



ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea BŘEZOVSKÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **Z09B0008K**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Vývoj ošetřovatelské péče v oboru infektologie**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS  
Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma  
Stanovit cíl kvalifikační práce  
Popsat metodiku praktické části  
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce  
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS  
Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KREDBA, V., ONDRÁČEK, J., PROCHÁZKA, J., Infekční nemoci. 1955, 1.vyd. Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., Praha II, GLADKIJ, I. aj. Management ve zdravotnictví. 1.vyd. Brno: Computer press, 2003. 393 s. ISBN 80-7216-996-8. Podkap. 5.2, Trh práce ve zdravotnictví, s. 211. PAUL HENRY DE KRUIF, Microbe Hunter. 1926, 1.vyd. překlad: HRŮŠA, J., 1941, 10.vyd. Praha: Orbis KUTNOHORSKÁ, J., Historie ošetřovatelství. 2010, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3224-4 KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R., Ošetřovatelstvo 1,2. 1995, Martin: Osveta, ISBN 80-217-0528-0

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jarmila Kydlíčková**

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2012**



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan

L.S.



Mgr. Lucie Kašová  
vedoucí katedry

dne

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Andrea Březovská, DiS.**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Andrea Březovská, DiS.**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V OBORU  
INFEKTOLOGIE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Jarmila Kydlíčková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 17.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. Jarmile Kydlíčkové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Janě Tábořské, PhD., za poskytnutí historické literatury a Mgr. Nině Müllerové za poskytnutí odborných rad a literatury ke zdravotnické dokumentaci.

## **Anotace**

**Příjmení a jméno:** Andrea Březovská, DiS.

**Katedra:** Ošetřovatelství a porodní asistence

**Název práce:** Vývoj ošetřovatelské péče v oboru infektologie

**Vedoucí práce:** MUDr. Jarmila Kydlíčková

**Počet stran:** číslované 39, nečíslované 25

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 30

### **Klíčová slova:**

historie infekčních nemocí - léčba infekčních nemocí - ošetřovatelská péče - kompetence všeobecné sestry - provoz infekčních oddělení - zdravotnická dokumentace

### **Souhrn:**

V bakalářské práci se v úvodu teoretické části zabývám dějinami infekčního lékařství a vznikem prvních infekčních oddělení v nemocnicích. V další části se věnuji porovnání provozu infekčních klinik v polovině 20. století a v současnosti (počátek 21. století). V poslední kapitole teoretické části srovnávám za stejná období vývoj ošetřovatelské péče a kompetence všeobecných sester. V diskuzi rozebírám přínos hlavních pramenů literatury, shrnuji získané poznatky a subjektivně hodnotím rizika infekčních nemocí.



## **Annotation**

**Surname and name:** Andrea Březovská, DiS

**Department:** Nursing and Midwifery

**Title of thesis:** Development in the field of nursing care infectology

**Consultant:** MUDr. Jarmila Kydličková

**Number of pages:** 39, **unnumbered pages** 25

**Number of appendices:** 4

**Number of literature items used:** 30

### **Key words:**

History of infectious diseases - treatment of infectious diseases – nursing - competence (qualification) of nurse - function of infection departments - medical documentation

### **Summary:**

The bachelor thesis in the introduction to the theoretical part deals with the history of infectious medicine and creation of the first department of infectious diseases in hospitals. The next section is devoted to comparing infectious clinics operating in the mid-20th century and at the present (early 21st century). The last chapter of theoretical part is comparing the development of nursing care and competence of nurses for the same periods. In the discussion, I analyze the contribution of the main sources of literature, summarize the lessons learned and I evaluate subjectively the risks of infectious diseases.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DĚJINY INFEKČNÍHO LÉKAŘSTVÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ V OBLASTI LÉKAŘSTVÍ.....	12
1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ V OBLASTI OŠETŘOVATELSTVÍ .....	14
1.3 INFEKČNÍ NEMOCI A VÁLKA .....	16
1.4 INFEKTOLOGIE SOUČASNOSTI.....	19
<b>2 PROVOZ INFEKČNÍCH ODDĚLENÍ V HISTORII A SOUČASNOSTI</b> .....	<b>21</b>
2.1 UMÍSTĚNÍ INFEKČNÍHO PAVILONU .....	22
2.2 ZAŘÍZENÍ INFEKČNÍHO ODDĚLENÍ.....	23
2.3 PŘÍJEM PACIENTŮ .....	24
2.4 UMÍSTĚNÍ PACIENTŮ.....	26
2.5 DOKUMENTACE.....	27
2.6 PRÁDLO A ŠATY .....	30
2.7 STRAVA .....	30
2.8 KOUPELNY, WC, PODLOŽNÍ MÍSY.....	31
2.9 PRŮBĚŽNÁ DEZINFEKCE ODPADNÍCH VOD.....	32
2.10 NÁVŠTĚVY U PACIENTŮ.....	32
2.11 HYGIENICKÝ REŽIM PACIENTŮ.....	33
2.12 PROPOUŠTĚNÍ PACIENTŮ .....	34
2.13 SANITÁRNÍ REŽIM PRO ZDRAVOTNICKÝ I POMOCNÝ PERSONÁL.....	36
<b>3 LÉČBA PACIENTŮ S INFEKČNÍ NEMOCÍ</b> .....	<b>38</b>
3.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY V HISTORII A SOUČASNOSTI.....	39
<b>4 DISKUZE</b> .....	<b>44</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM ZDROJŮ</b> .....	<b>50</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>54</b>

## Úvod

Infekční nemoci provázejí člověka už od počátku věků, podíváme-li se na původce infekčních onemocnění (bakterie, viry, plísně, prvoky, mnohobuněčné parazity atd.) je téměř jisté, že každá neúroda, velké horko, sucho nebo naopak vysoká vlhkost, válka, nebo i dobrovolná migrace obyvatelstva mohly vést ke vzniku a šíření infekčních nemocí. Již v nejstarších písemných památkách (Indické Vědy, egyptské hieroglyfy apod.) se setkáváme jak s popisem řady infekčních nemocí, tak s návody jak proti nim bojovat. Přesto až druhá polovina 19. století je spojená s objevy původců infekčních onemocnění, které jsou reprezentovány takovými jmény jako je Louis Pasteur, Joseph Lister nebo Robert Koch, vedla k mohutnému rozvoji infekčního lékařství.

Cílem mé práce je porovnat vývoj ošetrovatelské péče v infektologii na území České republiky. Budu se zabývat srovnáním období spadajícího zhruba do poloviny minulého století, což je doba, kdy poprvé vznikl ucelený koncept péče a boje proti infekčním onemocněním, a současností. Ve své práci se příliš nezabývám vývojem mikrobiální diagnostiky ani symptomatologickou léčbou, která patří do kompetence lékařů, i když se nevyhnu několika zmínkám, které jsou nutné, pokud chci skutečně zmapovat historický vývoj v této oblasti. Prioritně se ale snažím o pohled zaměřený spíše na poskytování ošetrovatelské péče a holistický přístup k pacientovi, což přísluší do kompetence všeobecných sester. Vycházím ze zkušeností mé současné praxe, jelikož pracuji na infekční klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni jako staniční sestra na izolačním oddělení. Zmapuji tehdejší přístup k pacientovi s infekčním onemocněním, prostředí, kde byl léčen, používané pomůcky, postupy a úkoly, které byly v 50. letech 20. století v kompetenci všeobecných sester při péči o infekčně nemocné a porovnáám je se stavem odpovídající současnému prostředí infekčních klinik, moderním metodám, poznatkům a přístupům v ošetrovatelské péči.

V závěru práce bych se ráda dotkla ještě jednoho ožehavého tématu v souvislosti s bojem proti infekčním chorobám, a to preventivního očkování, které je veřejností dost rozporuplně přijímáno.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DĚJINY INFEKČNÍHO LÉKAŘSTVÍ

### 1.1 Historický vývoj v oblasti lékařství

Infekční nemoci byly na našem území stejně časté, jako v ostatních částech Evropy. I když jsme se za doby vlády Karla IV. vyhnuli první morové vlně, která vedla k vymýcení téměř jedné třetiny obyvatelstva Evropy, četné morové sloupy rozmístěné ve všech koutech naší země ukazují, že následné války, hlad a nedodržování hygienických zásad si i u nás vybraly svou daň na životech. Střední Evropa byla zasažena infekčními chorobami v několika vlnách a ty se nevyhýbaly ani našemu území. Jednalo se zejména o syfilidu (v 16. století), mor (koncem 16. století, v 17. století v průběhu třicetileté války a po ní znovu počátkem 18. století), cholery (několik vln v 19. století) a tzv. španělskou chřipku (1918-1920). V porovnání s těmito nemocemi ustupovaly do pozadí choroby, jako byly tuberkulóza, variola, záškrť, tetanus, černý kašel, spalničky ad., které sice neměly explozivní výskyt, ale přesto byly zhoubné. Vždyť ještě počátkem minulého století na ně umíraly v českých zemích stovky lidí ročně. Tehdejší způsob léčby by se modernímu člověku jistě zdál nepochopitelný. Nemocní se v této době léčili v domácnostech, chudí eventuálně ve špitálech, zřizovaných při klášterech, dokonce ještě v druhé polovině devatenáctého století se mohli infekčně nemocní pacienti léčit doma. A pokud se někde při epidemiích přechodně zřídily nemocnice, bylo ponecháno na vůli pacientů, zda se v nich chtějí léčit či nikoliv. Odborné pokyny pro léčbu infekčně nemocných stanovovaly, že tito pacienti by měli být podle možností odděleni od ostatních ve zvláštních světnicích. Jestliže byli pacienti s infekčními chorobami ukládáni do světnic společně s ostatními nemocnými, pak směrnice podotýkaly, že tam mají být s nimi jen „*ti nemocní, u nichž netřeba škodlivých následků ze společného opatrování se obávat*“ (Kredba a kol., 1955, str. 17). Ovšem stávalo se, že pacienti nakaženi cholerou přicházeli z příjmací kanceláře společně s ostatními nemocnými a byli ukládáni do stejných pokojů. Boj s infekčními nemocemi se po dlouhá staletí omezoval na návyky osobní hygieny, tepelnou úpravu potravin a zásadu vyhýbat se postiženým oblastem a postiženým lidem. Počátkem 14. století se zavedla i izolace lodí, přijíždějících ze vzdálených zemí. Ale teprve až o

