nemocný setrvává přes den 2 hodiny a v noci 3 hodiny (83, 85). U plegických nemocných se doporučuje polohovat každou hodinu (96). Při každé změně polohy je důležité všimnout si změn kůže. Při začervenaní kůže se doba mezi změnami poloh zkracuje na půl hodiny (83, 85).

Ohrožená místa se masírují masážním krémem vždy při mytí nemocného a při změně polohy. Masáž se provádí pouze na suché a čisté pokožce. Při masáži se postupuje od oblasti křížové spirálovými pohyby kolem bederní a hrudní páteře k ramenům (viz obr. 50). Poté táhlými pohyby po vnější straně zad směrem dolů. Krční oblast se masíruje krouživým pohybem, hřebeny lopatek spirálovým pohybem, oblast bederní a křížová krátkými tahy do stran a lokty krouživými tahy. Rovněž se masírují paty (84, 95).

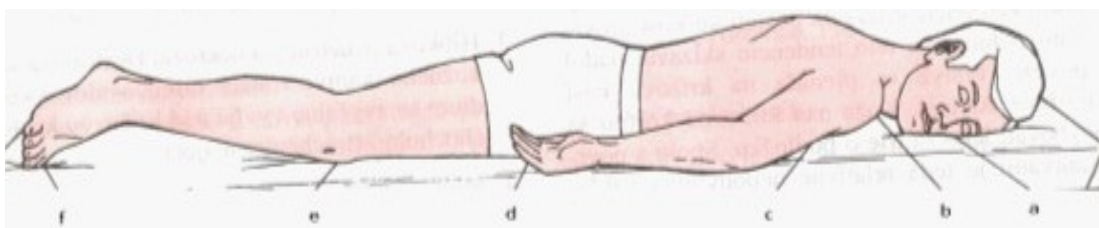
Ke snižování tlaku na predilekční místa se používají nově: podložka tkaná z dutých vláken, která se pokládá na matraci pod prostěradlo; speciální matrace z polyuretanové pěny s antidekubitní strukturou, která se klade přímo pod prostěradlo; dále se hojně využívá antidekubitní vzduchová matrace (84) (tzv. antidekubitor), se kterou jsme se seznámili dříve.

U každého hospitalizovaného nemocného je nutno zhodnotit riziko vzniku dekubitů. Hodnocení je součástí dokumentace nemocného (79). V praxi se nejčastěji užívá stupnice dle Nortonové (viz příloha č. 1).



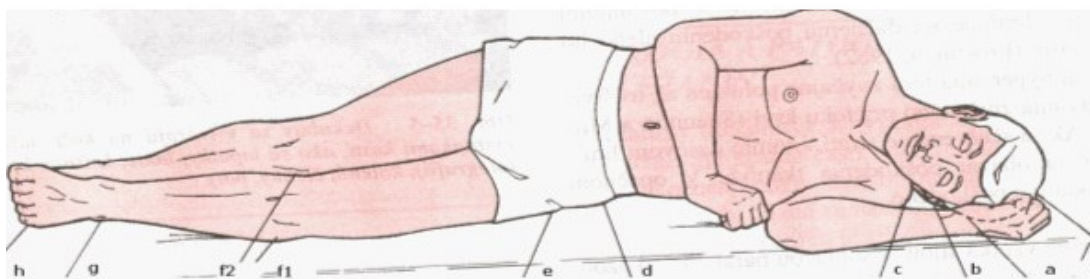
Obrázek 47 – Predilekční místa vzniku dekubitů vsedě.

Zdroj: Sloupová, 2002 – 2013, www.eamos.cz



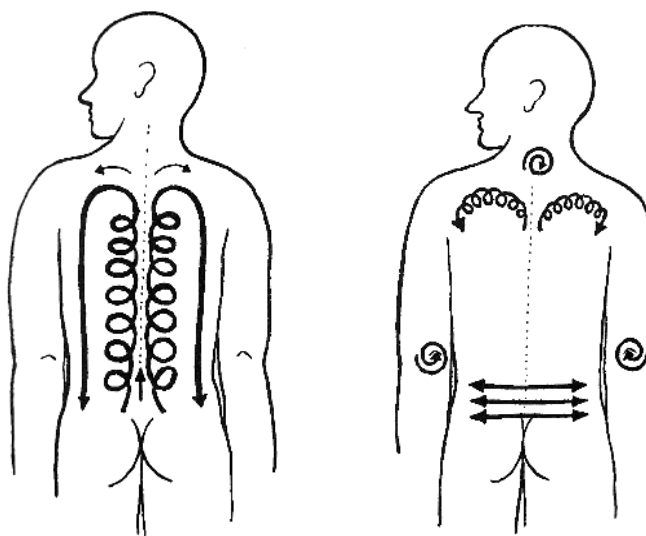
Obrázek 48 – Predilekční místa vzniku dekubitů na břiše.

Zdroj: Sloupová, 2002 – 2013, www.eamos.cz



Obrázek 49 – Predilekční místa vzniku dekubitů na boku.

Zdroj: Sloupová, 2002 – 2013, www.eamos.cz



Obrázek 50 – Technika provedení masáže zad.

Zdroj: Rozsypalová – Šafránková, 2002, s. 202.

6. SLEDOVÁNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ

6.1 Období do roku 1887

Sledování tělesné teploty

Sledování tělesné teploty bylo důležité při různých onemocněních. Její charakter mohl být odlišný; tělesná teplota mohla být značně zvýšena či rázně klesat, mohla být zvýšena po celou dobu nemoci anebo nemoci předcházet a po vyvinutí nemoci klesat (21).

Při měření tělesné teploty se teploměr vložil do podpaží stranou, kde byla kulička se rtuťí, a ponechal se 10 až 15 minut. Teplota se tehdy měřila podle stupnice Réaumura. Teplota u zdravého jedince se pohybovala v rozmezí 36,2 až 37,0 °C (21). Na periferiích těla se udávala teplota okolo 32,5 °C, v podpaží 36,3 °C, v ústech 37,5 °C, v konečníku a v močovém měchýři přes 37,5 °C až 38,8 °C. „Čím dále do vnitř, či čím blíže svému středu teplota se skoumá, tím vyšší ukazuje se.“ (16 s. 101)

Horečka okolo 40,0 až 42,0 °C mohla nemocnému způsobit komplikace a při delším trvání ohrožovala život jedince. Podobně nemohlo tělo přestat příliš nízkou teplotu. Teplota nad 37,0 °C značila počínající horečku; při pravidelných ostatních funkcích neměla zvlášť velký význam. Pokud jedinec prodělal těžký horečnatý stav, radilo se, aby bez svolení lékaře neopouštěl lůžko; tělesná teplota musela být několik večerů po sobě pravidelná (21).

Sledování pulzu

V 90. letech 19. století byl pulz definován jako pohyb srdce neboli tlukot srdce (23). V publikacích do roku 1887 se ošetřovatelce doporučovalo sledovat časté změny pulzu zejména v nemoci, jejíž průběh byl nejasný a neobvyklý. Ošetřovatelka musela umět vyšetřit a zhodnotit pulz nemocného. Tím získávala poznatky o stavu cév, krve a nervstva. Neobešla se přitom bez znalostí pulzu zdravého jedince (18).

Pulz se počítal za 1 minutu:

- novorozenec: 130 tepů,
- dvouleté dítě: 111 tepů,
- tříleté dítě: 108 tepů,
- pětileté dítě: 103 tepy,
- v deseti letech: 90 tepů,
- v patnácti letech: 82 tepů,
- ve dvacátém roce: 74 tepů,
- v pětadvacátém roce: 72 tepů,
- v šedesátém roce: 75 tepů,
- ve vyšším věku: 79 až 80 tepů (18, 23).

Na jeden nádech připadaly obvyčně čtyři nárazy srdce (22). Vědělo se, že pulz a dech jsou u ženy rychlejší než u muže a že s rostoucí váhou a výškou počet tepů ubývá. Také poloha ovlivňovala počet tepů; nejnižší byl u ležícího jedince, vzrůstal vsedě a nejvyšší byl u nemocného ve stoje. Ve spánku byl počet tepů až o 10 nižší. Naopak při mírném pohybu se zvyšoval o 10 až o 20 tepů a při rychlém pohybu dokonce až o 30 (18).

V průběhu denní doby se měnil počet tepů o 10 až o 20. Po půlnoci byl nejnižší, po spánku rostl a v devět hodin dosahoval nejvyššího stupně. Poté jeho počet opět ubýval. Po obědě vzrostl a pak už se jen snižoval. Nezvýšila jej ani večeře. Za dobu trávení počet tepů vždy vystoupil. Za nápoje urychlující pulz byly považovány káva, čaj a lihoviny. Pulz byl vždy rychlý při zánětu a horečce a také při náhlém vykrvácení (18).

Podle počtu tepů bylo možno posuzovat rychlost oběhu krve. Kromě rychlosti se hodnotila síla pulzu (slabý x silný) a frekvence (dvakrát za sebou, skákavý či přerušovaný tep). „*Jest nemožno vylíčiti všechny znaky pulsu v knize. Kdo je rozeznati chce, musí je sám skoumat.*“ (18 s. 168)

Každá dobrá ošetřovatelka si měla tyto vědomosti osvojit. „... *záleží vše na tom, aby ošetřovatelka přísně a bedlivě pozorovala a výsledek svého pozorování správně a stručně lékaři sdělila.*“ (18 s. 166)

„Ošetřovatelka, která se nenaučila rozeznati sluchem zvonek svého pacienta, nenaučí se též rozeznati hmatem rozličné rázy tepu. Aby se nedopouštěla snad hrozných omylů, bude zajisté líp, nezabývá-li se vůbec ohmatáváním tepu.“ (18 s. 168)

Lékaři nejčastěji měřili tep na tzv. zdrojné žíle²³ nad rukou. Dalším místem byla vnitřní strana loketního kloubu a krk. *„Chceme-li na krku tepání zdrojné žíly pocítit, musíme po straně hezky hluboko zatlačit.“ (17 s. 22)*

Šelest srdce byl znatelný pomocí tzv. naslouchátka, tedy stetoskopu (22).

Častost měření pulzu prameny nepopisovaly.

Sledování dechu

V klidu za 1 minutu se nadechl kojeneček 40 krát, mladý člověk 20 až 24 krát, dospělý a starší jedinec 12 až 15 krát (17, 20).

6.2 Období 1888 až 1907

Sledování tělesné teploty

Fyziologická teplota člověka se obvykle uváděla v rozmezí 37,0 až 37,5 °C. Děti měly vyšší teplotu než dospělí a dospělí zase vyšší než staří lidé. Vědělo se, že během spánku tělesná teplota klesá, neboť se zpomaluje dýchání a krevní oběh; že ráno je teplota nejnižší a po obědě se zvyšuje; že ve studeném prostředí tělo teplo ztrácí; že při tělesné námaze teplota nepatrně roste (24, 31).

K měření tělesné teploty byl nejpraktičtější teploměr podle Celsia (24). Tehdy se užíval zvláštní teploměr maximální. Ošetřovatelka jej nejdříve ohřála v ruce, pak nemocnému vložila na 15 minut do podpaží. Doporučovalo se měřit teplotu ráno mezi 7. a 9. hodinou, kdy hodnota bývala nejnižší, a večer mezi 16. a 18. hodinou, kdy bývala zpravidla nejvyšší (31).

Při horečce se měřila teplota těla v podpaží vždy po dvou až po třech hodinách (24). Pokud byla naměřena hodnota 38,0 °C, nejednalo se vždy o horečku. Hodnota 39,0 °C představovala horečku mírnou, 40,0 °C velkou a hodnota 42,0 °C

²³ Myšleno tepnu přívádějící krev od srdce. Opak tzv. vratných žil (17).

byla považována za nejvyšší možnou horečku, při které je život možný (31). Jakmile teplota těla dosáhla 39,0 °C, užily se krátké studené koupele anebo jiné prostředky k ochlazení těla. Poté byl nemocný uložen do lůžka (24).

Většina horeček se manifestovala zvláštním periodickým průběhem. Sedmý, devátý a jedenáctý den býval obvykle kritický. Pokud v těchto dnech nenastalo zlepšení, byly důležité dny čtrnáctý, sedmáctý a jednadvacátý. Pokud ani tehdy nenastal příznivý obrat, prognóza se zhoršovala (25).

Rozlišovaly se různé druhy horečky:

- *horečka jednodenní (ephemera)*. Odeznívá většinou bez komplikací za potu a ve spánku;
- *horečka trvalá (febris continua)*. Přetrvává zpravidla několik dnů až týdnů. Mohla vzniknout jednak z ephemery, často se však projevovala v souvislosti s nervovými či zánětlivými komplikacemi. Trvalá horečka se mohla projevat jako:
 - *zánětlivá horečka (febris inflammatoria)* a
 - *nervosní horečka (febris nervosa)* spojená s neobvyklou slabostí a sklíčeností;
- *horečka ulevující (febris remittens)*. Periodicky se střídaly horečné projevy; stav začínal mrazením, horkostí a potem. Horečka se tak zmírnila (remisio), ale nezmizela. V několika hodinách vznikl nový záchvat (exacerbatio), který opět přecházel ve stav mírnější. Postupem času se exacerbace stávaly mírnějšími a remise význačnějšími a zřetelnějšími;
- *horečka střídavá (febris intermittens)*. Záchvaty mrazení, horkostí a potu se opakovaly v různě dlouhých intervalech. (25)

Vyjma lehké jednodenní horečky vyžadovaly všechny ostatní horečnaté stavy lékařskou pomoc (25).

Sledování pulzu

Preininger popisoval, že tep vzniká v tepnách při pohybu krve přímým vlivem stažení srdce (25). Proudění krve a pružnost cévních stěn se navenek projevovaly tepem

neboli pulzem (31). Bylo možno jej sledovat přiložením prstu na povrchově ležící tepny (29). Nejčastější místo sledování tepu bylo na palcové straně zápěstí. Další místa byla například po stranách krku, na spánku, v loketním ohbí a v podkolenní jamce (31, 32).

Lékař mohl k auskultaci užít rozličné metody: buď přiložil ucho bezprostředně na povrch těla, nebo použil sluchátko či stetoskop²⁴ (25).

Klencke byl toho názoru, že za normálních podmínek má vliv na počet tepů obzvláště stáří; u novorozence popisoval fyziologický tep za minutu 100 až 110, u dospělého člověka 70 a u jedince staršího věku 50 až 60 (25, 29). Vedle toho Ježek udával u staršího člověka fyziologicky 50 až 80 tepů za minutu (31). Různí autoři se tedy ohledně tepové frekvence staršího jedince neshodovali.

Rozeznávaly se různé jakosti tepu: tep silný (pulsus magnus) a slabý (pulsus debilis), plný (pulsus fortis) a prázdný (pulsus vacuus), tvrdý (pulsus durus) a měkký (pulsus mollis), velký a malý. Rovněž rytmus tepu byl důležitým ukazatelem: tep pravidelný (pulsus regularis) a nepravidelný, střídavý, podvojný atd. (25, 31).

Sledování dechu

K auskultaci plic se uplatňovalo sluchátka (25). Preininger udával, že za 1 minutu se člověk nadechne 16 až 20 krát, dítě víckrát. Počet vdechů byl závislý především na kvalitě vdechovaného vzduchu a na stavu samotných plic (29).

6.3. Období 1908 až 1917

Sledování tělesné teploty

Horský uváděl, že tělo může dosáhnout horečky nejvýše 41,5 °C. Teploty vyšší byly životu velmi nebezpečné. Při horečce se sledovaly tři znaky: vzestup teploty, nejvyšší bod a pokles teploty. Tělesná teplota se měřila dospělým lidem v podpaží a dětem v konečnicku (34).

²⁴ Jednalo se o krátkou trubici ze dřeva či jiného materiálu s rozšířenou násadkou, kterou lékař vkládal mezi tělo nemocného a své ucho. Trubice přitom musela stát kolmo na povrchu těla a širokou násadkou se dotýkala lékařova ucha (25).

Sledování pulzu

Horský vypočetoval u novorozence 140 tepů za minutu a u dospělého člověka 70 až 75. Poukazoval na závislost tepu na věku a pohlaví. Mimo to tep podléhal dalším vlivům; počet tepů se měnil pohybem, svalovou prací, teplotou, duševním vzrušením a jinými (34).

Sledování dechu

Dýchání se definovalo jako průběh dvou fází – vdechu i výdechu. Při vdechu vnikal vzduch ze zevního prostředí do plic, což bylo možno pozorovat pohybem hrudního koše. Při výdechu se naopak hrudník zúžil – docházelo tak k zmenšování plic a k vytlačování vzduchu (34).

Normální počet dechů u dospělého člověka byl stanoven na 18 až 20 za minutu; byl rovněž závislý na věku. Počet dechů u novorozenců byl 44 za minutu, u žen od třiceti do padesáti let 18 za minutu. Mimo to počet dechů podléhal svalové činnosti, duševnímu vzrušení a vůli (34).

Bylo možno vypočetovat, že se dýchání ženy v klidném stavu lišilo od dýchání muže. U muže se při dýchání uplatňovala horní část břicha, zatímco u ženy převládalo dýchání hrudní (34).

6.4 Období 1918 až 1927

Sledování tělesné teploty

Bylo známo, že se teplota ve zdraví mění jen o několik stupňů, ať už je teplota v okolí jakákoli. Teplota vyšší nebo naopak nižší než teplota zdravého jedince se považovala za nepřirozenou (37).