několik století později, v roce 1796 zahájil Edward Jenner<sup>1</sup> očkování proti neštovicím, které se v průběhu 19. století rozšířilo do většiny civilizovaných zemí. A o dalších padesát let později se v nemocnicích poprvé začala používat dezinfekce. Ignaz F. Semmelweis<sup>2</sup> kolem roku 1845 zavedl na vídeňské porodnické klinice umývání rukou v chlorové vodě před vyšetřením rodiček, čímž několikanásobně snížil výskyt obávané horečky omladnic, přesto ale na jeho metody mnoho lékařských kapacit té doby hledělo s despektem a jeho opatření neuznávalo a bagatelizovalo. V druhé polovině 19. století zažívá infektologie svůj boom. S objevem mikroskopu se začala prudce rozvíjet mikrobiologie podnícená pracemi Luise Pasteura<sup>3</sup>, Josepha Listera<sup>4</sup> a Roberta Kocha<sup>5</sup> (Beneš, 2009). Postupně byly pro infekčně nemocné zřizovány zvláštní pokoje, přičemž však ještě řada nakažlivých nemocí byla léčena na jiných odděleních např. pacienti s lyssou se hospitalizovali v ústavech pro choromyslné, pacienti s poliomyelitidou ještě před II. světovou válkou a pacienti s infekční hepatitidou i těsně po válce na interních a dětských odděleních. Ve velkých městech se postupně zřizovala infekční oddělení, kde však dospělé nemocné léčil internista a dětské pacienty pediatr, pokud ovšem v nemocnici byl. Před první světovou válkou bylo vydáno několika zdravotních zákonů nejen pro ambulantní, ale i nemocniční péči. Výnosem z roku 1912 bylo určeno, že nemocní v Praze s nakažlivými chorobami, jako jsou neštovice, cholera, skvrnitý tyfus aj. mají být léčeni v malých izolačních nemocnicích v Libni na Bulovce a nikoliv ve všeobecné nemocnici. Infekční oddělení na Bulovce bylo vybudováno v letech 1913-1914. V letech 1926-1934 bylo postaveno několik dalších nových pavilonů. Problémem začínal být již nevyhovující infekční pavilon. Bylo zde 160 lůžek, které byly

---

<sup>1</sup> **Edward Jenner** (1749–1823) byl britský vesnický lékař, který se proslavil zavedením první vakcíny proti pravým neštovicím (1796).

<sup>2</sup> **Ignác Filip Semmelweis**, (1818-1865) maďarský lékař pracující v porodnictví, který se zabýval zkoumáním příčin epidemií horečky omladnic v nemocnicích. Vyslovil teorii, že tuto nemoc přenáší sami lékaři při vyšetření a rození, a ustanovil hygienické zásady, jak epidemii potlačit.

<sup>3</sup> **Louis Pasteur** (1822-1895) francouzský biolog, chemik a lékař, jeden z nejvýznačnějších vědců 19. století. Člen Francouzské akademie přírodních věd, Francouzské akademie lékařských věd a Francouzské akademie. Zakladatel nových vědeckých oborů stereochemie, mikrobiologie a imunologie, objevitel vakcín proti sněti slezinné a vzteklině. Další významné výzkumy provedl v oblasti mléčného, octového a alkoholového kvašení. Prokázal, že kvašení je životní projev mikroorganismů, že různé mikroorganismy způsobují různé typy kvašení, a vypracoval metodu tepelné sterilizace, která brání nežádoucímu kvašení potravin – tzv. pasterizace.

<sup>4</sup> **Joseph Lister** (1827-1912) anglický lékař, který způsobil převrat při chirurgických operacích objevem a zaváděním antiseptik.

<sup>5</sup> **Robert Koch** (1843-1910) německý lékař a mikrobiolog, zakladatel bakteriologie a nositel Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu (1905), objevil původce tuberkulózy a cholery.

organizačně přiřčleněny k internímu oddělení v letech 1931-1934. Přípravné práce pro první moderní infekční pavilon, který by ve své převážné části dovoloval dokonalou izolaci, začaly v roce 1935 a budova byla dokončena v roce 1940. Profesor MUDr. Jaroslav Procházka<sup>6</sup> se podílel na jeho projektu i vybudování. Předpokládaný počet lůžek byl 200-250. Tento pavilon byl dlouhou dobu nejdokonalejší infekční nemocnicí ve střední Evropě. Teprve po roce 1948 se zakládaly podle vzoru Bulovky podobné infekční pavilony i v dalších městech našeho státu.

Samostatný obor infekčních nemocí u nás nevznikal snadno. Před objevem antibiotik a sulfonamidů byla léčba infekčních nemocí, jak je již uvedeno výše, pouze symptomatická a spočívala hlavně na profylaktické izolaci. Infekčními nemocemi trpěla hlavně chudina a ta nemohla uživit infekční specialisty, proto u nás nebyl zájem o studium tohoto oboru. Chyběl tu tlak na jeho vytvoření jak ze strany úřadů, tak ze strany samotných lékařů, kteří se věnovali výnosnějším oborům. Výsledkem toho byl i nezájem o službu na infekčních odděleních, ačkoliv příslušníci různých oborů medicíny dílčí otázky infekčního lékařství studovali. Teprve koncem čtyřicátých let 19. století se u nás začal objevovat zájem o infekční obor. Byla uzákoněna infekční specializace, zřízena první katedra infekčních nemocí u Vojenské lékařské akademie v Hradci Králové a v letech 1951-1952 vznikla první hygienická lékařská fakulta. Usnesení strany a vlády o zdravotnictví pak přímo ukládalo i zřizování samostatných infekčních primariátů a tím vznikl materiální základ pro široký rozvoj studia infekčních nemocí (Kredba a kol., 1955, str. 17-20).

## **1.2 Historický vývoj v oblasti ošetřovatelství**

Péči o pacienty není ovšem pověřen pouze lékař. Ošetřovatelství a medicína jsou velmi úzce spjaté. Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným, novorozencům, dětem a rodičkám existovalo již od nejstarších dob. Před obdobím raného křesťanství byla péče o nemocné svěřena ženám, které ji vykonávaly v domácnostech nemocných. Později tuto činnost zařadily do své činnosti i některé kláštery. Ve středověku byl založen první řád sester ošetřovatelek – Augustiánských sester. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filosofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým. Před

---

<sup>6</sup> *MUDr. Jaroslav Procházka, DrSc. (1896-1967) - zakladatel české infektologie, od roku 1934 přednosta infekční kliniky nemocnice Na Bulovce.*

protestantským reformačním hnutím v 16. století byla nemocniční zařízení (tenkrát špitály a chorobince) organizována zejména římskokatolickou církví. Bohužel reformace církve (počátkem r. 1517) se projevila i poklesem zájmu lidí o církev a náboženství a tím i poklesem jejich hmotné podpory. Tato změna postojů vyvrcholila v období, které v historii označujeme za „dobu temna“. Nemocnice byly tehdy nezdravým, tmavým a odpuzujícím místem. Ošetřování nemocným poskytovaly velmi špatně placené ženy, které kromě péče o nemocné měly na starosti i úklid, praní a vaření. Nevyžadoval se od nich žádný výcvik a nebylo výjimkou, že pracovaly nepřetržitě 12 – 40 hodin v kuse. Toto období úpadku trvalo až do poloviny 19. století (Kozierová a kol, 1995, str. 5).

V době, kdy objevy Pasteura, Listera a Kocha vedly k rozkvětu infekčního lékařství, došlo i ke změně pohledu na ošetřovatelství. Lékaři si začali uvědomovat, že k provádění úspěšné léčby potřebují vzdělaného pomocníka. Za období reformace ošetřovatelství se pokládá práce britské sestry Florence Nightingalové (1820-1910), která v době Krymské války (1854-1856) v Turecku zorganizovala 125 dobrovolných zdravotních sester a svojí činností snížila úmrtnost vojáků na cholera, tyfus a krvavé průjemy ze 42 % na 2 %. Z této doby také pochází její přezdívka „dáma s lampou“ – lampa se pak stala mezinárodním symbolem ošetřovatelství. V roce 1855 vznikl nadační fond Nightingalové pro výcvik sester. A v roce 1860 Florence Nightingalová otevřela první zdravotnickou školu v Anglii. Zdravotní sestry a porodní asistentky byly vedeny místními lékaři, kteří vycházeli z vědeckých a moderních norem. První zde vystudované sestry začaly pracovat v roce 1865 na ošetřovně chudobince v Liverpoolu. Vzdělání sester vedlo nejen ke zvýšení úrovně zdravotnictví, ale i ke zlepšení kreditu povolání zdravotní sestry (Kozierová, a kol., 1995, str. 3). Florence Nightingalová se také stala průkopnicí v použití statistických údajů v oblasti epidemiologie a analýzy veřejného zdraví. Díky této vyjímečné dámě se z ošetřovatelství stalo uznávané povolání. Nightingalová věřila v prevenci a nabádala k poskytování ošetřování v celé jeho šíři: šlo především o to, aby pacienti měli vždy čerstvý vzduch, dobrou vodu, vhodné léky, pokoj, potřebný pohyb a znalost, jak pokračovat v péči o sebe. Mnohé z jejích myšlenek zůstaly normami ošetřovatelství dodnes.

Počátek 20. století je období, kdy se z ošetřovatelství ztratil charitativní náboj a pozornost se zaměřila hlavně na manuální zručnost. Ošetřovatelská péče byla v tomto období orientovaná na činnosti v nemocnicích a primární zdravotní péči.

V nemocnicích byli nemocní ošetřováni za velmi nepříznivých podmínek řádovými a civilními ošetřovatelkami, zpravidla jen zaškolenými. Ty pracovaly podle potřeby, nesystematicky. Ústavní ošetřovatelství se zaměřovalo na uspokojování potřeb nemocných, asistenci při některých lékařských výkonech a na zajištění provozu oddělení. V rámci primární zdravotní péče se vytvářely podmínky především pro porodní báby, které asistovaly v domácím prostředí. V roce 1914 vydalo rakouské ministerstvo vnitra nařízení, díky němuž na našem území došlo k legalizaci základních dvouletých ošetřovatelských škol při nemocnicích. V roce 1916 byla ve smyslu tohoto nařízení založena v Praze civilní ošetřovatelská škola. Absolventky končily studium zkouškou s titulem „diplomovaná ošetřovatelka“. Teprve v roce 1937 se otevřela další česká civilní Státní ošetřovatelská škola ČSČK v Ostravě. V období první Československé republiky působily ošetřovatelské školy velmi intenzivně formou ošetřovatelského vzdělávání, čímž ovlivnily i změny v ošetřovatelské praxi. V roce 1946 byla v Praze založena Vyšší ošetřovatelská škola. V téže době vznikaly celorepublikově i další střední odborné školy (celkem jich je 28, 16 civilních a 12 řádových). Ošetřovatelství v tomto období dosáhlo značného pokroku. V nemocnicích, i když za poměrně nepříznivých podmínek, pracovaly i absolventky ošetřovatelských škol – diplomované sestry. Nemocniční ošetřovatelská péče se kromě zajištění základních potřeb nemocným orientovala čím dál více na asistentké funkce. Pokrok v medicíně, především nové diagnostické a terapeutické metody a jejich složitost, vyžadoval větší počet pracovníků ve funkci asistentů lékařů. Sestry se začínaly specializovat například na asistenci při operacích jako instrumentárky, na práci v laboratořích, u rentgenu, na dietoterapii apod. V roce 1960 byl v Brně založen Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a také na Filosofické fakultě University Karlovy v Praze vznikl obor Ošetřovatelství (Farkašová a kol., 2006, str. 21-27).

### **1.3 Infekční nemoci a válka**

Pro pochopení principů péče, které se uplatňovaly při vzniku prvních infekčních klinik na našem území, je nutné si znovu uvědomit, že infekční nemoci se šířily všude tam, kde docházelo ke značnému snížení životní podmínek obyvatelstva (hladovění) a tím i k oslabení jejich organismu, k větším přesunům, hromadění a tím i k většímu styku lidí. Tyto podmínky splňovala především válka. Tehdejší lékaři byli svědky toho, jak infekční nemoci věrně sledují války, napadají armády i civilní obyvatelstvo a mnohdy vedou dokonce i k přerušení válečných akcí. Specifické



podmínky, vytvořené válkou byly pro šíření infekčních nákaz tak příznivé, že tam, kde jim zdravotnická služba nedovedla čelit, působily bojujícím stranám velké ztráty. Na počátku 19. století na dva padlé vojáky jich třináct zemřelo na infekční nemoc. V první světové válce už byl ale na deset padlých pouze jeden voják, který zemřel na infekční chorobu. V druhé světové válce se zlepšením zdravotní péče, epidemiologickou prací a dobrou organizací hygienické služby počet infekčních nemocí značně zmenšil. Přesto však byly infekční nemoci stálým nebezpečím pro bojující armády hlavně tam, kde byla rozvrácená civilní protiepidemická služba, například na osvobozovaném území. Nebezpečí nehrozilo pak jen vojákům nasazeným do boje, ale především útvarům týlovým, které přicházely do užšího styku s obyvatelstvem, mezi nimiž se obyčejné infekční nemoci vyskytovaly. Bylo proto nezbytně nutné, aby byly zdravotnické orgány informovány o tom, jaké nemoci se mezi obyvatelstvem vyskytují. Tuto práci pro armádu obstarával zdravotnický průzkum. Kromě práce informační bylo také nutné, aby zdravotnická služba v armádě chránila své vojáky, např. očkováním proti těm nemocem, které je nejvíce ohrožovaly. K nim patřily především nemoci střevní a pak tetanus. Zavedením očkování proti tetanu klesl počet nemocných téměř na nulu.

Jako model péče o infekčně nemocné v období války lze použít standardy uplatňované Sovětskou armádou, které jsou, vzhledem k pozdějšímu politickému vývoji, v naší literatuře dobře zmapované. Zjistila-li se infekční nemoc přímo v jednotce, izoloval se voják okamžitě v infekční nemocnici. Důležité bylo, aby nepřišel do styku s raněnými a nenakazil je. Aby byla zajištěna kvalitní a soustavná léčebná péče, bylo nutné dodržovat léčebné předpisy. Zavedla se proto jednotná zdravotnická doktrína, která přímo popisovala, jakým způsobem musí být nemocný vyšetřen a léčen, aby mu i v polních podmínkách bylo zaručeno ošetření odpovídající nejmodernějším vymoženostem vědy. Zároveň byl tento předpis zajišťován i materiálně. Hlavním úkolem zdravotnické služby ve válce bylo, aby se co nejvíce raněných a nemocných vrátilo zpět na frontu (Kredba a kol., 1955, str. 21-23).

Sovětský armádní model boje s infekčními chorobami byl zaveden i v poválečném Československu. Byl skvěle propracovaný, komplexní a také vysoce účinný. Opíral se o systém orgánů hygienické a protiepidemické služby, charakterizován byl především kvalitním studiem nemoci jako dynamického procesu včetně ekologie původce nákazy, hostitele, rezervoárů a vektorů nákazy, rozsáhlými pravomocemi s využíváním represivních opatření a důrazem na prevenci. Byly zahájeny

plošné očkovací programy a nechybělo aktivní vyhledávání zdrojů nákazy, jejich izolace a likvidace, a to jak v oblasti humánní, tak veterinární medicíny. Z hlediska infekčního lékařství je možné na 50. a 60. léta 20. století pohlížet jako na období rozkvětu. Infekční oddělení byla zřizována v každé větší okresní nemocnici a českoslovenští infektologové a epidemiologové si vydobyli mezinárodní uznání. Na našem území prakticky vymizely záškrty, dětská obrna, černý kašel a výrazně poklesl počet onemocnění břišním tyfem, tuberkulózou a pohlavními chorobami. Postupně se však začaly ukazovat i stinné stránky tohoto modelu. Systém nebral ohled na jednotlivce a jejich potřeby, nerespektoval přirozená lidská práva. Nařízení okresního hygienika byla závazná a případné odvolání nemělo odkladný účinek. Tyto zásady byly opodstatněné v dobách války a obecného ohrožení, kdy nebezpečí bylo bezprostřední a týkalo se společnosti jako celku. Vytvořená organizace, ale nedokázala pružně reagovat a transformovat se, a tak se represivní přístup k léčbě infekčních nemocí uplatňoval i tam, kde neměl logické opodstatnění. (Beneš, 2009, str. 3-5). Období od poloviny 20. století bylo charakteristické tím, že ve zdravotnictví nastal tzv. kult technologie, který měl svoje filozofické pozadí v materializmu.

Mezi sestru, lékaře a pacienta vstoupila technika. Zdravotní péče se orientovala především na nemoc a zaměřila se hlavně na nemocniční péči. Ošetřovatelství se soustředilo na techniku výkonů a spolu s medicínou se koncentrovalo na biologickou stránku lidského těla. Psychické, sociální a duševní souvislosti byly zanedbávány. Tento trend dovedl obě disciplíny (lékařství i ošetřovatelství) k postupné dehumanizaci. Ošetřovatelská péče nebyla autonomní. Zdravotní sestra byla akceptována jako asistentka lékaře, která je specialistkou v ošetřovatelském oboru, vzhledem k dostupným pomůckám musí umět připravit zdravotnický materiál (motá tampony, talkuje rukavice, připravuje injekční stříkačky ke sterilizaci atp.), **ale nebyla považována za rovnocennou členku zdravotnického týmu**. Převážná část odborníků i sester v této době pokládala ošetřovatelství jen za praktickou činnost, a ne za vědní obor s vlastní teorií, kterou lze uplatnit v praxi. Ošetřovatelství plnilo nezřídka i úlohy jiných oborů – suplovalo jejich činnost. V 50. letech 20. století došlo vzhledem k dalším změnám v politické situaci k určité izolaci tohoto oboru od světového dění, čímž se dá vysvětlit jeho mírná stagnace (Farkašová a kol., 2006, str. 30-31).

## 1.4 Infektologie současnosti

Po roce 1989 se obor infekčního lékařství zásadním způsobem transformoval. Kromě klasických oborů jako je klinická diagnostika, diferenciální diagnostika a terapie klasických infekčních nemocí se infekční lékařství musí nově zabývat i směry, které vytvářejí mosty k jiným oborům, jako jsou léčba infekcí u osob se závažnou poruchou imunity, léčba infekcí v podmínkách intenzivní péče, individualizace antibiotických terapií u obtížně léčitelných nemocí; prevence, profylaxe a léčba infekcí u osob cestujících do zahraničí nebo ze zahraničí atd. Stírají se při tom hranice mezi infektologií a různými jinými obory (Beneš, 2009, str. 5-6). Ani ošetrovatelství není obklopeno vakuem a mění se vlivem společenských změn a transformací zdravotnictví. Získává informace z centra Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní rady sester, mezinárodních projektů HOPE, PHARE, TEMPUS, LEMON a dalších. Takovéto aktivity podpořily změny v ošetrovatelství, které vedly k tomu, že je ošetrovatelství nyní chápáno jako vědní obor, zaměřující se na roli sestry a její postavení ve společnosti, na systém a obsah vzdělávání sester, na ošetrovatelskou praxi a na výzkum v ošetrovatelství (Farkašová a kol, 2006, str. 31-32).