Teplota se měřila lékařským teploměrem, který se vkládal stejně jako dříve do konečníku nebo do podpaží. Každý teploměr se před použitím očistil vatou nebo jemným čistým hadříkem ve studené vodě. Sklepal se na teplotu maximálně 36,7 °C. Vložil se tak, aby kulička se rtutí byla v podpažní jamce a paže přiléhala k teploměru. Paže se přitiskla pevně k prsům. Teploměr se vyndal

po 8 až 10 minutách a teplota se zaznamenala (viz příloha č. 2). Teplota v podpaží byla asi o 0,5 °C nižší než v ústech. Vědělo se, že teplota měřena v podpaží je méně přesná, než v ústech nebo v konečnicku. „*Tohoto způsobu však jako nejpohodlnějšího užívá se u nás, v Čechách všeobecně.*“ (37 s. 74)

U kojenců a u dětí, u neklidných, podrážděných a ospalých nemocných se teplota měřila v konečnicku; stejně tak u těch, kterým ošetřovatelka nedůvěřovala, že by si ponechali teploměr v podpaží. Při měření teploty v konečnicku dospělí lidé obvykle zaujímali polohu na boku. Pokud byli schopni, zavedli si teploměr do konečnicku sami a po dobu měření jej drželi; ošetřovatelka si musela být jista, že nemocný tento postup zvládne bez rozbití teploměru. Před jeho zavedením se radilo, aby ošetřovatelka teploměr namazala olejem či vazelínou. Zaváděl se asi 5 cm hluboko a ponechával se v konečnicku 2 až 3 minuty. Po vyndání se zjištěná teplota zaznamenala (viz příloha č. 2). Muselo se brát v úvahu to, že teplota v konečnicku je o 0,5 °C vyšší než v ústech. Ošetřovatelka co nejdříve teploměr vyčistila, prvně mýdlem ve studené vodě a poté v 70 % lihu (37).

Teplota se v průběhu denní doby měnila asi o 0,5 až o 1 °C; v ústech u zdravých jedinců bývala ranní teplota 36,5 °C a odpolední 37,0 °C. Rovněž větší změny krátkého trvání měly malý nebo žádný význam u jedinců, kteří se cítili zdravými. Stálé změny nad přirozenou teplotu nebo pod ní byly velice důležitými příznaky. Teplota nižší než 36,0 °C se nazývala subnormální a nad 37,5 či 37,8 °C horečka (37, 40).

Tehdy se doporučovalo měřit teplotu u většiny nemocných jednou nebo dvakrát denně; pokud vyžadoval stav jedince, tak i častěji. Teplota měla být měřena vždy při prvotních projevech nemoci a neměla se měřit častěji, než bylo potřeba. „... *častým užitím teploměru můžeme podrážditi konečník, anebo zbytečně nemocného rozčiliti.*“ (37 s. 75)

Sledování pulzu

Pulz byl charakterizován jako napětí stěn tepen, které vzniká vhnáním krve do tepen po každém úderu srdce. Povaha úderu tepu a jeho rychlost nebo počet úderů

za minutu informovaly lékaře a ošetřovatelky o stavu srdce a cév. Teplota a tep byly důležitějšími než ostatní příznaky (37).

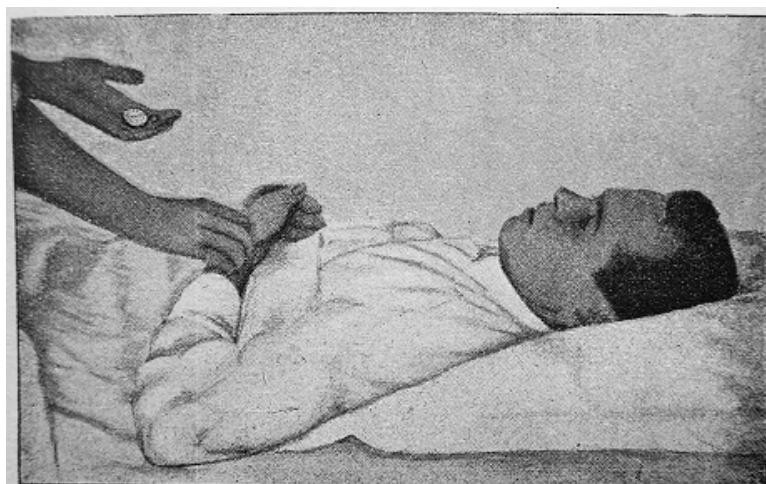
Rychlost tepu se měnila daleko častěji než teplota. Odlišovala se u jednotlivců, u rozličného věku a naznačovala dočasné změny (např. při pohybu, při jídle, výsledek rozčílení, strachu, vzrušení). Stanovit rychlost přirozeného tepu bylo obtížné vzhledem k znatelným odlišnostem rychlosti tepu různých lidí při úplném zdraví (37). Obvyčně se uvádělo, že rychlost tepu je u muže v klidu okolo 70 za minutu a u ženy okolo 80. Při narození tep dosahoval rychlosti 124 až 144 za minutu, v šesti až dvanácti měsících 105 až 115 za minutu a mezi druhým a šestým rokem 90 až 105 za minutu (37, 39).

Při sledování tepu se zjišťovaly:

1. rychlost neboli počet úderů za minutu,
2. síla,
3. rytmus (pravidelný x nepravidelný) (37).

Tep se nejlépe měřil na palcové straně zápěstí. Nemocný zaujímal polohu vleže s horní končetinou pokrčenou v lokti (viz obr. 51). K měření tepu bylo zapotřebí hodinek s vteřinovou ručičkou. Na zápěstí do rýhy položila ošetřovatelka dva nebo tři prsty (palec ne!) a jakmile ucítila několik úderů, začala počítat. Radilo se počítat půl minuty, vynásobit výsledek dvěma a počítání ještě jednou zopakovat. Tyto dva výsledky se měly shodovat (37).

Během nemoci se měl měřit tep nejméně tak často, jak často se měřila teplota. Výsledek měření se měl vždy zaznamenat (viz příloha č. 2). Bylo nutné všimnout si změn v rychlosti i v jakosti tepu (37).



Obrázek 51 – Pokrčená horní končetina při měření tepu.

Zdroj: Delan – Strong, 1920, s. 77.

Sledování dechu

U dýchání bylo důležité sledovat jeho rychlost a způsob. Pravidelná rychlost dechu v klidu se uváděla u dospělého jedince okolo 16 až 20 za minutu. U kojenců byla rychlost asi 30 až 35 za minutu a u malých dětí 20 až 25 (37).

Zvláště dech u dětí se mohl zjistit položením ruky na hrudník dítěte ve spánku. U starších jedinců se muselo předejít nepřirozenému dýchání. Jelikož na dýchání můžeme mít jistou dobu vliv, doporučovalo se dech měřit ve spánku či při měření držet zápěstí nemocného, a zároveň položit ruku na jeho hrudník; při zdánlivém měření tepu tak počítat zvedání a klesání hrudníku. Počítat dech bylo někdy možno pozorováním zvedání či klesání nočního oděvu či ložního prádla. Dech se obvykle počítal celou minutu za použití hodinek s vteřinovou ručičkou. Výsledek se zaznamenal (viz příloha č. 2). Kromě rychlosti si měla ošetřovatelka všimnout doprovodných znaků: těžkého nebo bolestného dýchání, dýchání hlučného, chraptavého, sípavého, pískavého a podobně (37).

6.5 Období 1928 až 1937

Sledování tělesné teploty

Teplota se měřila buď v podpažní jamce, v ústech pod jazykem či v konečníku. Rozdíl mezi teplotou v podpaží a teplotou pod jazykem či v konečníku se obvykle uváděl 0,5 °C (45).

V pramenech se uvádělo, že u zdravého jedince teplota kolísá mezi 36,0 a 37,2 °C. Jak už jsme naznačili dříve, v časných ranních hodinách dosahovala minima a v odpoledních hodinách maxima. Proto se radilo měřit teplotu nejméně dvakrát denně; v 8 a v 16 hodin (45).

K měření teploty se užíval tzv. lékařský teploměr maximální (viz obr. 52). Rtuť se sklepala na nejnižší bod prudkým a krátkým trhnutím teploměru shora dolů. Teploměr se ponechával v podpažní jamce nebo v ústech, a to po dobu minimálně 5 minut. V dutině ústní se měřila tělesná teplota výjimečně; při tření jazyka o teploměr se naměřila teplota vyšší, než ve skutečnosti byla. Teploměr se musel po každém měření v ústech nebo v konečníku omýt mýdlem a vydezinfikovat po delší dobu v nádobě s dezinfekčním roztokem (45).

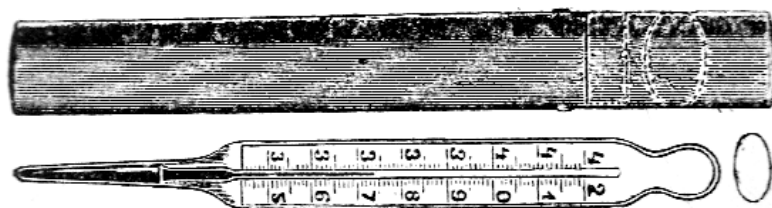
U dospělého jedince se teplota měřila obvykle v podpažní jamce. Teploměr se v podpaží ponechával 5 až 10 minut. Pokud byla podpažní jamka vlhká, před vložením teploměru se musela dobře osušit. Jestliže naměřená teplota neodpovídala skutečné teplotě nemocného, přeměřila se teplota v rektu (45).

Dělení teploty:

1. normální, tzn. 36,4 až 37,2 °C;
2. subfebrilní, tzn. 37,2 až 38,0 °C;
3. horečnatý stav:
 - a) lehká horečka, tzn. 38,0 až 38,4 °C;
 - b) mírná horečka, tzn. 38,5 až 39,0 °C ráno a 39,5 °C večer;
 - c) značná horečka, tzn. 39,5 °C ráno a 40,5 °C večer;
 - d) vysoká horečka, tzn. ráno vyšší 39,5 °C a večer vyšší 40,5 °C (45).

Teploty nad 42,0 °C se označovaly jako hyperpyretické (45).

Důležitým ukazatelem byl rovněž průběh teploty během dne. Když teplota v průběhu 24 hodin nekolísala o více než 1 °C, hovořilo se o *febris continua*. Pokud byl výkyv teploty vyšší 1 °C, jednalo se o *febris remittens*. V případě, že horečka rychle klesla k normální nebo podnormální teplotě, nastala *krize*. Klesání teploty zvolna v několika dnech se označovalo termínem *lyze*. Pokud vysoká teplota náhle klesla pod 36,0 °C, jednalo se o vážný stav – o *kolaps*. Na rozdíl od krize nedošlo u kolapsu zároveň s poklesem teploty k zpomalení pulzu, naopak počet tepů byl nad 100 za minutu (45).



Obrázek 52 – Lékařský teploměr maximální. Zdroj: Šlechtická, 1929, s. 84.

Sledování pulzu

Tep se hmatal stejně jako v předchozích obdobích na arteria radialis. Ukazováček a prostředníček se lehce přiložily na pulzující místo (viz obr. 53). Pokud byl tep na předloktí špatně hmatný, přiložily se prsty z jedné strany na arteria carotis (45).

Vedle frekvence tepu měla ošetřovatelka hodnotit i jeho tvrdost. Tu odhadovala podle odporu tepny na přiložený prst. Neméně důležitý byl rytmus tepu. Šlechtická udávala u zdravého dospělého člověka v klidu 60 až 80 tepů za minutu. Z dřívějších let víme, že se tep zrychluje jednak fyziologicky duševním rozrušením a tělesnou námahou, dále pak patologicky horečkou (45).



Obrázek 53 – Přiložení ukazováku a prostředníku na pulzující místo.

Zdroj: Šlechtická, 1929, s. 87.

6.6 Období 1938 až 1947

Sledování tělesné teploty

Na rozdíl od předchozího desetiletí se normální teplota udávala v rozmezí 36,0 až 37,0 °C; zvýšená teplota 37,0 až 37,5 °C; horečka 37,5 až 41,0 °C a subnormální teplota pod 35,8 °C (46).

Tělesná teplota se měřila stejně jako v předešlém období lékařským teploměrem maximálním se stupnicí od 34,0 do 42,0 °C. Po každém změření teploty bylo nutno sklepat jeho rtuť pod 35,0 °C. Stupnice u teploměrů byly různé: Celsia, Réaumura nebo Fahrenheita. U nás se používal teploměr, jehož rtuťový ukazatel byl označen stupni Celsia (46).

Nemocný měl buď po celou dobu hospitalizace svůj (přidělený) teploměr, který se při odchodu vydezinfikoval pro nového nemocného, anebo se pro několik nemocných používal tentýž teploměr; ten musel být po každém použití řádně vydezinfikován; zejména pokud se jednalo o teploměr ústní. Dezinfekční roztok se nalil do vyšší nádoby, aby teploměry byly dostatečně ponořené. Na dno nádoby se vložil mul nebo vata (46).

Nejobvyklejší způsob měření byl v podpaží. Sestra musela nemocného poučit, aby s teploměrem nechodil. K měření v ústech se užívalo teploměrů tenčích a lehčích; tento způsob měření nebyl tak častý. 20 minut před samotným měřením teploty nesměl

nemocný jíst nebo pít nic teplého ani studeného. Část se rtuť se mu vložila šikmo pod kořen jazyka. Nemocný si teploměr přidržoval jazykem a rty. Doba měření se pohybovala od 2 do 3 minut. Teplota v ústech byla o 0,5 až o 1 °C vyšší než v podpaží. Tento způsob měření se nepoužíval u dětí ani u nemocných v bezvědomí (46).

K měření v rektu se obvykle používaly zvláštní, barevně označené teploměry. Před zavedením se natřela špička se rtuť vazelínou nebo olejem a opatrně se zavedla 2 až 3 cm do konečníku. Nejvhodnější poloha nemocného byla na boku. Malé děti se položily na záda; jednou rukou se držely pokrčené nožičky přitisknuté k bříšku (46). Teplota v rektu se dále měřila u těžce nemocných, u nemocných v bezvědomí, při onemocnění horních končetin nebo úst a u simulantů. Doba měření byla 3 až 5 minut. Po celou dobu měření se musel teploměr držet. Teplota v konečníku byla stejně jako teplota v ústech o 0,5 až o 1 °C vyšší než v podpaží. Než se teploměr ponořil do dezinfekčního roztoku, musel se od vazelíny otřít éterem a opláchnout v chladné vodě (46).

Roušarová doporučovala sestřám, aby se čas od času přesvědčily o správnosti měření teploměrů ponořením do vody o teplotě 41 °C. Ty teploměry, které neměřily přesně, se vyřadily. Rovněž bylo zapotřebí přeměřit nespolehlivé nemocné (46).

Doba měření teploty byla nejčastěji dvakrát denně – ráno před snídaní a odpoledne mezi 15. a 18. hodinou; podle nařízení lékaře i častěji. Při některých onemocněních se teplota měřila každé 2 hodiny; vedl se přitom oddělený zápis a do teplotní křivky se zapisovaly jen nejvyšší a nejnižší teplota dne. Obyčejně se záznam o teplotě prováděl do dekursu. Podle výšky teploty se kreslila teplotní křivka. Teplotní křivky byly charakteristické pro některá onemocnění. Pomáhaly stanovit diagnózu a sledovat průběh onemocnění. Občas bylo vhodné měřit pro kontrolu dvěma teploměry (46).

Sledování pulzu

Jak už víme, u tepu bylo důležité sledovat tři znaky: rychlost, jakost a pravidelnost. Tep se nejčastěji sledoval na vřetenní tepně, případně na krkavici, spánkové tepně, dolní končetině nebo i na srdci. Roušarová doporučovala počítat tep celou minutu,

zvláště pokud sestra nebyla zkušená; při větších zkušenostech mohla měřit tep půl nebo čtvrt minuty a hodnotu vynásobit dvěma nebo čtyřmi. Počet tepů se zapsal či zakreslil do křivky a každá neobvyklá změna v počtu či v jakosti, zejména náhlá, se musela ihned hlásit lékaři (46).

Tep a dech se obvykle počítal jednou denně – ráno. U těžce nemocných, po operaci a podobně, rovněž při náhlém zhoršení stavu jedince, bylo nutno sledovat tep i dech častěji (46).

Sledování dechu

Při sledování dechu se vycházelo z normálního počtu dechů u dospělého jedince v klidu, tzn. 14 až 20 za 1 minutu. Jak už jsme nastínili, u dechu se sledovaly rychlost, pravidelnost – tj. rytmus (např. Cheynovo-Stokesovo dýchání) a jakost (např. dýchání mělké, hluboké, klidné, hlučné atd.) (46).

Dech se počítal podobně jako tep buď celou minutu nebo při větší zkušenosti sestry půl minuty. Počet dechů se taktéž zapisoval do dekursu nebo do křivky a každá nápadná změna musela být hlášena lékaři (46).

6.7 Období 1948 až 1957

Sledování tělesné teploty

Špindlerová vysvětluje, že lékařský teploměr se označoval termínem maximální, protože trvale ukazoval nejvyšší teplotu, na kterou byl zahřátý. Před měřením tělesné teploty bylo zapotřebí přesvědčit se o celistvosti, neporušenosti a čistotě teploměru. Při dezinfekci měl dezinfekční roztok dosahovat do poloviny výšky teploměru. Roztok měl být měněn po pěti až sedmi dnech (52).

Nejobvyklejší byl u nás teploměr podpažní (axilární), teploměr ústní, který byl malý a trojboký, a teploměr rektální. Dále se užívalo kožních teploměrů velkých rozměrů pro měření změn teplot kožního povrchu a rychloběžných teploměrů rektálních užívaných u dětí. Tyto nebyly maximální, a proto se nesmělo zapomenout vyhodnotit teplotu ještě před vyjmutím teploměru (52).

Teplota těla se mohla měřit na různých místech; mimo dříve uvedená také v tříselném ohbí a v pochvě (52).

Při měření teploty musel být nemocný v klidu. U neklidných nemocných musela sestra teploměr přidržit nebo jeho umístění opakovaně kontrolovat (52).

K měření teploty sestra připravila na podnos: kádinku s teploměry ponořenými do dezinfekčního roztoku, kádinku s čistou vodou, čtverečky buničiny, emitní misku na odpadky a kelímek s vazelínou nebo olejem k měření rektálním teploměrem (52).

Axilární teploměr se vyjmul z dezinfekčního roztoku. Před vložením do podpaží nemocného ponořila sestra teploměr do kádinky s čistou vodou. Otřela jej a přesvědčila se, že je sklepaný (52). Při měření v podpaží se dodržoval stejný postup jako dříve.