Infekční nemoci s námi budou navždy. Musejí být, protože právě ony jsou důležitým regulačním prvkem v přírodě. I člověk je nedílnou součástí přírody. Vliv infekcí sice můžeme do jisté míry oslabit, některé infekce dokážeme možná i celosvětově vymýtit jako např. variolu, ale místo nich se budou nevyhnutelně objevovat nové patogeny. Život si prostě vždy najde cestu (Beneš, 2009, str. 5-6). Současné tisíciletí je tak nejen poznamenané úspěchy vědy a techniky, ale také již zhruba patnáct až dvacet let trvajícím globálním nástupem infekčních nemocí. Mezi nimi zaujímají významné místo infekce přenášené vodou a potravinami (tzv. alimentární infekce), které v převážné většině postihují trávicí ústrojí. Pojem „bezpečnost potravin“, který by ještě před třiceti lety nikoho nezaujal, se v minulém desetiletí stal jedním z nosných programů WHO, ale i vysoce prioritním předmětem jednání vedoucích státníků a parlamentů mnoha zemí, mezi nimi i USA, Kanady, GB, ale též Rady Evropy. Kde je příčina této změny? Infekce přenášené potravinami a vodou v míře dříve nevídané zasáhly a zasahují do zdraví velkého množství lidí a mají někdy obrovské ekonomické důsledky. Infekcí tedy nejen neubývá, ale i v hospodářsky vyspělých zemích výrazně přibývá a objevují se i nové infekce, dříve vzácné nebo neznámé. Tento vývoj lze pozorovat v celém světě (Vacek, 2002, str. 9). I když se

důslednou osvětou podaří počet alimentárních infekcí snížit, vzhledem k trendům současného způsobu života je zřejmé, že budou přibývat infekce respirační, pohlavně přenosné a importované nákazy. Při změnách klimatu je možné očekávat i rozšiřování areálu některých nemocí s přírodní ohniskovostí (v našich podmínkách např. lymeská borrelióza či klíšťová encefalitida). Poznávání infekčních agens a nemocí jimi způsobovanými je proces, který nebude nejspíš nikdy uzavřen. Nový pohled na infekční lékařství si samozřejmě vyžádal i změnu kvalifikace ošetrovatelského personálu. Nové poznatky v oblasti ošetrovatelské teorie a požadavky ošetrovatelské praxe vedly v 90. letech 20. století ke změnám v ošetrovatelském vzdělávání. Informace o zaměření ošetrovatelství v zahraničí získané po revoluci v roce 1989 mobilizovaly i české odborníky. Sestry v USA již v 50 letech začaly pracovat na ošetrovatelství jako na samostatném vědním oboru. Po roce 1989 se začaly i u nás formulovat teorie a koncepční modely ošetrovatelství, diskutovalo se o ošetrovatelském managementu, výzkumu a vzdělávání. Významným krokem bylo vymezení „ošetrovatelského procesu jako metody práce sester“, která přispívala ke komplexnosti, k individualizaci a k plynulosti ošetrovatelské praxe. Ošetrovatelská péče a sestry se stávají více nezávislými, méně dominuje asistentská role sestry. S teoretickým a klinickým rozvojem ošetrovatelského procesu se začal používat termín sesterská diagnóza, jako závěr nebo úsudek, který je výsledkem sesterského posuzování. Tyto a mnohé další poznatky byly zařazeny do vzdělávacích programů již na začátku 90. let, protože bylo nezbytné, aby si je neosvojovali pouze ti jednotlivci, kteří měli možnost cestovat do zahraničí nebo se zúčastňovali mezinárodních seminářů. Převážná část sester v uplynulém desetiletí zvládla nové trendy ošetrovatelské teorie, osvojila si poznatky a začala pracovat na změnách v oblasti ošetrovatelské praxe (Farkašová a kol, 2006, str. 33). Proto jsou současné všeobecné sestry vysoce kvalifikovanými koordinátory ošetrovatelské péče, mají svébytnou a nezastupitelnou úlohu ve zdravotnickém týmu a představují partnery pro pacienty. Do náplně jejich práce patří samostatná příprava ošetrovatelských plánů a podílejí se na vytváření standardních postupů, jak je podrobněji rozvedeno v kapitole číslo 3.

## 2 Provoz infekčních oddělení v historii a současnosti

Provoz infekčního oddělení je zcela odlišný od provozu jiných nemocničních oddělení. Zde nemáme jen za úkol umístit nemocné podle pohlaví a podle věku, ale především je musíme izolovat podle různých nemocí a podle stadia infekčnosti nemoci. V běžné praxi to znamená, že musíme umisťovat pacienty s 15 – 20 různými chorobami tak, aby svou nemocí neohrožovali jiné a aby se sami od nikoho neinfikovali. Celé zařízení oddělení se od ostatních pracovišť podstatně liší. V této kapitole se zaměřím na srovnání způsobu ošetřování. Z historického hlediska budu vycházet z postupů a standardů, které jsou uváděny v celostátních učebnicích „Infekční nemoci“ v letech 1955 – 1965 a zákoně č. 20/1966, ve znění platném do roku 1990, o péči o zdraví lidu, které srovnám s postupy aplikovanými v době vzniku této bakalářské práce (2011-2012), jenž vycházejí zejména ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění, dále pak zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, vyhlášky č. 195/2005 Sb., o předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí, vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem a vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Pro konkrétní čísla používám jako vzor pavilon infekční kliniky FN Plzeň, který je jediným akreditovaným pracovištěm oboru Infekčního lékařství v Plzeňském kraji. Infekční klinika FN Plzeň poskytuje léčebně preventivní péči ambulantní, lůžkovou (50 lůžek, včetně nadstandardních) i intenzivní nejen obyvatelům spádové oblasti (cca 560 tis osob), ale i obyvatelům z jiných oblastí ČR. Na této infekční klinice je každý rok hospitalizováno více než 2000 nemocných všech věkových kategorií (počínaje dětmi od 5 týdnů věku) s širokým spektrem infekčních nemocí, včetně HIV/AIDS, nemoci subtropů a tropů nevyjímaje. V ambulantní složce je ošetřeno průměrně 15 000 pacientů za rok a ve specializovaných poradnách je pak sledováno téměř 3 000 nemocných. Koncepce oboru infekčního lékařství ve FN Plzeň byla v posledním roce přehodnocena s ohledem na měnící se potřeby kraje. Z původně izolačního oboru, zaměřeného jen na

„přenosné nemoci“, se profiluje do oboru, který zasahuje do mnoha dalších a úzce s nimi spolupracuje ([www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)).

## 2.1 Umístění infekčního pavilonu

Z poznatků uváděných v literatuře z let 1950-1965 vyplývá, že pro potřeby infekčního pavilonu provozně nejvíce vyhovovalo středně velké oddělení o kapacitě 150 – 200 lůžek. Zde bylo možno soustředit větší počet pacientů s jednou nakažlivou nemocí tak, aby sestra ošetřovala jen pacienty s jednou nemocí a nepřecházela např. od nemocných tyfem k nemocným spálou, spalničkami apod. Na větším oddělení bylo možno zařídit praní prádla od infekčně nemocných ve zvláštní prádelně, zajistit desinfekci odpadových vod atd.

Stavebně šlo řešit problém infekčního oddělení trojím způsobem. Většina infekčních oddělení byla stavěna tak, že na společnou chodbu ústila řada pokojů, kde se jednotlivé nemoci izolovaly. Tento zastaralý typ byl však naprosto nevyhovující, zvláště pro izolaci dětí. Při tomto způsobu nebylo možno zajistit správnou izolaci a nebylo možno zabránit šíření volatilních nákaz. Tento typ oddělení se hodil nejvýše pro dospělé pacienty a ještě zde musel být dodržován velice přísný nemocniční režim, aby se zabránilo nosokomiálním nákazám. Tyto pavilony bylo možno zlepšit vybudováním malého oddělení rozděleného do boxů, kde se přijímaly volatilní nákazy a všechny nejasné případy do vyřešení diagnózy.

Druhým typem byly malé pavilony, kde každý z nich byl určen pro jinou nemoc. Tento systém se již v 50. letech 20. století opouštěl, protože nevyhovoval svému účelu. Hrozily zde nosokomiální nákazy a nikdy nebylo možné postavit tak velký počet pavilonků, aby bylo možno izolovat pacienty s každou nemocí zvláště. Tento typ nevyhovoval také tím, že v době epidemie některé nemoci byl jeden pavilon přeplněn a ostatní nevyužity.

Nejlepším řešením se jevil monoblok s boxy, kde každý box měl vchod z otevřeného ochozu. Tak jediné šlo zabránit nosokomiálním nákazám a plně využít lůžek. Typ takového pavilonu je zobrazen v návrhu arch. Ing. Štípka viz příloha č. 1 (Kredba a kol., 1955, str. 89).

V období let 1950 – 1989 je vybudována hustá síť infekčních oddělení, na kterých byla hlavně poskytována standardní lůžková péče. Infekční kliniky byly umístovány v zadní části areálu nemocnice a byly výstražně označené. Léčily se zde nemoci vyžadující izolaci: především průjmová onemocnění, hepatitidy, exantémové

infekce, akutní respirační infekce apod. dále zoonózy a neuroinfekce. Podíl dětských pacientů byl vysoký, kolem 50 %. Po roce 1985 dochází ke specializaci v rámci oboru v oblasti HIV/AIDS (Beneš, 2009, s. 5).