U malých dětí nebo u kachektických jedinců se teplota měřila v tříselném ohbí. Sestra teploměr vložila do uvedeného místa, ohnula přitom nemocnému dolní končetinu v koleně, přes kterou přeložila druhou (52).

Pokud sestra neměla k dispozici ústní teploměr, mohla teplotu v ústech měřit teploměrem axilárním. Teploměr se napřed opláchl v čisté vodě a vložil šikmo pod jazyk. Sestra nemocného vyzvala, aby zavřel ústa a dýchal nosem. Alespoň 10 minut před měřením tímto způsobem nesměl nemocný nic horkého či studeného jíst ani pít a také nesměl kouřit (52).

V nemocnicích se teplota měřila denně všem nemocným po celou dobu hospitalizace. V domácím ošetřování se teplota sledovala po dobu nemoci a v rekonvalescenci. Frekvenci měření tělesné teploty určoval lékař. Teplota se měřila nejméně dvakrát denně (52).

Sledování pulzu

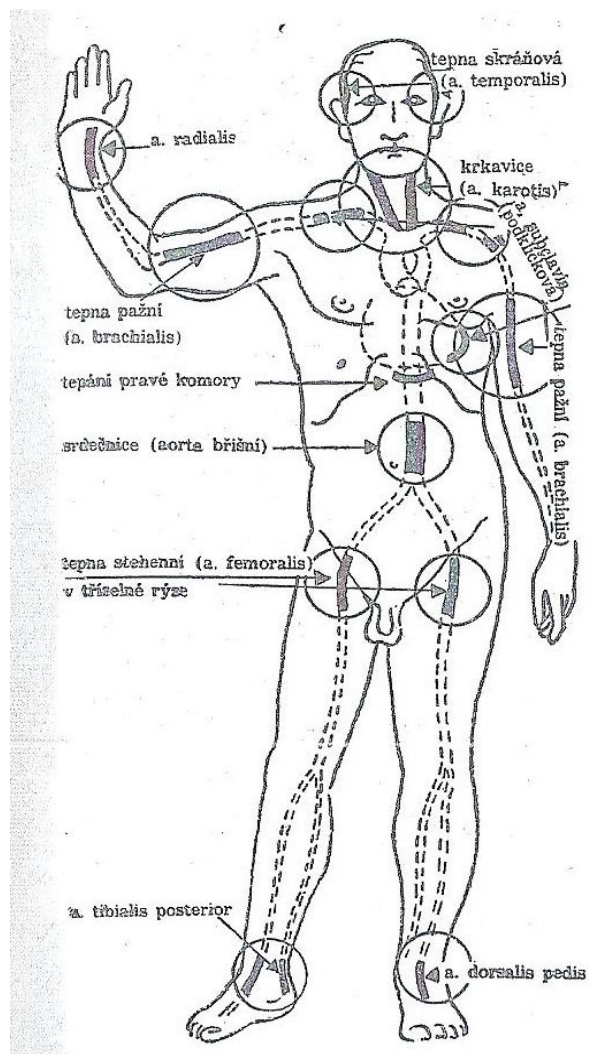
Faktory, jež ovlivňovaly rychlost tepu, již známe. Jednalo se o výšku jedince, o polohu těla, o svalovou práci. Dále souvisel počet tepů s přijímáním potravy, s náhlou bolestí, nevolností, tělesným a duševním vzrušením, s hormony a léky a v neposlední řadě též s horečkou; s každým stupněm nastalo obyčejně zvýšení frekvence asi o osm tepů. Klid, spánek a hladovění tep zpomalovaly (52).

Bylo nezbytné, aby sestra věděla, kterou cestou tepny probíhají²⁵ (viz obr. 54), a to ze dvou důvodů: při poranění nemocného věděla, kde tepnu nahmatat a stlačit, dále proto, že dovedla spočítat nemocnému tepy místo lékaře, když nebyl právě přítomen. Nejednou tak podala lékaři cennou informaci. Bez jeho výzvy počítala tepy vždy, když si nemocný ztěžoval na bušení srdce a pokud omdlel (48).

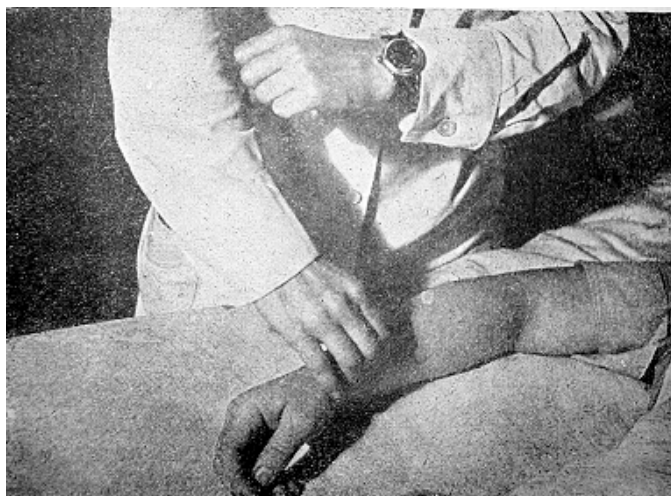
Při měření tepu musel být nemocný v klidu, jeho paže byla podepřena a svaly na předloktí byly uvolněny. Na vyšetřovanou tepnu se položily tři prsty pravé nebo levé ruky – ukazováček, prostředníček a prsteníček (viz obr. 55, 56). Ty se stlačily natolik, aby se tlak prstů přibližně vyrovnal tlaku uvnitř tepny. Sestra začala s počítáním tepů až po několika úderech, které jasně cítila (52).

Do záznamu o průběhu onemocnění i do křivek se vždy zapisoval počet tepů za celou minutu (52).

²⁵ Dnes hovoříme o tzv. tlakových bodech.



Obrázek 54 – Průběh tepen. Zdroj: Filip, 1952, s. 271.



Obrázek 55 – Měření tepu pravou rukou se sledováním hodinek na druhé ruce.

Zdroj: Špindlerová, 1953, s. 72.



Obrázek 56 – Měření tepu levou rukou za současného sledování hodinek na téže ruce.

Zdroj: Filip, 1952, s. 273.

Sledování dechu

U dýchání bylo nutno všímat si jeho rychlosti, pravidelnosti a hloubky. Jak už víme, počet dechů se měnil ve spojitosti s věkem, s polohou těla, se svalovou prací, s pobytem v horském prostředí a horečkou, s chorobami plic a mnohými léky. Fyziologicky zpomalené dýchání nastávalo ve spánku (52).

Normální dýchání bylo rytmické. Vdech a výdech za sebou následovaly v pravidelných intervalech. Špindlerová popisovala Kussmaulovo dýchání. Bylo charakteristické u nemocných v bezvědomí nebo obluzení, kdy nemocný dýchal zhluboka, hlučně a poněkud zrychleně (52).

Sledování krevního tlaku

Poprvé v tomto období uváděly studijní materiály techniku měření krevního tlaku. Krevní tlak měřil lékař. Nemocný se položil na lůžko či lehátko. Gumovou manžetu nasadil lékař vysoko nad loketní jamku, aby měl přístup na pažní tepnu (a. brachialis). Krevní tlak bylo možno měřit buď poslechově, nebo pohmatově – palcem (48).

Při poslechovém měření (viz obr. 57) si lékař vsunul do uší olivy fonendoskopu a na místo a. brachialis přiložil sluchátko fonendoskopu. Pomocí gumového balónku se naplnila manžeta tlakoměru. Membrána sluchátka se přitom stále přidržovala levou rukou v loketní jamce. Druhou rukou se postupně vypouštěl vzduch z balónku pomalým povolováním a přitahováním uzavírajícího šroubu. Jakmile lékař uslyšel pulzaci, zjistil hodnotu systolického tlaku buď podle polohy ručičky na manometru, nebo z výše rtuťového sloupce na stupnici. Vzduch se pomalu vypouštěl. V okamžiku, kdy pulzace ustala, zjistil lékař hodnotu diastolického tlaku. V nejasných případech se měření opakovalo (47, 48).

Při zapisování naměřených hodnot se jako první psal systolický tlak, oddělený svislou čarou, pak tlak diastolický. Za hodnotami se poznamenal typ tlakoměru; pokud byl tlak měřen na rtuťovém sloupci – napsalo se „mm Hg“, pokud na tlakoměru se škálou na manžetě, poznačil se název tlakoměru (47).



Obrázek 57 – Poslechové měření krevního tlaku. Zdroj: Filip, 1952, s. 272.

6.8 Období 1958 až 1967

Sestra musela dobře ovládat techniku vyšetření tělesné teploty, tepu, dechu a krevního tlaku. Zjištěné hodnoty vždy zaznamenávala do dekursu. Tato vyšetření sloužila jako podklad k správnému hodnocení stavu nemocného (59).

Sledování tělesné teploty

Při hodnocení tělesné teploty se vycházelo z fyziologické teploty 35,8 až 36,8 °C. Teplota nad 37 °C, která nepřesahovala 38 °C, se hodnotila jako subfebrilní. Od 38 °C se jednalo o horečku (febris), nad 39 °C o vysokou horečku (53, 54).

Na obrázku 58 jsou znázorněny některé druhy teploměrů; první zleva vidíme lékařský neboli maximální teploměr, dále ústní (rovněž maximální), rektální (rychloměrný) a vpravo je teploměr kožní (59).

V porovnání s některými učebnicemi nedoporučoval Pacovský měření v tříslech u kachektických nemocných pro jeho nepřesnost. Taktéž měření v konečníku se u starších jedinců pro časté rektální komplikace užívalo výjimečně.

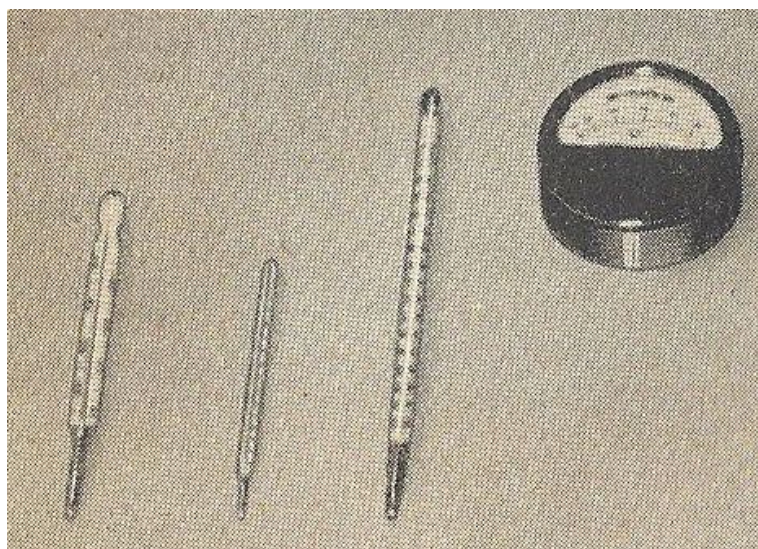
Nejvhodnější bylo měření teploty v axile za předpokladu, že sestra byla po celou dobu měření u nemocného přítomna (56).

Teplota se měřila obvyklým způsobem. Po vyjmutí z podpaží nemocného sestra teploměr otřela, odečetla teplotu, sklepala a vložila zpět do dezinfekčního roztoku. Teplotu zaznamenala do teplotní tabulky a do dekursu (59). U dospělého jedince byla teplota v ústech asi o 0,1 až 0,3 °C a v rektu o 0,5 °C vyšší než teplota v podpaží (60).

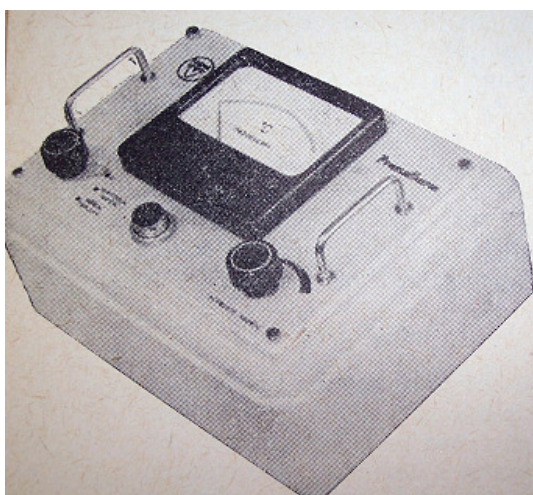
V ústech se teplota měřila malým trojbokým teploměrem. Učebnice se shodovaly, že nemocný nesměl požit nic horkého ani studeného 20 minut před vyšetřením. Teploměr se po vyjmutí z dezinfekčního roztoku opláchl v čisté vodě, otřel a vložil pod jazyk. Další postup již známe. Při zaznamenávání teploty sestra buď napsala skutečnou teplotu, nebo k naměřené teplotě poznamenala, v jakém místě byla měřena. Uvedla také dobu měření (55, 59).

K měření teploty na kůži se užívaly rychloběžné teploměry odlišného typu. Spodní část teploměru „budíčku“ byla opatřena kovovou ploškou, která se přiložila na kůži. Na jeho horní části (viz obr. 58) byla stupnice s ručičkou. Kožním teploměrem se sledovala nejčastěji teplota dolních končetin při cévních poruchách. Kůže musela být zcela suchá. Vlhká kůže se zlehka otřela, neměla se masírovat. Po přiložení teploměru se ručička musela ustálit; teprve potom mohla sestra teplotu odečíst. Následně se kovová ploška otřela dezinfekčním roztokem a teploměr se uložil do pouzdra. Získaná teplota se zapsala do dekursu (59).

Na speciálních odděleních se užívaly termistorové teploměry (viz obr. 59). Doba měření byla oproti měření klasickým teploměrem mnohem kratší. Bylo s nimi možné měřit např. teplotu v ústech či kožní teplotu. K měření teploty v podpaží nebyly vhodné. Tyto teploměry byly velmi drahé, proto se používaly pouze ve výzkumu (59).



Obrázek 58 – Druhy teploměrů. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 98.



Obrázek 59 – Termistorový teploměr. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 100.

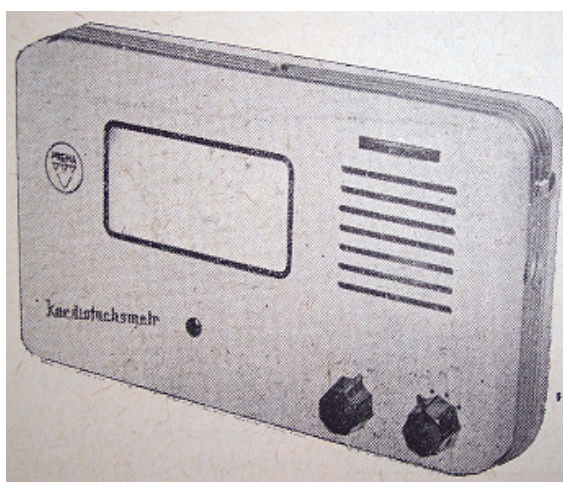
Sledování pulzu

Rozsypalová uváděla normální rychlost tepu u staršího člověka 80 až 90 tepů za minutu. Při rozličných onemocněních srdce a plic se počet tepů měnil. Mohla nastat tachykardie nebo naopak bradykardie (59).

Při měření se postupovalo obvyklým způsobem. Některé učebnice uváděly, že se pulz vyšetřoval konečky všech prstů ruky, vyjma palce (53). Počet tepů se zapsal do dekursu (např.: P = 70/min., pravidelný) a graficky se zaznamenal

do teplotní tabulky; vytvářela se tak tepová křivka (viz příloha č. 3). Nápadné změny v počtu a pravidelnosti tepu se ihned hlásily lékařům (59).

V případě, že bylo potřeba měřit pulz nemocného neustále (např. operační sály, bezvědomí), užíval se nový přístroj, a to tranzistorový kardi tachometr (viz obr. 60). Jeho součástí byl malý snímač, který byl spojen s přístrojem šňůrou. Příkladal se na poslední článek prstu horní nebo dolní končetiny. Přístroj se uváděl v činnost dvěma tlačítky. Ručička na stupnici ukázala hodnotu tepu asi za 10 sekund po zapnutí přístroje (59).



Obrázek 60 – Tranzistorový kardi tachometr (A). Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 104.

Sledování dechu

Jak už víme, u dechu se sledovala rychlost, pravidelnost a jakost. Zrychlené dýchání nad fyziologickou hodnotu se označovalo termínem tachypnoe, zpomalené dýchání bradypnoe, obtížné dýchání dyspnoe a zastavení dechu apnoe. Mezi nepravidelné dýchání patřily mj.:

- *Kussmaulovo* dýchání;
- *Cheynevo-Stokesovo* dýchání, pro které byly typické apnoické pauzy. Tyto se střídaly s periodami vzestupných a sestupných dýchacích výkyvů. Vyskytovalo se při krvácení do mozku, selhání srdce a ledvin, dále také u některých druhů otrav;

- *Biotovo* dýchání bylo mělké. Vyznačovalo se střídáním apnoických pauz se skupinou dechů téže intenzity. Vyskytovalo se u nemocných se záněty mozkových blan (59, 60). (viz příloha č. 4)

Sledování krevního tlaku

Vědělo se, že krev má v tepnách určitý tlak; při srdeční systole je tlak vyšší a při diastole nižší. Při sledování krevního tlaku se vycházelo z normálních hodnot systolického tlaku dospělého člověka v klidu, tj. 100 až 140 mm Hg a diastolického, tj. 60 až 85 mm Hg. Hodnoty vyšší či nižší se označovaly termíny hypertenze, resp. hypotenze (53, 59).

Krevní tlak se zvyšoval s přibývajícím věkem, se sníženou pružností tepen, se zvýšenou námahou, v důsledku některých onemocnění atd. Naopak ke snižování docházelo ve spánku, při velkém krvácení apod. (59).

K měření krevního tlaku bylo zapotřebí tlakoměru neboli tonometru. Ten sestával z gumové manžety a z manometru. Z manometru vycházely dvě hadičky; jedna byla zakončena gumovým balónkem s ventilem a druhá spojovala manometr s manžetou. Tonometry byly rtuťové nebo s manometrem ve formě hodinek. Rtuťové tonometry byly přesnější (59).