Vzhledem k tomu, že v 80. letech minulého století dochází k výraznému poklesu infekčních nemocí, díky zavádění nových antibiotik (dále jen ATB) a postupnému očkování proti nejzávažnějším infekčním nemocem, ubývá počet hospitalizovaných pacientů a tím dochází i ke snižování lůžkového fondu zhruba na 1/3 oproti lůžkovým kapacitám v letech 1955-1965. V devadesátých letech minulého století se pak ruší téměř čtvrtina oddělení. Budovy infekčních klinik procházejí rekonstrukcí (např. Infekční klinika v ČB), mění se na moderní pracoviště, rozšiřuje se ambulantní péče, kliniky se zabývají i konzultační činností, na některých pracovištích se zavádí jednotka intenzivní péče nebo jednotka pro pacienty s vysoce nakažlivými nemocemi. Léčí se zde všechny infekční nemoci, jejichž diagnostika a léčba vyžaduje speciální znalosti v oboru infektologie (bez ohledu na to, zda jsou nebo nejsou přenosné). Podíl dětských pacientů se pohybuje v rozmezí 10 – 20 %. Specializace v rámci oboru se dělí na HIV/AIDS, cestovní a tropickou medicínu, nosokomiální<sup>7</sup> nákazy a antibiotické terapie, péče o vysoce nakažlivě nemocné (Beneš, 2009, str. 5).

## 2.2 Zařízení infekčního oddělení

Historické prameny uvádí, že infekční pavilon by měl být umístěn v terénu tak, aby okna pokojů byla obrácena k jihovýchodu nebo k jihozápadu a kolem pavilonu byl park o ploše 1-2 Ha. Pokoje musí být malé, nejvýš pro 4 nemocné a oddělení musí mít nejméně 1/5 izolačních jednolůžkových boxů pro příjem nejasných případů. V 50. - 70. letech 20. století se problém nosokomiálních nákaz řešil tím způsobem, že na tyto jednolůžkové boxy se přijímali všichni pacienti a odtud teprve po zjištění správné diagnózy a prozkoumání epidemiologické situace v okolí nemocného, se překládali na příslušný box. Každý box byl samostatná jednotka vybavená sociálním zařízením a byla zde i malá příruční lékárnička. Každý pokoj byl vybaven umyvadlem se studenou a teplou vodou, podlaha byla buď xyolitová nebo parketová a potažená linoleem, aby se dala dobře omývat desinfekčním roztokem. Stěny pokoje měly být do výšky 1 ¾ m natřeny olejovou barvou, aby se rovněž daly dobře omývat desinfekčním roztokem.

---

<sup>7</sup> Za nosokomiální nákazu označujeme ty nemocniční nákazy, při kterých pacient onemocní jinou infekční nemocí, než se kterou do nemocnice přišel (Kredba, 1955).

V předsíni boxu, v koupelně a na toaletě byla podlaha z terazza nebo z dlaždiček. Mimo lůžka byly v pokoji jen nemocniční stolky, stůl a židle pro chodící pacienty, skříňka na knihy, hračky a nemocniční župany. Vlastní prádlo a šaty nemohli mít pacienti na pokoji. Větralo se pouze okny. K větrání se nesměly používat větrací šachty, protože tím by se mohla šířit nákaza z pokoje do pokoje, nebo z poschodí do poschodí. Aby se do pokojů nedostaly mouchy, musela být okna chráněna drátěnými sítěmi (Kredba a kol., 1955, str. 89-90).

Současné infekční kliniky jsou koncipovány obdobným způsobem jako v letech minulých. Vzhledem k tomu, že díky komplexnímu proočkování populace mnoho infekčních nemocí v naší republice vymizelo, současný trend snižuje počet lůžek a mnoho pacientů je léčeno ambulantně. Pokoje jsou obvykle vybaveny čtyřmi lůžky, na izolacích jsou pak lůžka dvě, počet izolačních boxů v porovnání se standardními lůžky se pohybuje okolo 20 %. Dalším rozdílem je, že v současnosti již neexistuje „oddělení dokumentace“. Zkoumání epidemiologické situace v okolí pacienta provádí specializované oddělení epidemiologie, hygieny a virologie, které již není součástí infekční kliniky. Vzhled izolačních boxů se příliš nezměnil. Stále platí stejná pravidla, vchod do pokoje musí být z obou stran, podlaha je pokryta linoleem nebo dlaždicemi, do výše 1 ¾ m je omyvatelný disperzní nátěr. Součástí pokoje je toaleta, umyvadlo a vana. Novinkou jsou bezdotykové dávkovače dezinfekce a mýdla, dávkovače na toaletní papír a jednorázové ručníky. Největší rozdíl mezi izolačním boxem a „obyčejným“ pokojem spočívá v tom, že tyto pokoje mají pouze jeden přístupový vchod a v místnosti je pouze umyvadlo, sociální zařízení je společné a je umístěno na chodbě.

### **2.3 Příjem pacientů**

V letech 1950-1965 byl nemocný přijímán na přijímacím oddělení. Jako přijímací oddělení sloužilo několik kompletně vybavených boxů, z nichž každý byl určen pro příjem určité nemoci. Přijímací pokoj měl podlahu z terazza, stěny vykachlíčkované, aby se daly dobře omývat. Vedle pokoje musela být koupelna, kde byl pacient hned při příjmu vykoupán a eventuálně odvšiven. Přijímací oddělení bylo vybaveno zásobou prádla a všemi přístroji potřebnými pro vyšetření nemocného a odběr materiálu na bakteriologické vyšetření. Byla zde i malá příruční laboratoř na vyšetření krve, moči, mozkomíšního moku atd.



Na přijímacím pokoji se pacient vysvlékl, lékař jej prohlédl, a buď potvrdil diagnózu, pod kterou byl do nemocnice poslán, nebo stanovil diagnózu jinou a podle toho byl pacient umístěn na oddělení. Zároveň se lékař informoval v dokumentačním oddělení, jak vypadá epidemiologická situace v bydlišti nemocného a v kolektivu, kam docházel. V jasných případech byl pacient umístěn na společný pokoj, v nejasných případech na pozorovací jednolůžkový box až do rozhodnutí.

Po příjmu prohlédla přijímací sestra pacienta, nemá-li vši nebo hnidy, vrátila rodičům zlaté ozdoby (náušnice, řetízky, prsteny atd.) a vše si nechala v chorobopise potvrdit. Zároveň sepsala do zvláštního bloku prádlo a šaty nemocného, originál vložila do vaku s oblečením, opis dala rodičům nebo doprovodu pacienta a druhá kopie zůstávala v bloku. Prádlo i šaty se posílaly do dezinfekce a potom, až do propuštění pacienta se uschovávaly v šatně. Na infekčním oddělení nesměl mít pacient nic svého, i ručník, mýdlo a kapesníky dostával ústavní. Před uložením na lůžko byl pacient na přijímacím boxu vykoupán (nekoupali se jen pacienti s vysokou teplotou nebo ti, jejichž stav byl závažný). Po prohlídce a vykoupání byl pacient odveden nebo odvezen na lůžko, které mu přijímací lékař určil.

Na přijímacím boxu se provedla eventuelně i lumbální punkce a odběr materiálu na bakteriologické vyšetření. Přijímací pokoj se po odvezení pacienta vydesinfikoval roztokem kresolu nebo chloraminu a prádlo na vyšetřovacím stole se nahradilo čistým. (Kredba a kol., 1955, str. 90).

V současnosti je pacient přijímán na doporučení obvodního lékaře, popř. přichází z pohotovosti. Na infekčních klinikách jsou pro to zřízeny speciální příjmové čekárny a příjmová ambulance. Stále platí stejná pravidla i pro umístění pacienta do čekárny (rozdělení dle typu a stádia nemoci), tak aby nedocházelo k nosokomiálním nákazám. Příjmové ambulance jsou vybaveny dvěma stoly s PC (jeden je určen pro lékaře a druhý pro příjmovou sestru), vyšetřovacím lůžkem, ledničkou, toaletou, bezdotykovým dávkovačem dezinfekce a mýdla, základním vybavením nutným pro řádné vyšetření (např. jednorázové pomůcky pro odběr biologického materiálu, bezdotykový teploměr, tonometr, fonendoskop). Pacient se svlékne do spodního prádla, v případě, že toho není schopen, tak mu se svlékáním pomůže sestra nebo ošetřovatel. Ambulantní sestra pacientovi změří teplotu, TK, výšku a zváží jej. Pokud mu jeho zdravotní stav nedovoluje, aby si sám stoupl na váhu, je zvážen až na oddělení na lůžku se zabudovanou váhou. V případě dětských pacientů se vážení provádí na speciálním

křesle s váhou. Ambulantní sestra dále vyplní identifikační údaje a ošetrovatelskou anamnézu, podle pokynů lékaře provede odběr vzorků a pacienta prohlédne. Zejména u dětských pacientů zjišťuje, zda nemají vši či hnidy. Pacient se před uložením na lůžko koupe již jen ve zvláštních případech, je-li nakažen svrabem, znečištěn zvratky nebo výkaly, v případě dětských pacientů, jsou-li zjištěny vši.

Lékař provede vyšetření a vyplní chorobopis. Odebrané laboratorní vzorky odnáší sanitář do centrální laboratoře. V současnosti se při příjmu pacienta prádlo a šaty buď vracejí doprovodu, nebo se ukládají na oddělení do prostor k tomu určených, i v současnosti se vyplňuje soupis oblečení ve třech kopiích. Jen ve zvláštních případech (nákaza svrabem) se oblečení pacienta dezinfikuje, v tomto případě je uloženo do speciálního pytle s označením infekční a posílá se do centrální prádelny. Jako pozitivní změnu hodnotím, že v současnosti si pacient na pokoj smí vzít věci vlastní osobní potřeby.

Při odchodu pacienta z příjmové ambulance je vyšetřovací lůžko dezinfikováno, vyměněna jednorázová podložka a celá místnost je vyvětrána. U zvláště infekčních pacientů (např. nakažených bakterií MRSA, H1N1) může probíhat vyšetření při zapnutém speciálním germicidním zářiči.