Auskultační metodu měření krevního tlaku jsme si přiblížili v předchozím desetiletí. Mimo známé zásady bylo vhodné, aby nemocný zaujímal při kontrolním zjišťování krevního tlaku vždy obdobnou polohu, vsedě nebo vleže. Rukáv košile se musel vyhrnout. Pokud byl těsný, košile se vysvlékla. Gumová manžeta se přiložila tak, aby na tepnu přiléhala manžeta, nikoliv prázdňá látka. Zbytek manžety se obtočil kolem paže nemocného a dobře se zasunul. Šroubek balónku se uzavřel. Třemi prsty levé ruky se v loketní jamce vyhmatala tepna, sestra si nasadila fonendoskop a jeho membránu přiložila na pulzující místo. Balónkem se nahustila manžeta až na dosah horní hranice rtuti či ručičky manometru. Palcem ruky se pomalu uvolňoval šroubek (viz obr. 61). Dále se postupovalo známým způsobem. Po změření tlaku se vypustil z manžety všechn vzduch (59).

Jestliže sestra zpozorovala nápadný rozdíl v hodnotě naměřeného tlaku a v hodnotě dřívější, okamžitě upozornila lékaře (59).

Při měření krevního tlaku palpační metodou se postupovalo podobně. Namísto membrány fonendoskopu se na pulzující místo přiložily prsty levé ruky. Při vypouštění vzduchu z manžety se muselo dávat pozor, kdy se ucítil první úder a kdy úder vymizely. Většinou se nepodařilo přesně stanovit hranici diastolického tlaku (59).



Obrázek 61 – Uvolňování šroubku palcem ruky při měření krevního tlaku.

Zdroj: Poláčková – Šráčková, 1966, s. 148.

6.9 Období 1968 až 1977

Sledování tělesné teploty

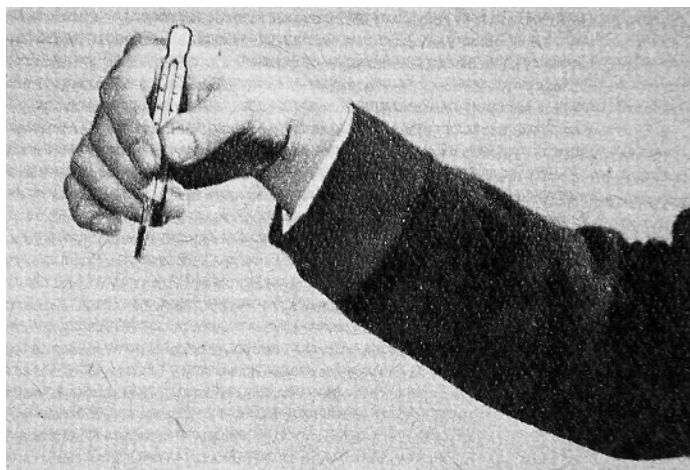
Za fyziologické rozmezí tělesné teploty se považovaly hodnoty 36,0 až 36,9 °C (71). Velmi vysoké teploty nad 41 °C se nazývaly hyperpyrexie (70).

Před měřením tělesné teploty v axile měla mít sestra k dispozici počet teploměrů shodný s počtem nemocných (71). Učebnice uváděly odlišnou techniku sklepávání rtuti na požadovanou stupnici. Například Rozsypalová radila sklepat rtuť tak, že se teploměr vložil mezi prostředníček a prsteníček, přidržel palcem a několikrát se lehce švihlo rukou v zápěstí (62). (viz obr. 62)

Dále mohla sestra postupovat známým způsobem. Práci si mohla ulehčit tím, že teploměry omyla pod tekoucí vodou a připravila na podnos už na vyšetřovně.

Po změření a zaznamenání teploty do teplotní tabulky vložila použitý teploměr do emitní misky vyložený čtvercem buničiny. Nakonec na vyšetřovně všechny teploměry opláchla, osušila a vložila zpět do dezinfekčního roztoku (71).

Měření teploty u žen v pochvě se sledovalo, zda je menstruační cyklus ovulační či anovulační (70).



Obrázek 62 – Sklepávání rtuti teploměru. Zdroj: Kolektiv autorů, 1971, s. 524.

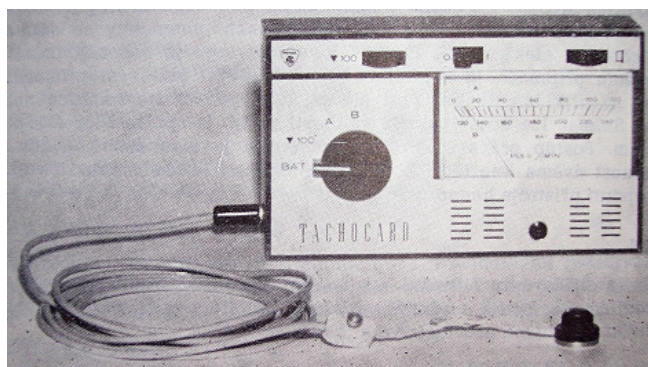
Sledování pulzu

Spurný uváděl normální tep u zdravého dospělého jedince 70 až 90 za minutu. Tachykardií se označoval počet tepů větší než 90 za minutu a bradykardií zpomalení pulzu pod 60 za minutu. Nepravidelná srdeční činnost se označovala arytmie (70).

Posuzování kvality tepu bylo velmi důležité:

- *plný, dobře hmatný pulz* byl u normálního tepu;
- *tvrdý pulz* u hypertenze, při nepružné stěně cévy;
- *měkký pulz* u hypotenze;
- *nitkovitý pulz* byl pulz velmi špatně hmatný; sestra pociťovala jen slabé rychlé záchvěvy, které se nedaly snadno spočítat (70, 71).

Na obrázku 63 je vyobrazen tranzistorový kardi tachometr, který se užíval v 70. a 80. letech 20. století.



Obrázek 63 – Tranzistorový kardi tachometr (B). Zdroj: Rozsypalová, 1972, s. 88.

Sledování dechu

Jak už víme, dýchání je fyziologický pochod, při němž dochází k výměně plynů mezi organismem a zevním prostředím. Počet dechů se sledoval pohledem nebo přiložením ruky na hrudník (70).

Hluboké dýchání se označovalo termínem hyperpnoe, mělké hypopnoe (70).

Jelikož bylo možno dýchání záměrně ovlivnit, obvykle se připojilo měření dechu k měření tepu. První minutu se počítal tep a druhou dech. U nemocného v bezvědomí se dlaň jedné ruky položila na hrudník. Pokud sestra pochybovala o dýchání nemocného v těžkém stavu, dlaň druhé ruky přiložila na nadbříšek. Jestliže nemocný dýchal, sestra ucítila jemné záchvěvy. Další možností bylo položit před ústa nemocného zrcátko; i při nepatrné dýchací činnosti se orosilo (71).

Dech se nejčastěji zapisoval do dekursu v této podobě: $D = 18/\text{min.}$, pravidl. Méně často se zapisoval do dechové křivky v teplotní tabulce (71).

Sledování krevního tlaku

Měření tlaku se považovalo za zodpovědný výkon. Prováděl jej lékař nebo sestra. Ošetřovatelka s ním byla obeznámena. Při měření krevního tlaku se postupovalo známým způsobem. Manžeta tonometru se nafoukla vzduchem tak, aby výška rtuťového sloupce dosahovala nad předpokládanou hodnotu krevního tlaku. Krevní tlak se nejčastěji zaznamenával zlomkem. Jestliže se sledoval v pravidelných intervalech, mohl se zaznamenat do křivky v teplotní tabulce (71).

Krevní tlak se měřil nejčastěji rtuťovým tlakoměrem. Aby byly měřené hodnoty spolehlivé, sestra musela při měření tlaku dodržovat určité zásady:

1. Nemocný měl u měření ležet nebo sedět.
2. Manžeta musela být těsně namotaná na paži.
3. Hladina rtuti musela být po připevnění manžety na nule.
4. Svaly paže měly být zcela uvolněné. (70)

Fyziologické hodnoty krevního tlaku se u zdravých lidí pohybovaly mezi 100 až 150 mm Hg (torrů) systolického tlaku a pod 90 mm Hg diastolického tlaku. O hypertenzi se hovořilo v souvislosti se systolickým tlakem vyšším než 150 mm Hg nebo s diastolickým tlakem nad 95 mm Hg. Hypotenzí se označoval pokles krevního tlaku v systolické hodnotě pod 100 mm Hg (70).

6.10 Období 1978 až 1987

Sledování tělesné teploty

Teploměr se vybíral podle místa měření. Kromě maximálních a rychloběžných lékařských teploměrů se používaly i teploměry speciální (odporové, termistorové, dilatační). Ty sloužily k dálkovému měření teploty, k měření teploty na několika místech současně atd. Uplatňovaly se u nemocných, u kterých bylo potřeba sledovat tělesnou teplotu často a dlouhodobě (74).

Při měření tělesné teploty speciálním teploměrem bylo na kůži či na sliznici nemocného trvale připevněno malé čidlo. Prostřednictvím kabelu byl nemocný napojen na přístroj v sesterně. Stisknutím vypínače sestra zjistila aktuální teplotu nemocného. Na přístroj (viz obr. 64) mohlo být napojeno několik nemocných současně (74).

Nyní si shrneme zásady, které bylo nutno dodržovat při běžném měření:

1. Jestliže lékař nestanovil jinak nebo pokud to stav jedince nevyžadoval, teplota se měřila pravidelně dvakrát denně; ráno mezi 5. a 6. hodinou a odpoledne mezi 16. a 17. hodinou.
2. V době měření teploty měli být všichni nemocní přítomni na pokojích a ležet na lůžku.

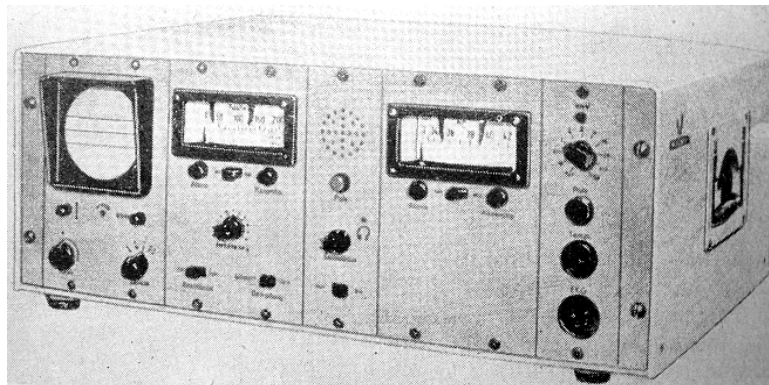
3. Pokud se jednalo o méně obvyklý způsob měření, bylo zapotřebí s ním předem obeznámit nemocného.
4. Rtuťový sloupec maximálního teploměru musel být sklepan pod hranici 36 °C.
5. Kůže v podpaží nebo v tříslech musela být osušena.
6. Běžně užívané teploměry byly uloženy v kádince naplněné do poloviny dezinfekčním roztokem. (viz obr. 65)
7. Délka měření tělesné teploty v podpaží, v ústech, v třísle, v konečníku a v pochvě byla 8 až 10 minut.
8. Při měření teploty u nemocných neklidných, v bezvědomí, simulujících či naopak disimulujících a u dětí musela být přítomna sestra.
9. Při podezření z předstírání příznaku onemocnění se měřila teplota dvěma teploměry zároveň pod oběma pažemi. (72, 73)
10. Naměřená teplota se bezprostředně po měření zapsala do dekursu (např.: $T = 37,6 \text{ } ^\circ\text{C}$) a znázornila do teplotní tabulky křivkou (viz příloha č. 5); zaznamenávala se červeně (73, 74).

Příloha č. 6 znázorňuje teplotní křivky značící některé typy horečky, o nichž jsme se zmiňovali dříve.

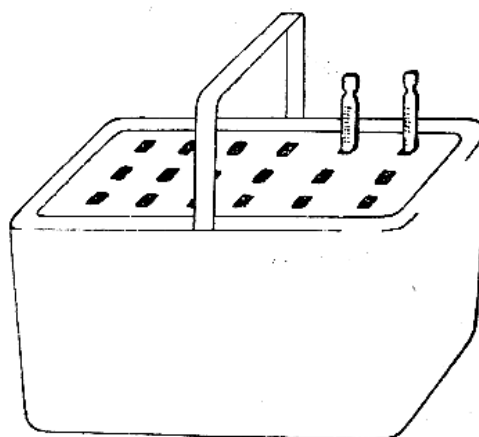
Alespoň jednou týdně se doporučovalo překontrolovat funkci teploměrů. Sklepané teploměry se vložily do nádoby s vodou o teplotě okolo 37 °C. Všechny teploměry měly ukazovat shodnou teplotu. Největší přípustná odchylka byla plus mínus 0,3 °C. Teploměry s větším teplotním rozdílem se vyřadily (72, 73).

Teplota se u dospělých jedinců měřila v konečníku jen výjimečně. Používal se k tomu rektální teploměr maximální. Teploměr se ponechával v individuálním používání jedince. Při měření teploty se postupovalo následovně: Sestra si oblékla rukavici na levou ruku. Pokud to dovoloval stav nemocného, otočil se na bok. V opačném případě zůstal ležet na zádech a pokrčil dolní končetiny. Konec teploměru se před zavedením do konečníku namočil do oleje nebo potřel vazelínou. Teplota se měřila 5 až 8 minut. Teploměr se vyjmul a otřel benzínem.

Po odečtení teploty se vložil zpět do dezinfekčního roztoku. Teplota naměřená v konečniku byla o 0,3 °C vyšší než v podpaží (72, 73).



Obrázek 64 – Speciální typ teploměru. Zdroj: Staňková, 1980, s. 88.



Obrázek 65 – Teploměry v kádince s dezinfekčním roztokem.

Zdroj: Rozsypalová, 1978, s. 126.

Sledování pulzu

Pro stanovení změn se vycházelo z fyziologického počtu tepů typického pro určitou věkovou skupinu:

- novorozenec: 120 až 140 tepů za minutu,
- kojeneček kolem jednoho roku: 100 až 120 tepů za minutu,
- desetileté dítě: 90 tepů za minutu,
- dospělý jedinec: 70 až 80 tepů za minutu (72, 73).

Pulz se měřil:

- a) *Centrálně – auskultační metodou.* Fonendoskop nebo ruka se přiložily nad hrot srdce, tj. pod levou prsní bradavku.
- b) *Periferně – palpační metodou.* Na větších tepnách, které bylo možno přitlačit na pevný podklad kosti. (75) Tyto tepny již známe.

Rozsypalová v učebnicích uváděla, že se tep měřil obvykle jedenkrát denně mezi 7. a 9. hodinou ranní. Postup měření tepu byl obdobný jako v dřívějších etapách. K záznamu tepu se používalo modře písíčí tužky (72, 73). (viz příloha č. 5 – tep je znázorněn hnědě)

Sledování dechu

Při určování změn dechové frekvence bylo nutno vycházet z fyziologických hodnot:

- novorozenec měl 55 dechů za minutu,
- kojeneček 25 dechů za minutu,
- desetileté dítě 20 dechů za minutu,
- dospělý člověk 16 až 18 dechů za minutu (72, 73).

Jestliže se dech zaznamenával křivkou do teplotní tabulky, sestra jej musela barevně odlišit. Nejčastěji se zakresloval zelenou barvou (72, 73). (viz příloha č. 5)

Sledování krevního tlaku

Při měření tlaku se musely dodržovat určité zásady:

1. Nemocného při vědomí bylo třeba o výkonu informovat.
2. Jedinec měl při měření tlaku zaujímat vždy stejnou polohu a nejlépe 3 až 5 minut před výkonem být v klidu.
3. Tonometr se postavil na rovnou plochu ve výši hrudníku.
4. Rtuťový sloupec musel být ve výši očí.
5. Manžeta tonometru musela být před započítím měření tlaku prázdná, šroubek uzavřen.
6. Pokud měl nemocný těsný rukáv, košile se svlékla.

7. V pokoji mělo být ticho.
8. V případě, že sestra údery špatně slyšela, vypustila manžetu a měření zopakovala.
9. Po skončení výkonu se nejdříve uvolnil šroubek, vypustil se vzduch z manžety a teprve poté se manžeta z paže odstranila.
10. Nemocnému se výška tlaku nesdělovala. Obzvláště ne tehdy, pokud byl naměřený tlak výrazně vyšší nebo nižší. (72, 73)

Zjištěné hodnoty se zapisovaly do dekursu a také je bylo možno zaznamenat do teplotní tabulky (72, 73). (viz příloha č. 5)

6.11 Období 1988 až 1997

Sledování tělesné teploty

Termínem pyrexie (horečka, hypertermie) se označovala teplota nad normální rozsah (76). (viz obr. 66)

Z běžných postupů měření tělesné teploty se považovala za nejpřesnější rektální metoda, protože udávala spíše vnitřní teplotu než povrchní (76).

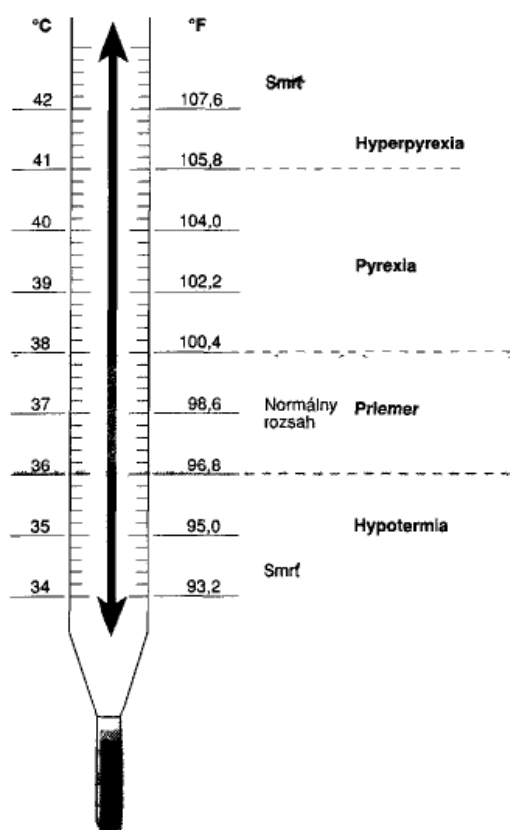
Klasické *rtuťové teploměry* mohly mít různé zakončení (viz obr. 67). Orální teploměry měly konec štíhlý, krátký kulatý nebo hruškovitý. Teploměr s kulatým koncem se mohl užívat také např. při měření v konečníku. V některých zdravotnických zařízeních se teploměry určené pro odlišná místa měření označovaly. K jednomu použití se vyráběly *teploměry jednorázové* (76).

Nezvyklou možnost měření umožňovaly nově *teploměry elektronické*. Tělesná teplota se jimi změřila za několik sekund. K měření tělesné teploty bylo možno v individuálních případech použít *chemické jednorázové teploměry*. Jeden z typů měl na konci chemické body, které reagovaly na teplo změnou barvy. Teploměr se nacházel v plastovém pouzdře. Pro aktivaci chemických látek sestra s teploměrem pohybovala nahoru dolů. Stáhla plastové pouzdro a teploměr umístila nemocnému pod jazyk. Na místě se nechal výrobcem doporučený čas. Po vyjmutí z úst se odečítaly body se změněnou barvou (76).

Na podobném principu byla založena *jednorázová páska citlivá na teplo*, která reagovala změnou barvy po přiložení na suchou kůži. Po sejmutí se barva porovnávala se škálou od výrobce (76).

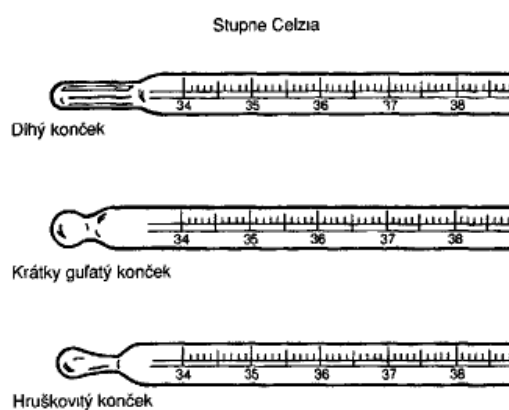
Při měření teploty v rektu bylo zdůrazňováno zajištění soukromí nemocného. „*Súkromie je dôležité, lebo nahota vyvoláva rozpaky.*“ (76 s. 331)

Umístění teploměru při orálním měření mělo být vpravo nebo vlevo od uzdičky jazyka (76). (viz obr. 68)



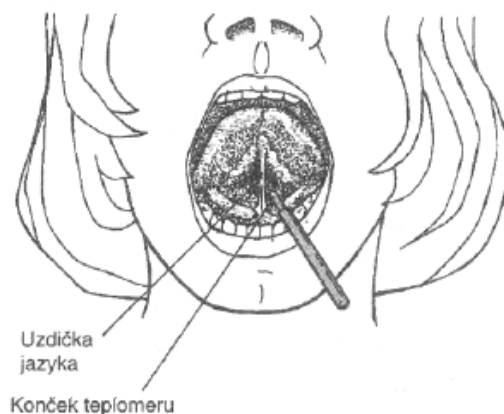
Obrázek 66 – Rozdělení teploty.

Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 326.



Obrázek 67 – Zakončení rtuťových

teploměrů. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 329.



Obrázek 68 – Umístění teploměru při orálním měření.

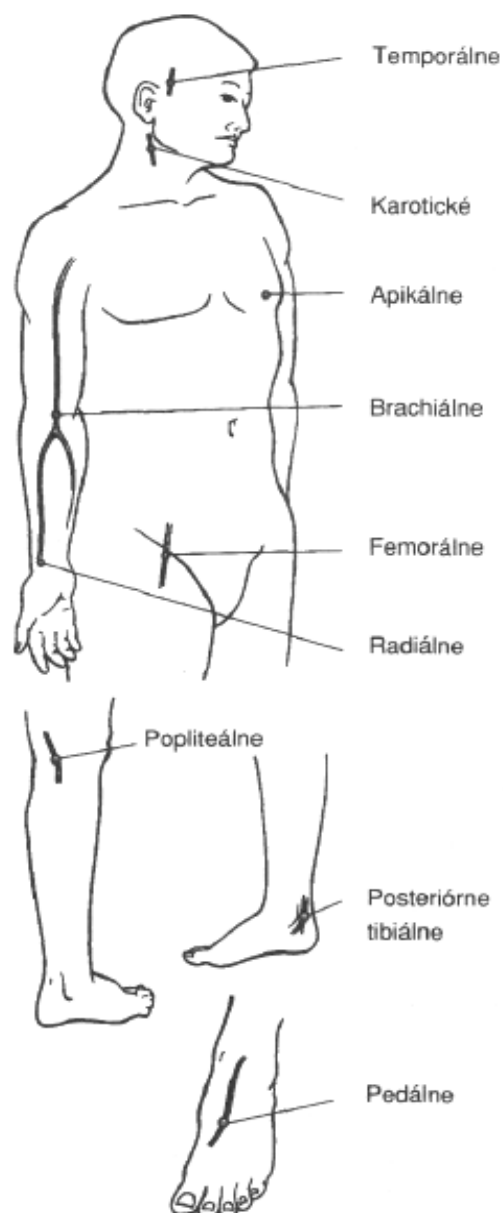
Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 331.

Sledování pulzu

Na obrázku 69 jsou znázorněna místa, na kterých se obvykle měřil pulz. Pro nahmatání pulzu ve všech lokalitách kromě srdce sloužila bříška tří středních prstů ruky. Stetoskop se používal ke zjištění apikálního²⁶ (centrálního) pulzu a srdečních ozev. Ke zjištění těžko hmatatelného pulzu se začal nově využívat ultrazvukový (dopplerovský) stetoskop (76).

Při měření apikálního pulzu se postupovalo následovně: Sestra nemocného uložila do polohy na zádech s mírně vyvýšenou hlavou. Odhalila hrudník ve výši nad hrotem srdce a nahmatala místo, kde byl apikální pulz nejjasnější. Membránu a olivy stetoskopu očistila antiseptickou utěrkou. Membránu stetoskopu ohřála krátkým podržením v dlani. Olivy vsunula do uší a membránu přiložila na hrudník nemocného. Pokud byl rytmus pravidelný, počítala údery 30 sekund a násobila dvěma. V opačném případě jej měřila celou minutu. Zjištěné údaje zaznamenala (76).

²⁶ tj. od slova apex, hrot (srdeční)



Obrázek 69 – Místa nejčastějšího měření pulzu.

Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 335.

Sledování dechu

Kromě rychlosti, pravidelnosti a hloubky se u dýchání posuzovala jakost neboli charakter. Sledovaly se aspekty odlišné od normálního dýchání; například velikost úsilí, kterou musel člověk vynaložit při dýchání nebo zvuk dýchání (76).

Sledování krevního tlaku

Průměrný krevní tlak dospělého jedince byl stanoven na 120/80 mm Hg. O hypertenzi se hovořilo, pokud byly při dvou po sobě následujících měření zjištěny hodnoty nad 140 mm Hg systolického nebo 90 mm Hg diastolického tlaku. V případě hypotenze se systolický tlak pohyboval pod hodnotou 100 mm Hg (76).

K měření krevního tlaku se také využívaly ultrazvukové (dopplerovské) stetoskopy; častěji však běžný tonometr (76). Obrázek 70 představuje dva druhy tonometru, které známe z předchozích etap. K výkonu byl důležitý výběr správné velikosti manžety. Ta se volila podle obvodu ramene.

Metody měření krevního tlaku se členily na *přímé měření (invazivní monitorování)*, při kterém se katétr zaváděl do brachiální, radiální či femorální arterie; a *neinvazivní nepřímé metody* měření krevního tlaku. Sem spadala například měření auskultační a palpační (76).

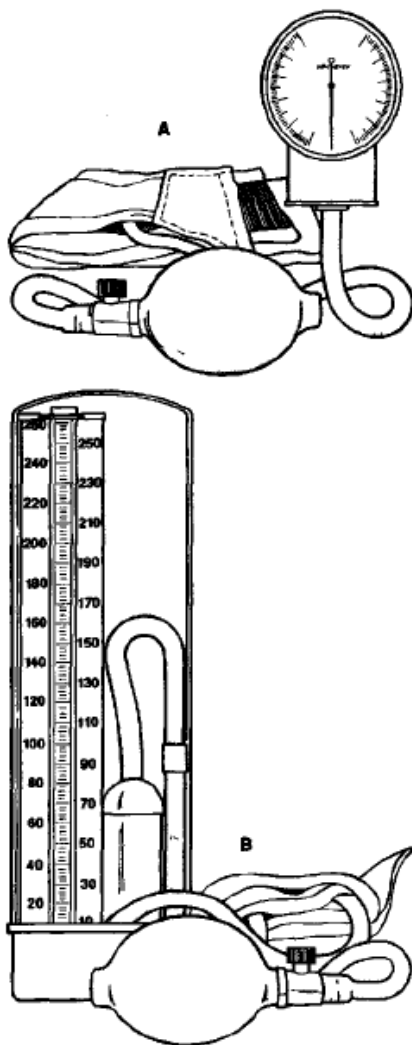
Měření krevního tlaku nejčastěji probíhalo na paži. V nezvyklých případech mohlo být indikováno měření na předloktí nebo na dolní končetině (76).

Při měření tlaku na paži se manžeta přikládala tak, aby byl její střed umístěn na střední části paže. Dolní okraj manžety se u dospělého člověka umísťoval 2,5 cm nad loketní jamku (76). (viz obr. 71)

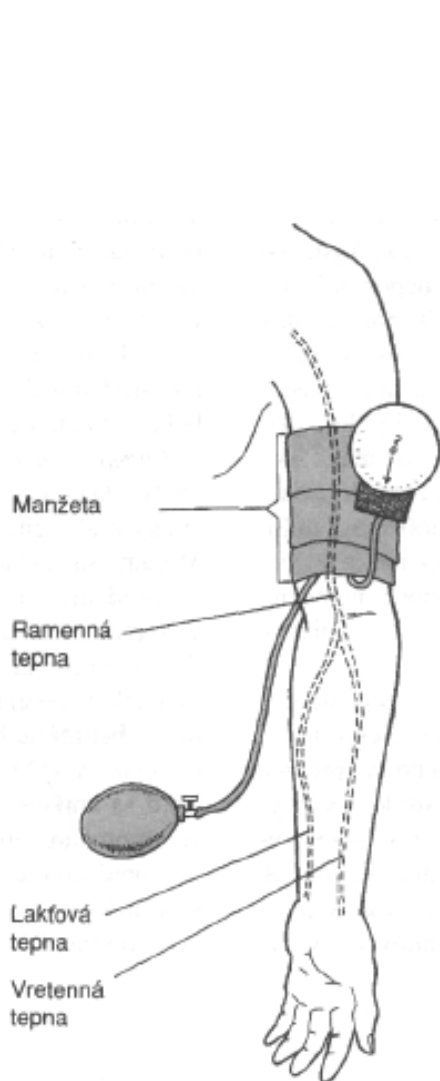
Pokud se měřil tlak na stehně, postupovalo se následujícím způsobem: Nemocný zaujal polohu nejlépe na břiše, případně na zádech s dolní končetinou pokrčenou v kolenu. Sestra odhalila stehno a omotala manžetu okolo střední části stehna; kompresní vak měl být umístěn na zadní části stehna (viz obr. 72). Dále se postupovalo obvyklým způsobem. Systolický tlak byl při tomto způsobu měření zpravidla vyšší než na ramenní tepně. Diastolický tlak se obvykle shodoval (76).

Chyby při měření krevního tlaku spočívaly v nesprávné velikosti manžety, v nepodepřeném rameni, v nedostatečném odpočinku nemocného před měřením, v příliš častém měření tlaku na téže končetině, ve volně omotané manžetě, v příliš rychlém nebo naopak v příliš pomalém vypouštění vzduchu z manžety, ve střídání končetin při měření, v položení ramene nad úroveň srdce,

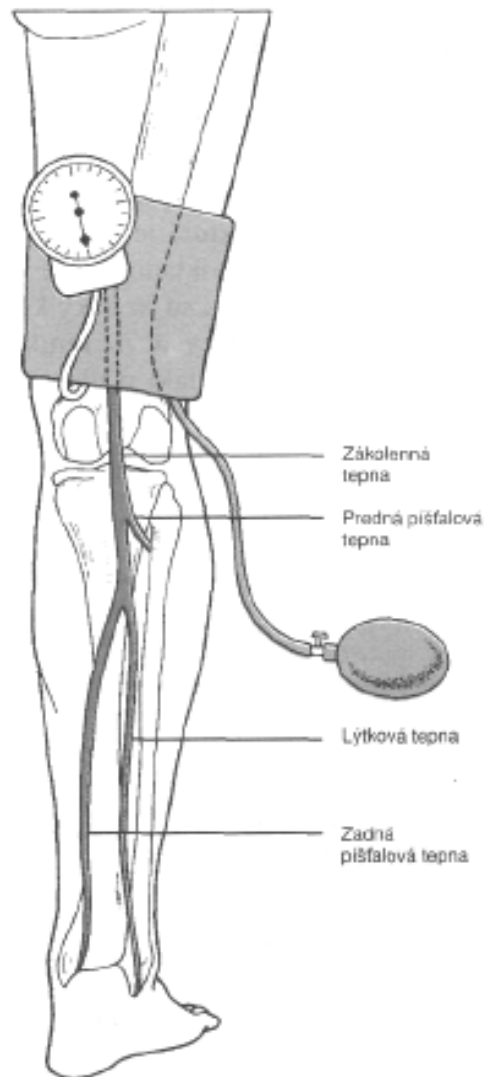
v měření bezprostředně po jídle nebo po kouření či při bolestech nemocného, v chybě při identifikaci výpadku auskultace (76).



Obrázek 70 – Druhy tonometru: manometr ve tvaru budíku s ručičkou (A), rtuťový tonometr (B). Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 347.



Obrázek 71 – Správné umístění manžety na paži. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 350.



Obrázek 72 – Umístění manžety na zadní část stehna. Zdroj: Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995, s. 351.

6.12 Období 1998 až 2007

Sledování tělesné teploty

Tělesná teplota se hodnotila následovně:

- teplota pod 36,0 °C se označovala jako *subnormální* (hypotermie),
 - teplota v rozmezí 36,0 až 36,9 °C byla *fyzilogická*,
 - teplota mezi 37,0 až 37,9 °C *zvýšená* tělesná teplota (subfebrilie),
 - rozmezí 38,0 až 40 °C značilo *horečku* (febris, pyrexie, hypertermie),
 - teplota vyšší než 40,0 °C se nazývala *vysoká horečka* (hyperpyrexie).
- (78, 88)

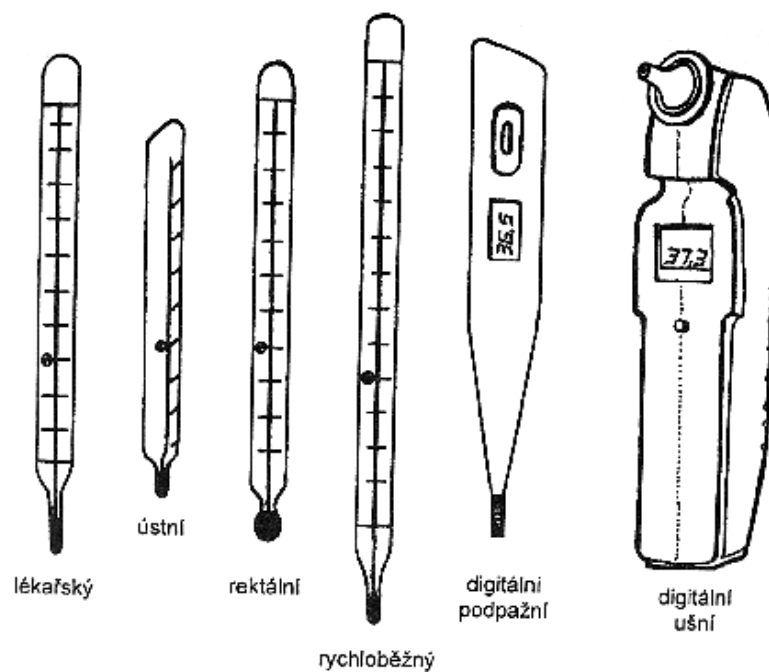
Mimo již známé druhy teploměrů se autoři ve svých učebnicích zmiňovali o teploměrech elektronických s digitálním ukazatelem (viz obr. 73, 74). Ty se používaly k měření teploty v podpaží, v ústech či v rektu. Doba měření byla 60 až 90 sekund. Po naměření maximální teploty se ozval akustický signál (83, 85). Po použití se vydezinfikovaly přípravkem ve spreji (78).

Nově se začalo používat měření teploty v uších speciálním teploměrem, který byl taktéž digitální (viz obr. 73, 74). Digitální teploměry reagovaly na teplotu od 32,0 do 42,0 °C (85). Každý jedinec měl u sebe svůj nástavec do ucha (78).

V úvahu se brala proměnlivost hodnot ovlivněná místem měření. Prameny se shodovaly, že teplota orální byla o 0,3 °C a rektální o 0,5 °C vyšší než teplota axilární (83, 85).

V podpaží, ústech, konečníku i třísle se teplota měřila klasickým teploměrem po dobu 10 minut (85).

Ranní tělesná teplota se zaznamenávala spolu se jménem nemocného nejdříve do bloku. Na některých odděleních nosila sestra dekursy s sebou a zaznamenávala do nich teplotu přímo (83, 85).



Obrázek 73 – Druhy teploměrů (A). Zdroj: Rozsypalová – Haladová – Šafránková, 2002, s. 15.



Obrázek 74 – Druhy teploměrů (B). Zdroj: Hudáčková, 2002 – 2013, www.eamos.cz

Sledování pulzu

Místa, na nichž se hmatal tep, se označovala jako tlakové body. Někteří autoři zdůrazňovali, že se pulz měl počítat celou minutu. Pulz bylo možno měřit i digitálním přístrojem nebo dálkovým přístrojem, s kterým byl jedinec spojen. Nevýhoda těchto přístrojů byla, že měřily pouze rychlost tepu, nikoli pravidelnost a kvalitu (83, 85).