## **2.4 Umístění pacientů**

Podle legislativy platné v 60. letech 20. století se muži a ženy umísťovali na zvláštní pokoje, rovněž děti od 8 let se rozdělovaly podle pohlaví. Kojenci se umísťovali na zvláštní pokoj, odděleně od dospělých a větších dětí, protože by je rušili a větší děti by jim mohly ublížit. Pacienti s volatilními nákazami se umísťovali do nejvyššího poschodí, aby se nákaza nedostávala okny z nižších poschodí do vyšších. Samozřejmostí bylo umísťovat pacienty na zvláštní boxy podle nemoci. Nepřípustné bylo i to, aby pacienti s jednou nemocí, ale v různém stádiu, byli umístěni v jednom pokoji, neboť by docházelo k superinfekcím. Podle různých stádií nemoci byl řízen i příjem pacientů s angínou, spalničkami, pertusí, tyfem, difterií atd. U spalniček a pertuse nesměli být mezi pacienty bez komplikací umístěni pacienti s komplikacemi. Na všechny tyto okolnosti musel přijímací lékař myslet, aby infekční oddělení bylo skutečně místem, kde se pacienti léčili, a ne místem, kde jsou vystaveni novým nákazám. Nejasné případy a pacienti, u nichž nebylo jisté, že nejsou v inkubační době jiné nakažlivé nemoci, se umísťovali až do vyřešení diagnózy na pozorovací boxy (Kredba a kol., 1955, str. 90-91).

V současnosti stejně jako v minulosti probíhá přijímání pacientů tak, aby byla dodržena izolace podle typu infekčních nemocí, stádia nemoci, pohlaví a věku. Podle pohlaví se pacienti rozdělují od 10 let. Do 15 let se děti nesmějí umisťovat na společné pokoje s dospělými. Konkrétně ve FN Plzeň je infekční klinika rozdělena na ambulantní a lůžkovou část. Lůžková část se dělí na tři oddělení (příloha č. 2, vzhled a vybavení pokojů):

- **Oddělení A**, kde jsou umístěni dospělí pacienti a starší děti se zánětem mozkových blan, lymeskou boreliózou, infekční mononukleózou a jinými infekcemi přenosnými především vzdušnou cestou. Dále jsou zde pacienti se žloutenkou, průjmovým onemocněním, nejasnými febrilními stavy a infekcemi močových cest. Toto oddělení disponuje 22 lůžky, z toho je jedno lůžko nadstandardní a jedno pro nižší intenzivní péči.
- **Oddělení D**, kde jsou nadstandardní pokoje pro matky s dítětem, pokoje pro kojence a pokoje pro mladší děti. Toto oddělení disponuje 18 lůžky, z toho je osm nadstandardních pokojů pro matky s dítětem a jedno lůžko pro nižší intenzivní péči.
- **Oddělení Izolace**, které je rozděleno na jednotlivé izolační boxy. Na toto oddělení se přijímají pacienti od narození (novorozenci v případech, že jsou při porodu infikováni varicellou) až po dospělé s vysoce nakažlivými nemocemi. Toto oddělení disponuje 10 lůžky, z toho je jedno lůžko nadstandardní a jedno pro nižší intenzivní péči. ([www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)).

## 2.5 Dokumentace

V 50. letech dvacátého století bylo nezbytnou součástí infekční kliniky dokumentační oddělení. Vedle dokumentace, která byla obvyklá na všech odděleních, muselo být ihned po příjmu provedeno písemné hlášení nakažlivých nemocných a ve vážných případech se hlášení provádělo i telefonicky. Dokumentační oddělení bylo v úzkém spojení s OHES, aby přijímající lékaři mohli být okamžitě informováni o výskytu nakažlivých nemocí v dětských kolektivech a o epidemiologické situaci ve spádových oblastech. Vedlo v evidenci suspektní případy a při objasnění diagnózy odesílalo černé tiskopisy – potvrzení diagnózy – a při propuštění nemocného odesílalo konečná hlášení. Dokumentační oddělení vedlo také *knihu nosokomiálních nákaz*, kde bylo uvedeno jméno nemocného, základní nemoc, přidružená infekce, den pobytu v nemocnici, kdy se nosokomiální nákaza objevila, dále všichni pacienti, kteří byli

v kontaktu a opatření, jaká byla provedena (pasivní imunizace) - (Kredba a kol., 1955, str. 91).

Ošetrovatelská dokumentace (příloha 3) o pacientovi vedená při přijetí byla vyplňována lékařem, většinou na psacích strojích nebo ručně. Obsahovala: desky chorobopisu, na které se vypisovaly iniciály pacienta, příjmové diagnózy, status praesens (osobní, rodinná, pracovní anamnéza, operace, úrazy, alergie, nynější onemocnění, terapie). Do desek chorobopisu se vkládal dekurs, na který se psaly každodenní ordinace a terapie pro hospitalizovaného pacienta. Ucelená sesterská dokumentace téměř neexistovala. Informace o všech hospitalizovaných pacientech na oddělení si sestry při předávání směny sdělovaly ústně. Psala se pouze denní a noční hlášení sester, která obsahovala informace o stavu pacientů, kteří se během služby zhoršili (febrilní stavy, změna antibiotické léčby, sledování dekubitů u ležících pacientů, změny v psychice pacienta, atd.)

Ošetřující lékař při ranní vizitě do dekursu každého pacienta vyplnil jeho zdravotní stav, účinnost léčby, ordinovaná vyšetření a denní medikaci. Službu konající lékař v odpoledních a nočních hodinách měnil ordinace pacienta jen ve výjimečných případech (při akutním zhoršení stavu pacienta). Pro lepší přehlednost v ordinacích, denní směna sester vypisovala po vizitě z jednotlivých dekursů souhrnný seznam ordinací podávaných antibiotik, infuzní terapie, plánovaná vyšetření, rehabilitaci a konzilia.

Na současných infekčních odděleních a klinikách již zvláštní oddělení dokumentace neexistuje, ale stále probíhá hlášení infekčních nemocí a nosokomiálních nákaz na krajské hygienicko-epidemiologické stanice (KHES), které zajišťuje THP pracovník kliniky. Sdělování těchto informací probíhá písemně na předepsaném tiskopise, v případě že se jedná o diagnózu pozitivní hepatitida A nebo invazivní meningokokové onemocnění i telefonicky. I nadále jsou lékaři při příjmu informováni o nakažlivých nemocech ve spádových oblastech (např. výskyt vztekliny).

V 1993 došlo ve FN Plzeň ke změně systému vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Tato změna se promítla i do chodu infekční kliniky. Změna systému byl obrovský krok kupředu, zkvalitnil se způsob komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky (dále jen NELZP), lékaři a jinými odborníky. Došlo ke zlepšení sběru dat a záznamů informací o léčení a ošetrovatelské péči

individuálně u každého pacienta. Dokumentace se zpřehlednila a přispěla k efektivnosti ošetrovatelské péče.

Vedení **zdravotnická dokumentace** a **ošetrovatelská dokumentace** se řídí zákonem č. 20/1966 Sb., v platném znění. Cílem zdravotnické dokumentace je systematicky vést soubor údajů, informací a obrazových materiálů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a postupu zdravotnického zařízení/ zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče.

Za zdravotnickou dokumentaci se považuje veškerá dokumentace ve zdravotnickém zařízení, kde jsou uvedena osobní data nemocného a současně informace o jeho zdravotním stavu, její vedení je považováno za informační databanku, na kterou se vztahuje zvláštní zákon na ochranu dat.

**Ošetrovatelská dokumentace** je systematické zaznamenávání plánované i neplánové péče poskytované pacientovi sestrou způsobilou k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením této sestry pracují. Vedení záznamů může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi.

Předností vedení ošetrovatelské dokumentace je:

- sjednocení lékařských a ošetrovatelských záznamů
- průběžné a plnohodnotné předávání služeb
- zajištění kvality ošetrovatelské péče
- vytyčení odpovědnosti jednotlivých spolupracovníků
- přehled ošetrovatelské péče a úspěchů
- právní jistota NELZP
- jistota pro pacienty

Oproti minulosti má ošetrovatelský dokumentační systém několik složek, které vycházejí z metody ošetrovatelského procesu:

**Ošetrovatelská anamnéza** – zhodnocení stavu jedince/pacienta

**Ošetrovatelský plán/standardní ošetrovatelský plán** – ošetrovatelská diagnóza, cíl, opatření

**Realizace ošetrovatelského plánu** – důkaz o provedení intervencí

**Hodnocení plánu/hlášení** – pro předání služby mezi jednotlivými směnami

**Sesterská překládová/propouštěcí zpráva** – pro zachování kontinuity péče

Ačkoli správně vedená ošetrovatelská dokumentace je důkazem o kvalitě ošetrovatelské praxe, nemusí být vždy důkazem o kvalitě ošetrovatelské péče a je třeba brát v úvahu více hledisek. Za posledních deset let se praxe sester velice změnila a je obdivuhodné, že se sestry nenechaly odradit počátečním nezájmem, nutno podotknou převážně lékařů. Konečně se dočkaly legalizace ošetrovatelského procesu včetně vedení ošetrovatelské dokumentace. Důležitým úkolem sester je, aby přesvědčily lékaře o tom, že kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace a zejména činnost, kterou podle ní sestry vykonávají, je obohacením systému péče o pacienta (Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z, 2002).

## **2.6 Prádlo a šaty**

Historické standardy zdůrazňovaly, že na pokoji musí mít každý nemocný své lůžko a bylo naprosto nepřijatelné přijímat dvě děti na jednu postel. Ložní i osobní prádlo bylo nemocniční a vyměňovalo se 1x týdně. Když jej pacient pozvracel nebo jinak znečistil, vyměňovalo se ihned. Prádlo se pralo ve zvláštní prádelně, kde se vyvářelo 1-2 hodiny při 120-140° C a tím se zároveň dezinfikovalo. Tam, kde nebyla zvláštní infekční prádelna, muselo se prádlo namáčet 12 hodin do dezinfekčního roztoku a potom se teprve posílalo do prádely. Vlastní prádlo a šaty nemocného se posílaly do dezinfekce a potom, až do propuštění pacienta byly uschovány v šatně. (Kredba a kol., 1955, str. 91-92).