Jestliže sestra naměřila nemocnému na periferní arterii nepravidelný pulz, bylo vhodné porovnat měření s měřením apikálního pulzu. Nejpřesnější měření se provádělo tím způsobem, že jedna sestra měřila pulz na a. radialis a současně měřila druhá sestra apikální pulz na srdci. Toto měření se označovalo jako „apiko-radiální měření“ (89). Obě techniky jsou objasněny výše.

Do dekursu se pulz zaznamenával s poznámkou o jeho pravidelnosti a kvalitě (85).

Sledování dechu

Povrchní dýchání se označovalo termínem hypoventilace, hluboké dýchání jako hyperventilace (85).

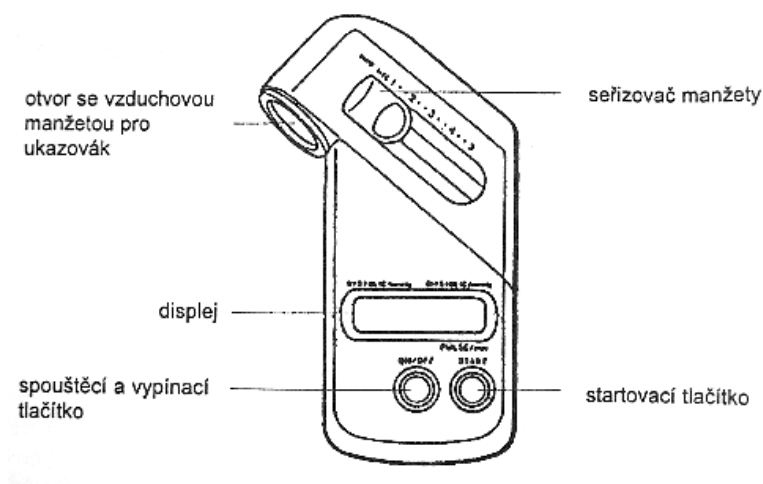
Při zapisování dechu do dekursu se měla připsat poznámka o jakosti dechu (85).

Sledování krevního tlaku

Za nejužívanější a nejspolehlivější byl v té době považován *rtuťový skříňkový tonometr*. Při měření krevního tlaku se sestra posadila na židli tak, že měla sloupec rtuti proti očím. Další postup byl obdobný jako dříve. Pokud byl v průběhu měření tlukot srdce špatně slyšitelný, nebo když sestra zaslechla první úder ihned po uvolnění manžety, vypustila vzduch z manžety a po utažení šroubku ji znovu napustila. Tentokrát nechala rtuťový sloupec vystoupit o něco výše než při předchozím měření (83, 85).

K měření krevního tlaku sloužily také *tonometry digitální*. Některé z nich měly manžetu s balónkem a naměřené hodnoty ukazovaly na displeji. *Automatickým oscilometrickým tonometrem* (viz obr. 75) bylo možno měřit krevní tlak i pulz zároveň. Zásady pro měření krevního tlaku byly stejné jako při měření klasickým tonometrem. Do otvoru se vzduchovou manžetou vsunul nemocný ukazovák levé ruky (musel být suchý) až po poslední článek prstu. Ruka měla být teplá. Přístroj se zapnul

spuštěním tlačítka a uvedl se v činnost stisknutím startovacího tlačítka. Po měření se objevila na displeji hodnota krevního tlaku, která se až do vypnutí přístroje střídala s hodnotou pulzu (83, 85).



Obrázek 75 – Automatický oscilometrický tonometr.

Zdroj: Rozsypalová – Haladová – Šafránková, 2002, s. 28.

6.13 Období 2008 až dosud

Sledování tělesné teploty

Fyziologická teplota se dnes označuje jako normotermie (93).

Kelnarová uvádí, že naměřená teplota v zevním zvukovodu je o 0,6 °C vyšší než teplota axilární (93).

Co se týče druhů teploměrů, učebnice nově popisují *infračervené teploměry*. Ty pracují na principu infračerveného záření bez přímého kontaktu s tělem (93). Teplotu je možno měřit na kterémkoli místě. Teploměr se jednoduše nasměruje zhruba tři centimetry od požadovaného místa měření a stlačí se spínač. Na displeji se zobrazí naměřená hodnota. Celý proces měření teploty trvá několik sekund (94). (viz obr. 76)

K měření tělesné teploty je nutno dodržovat obecné pokyny:

1. Na standardních ošetrovacích jednotkách se tělesná teplota měří dvakrát až třikrát denně; ráno zpravidla v 6 hodin, v poledne mezi 11. a 12. hodinou a odpoledne mezi 16. a 17. hodinou. Podle stavu nemocného i častěji.

2. V době měření teploty musí být všichni nemocní přítomni na pokojích a ležet na lůžku.
3. Po použití se rtuťové teploměry²⁷ naloží do dezinfekčního roztoku podle dezinfekčního plánu a po uplynutí expoziční doby se omyjí studenou vodou, otřou se do sucha a vloží se do suchého, čistého speciálního stojánku (viz obr. 77). Digitální teploměry se dezinfikují otřením, nikoli ponořením do dezinfekčního prostředku.
4. Jestliže je teploměr individualizovanou pomůckou určenou pro konkrétního jedince, musí být označen jménem.
5. Lékařský teploměr maximální se před měřením sklepe pod hranici 35,0 °C a zkontroluje se jeho celistvost.
6. Při měření teploty u nemocných neklidných, v bezvědomí, simulujících nebo disimulujících a u dětí musí být přítomna sestra.
7. Při podezření z předstírání příznaku onemocnění se měří teplota dvěma teploměry zároveň pod oběma pažemi.
8. Naměřená teplota se bezprostředně po měření zapíše do dekursu, popř. znázorní do teplotní tabulky.
9. Při záznamu hodnot je nutné si uvědomit, kde byla teplota měřena.
10. V případě rozbití rtuťového teploměru se teploměr odkládá do separovaného odpadu podle pokynů vymezených pro ošetrovací jednotku. (93)

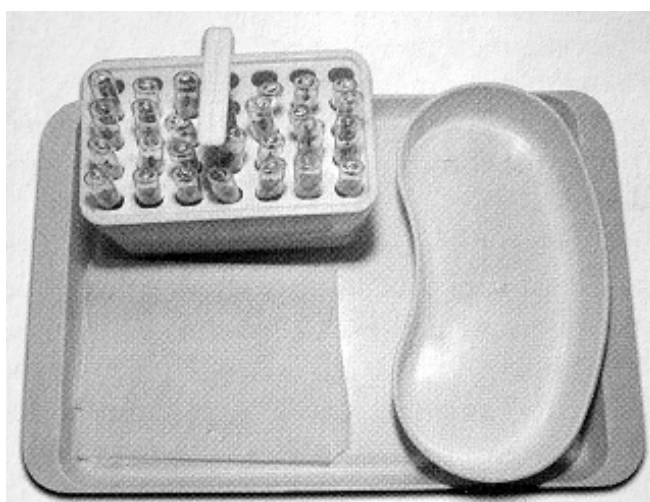
Oprávnění k výkonu mají ošetrovatelka, zdravotnický asistent, všeobecná sestra, dětská sestra a porodní asistentka (93).

Kelnarová zdůrazňuje důležitost hygieny rukou před výkonem a po něm (93).

²⁷ Od 3. dubna 2009 Evropská komise zakázala prodej rtuťových teploměrů v krajích EU. Neměly by se již používat (94).



Obrázek 76 – Infračervený bezkontaktní teploměr. Zdroj: Kolektiv autorů, 2012, s. 85.



Obrázek 77 – Stojánek na teploměry. Zdroj: Kelnarová, 2009, s. 36.

Sledování pulzu

Apikální měření pulzu se u dospělých nemocných provádí, když se potřebuje zjistit rozdíl mezi centrálním a periferním pulzem. Místo pro apikální měření pulzu je na levé straně hrudníku, v oblasti 4. až 6. mezižebří (93).

Na operačních sálech a jednotkách intenzivní péče je pulz monitorován kontinuálně pomocí EKG (93).

K měření pulzu jsou oprávněni ošetřovatelka, zdravotnický asistent, všeobecná a dětská sestra a porodní asistentka. Ti jsou oprávněni také k měření dechu a k měření krevního tlaku (93).

Zdravotnický pracovník musí dbát na hygienu rukou (93).

Sledování dechu

Jednotlivé stavy nepravidelného dýchání se dnes charakterizují jinak:

- *Kussmaulovo dýchání.* Jedná se o hlučné a pravidelné dýchání s typickým hlubokým a zrychleným dýcháním. Objevuje se u nemocných s metabolickým rozvratem.
- *Cheyново-Stokesovo dýchání.* Dochází při něm k pravidelnému střídání postupného zrychlování a prohlubování dechů s postupným zpomalováním a zmenšováním hloubky dechů až po apnoickou pauzu. Vyskytuje se u nemocných v bezvědomí.
- *Biotovo dýchání.* Jedná se o hluboké vdechy s normální dechovou frekvencí. Vdechy se střídají s apnoickými pauzami. Provází onemocnění centrálního nervového systému. (93)

Sledování krevního tlaku

Fyziologická hodnota krevního tlaku se označuje jako normotenze (93).

V současné praxi se na mnohých odděleních používají častěji digitální tonometry. Jedná se o přístroje velikosti malé krabíčky, které jsou opatřeny displejem (viz obr. 78). Digitální tonometr má paměť a lze na něm zjistit kromě hodnoty krevního tlaku také hodnota pulzu. Manžeta, s kterou je přístroj spojen hadicí, je opatřena uzávěrem na suchý zip. Většinou bývá na manžetě nákras, jak ji správně nasadit na paži. Při zapnutí přístroje se vzduch automaticky pumpuje do manžety. Po dokončení měření zobrazí přístroj hodnoty naměřeného tlaku a pulzu v podobě číselné hodnoty na displej (93).

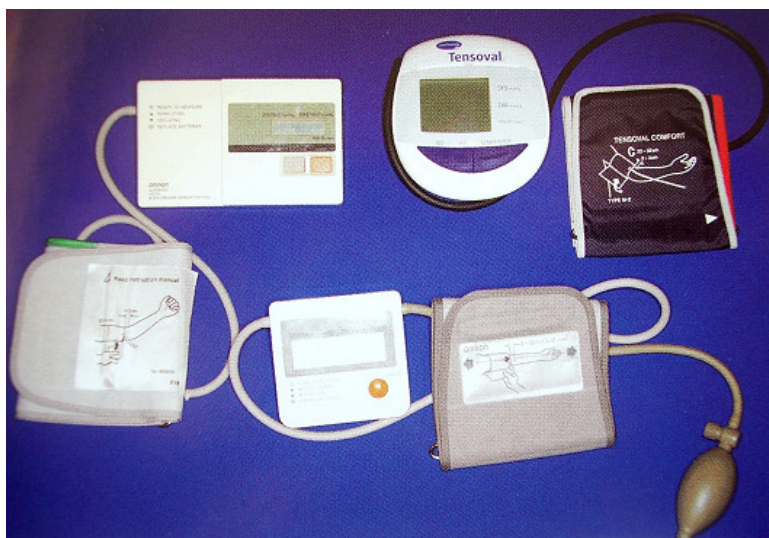
Při měření krevního tlaku je důležité řídit se uvedenými zásadami:

1. Pečlivě vyhledat vhodné místo pro měření tlaku.
2. Zvolit správnou šíři manžety tonometru.
3. Posoudit celkový stav nemocného.
4. Nikdy neměřit krevní tlak bezprostředně po tělesné námaze, po jídle, po kouření, po vypití černé kávy či po rozrušení; v těchto případech je vhodné 20 až 30 minut počkat.

5. Pro měření krevního tlaku využít polohu vleže na zádech či vsedě; výjimečně se krevní tlak měří vleže a ihned poté vestoje.
6. Pečovat o přístroje, jimiž se měří krevní tlak; tonometr se dezinfikuje otřením, plátěná manžeta se při znečištění může vyprat. Rovněž digitální přístroje se dezinfikují otřením a dbá se u nich o pravidelnou výměnu baterií. Fonendoskopy se dezinfikují otřením nebo postříkem. (93)

V souvislosti s měřením krevního tlaku je nutno dodržovat hygienu rukou (93).

Mimo chyby uvedené dříve bylo nutno se při měření krevního tlaku vyvarovat příliš těsného oděvu na paži nemocného (93).



Obrázek 78 – Ukázka digitálních tonometrů.

Zdroj: Kelnarová, 2009, obrázek P2 ke s. 55.

7. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat vývoj vybraných ošetrovatelských postupů v interních oborech od období do druhé poloviny devatenáctého století až po současnost. Cíl byl splněn. Byl vytvořen komplexní materiál, který v etapách po deseti letech, zaznamenává vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od jejich počátků až po dnešní dobu.

Znalost historického vývoje ošetrovatelských postupů je důležitá k tomu, abychom porozuměli současné ošetrovatelské praxi a zároveň se připravili na ošetrovatelství budoucnosti. Protože budoucnost lze ovlivnit tím, že se vyhneme chyb z minulých zkušeností. V uvědomění si historického vývoje vybraných ošetrovatelských postupů vnímám také možný přínos mé práce pro dnešní sestry.

Kterým směrem se ošetrovatelské postupy budou nadále vyvíjet a formovat, nelze přesně stanovit. Jedná se o záležitost několika faktorů, kterými jsou požadavky na praxi, vývoj medicíny a technologie. Ošetrovatelské postupy se orientují na navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, případně zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocných. Jsou poskytovány lidem všech věkových kategorií. Vykonáváním ošetrovatelských postupů by měla být jedinci zajištěna co nejkvalitnější, nejefektivnější a nejbezpečnější ošetrovatelská péče, která prosazuje holistický přístup. Veškeré postupy by měly být prováděny lege artis. Východisko spatřuji v ošetrovatelské péči vykonávané v domácím prostředí, která bude díky svému nenarušenému prostředí efektivnější než péče v prostředí nemocničním.

Na závěr práce považuji za užitečné zabývat se předpokladem sestry. Aby kvalitně zvládla ošetrovatelské postupy, musí mít v rovnováze tři složky: rozum, srdce a ruku. *„Rozum je zástupcem teoretické přípravy, kritického myšlení a odůvodnění ošetrovatelských postupů. Srdce je vyjádřením empatie k potřebám nemocného, úzkosti, bolesti, ale i radosti z uzdravení se či z dlíčho úspěchu... Ruka vyjadřuje nejenom lidský kontakt formou doteku, ale i bezpečné provedení často obtížných ošetrovatelských technik, které nesou možné komplikace.“* (97 s. 11)

V rámci efektivní přípravy sestry pro ošetrovatelskou péči nestačí pouze kvalita teoretické výuky, ale především musí systematicky trénovat manuální zručnost a učit se vztahu a přístupu k nemocnému jako k individualitě (97).

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Historie ošetrovatelství:

1. BOUDREAU, John W. a MILKOVICH, George T. *Řízení lidských zdrojů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1993. 930 s. ISBN 80-85623-29-3.
2. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelstvo teória*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
3. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství teorie*. Vyd. 1. české. Přeložila Valérie TÓTHOVÁ. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. GULÁŠOVÁ, Ivica. Úvod do historie ošetrovatelstva. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005, 7(1-2), s. 47-52. ISSN 1212-4117.
5. HUBOVÁ, Vilma a MICHÁLKOVÁ, Helena. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, 22(2), 20-22. ISSN 1210-0404.
6. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2000. 135 s. ISBN 80-85866-55-2.
7. KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: IDV PZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
9. MATOUŠEK, Miloslav. O začátcích našeho ošetrovatelství. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. Praha: SZdN, 1952, 2(9), 573-575. ISBN neuvedeno.
10. PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
11. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

12. ROZSYPALOVÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana a ZVONÍČKOVÁ, Marie. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
13. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 7: galerie historických osobností*. Vyd. 1. Brno: IDV PZ, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
14. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
15. VEČEŘOVÁ, Anežka a LANKAŠOVÁ, Rebeca. Florence Nightingale – žena, ošetrovatelka, matematicka. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2011, **13**(1), s. 7-10. ISSN 1212-4117.

Ošetrovatelské postupy:

I. etapa do r. 1877

16. KODYM, Filip Stanislav. *Úvod do tělovědy člověka*. Vyd. 2. uprav. Praha: I. L. Kober, 1864. 218 s. ISBN nevedeno.
17. KODYM, Filip Stanislav. *Zdravověda čili nejlepší způsob, aby člověk svého života ve zdraví a vesele užití a k tomu dlouhého věku dosáhnouti mohl*. Vyd. 2. uprav. Praha: F. S. Kodym, 1854. 247 s. ISBN nevedeno.
18. NIGHTINGALE, Florence. *Kniha o ošetrování nemocných*. Vyd. nevedeno. Z anglického originálu přeložila Paulina KRÁLOVÁ. Praha: J. Otto, 1874. 187 s. ISBN nevedeno.
19. NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Vyd. nevedeno. London: Harrison, 1859. 83 s. ISBN nevedeno.
20. PEČÍRKA, Josef. *Domácí lékař: učení o člověku ve stavu zdravém i chorobném*. Vyd. 4. Praha: Rohlíček a Sievers, 1877. 407 s. ISBN nevedeno.
21. PROKEŠ, Josef. *Domácí léčení: poučení, kterak máme zachovati se v nemocech prvé než lékař byl zavolán*. Vyd. nevedeno. Praha: Jarosl. Pospíšil, 1874. 216 s. ISBN nevedeno.

22. STARÝ, Karel. *Stručná tělo- a zdravotní věda pro školy a pro domácnost*. Vyd. 1. Praha: Tiskem a nákladem Dra. Edvarda Grégra, 1874. 129 s. ISBN nevedeno.

II. etapa r. 1878 – 1887

23. KLIKA, Josef. *Malá zdravotní věda: prosté výklady o lidském těle a jeho ošetřování*. Vyd. nevedeno. Tábor: Karel Janský, 1886. 56 s. ISBN nevedeno.

III. etapa r. 1888 – 1897

24. KLENCKE, Philipp Friedrich Hermann. *Úplný domácí lékař: lékařský rádce zdravých i chorých. Díl II., N-Ž*. Vyd. nevedeno. Praha: Bursík a Kohout, 1893. 852 s. ISBN nevedeno.
25. KLENCKE, Philipp Friedrich Hermann. *Úplný domácí lékař: lékařský rádce zdravých i chorých. Díl I., A-M*. Vyd. nevedeno. Praha: Bursík a Kohout, 1895. 610 s. ISBN nevedeno.
26. KNEIPP, Sebastian. *Jak žít: rady a pokyny zdravým i nemocným, aby prostě, rozumně žili a přirozeně se léčili*. Vyd. 2. Přeložil J. JEŽEK. Kempten: Josef Koesl, 1891. 326 s. ISBN nevedeno.
27. KNEIPP, Sebastian. *Léčení vodou, jež po třicetiletém zkoušení pro nemocné i zdravé*. Vyd. 3. oprav. a rozšíř. Přeložili J. JEŽEK a F. STRNAD. Kempten: Josef Koesl, 1892. 320 s. ISBN nevedeno.
28. KUHNE, Louis. *Nová věda léčebná čili nauka o jednotnosti všech nemocí a jejich na tom založené jednotné, lékův i operací prosté léčení: učebnice a rádce pro zdravé i nemocné*. Vyd. nevedeno. Přeložil F. D. BRTNICKÝ. Praha: Edvard Beaufort, 1896. ISBN nevedeno.
29. PREININGER, Vladimír. *Tělověda a hlavní zásady zdravotní vědy*. Vyd. nevedeno. Praha: Alois Wiesner, 1895. 112 s. ISBN nevedeno.
30. ZÜNGEL, Emanuel František. *Co jest zdravo?: sbírka důležitých pravidel k zachování života i zdraví*. Vyd. nevedeno. Praha: Al. Hynek, 1893. 31 s. ISBN nevedeno.

IV. etapa r. 1898 – 1907

31. JEŽEK, J. Kneippovo léčení, neboli stručné pojednání o jeho metodě, o tom, po čem poznával nemoci a jak je léčil. *Modrá knihovna: časopis pro spisy poučné i zábavné*. Praha: Vácslav Řezníček, 1900, sv. 5, **9(53)**, 1-114. ISSN nevedeno.
32. KODYM, Filip Stanislav. *Zdravověda, čili nejlepší způsob, jakby člověk svého života ve zdraví a vesele užití a dlouhého věku dosáhnouti mohl*. Vyd. 4. Praha: J. Otto, 1898. 248 s. ISBN nevedeno.
33. LAŠEK, František. *Hygienu se stručnou anatomii a naukou o výkonech lidského těla: pro školy zemědělské*. Vyd. nevedeno. Chrudim: Nákladem hospodářského listu (Adolfa Eckerta), 1907. 199 s. ISBN nevedeno.

V. etapa r. 1908 – 1917

34. HORSKÝ, Boleslav S. *Ilustrovaný domácí lékař české rodiny*. Vyd. nevedeno. Praha: Nakladatelství Emila Šolce spol. s r.o., 1910. 272 s. ISBN nevedeno.
35. NIGHTINGALE, Florence. *Florence Nightingale to her nurses: a selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale school at St. Thomas's hospital*. Vyd. nevedeno. London: Macmillan, 1914. 147 s. ISBN nevedeno.
36. REDAKCE „MILOTICKÉHO HOSPODÁŘE“. *Kapesní kalendář Milotického Hospodáře: na rok 1912*. Vyd. nevedeno. Milotice nad Bečvou: vlastním nákladem, 1912, roč. 8. 322 s. ISBN nevedeno.

VI. etapa r. 1918 – 1927

37. DELAN, Jane A., STRONG, Anne Hervey. *Domácí zdravotní péče a ošetřování nemocných*. Vyd. nevedeno. Z anglického originálu přeložil Jaroslav LENZ. Praha: Nákladem Čsl. Červeného kříže, 1920. 283 s. ISBN nevedeno.
38. KUNC, A. *Náš rádce v nemoci a zdraví*. Vyd. nevedeno. Drážďany: Nakladatelství a knihkupectví M. O. Groh, 1923. 452 s. ISBN nevedeno.

39. MOTTL, Jan. *Přirozené léčení*. Vyd. neuvedeno. Praha: J. Mottl, 1923. 408 s. ISBN neuvedeno.
40. WEIGNER, Karel. *Tělověda*. Vyd. neuvedeno. Praha: Vydavatelské družstvo českých profesorů vlastních nakladatelů, 1922. 112 s. ISBN neuvedeno.

VII. etapa r. 1928 – 1937

41. AMBROŽ, Adolf. *Zlatá kniha praktického lékařství domácího: nestranné sestavení všech osvědčených léčebných method (allopathie, homoeopathie, přírodního léčení – podle Bilze, Platena, Kneippa, Lahmanna –, elektroterapie, baunscheidtismu) s uvedením běžných domácích prostředků i léčiv farmaceutických*. Vyd. neuvedeno. Český Těšín: Závody tiskařské a nakladatelské Karla Prochasky, 1936. 369 s. ISBN neuvedeno.
42. ANON. Název příspěvku neuveden. *Zprávy Československého Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž, 1933, **8**(8), 124. ISSN neuvedeno.
43. ANON. Zdravotní rady cestovatelům: Pitná voda. *Zdraví lidu: zdravotnický měsíčník Čsl. Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž, 1932, **10**(7), 100-102. ISSN neuvedeno.
44. GROH, J. O hospodářských a sociálních poměrech v Čechách. *Zprávy Československého Červeného kříže*. Praha: Československý Červený kříž, 1933, **8**(4), 57-60. ISSN neuvedeno.
45. ŠLECHTICKÁ, Beata. *Základy ošetřování chirurgických nemocných: pro mediky a ošetřovatelky*. Vyd. neuvedeno. Brno: Občanská tiskárna, 1929. 182 s. ISBN neuvedeno.

VIII. etapa r. 1938 – 1947

46. ROUŠAROVÁ, Jarmila. *Pokyny k ošetřovatelské technice: pro posluchačky ošetřovatelských a sociálních škol*. Vyd. 1. Praha: Spolek českých lékařů, 1945. 122 s. ISBN neuvedeno.

IX. etapa r. 1948 – 1957

47. DLHOŠ, Ernest. Laboratorné a klinické vyšetrenie. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. Praha: SZdN, 1952, 2(5), 304-308. ISSN neuvedeno.
48. FILIP, L. Jak máme správně měřit tep. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. Praha: SZdN, 1952, 2(5), 270-275. ISSN neuvedeno.
49. HEJL, Emil, JANEČEK, Jiří a LEJHANCOVÁ, Gréta. *Pro zdraví, krásu a bezpečnost: Několik rad pracujícím ženám*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1956. 40 s. ISBN neuvedeno.
50. JAROŠ, M. Denní hygiena nohou. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. Praha: SZdN, 1952, 2(9), 519-521. ISSN neuvedeno.
51. ŠAPIRO, R. M. Ošetřování nemocných v horečkách. *Zdravotnická pracovnice: časopis pro zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, rehabilitační pracovníky, zubní instrumentárky a sanitárky*. Praha: SZdN, 1953, 3(10), 618-620. ISSN neuvedeno.
52. ŠPINDLEROVÁ, Anděla. *Ošetřovatelská technika: (Základy ošetřování nemocných): Učební text pro zdravotnické školy (odbor pro zdravotní sestry)*. Vyd. 2. Praha: SPN, 1953. 202 s. Učebnice odborných škol. ISBN neuvedeno.

X. etapa r. 1958 – 1967

53. BOBEK, Karel a HAVRÁNEK, Josef. *Vnitřní lékařství: učební text pro střední zdravotnické školy (obor zdravotních sester), I. díl*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1963. 232 s. ISBN neuvedeno.
54. KOLEKTIV AUTORŮ. *Knih o zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1959. 496 s. ISBN neuvedeno.

55. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základní zdravotnická příprava: učebnice ČSČK*. Vyd. 2. přeprac. Praha: SZdN, 1962. 224 s. Knižnice ČSČK; Sv. 63. ISBN neuvedeno.
56. PACOVSKÝ, Vladimír et al. *Ošetřování starých a chronicky nemocných*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1961. 232 s. ISBN neuvedeno.
57. PASTOROVÁ, Jana. *Chirurgie I. obecná: učební text pro střední zdravotnické školy, obor zdravotních sester*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1964. 224 s. ISBN neuvedeno.
58. POLÁČKOVÁ, Věra a ŠRÁČKOVÁ, Danuše. *Ošetřování zdravého a nemocného dítěte: učební text pro střední zdravotnické školy, obor dětských sester*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1966. 456 s. ISBN neuvedeno.
59. ROZSYPALOVÁ, Marie et al. *Ošetřování nemocných: učební text pro I. a II. ročník středních zdravotnických škol oboru zdravotních sester*. Vyd. 2. Praha: SZdN, 1964. 240 s. ISBN neuvedeno.
60. SYLLABA, Jiří et al. *Základy fyzikálního vyšetřování ve vnitřním lékařství: metody inspekce, palpace, perkuse, auskultace a pomocných fyzikálních vyšetření*. Vyd. 2. přeprac. a doplň. Praha: SZdN, 1958. 438 s. ISBN neuvedeno.

XI. etapa r. 1968 – 1977

61. BOBEK, Karel a HAVRÁNEK, Josef. *Vnitřní lékařství: učební text pro střední zdravotnické školy (obor zdravotních sester), I. díl*. Vyd. 2. uprav. a doplň. Praha: SZdN, 1969. 216 s. ISBN neuvedeno.
62. KOLEKTIV AUTORŮ. *Domácí lékař: moderní zdravotnědý rádce*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1971. 584 s. ISBN neuvedeno.
63. KOLEKTIV AUTORŮ. *Péče o nemocné: učební text pro III. a IV. ročník středních zdravotnických škol, obor zdravotních sester*. Vyd. 1. Praha: SZdN, 1968. 280 s. ISBN neuvedeno.
64. KOLEKTIV AUTORŮ. *Příručka pro zdravotníky*. Vyd. 1. Praha: Naše vojsko, 1970. 312 s. ISBN neuvedeno.
65. KOLEKTIV AUTORŮ. *Zvláštnosti péče o staré lidi ve zdraví a v nemoci: učební text pro specializační studium v ošetrovatelské péči a pro zdravotní sestry*,

- pečující o staré a dlouhodobě nemocné občany*. Vyd. 1. Brno: ÚDV SZP, 1974. 316 s. ISBN neuvedeno.
66. LANÍČKOVÁ, Josefa. *Péče o staré a chronicky nemocné*. Vyd. 2. nezměň. Brno: ÚDV SZP, 1972. 16 s. ISBN neuvedeno.
67. NOVÁK, Ivan. *Radí vám lékař: 105 hesel základního poučení*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 1977. 176 s. ISBN neuvedeno.
68. PALÁT, Miroslav. *Dýchací gymnastika*. Vyd. 1. Martin: Obzor, 1968. 228 s. ISBN neuvedeno.
69. ROZSYPALOVÁ, Marie et al. *Péče o nemocné [I]: učební text pro I. a II. ročník středních zdravotnických škol, obor zdravotních sester*. Vyd. 4. Praha: Avicenum, 1972. 212 s. ISBN neuvedeno.
70. SPURNÝ, Ivan. *Choroby vnitřní pro ošetřovatelky: učební text pro zdravotnické odborné školy, studijní obor ošetřovatelek*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1973. 200 s. ISBN neuvedeno.
71. STAŇKOVÁ, Marta. *Péče o nemocné pro ošetřovatelky: učebnice pro zdravotnické odborné školy, obor ošetřovatelka*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1975. 256 s. ISBN neuvedeno.

XII. etapa r. 1978 – 1987

72. ROZSYPALOVÁ, Marie et al. *Ošetřovatelství cvičení: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1987. 448 s. ISBN neuvedeno.
73. ROZSYPALOVÁ, Marie et al. *Péče o nemocné: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1978. 384 s. ISBN neuvedeno.
74. STAŇKOVÁ, Marta. *Teorie ošetřování nemocných: učebnice pro zdravotnické školy*. Vyd. 2. Praha: Avicenum, 1980. 272 s. ISBN neuvedeno.
75. ŠIMURKOVÁ, Celestína et al. *Ošetřovatelství I: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1985. 432 s. ISBN neuvedeno.

XIII. etapa r. 1988 – 1997

76. KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora a OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetřovatelství I, 2*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

77. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

XIV. etapa r. 1998 – 2007

78. HUDÁČKOVÁ, Andrea. *Měření fyziologických funkcí* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ©2002-2013. [cit. 3. 3. 2013]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?identifik=kos_392_t&id_kurz=&id_kap=7&id_teach=&kod_kurzu=kos_392&id_kap=7&id_set_test=&search=&kat=&startpos=1.

79. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

80. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.

81. KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Vyd. 2. přeprac. a doplň. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

82. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

83. ROZSYPALOVÁ, Marie a STAŇKOVÁ, Marta. *Ošetrovatelství I/2*. Vyd. 2. doplň. a aktualiz. Praha: Informatorium, 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.

84. ROZSYPALOVÁ, Marie a ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2002. 232 s. ISBN 80-86073-96-3.

85. ROZSYPALOVÁ, Marie, HALADOVÁ, Eva a ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2002. 240 s. ISBN 80-86073-97-1.

86. SLOUPOVÁ, Hana. *Hygiena dospělého nemocného* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ©2002-2013. [cit. 19. 2. 2013]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=3&kod_kurzu=kos_392.

87. SLOUPOVÁ, Hana. *Problematika dekubitů* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ©2002-2013. [cit. 19. 2. 2013]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=4&kod_kurzu=kos_392.
88. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelství: Pro posluchače studijního oboru Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
89. WORKMAN, Barbara A. a BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

XV. etapa r. 2008 - dosud

91. JUŘENOVÁ, Lenka a VALENTOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelské postupy: studijní opora*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7318-681-4.
92. KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník: 2. díl*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-3106-3.
93. KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník: 1. díl*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3105-6.
94. KOLEKTIV AUTORŮ. *Techniky ošetrovatelstva: program rozvoje SZU*. Vyd. 1. Bratislava: SZU, 2012. 307 s. ISBN 978-80-89352-60-9.
95. ROZSYPALOVÁ, Marie, ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 2. aktualiz. Praha: Informatorium, 2009. 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.
96. ŠEFLOVÁ, Lenka, STRNADOVÁ, Daniela, STRYJA, Jan a BERÁNKOVÁ, Irena. Management dekubitů v praxi. In: *Sestra v praxi: vybrané kapitoly*. Příloha časopisů *Pediatric pro praxi* a *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009. s. 44-56. ISBN 978-80-87327-11-1.
97. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

9. KLÍČOVÁ SLOVA

Historie ošetrovatelství

Florence Nightingale

Ošetrovatelské postupy

Interní obory

10. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Zvlhčování vzduchu	33
Obrázek 2 – Možnost znečištění studny	34
Obrázek 3 – Uspořádání nábytku v nemocničním pokoji.....	54
Obrázek 4 – Nemocniční pokoj se třemi lůžky a jeho uspořádání	56
Obrázek 5 – Upravený kout pro nemocného ve společně obývané místnosti	58
Obrázek 6 – Výměna prostěradel po délce	63
Obrázek 7 – Ustlané lůžko.....	66
Obrázek 8 – Svinuté čisté prostěradlo vedle svinutého použitého prádla	67
Obrázek 9 – Rozestlané lůžko	71
Obrázek 10 – Uchopení přečnávající části prostěradla po příčné niti.....	71
Obrázek 11 – Založení volné části rohu prostěradla pod matraci do tzv. obálky.....	71
Obrázek 12 – Lůžko pro kardiaky	73
Obrázek 13 – Noční stolek s umyvadlem.	73
Obrázek 14 – Úprava lůžka uzavřeným způsobem	74
Obrázek 15 – Svázání rohu prostěradla pomocí smyčky na tkanici	75
Obrázek 16 – Resuscitační lůžko.....	77
Obrázek 17 – Lůžko pro kardiaky	77
Obrázek 18 – Způsob dopravy ležícího do vany	94
Obrázek 19 – Výroba sprchy.....	94
Obrázek 20 – Umývání horních končetin	98
Obrázek 21 – Umývání zad	113
Obrázek 22 – Pomůcky k hygieně dutiny ústní	114
Obrázek 23 – Pomůcky k mytí vlasů na lůžku	116

Obrázek 24 – Umývání obličeje ležícího nemocného	121
Obrázek 25 – Hygiena horních končetin směrem od prstů k paži	121
Obrázek 26 – Čištění dutiny ústní peánem s tampónkem.....	124
Obrázek 27 – Umístění umyvadla při mytí vlasů	126
Obrázek 28 – Užití korýtka a irigátoru zavěšeného na infuzní stojan při mytí vlasů...	127
Obrázek 29 – Součást antidekubitoru – polštář pokrývající základ lůžka	128
Obrázek 30 – Součást antidekubitoru – tlakový přístroj.....	128
Obrázek 31 – Příprava koupelny	131
Obrázek 32 – Užití kadeřnické mísy s hadicí	132
Obrázek 33 – Nejčastější výskyt proleženin v poloze na zádech	133
Obrázek 34 – Podložní kolo.....	134
Obrázek 35 – Věneček z vaty a z molitanu	134
Obrázek 36 – Rozložení gumové podložky při mytí vlasů na lůžku	137
Obrázek 37 – Strykerovo lůžko	139
Obrázek 38 – Zabalení jedince do osušky před hygienou genitálií	141
Obrázek 39 – Obtočení dentální nitě okolo prostředníků	143
Obrázek 40 – Uchopení dentální nitě při čištění horních zubů.....	143
Obrázek 41 – Uchopení dentální nitě při čištění dolních zubů.....	143
Obrázek 42 – Pojízdna nafukovací vana, tzv. aquarel	145
Obrázek 43 – Sedačka usnadňující koupel ve vaně	145
Obrázek 44 – Postup při vyndávání a nasazování zubní protézy	147
Obrázek 45 – Nafukovací vanička k mytí vlasů	148
Obrázek 46 – Podepření krku a ramen jedince spodní částí vaničky	148
Obrázek 47 – Predilekční místa vzniku dekubitů vsedě	150
Obrázek 48 – Predilekční místa vzniku dekubitů na bříše.....	151
Obrázek 49 – Predilekční místa vzniku dekubitů na boku	151