V současnosti má každý pacient samozřejmě svoje lůžko. Ložní prádlo se mění denně, v případě nutnosti i několikrát. Pacient může mít pyžamo nemocniční nebo své vlastní. Nemocniční pyžamo se mění každý den, je-li to potřeba i vícekrát denně. Pacientům, kteří mají pyžamo své vlastní, se také doporučuje měnit jej každý den. Prádlo z infekční kliniky je ukládáno do speciálních pytlů s označením infekční prádlo a je odesíláno do centrální prádely. Vlastní oblečení nemocného se dezinfikuje jen ve zvláštních případech, jak je uvedeno v kapitole 2.3 Příjem nemocných.

## **2.7 Strava**

V 50. letech 20. století se jídlo na infekční oddělení přiváželo z centrální kuchyně v termoboxech. V termoboxech přicházelo do čajových kuchyňek a zde se teprve rozdělávalo na talíře. Termoboxy nesměly přijít na oddělení a po umytí se vracely zpět do kuchyně. Nádobí a přístroje se vracely z pokojů do umývárny, kde se z nich seškrábaly zbytky do pomyjí a potom se omyly pod horkou tekoucí vodou

a vložily do sterilizačního přístroje, kde se horkou parou sterilizovaly a osušily. Teprve potom se nádobí uložilo do kuchyňky. V malých odděleních, kde toto zařízení nebylo, se nádobí sterilizovalo vyvářením ve velkých hrncích, a to zvláště z každého pokoje. Nebylo-li ani to možné, desinfikovalo se nádobí 30 minut ve 2 % roztoku chloraminu a teprve potom bylo umyto horkou vodou a osušeno.

Zbytky jídel (pomyje) se shromažďovaly ve zvláštních nádobách a potom se buď spálily, nebo užily k výkrmu prasat. Před odvezením do výkrmny prasat se pomyje musely převařit. Z oddělení hepatitid se všechny zbytky spalovaly. Na infekčním oddělení nesměly nikde zůstat žádné zbytky jídel, aby se tam nemohly držet a rozmnožovat mouchy a jiný hmyz. Proto také nebylo dovoleno, aby pacienti dostávali balíčky s jídlem a aby měli v nočních stolcích nějaké zbytky (Kredba a kol., 1955, str. 92).

V současnosti se dodržuje stejný postup. Na infekční kliniky se jídlo dováží v termoboxech a teprve v kuchyňkách se podle stanovených diet (např. průjmová, jaterní, diabetická) rozděljuje na talíře. Tekuté zbytky jídel se vylévají do výlevky, tuhé do infekčního odpadu. Nádobí se po použití umyje v myčce, pak je uloženo na 30 minut do dezinfekce. Použití dezinfekce se řídí stanoveným dezinfekčním plánem, který stanovuje oddělení epidemiologie, které se řídí platnou legislativou. U vysoce infekčních nákaz (např. SARS, MRSA, H1N1) se používá jednorázové nádobí, které je pak likvidováno. Jako pozitivní vnímám, že pacient smí mít z domova např. balenou vodu, popř. ovoce, pokud to je v souladu s dietou, která mu byla stanovena. I nadále platí, že na pokojích nesmějí zůstat zbytky nedojedeného jídla.

## **2.8 Koupelny, WC, podložní mísy**

Legislativa platná v 60. letech 20. století uváděla, že každé dítě má mít svůj nočník a každý dospělý ležící pacient svou podložní mísu a urinál. Ty byly označeny podle pokoje a postele, aby nebyly zaměňovány. Musely být udržovány v naprosté čistotě, po vylití obsahu musely být vymyty horkou vodou, desinfikovány desinfekčním roztokem a uloženy do nočního stolku nemocného. Nejméně jednou týdně a vždy, když ji měl dostat jiný nemocný, se musely sterilizovat parou nebo řádně vyčistit a vydezinfikovat.

WC se udržovaly též v naprosté čistotě. Klozet měl předsíňku, kde bylo umyvadlo s tekoucí teplou a studenou vodou, mýdlo a ručník. Zde si pacient po použití toalety umyl ruce. Nebylo-li před klozetem umyvadlo, umyl si pacient ruce na pokoji.

Bylo na lékařích a sestrách, aby nemocné, ať šlo o děti nebo dospělé, poučovali o dodržování těchto nejzákladnějších hygienických pravidel. Jeden klozet byl určen pro 10-15 nemocných se stejnou nemocí. Klozetové sedadlo, kliky u záchodu, držadlo a stahovadlo se otíraly 4-6x denně dezinfekčním roztokem. Když se nemocný vykoupal, musela být vana řádně umyta a vytřena dezinfekčním roztokem (Kredba a kol., 1955, str. 92).

Inovací oproti minulosti jsou jednorázové podložní mísy, emitní misky a močové láhve pro muže a ženy, které se po použití likvidují v drtičce odpadu. Dezinfekci pokojů, toalet a chodeb zajišťují firmy specializované na úklid. Není to tedy již v pracovní náplni NELZP.

## **2.9 Průběžná dezinfekce odpadních vod**

V minulém století se odpadové vody z infekčního oddělení před vypuštěním do kanálu automatizovaně dezinfikovaly chlórováním, a kde toto zařízení nebylo, bylo nutno provádět průběžnou dezinfekci u lůžka pacienta. Moč nebo stolice se dezinfikovala tím způsobem, že se roztok chlorového vápna nebo roztok lysolu nalil do mísy a nechal se 30 minut účinkovat. Teprve potom bylo možné obsah vylít do WC. Tak se prováděla průběžná dezinfekce u střevních nákaz, poliomyelitidy, infekční hepatitidy, leptospiros atd., rovněž voda ve vaně se dezinfikovala chlorovým vápnem nebo chloraminem v takovém množství, až z ní byl cítit chlor. Teprve potom se mohla voda vypustit (Kredba a kol., 1955, str. 92).

V současnosti jsou odpadové vody z infekčního oddělení stejně jako v minulosti vedeny do nemocniční čističky a před vypuštěním do městské kanalizace jsou dezinfikovány. Vzhledem k tomu, že většina pomůcek, pro péči o infekčního pacienta, je již jednorázová, odpadá nutnost dezinfekce moči a stolice přímo u lůžka nemocného.

## **2.10 Návštěvy u pacientů**

Dle požadavků uplatňovaných v 50. letech 20. století musel být vchod na infekční oddělení stále uzavřen a přístup dovnitř měl jenom personál. Příbuzní chodili za pacienty jen k oknům, a kde to nebylo možné, dorozumívali se písemně. Návštěva u pacienta byla dovolena jen ve výjimečných případech, jednalo-li se o těžký stav nemocného. V těchto případech byla povolena krátká návštěva jednoho, nejvýše dvou nejbližších příbuzných. Ti se oblékli do nemocničního oděvu (empíru) a dostali obličejovou masku. Při odchodu si museli řádně umýt ruce a otřít obuv. V době návštěv



byla okna zavřena, aby se nemohli nemocní a návštěvníci stýkat, dávat si balíčky a psaní. Okna infekční kliniky byla zavírána na klíč (byla opatřena řetězem a visacím zámekem), aby si je pacienti nemohli sami otevřít. Otevřeno zůstávalo jen hořejší okno opatřené hustou drátěnou sítí. V době návštěv podával lékař informace o stavu nemocných na jednotlivých odděleních u okénka v propouštěcí místnosti, v jiné dny byly zprávy podávány telefonicky v určených hodinách. Všechny informace o návštěvách a informacích podávala přijímací sestra rodičům nebo doprovázejícím osobám hned při příjmu (Kredba a kol., 1955, str. 93).

V současnosti omezení pro návštěvu infekčních pacientů již neplatí. Návštěvy na infekčních odděleních probíhají ve stanovených návštěvních hodinách, které se musí dodržovat. Ve výjimečných případech (např. celorepubliková epidemie chřipky) je návštěva u pacienta lékařem zakázána. Na izolačním oddělení je návštěva pacienta umožněna přímo u lůžka nemocného. Každé návštěvě je poskytnut jednorázový empír, ústenka, návleky a rukavice. Po skončení návštěvy je oblečení uloženo do speciálního pytle s infekčním materiálem a návštěvník si musí umýt a odezinfikovat ruce. Na ostatních odděleních infekční kliniky probíhají návštěvy ve speciální místnosti (nemocný + rodinní příslušníci). Doba návštěvy je časově omezena proto, aby se návštěvy vystřídalily u všech pacientů.

## **2.11 Hygienický režim pacientů**

V 50. letech 20. století byl úklid pokoje pacienta v náplni práce zdravotních sester. Pokoje infekčních pacientů se uklízely pravidelně každé ráno. Podlaha se vytřela hadrem namočeným v dezinfekčním roztoku, následná ranní úprava lůžek se prováděla při otevřených oknech. Pacienti se myli 2x denně, ráno a večer a jednou týdně, pokud to ovšem jejich zdravotní stav dovozoval, se koupali. Chodící pacienti se myli u umyvadla sami, ležící a malé děti myla sestra. Před každým jídlem a po každém užití klozetu si pacient měl umýt ruce. Pobytu nemocných na oddělení se využívalo k osvětovým pohovorům, kdy se jim vysvětlovala nejzákladnější hygienická pravidla, základy epidemiologie a prevence. Každý pacient musel mít svůj ručník, kapesník, mýdlo, hřeben a kartáček na zuby.

Pokoje se pravidelně větraly. V létě bylo okno, sítí proti mouchám chráněné, otevřeno stále, v zimě se větralo každé 2 hodiny asi 10 minut, na jaře a na podzim asi 15-20 minut. Před větráním sestra dohlédla na to, že pacient je důkladně přikrytý. Na

pokoji byla udržována teplota okolo 18° C, tam kde byli kojenci a malé děti byla okolo 20-22° C a vlhkost vzduchu asi 60 %.