Obrázek 50 – Technika provedení masáže zad.....	151
Obrázek 51 – Pokrčená horní končetina při měření tepu.....	160
Obrázek 52 – Lékařský teploměr maximální.....	162
Obrázek 53 – Přiložení ukazováku a prostředníku na pulzující místo	163
Obrázek 54 – Průběh tepen	168
Obrázek 55 – Měření tepu pravou rukou se sledováním hodinek na druhé ruce.....	169
Obrázek 56 – Měření tepu levou rukou za současného sledování hodinek na téže ruce	169
Obrázek 57 – Poslechové měření krevního tlaku	171
Obrázek 58 – Druhy teploměrů	173
Obrázek 59 – Termistorový teploměr	173
Obrázek 60 – Tranzistorový kardiotachometr (A).....	174
Obrázek 61 – Uvolňování šroubku palcem ruky při měření krevního tlaku	176
Obrázek 62 – Sklepávání rtuti teploměru	177
Obrázek 63 – Tranzistorový kardiotachometr (B).....	178
Obrázek 64 – Speciální typ teploměru.....	181
Obrázek 65 – Teploměry v kádince s dezinfekčním roztokem.....	181
Obrázek 66 – Rozdělení teploty.....	184
Obrázek 67 – Zakončení rtuťových teploměrů	184
Obrázek 68 – Umístění teploměru při orálním měření.	185
Obrázek 69 – Místa nejčastějšího měření pulzu.	186
Obrázek 70 – Druhy tonometru: manometr ve tvaru budíku s ručičkou (A), rtuťový tonometr (B).....	188
Obrázek 71 – Správné umístění manžety na paži	189
Obrázek 72 – Umístění manžety na zadní část stehna.....	189
Obrázek 73 – Druhy teploměrů (A).....	191
Obrázek 74 – Druhy teploměrů (B)	191

Obrázek 75 – Automatický oscilometrický tonometr.....	193
Obrázek 76 – Infračervený bezkontaktní teploměr.....	195
Obrázek 77 – Stojánek na teploměry	195
Obrázek 78 – Ukázka digitálních tonometrů.	197

11. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Hodnocení podle Nortonové

Příloha 2 – Záznam fyziologických funkcí z 20. a 30. let 20. století

Příloha 3 – Tepová křivka

Příloha 4 – Typy nepravidelného dýchání

Příloha 5 – Záznam fyziologických funkcí z 80. a 90. let 20. století

Příloha 6 – Teplotní křivky u některých typů horečky

Příloha 1 – Hodnocení podle Nortonové. Zdroj: Kapounová, 2007, s. 127

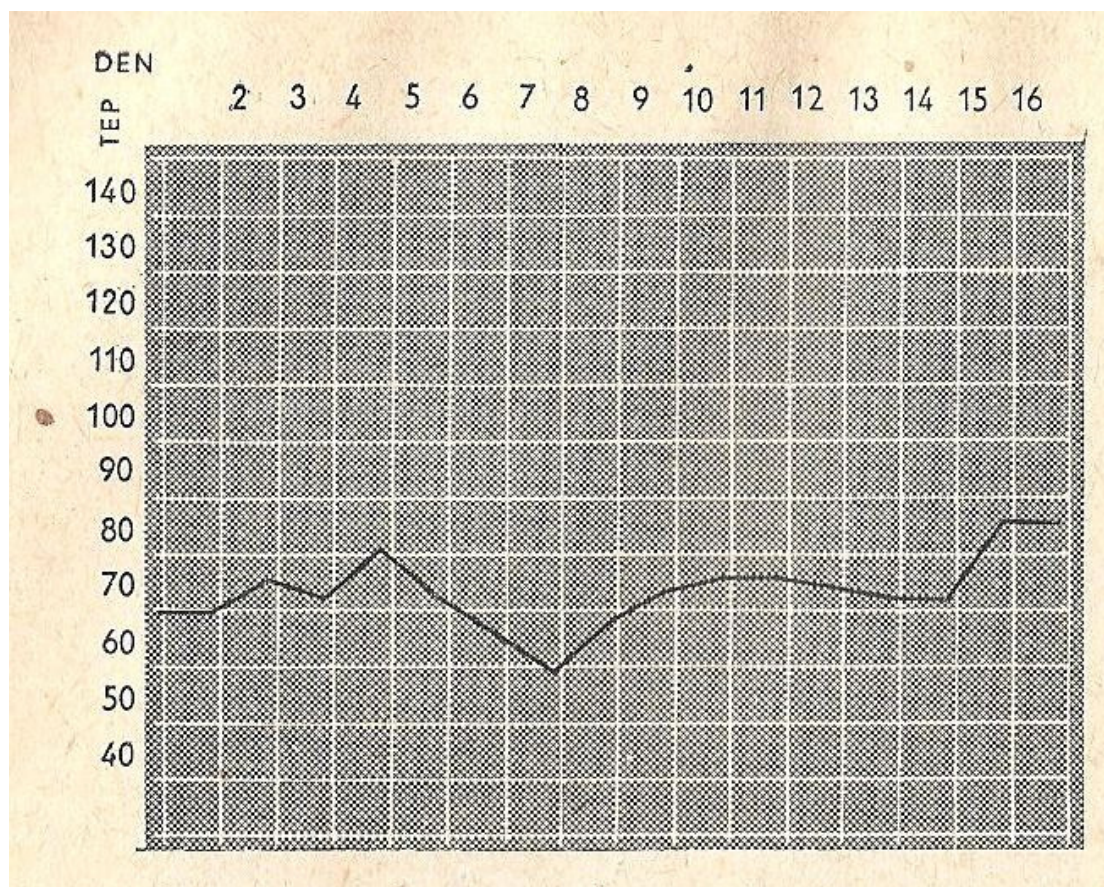
<i>Spolu-práce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Další nemoc</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Akti-vita</i>	<i>Pohyb-livost</i>	<i>Inkon-tinence</i>	<i>Body</i>
úplná	< 10	normální	žádná	dobrý	dobrý	úplná	chodí	není	4
malá	< 30	alergie	DM, TT	horší	apatický	s doprovodem	čas-tečná	občas	3
částečná	< 60	vlhká	obezita	špatný	zmatený	sedačka	ome-zená	moči	2
žádná	> 60	suchá	nádor	velmi špatný	bezvě-domí	leží	žádná	moči i stolice	1

25 bodů a méně riziko vzniku dekubitu

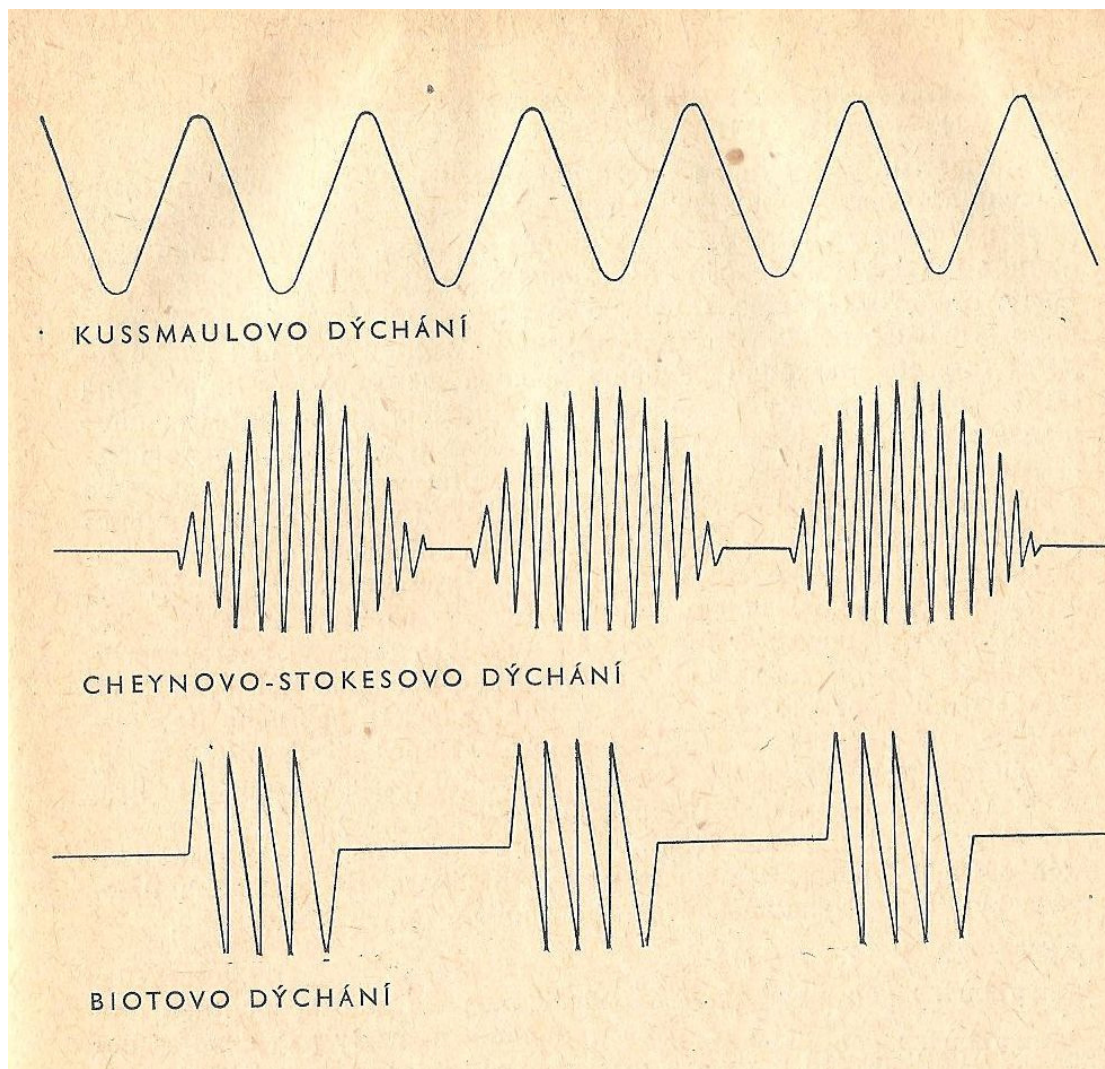
ZÁZNAM

Datum	Hodina	Teplota	Tep	Dech	Dieta a léky	Stolice	Moč	Poznámky
1920 1. ledna	8 h. ráno	37.2	76	20	Lék	1	800	Vrhl
	12 hodin	37.6	78	22	Čaj, dušená jablka, bramborová kaše			
2. ledna	8 h. več.	38. -	80	24	Lék, injekce morf.	Klystér	900	Lázeň vanová Spal celou noc Operace.
	8 h. ráno	36.9	72	17	Lék			
	12 hodin	37. -	74	17	Snídaně: káva, houska			
	8 h. več.	37.3	76	18				

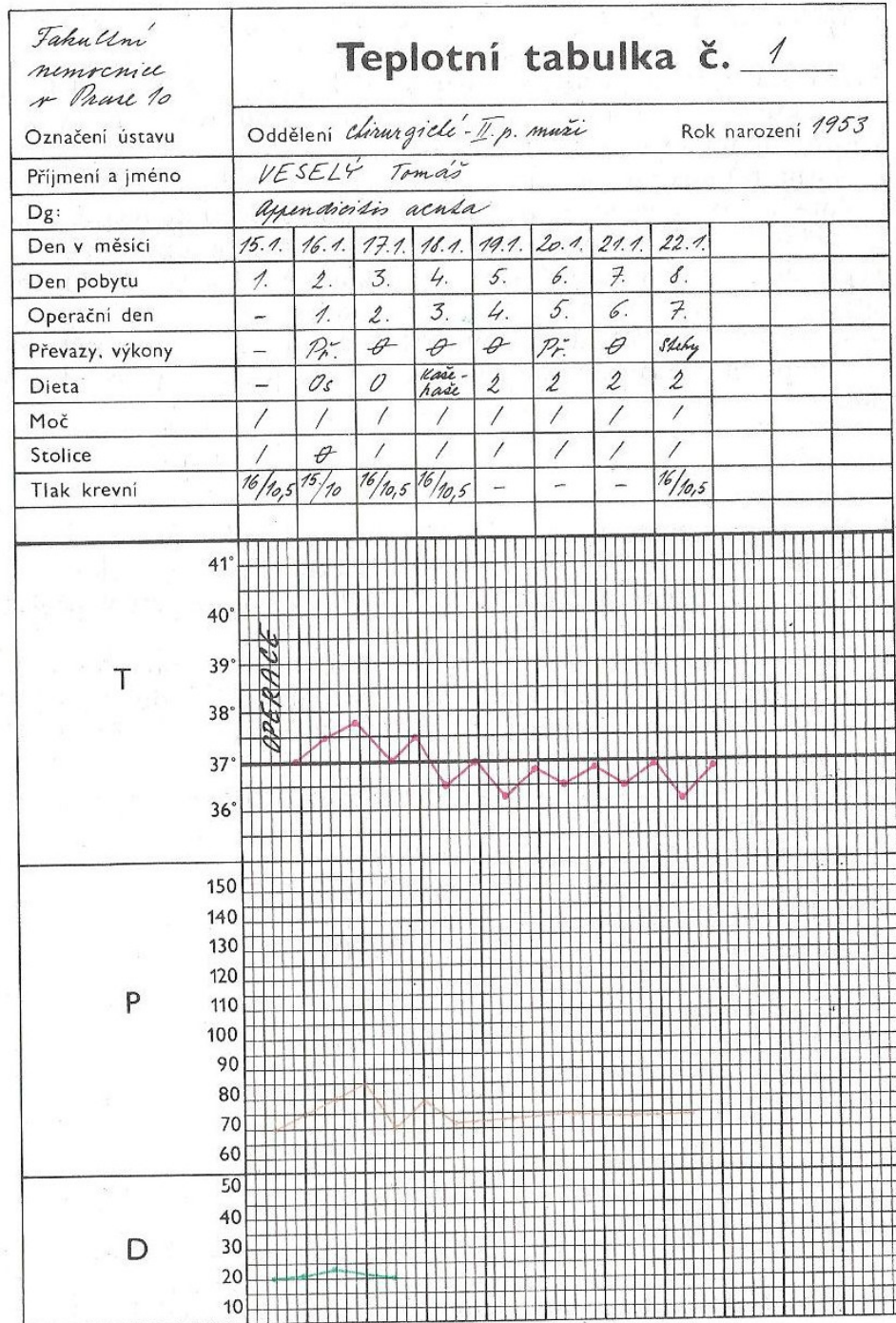
Příloha 3 – Tepová křivka. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 104.



Příloha 4 – Typy nepravidelného dýchání. Zdroj: Rozsypalová, 1964, s. 107.

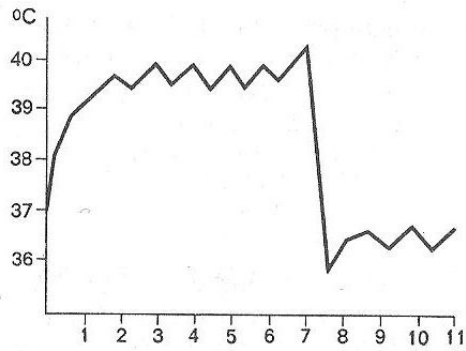


Příloha 5 – Záznam fyziologických funkcí. Zdroj: Rozsypalová, 1987, s. 186.

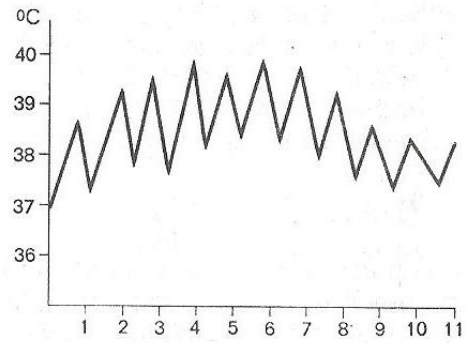


Obr. 114. Teplotní tabulka.

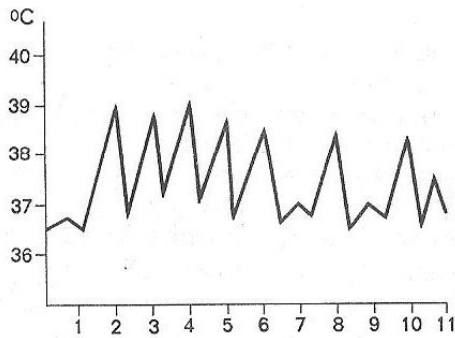
Příloha 6 – Teplotní křivky u některých typů horečky. Zdroj: Šimurková, 1985, s. 120.



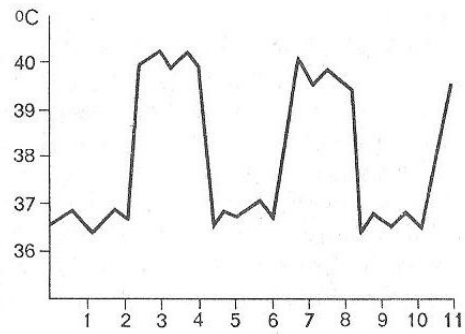
Obr. 27. Febris continua



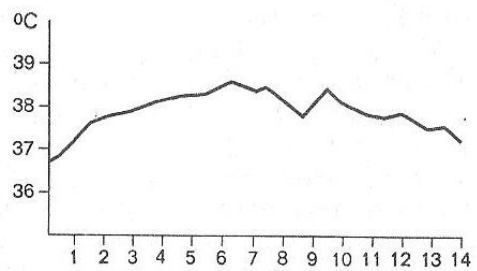
Obr. 28. Febris remittens



Obr. 29. Febris intermittens



Obr. 30. Febris recurrens



Obr. 31. Febris undulans