Pomůcky k péči o pacienta (příloha 4), tzn. teploměry, gumové podložky, gumová kola a vodní lůžka, katetry a sondy se po použití umývaly a vyvářely (sondy, katetry) nebo dezinfikovaly (termofory, kola, lůžka, teploměry). Zvláštní péče se musela věnovat injekčním stříkačkám a jehlám. Po každém použití je sestra propláchla studenou vodou, aby se odstranil hnis a krev, asi 20x je prostříkla desinfekčním roztokem a potom je důkladně vyvářila. Jehly a celoskleněné stříkačky bylo možné sterilizovat v autoklávu při 160° C po dobu 20 minut, „Rekordky“ se vyvářeli po dobu 20 minut. Po vyvaření se stříkačky i jehly ukládaly ve sterilních dózách. Za velmi důležité se považovalo mít dvoje stříkačky, jedny pro intravenózní aplikaci a druhé pro subkutánní a intramuskulární aplikaci; u nichž musela být sterilita co nejpřísnější (Kredba a kol., 1955, str. 93).

V současnosti je pravidelný úklid prostor infekčních pracovišť zajišťován úklidovou službou (2x denně – ráno a v poledne jsou vytírány chodby a pokoje. Toalety a umyvadla se dezinfikují minimálně 3x denně, vana po každém použití). Za velmi pokrokové považují vybavení pokojů bezdotykovými dávkovači mýdel a dezinfekce. Za výrazné zlepšení oproti historii považují to, že ručníky, kapesníky, podložky, rukavice, emitní misky, atd. jsou jednorázové. Pokud pacient nepoužívá svoji vlastní obuv, dostane při svém příchodu na oddělení i jednorázové pantofle. NELZP každé ráno převléká a omývá lůžka pacientů, dezinfikuje příruční stolky, jídelní stoly a zdi v dosahu pacientů. Minimálně 1x denně se pacienti koupou, pokud to dovoluje jejich zdravotní stav. Stejně jako v minulosti je pacient od příjmu na lůžkové oddělení seznamován se všemi zásadami hygienických a epidemiologických opatření na infekční klinice. Nepřetržité větrání je zajišťováno mikroventilací. Pomůcky nutné k provádění ošetrovatelských úkonů (jehly, stříkačky, tampóny, katetry, atd.) jsou všechny na jedno použití.

## **2.12 Propouštění pacientů**

Podle legislativy platné v 50. létech 20. století mělo propouštění infekčních pacientů velmi přísná pravidla. U nemocí, u nichž nebyla povinná izolace v nemocnici (např. spalničky, chřipka, varicella), byli pacienti propouštěni po uzdravení. U nemocí, kde byla izolace povinná (např. žloutenka typu A, záškrť, tyfus), byli pacienti propouštěni, až když přestali být pro své okolí nebezpeční. U pacientů se záškrtem po 2

negativních bakteriologických vyšetřeních nosu a hrdla nebo po zjištění, že jde o netoxický kmen, u pacientů s břišním tyfem po 3 negativních bakteriologických vyšetření moči a stolice a po závěrečném vyšetření duodenální šťávy atd.

Pozitivní rekonvalescenti směli být propuštěni jen se svolením OHES. Pacienti s poliomyelitidou byli izolováni po 6 týdnů, serosní meningitidou 3 týdny, pacienti se spálou 5 dní atd.

Před propuštěním se pacient vykoupal v koupelně určené pro propuštěné pacienty, oblékl se do svého vydesinfikovaného prádla a šatstva a pak se už nesměl vrátit zpět na oddělení. Propouštěcí sestra zabezpečila, že propouštěný pacient, v případě, že šlo o dítě, pak jeho rodiče, podepíše převzetí oblečení. Povinností rodičů při převzetí dítěte pak bylo ho prohlédnout, zda je čisté, nemá vši a to opět stvrdili svým podpisem sestře do chorobopisu. Rekonvalescenti po těžké nemoci, kojenci a malé děti byli posíláni domů sanitkou, aby se po cestě jejich stav nezhoršil nebo aby se znovu neinfikovali. Rovněž pacienti po spále a hepatitidě byli posíláni domů sanitkou. Pacienti, kteří nebyli již pro okolí nebezpeční, mohli být posláni domů obyčejnou sanitkou, pacienti, kteří byli propouštěni ve stádiu nakažlivém (např. varicella, pertuse) se odesílali infekční sanitkou. Propuštění pacienti odcházeli z oddělení jinou cestou než při přijetí, nikdy se nesměli přijímaní a propouštění setkat, aby nedocházelo k superinfekcím. Zvláště důležitý byl tento režim při propouštění pacientů se spálou (Kredba a kol., 1955, str. 91-92).

V současné době je pacient propuštěn domů po vyléčení akutní formy nemoci. V případech stanovených zákonem (veškeré infekční průjmy, pohlavní nemoci, hepatitidy atd.) se informace o pacientovi předávají na KHES, která pak dále zajišťuje, že se pacient dostaví na nutné odběry ke svému praktickému lékaři. I nadále platí, že se nesmí křížit cesty přijímaných a propouštěných pacientů. Oproti historickým požadavkům, se pacient před propuštěním již nemusí koupat.

V současnosti do kompetence všeobecné sestry patří předání propouštěcí lékařské zprávy, zdůraznění nutnosti dodržování léčebného režimu (léčebný režim zahrnuje dávkování léků, ATB, u pacientů s DM dávkování inzulinu), vysvětlení dietního režimu v souvislosti s hospitalizovanou diagnózou. Dále se všeobecná sestra postará o předání hospitalizačního účtu, rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o potřebě ošetřování (jedná-li se o dětského pacienta) a upozorní pacienta na povinnost dostavit se do tří kalendářních dnů k ošetřujícímu lékaři.

Vzhledem k tomu, že většina populace v současné době vlastní automobil, provádí se sanitním vozem převoz pacientů do domácího ošetření jen ve zvláštních případech (např. pacient je ležící a doprava osobním automobilem je nemožná, je-li pacient špatně mobilní a bydlí v domě bez výtahu apod.). Na většině území dochází k rušení zvláštních sanitních vozů pro pacienty infekčních a plicních oddělení. Při objednávání sanitního vozu se tedy dopředu hlásí, zda pacient musí být přepravován sám, či zda může být převážen společně s jinými pacienty. Po převozu takového pacienta musí být sanitka vydezinfikována.

### **2.13 Sanitární režim pro zdravotnický i pomocný personál**

Protože personál pracující na infekčních odděleních byl ve stálém styku s nákazou, platili i pro něj v 50. letech 20 století přísná pravidla a omezení. Bylo bezpodmínečně nutné, aby pracoval tak, aby sám byl co nejméně ohrožován a aby sám neohrožoval pacienty mu svěřené. Personál mohl pacienta ohrozit buď tím, že pracoval, když byl nemocen, nebo když bez převléknutí přecházel na jiné oddělení, nebo když si neumyl ruce a šel ošetřovat dalšího pacienta. Proto byl personál, a to lékař, sestry i pomocnice, řádně pro svou práci školen v otázkách hygieny, epidemiologie a dezinfekce. Personál byl pravidelně bakteriologicky vyšetřován, zda není bacilonosičem střevních nebo streptokokových nákaz.

Pro práci na infekčním oddělení měl všechen personál služební oblek. Bylo naprosto nepřípustné, aby kdokoli vstoupil na infekční oddělení ve vlastních šatech. Když zaměstnanci infekční kliniky přicházeli do služby a odcházeli ze služby, procházeli sanitárním filtrem. Zaměstnanec nastupující do služby, uložil své šaty včetně spodního prádla do čisté skříňky a prošel na infekční stranu šatny, kde si vzal služební uniformu včetně služebního spodního prádla a ponožek. Když odcházel ze služby, uložil zpět do skříňky svůj služební oděv, osprchoval se a přešel na čistou stranu šatny, kde se oblékl do svých šatů. Ve službě se personál stravoval v čistých empírech ve zvláštní jídelně infekčního oddělení nebo v čajových kuchyňkách. Nebylo možné, aby se personál infekčního oddělení chodil stravovat do společné jídelny s ostatními zaměstnanci.

Každých pět roků byl personál přeočkován proti pravým neštovicím a každý rok proti břišnímu tyfu (Kredba a kol., 1955, str. 93-94).

V moderní době, je ošetřující personál pravidelně školen dle zákonných požadavků (BOZP, resuscitace, PŽK). V současnosti smí personál používat vlastní

prádlo a uniformu tvoří halena v kombinaci se sukní nebo kalhotami (již se nepoužívají šaty s lacem a čepec). Služební prádlo se pere v nemocničních prádelnách. I nadále zůstal zachován princip ukládání oblečení do dvou skříněk (oddělení civilních a služebních šatů). Při ošetřování pacientů se zvláště nebezpečnými infekčními nemocemi (např. H1N1, SARS) je personál oblečen do zvláštního ochranného obleku („Jupiter“) s instalovanou odsávací jednotkou.

Zdravotnický personál infekční kliniky chodí každý rok na pravidelné preventivní prohlídky (na rozdíl od ostatního zdravotnického personálu se u něj při návštěvách hlídají hodnoty jaterních testů a hladina protilátek na hepatitidu B), ale jinak není speciálně bakteriologicky vyšetřován.

Oproti pravidlům dodržovaným v minulosti personál infekční kliniky může chodit do stejné jídelny jako ostatní zaměstnanci nemocnice a nemusí ani používat speciální empír.

Pravidelné očkování proti břišnímu tyfu a pravým neštovicím se již neprovádí. Nicméně stále zůstává v platnosti, že ošetřující personál je pro svoji práci řádně proškolen v otázkách hygieny, epidemiologie a desinfekce.

### 3 Léčba pacientů s infekční nemocí

Léčba infekčních nemocí prošla dvěma fázemi vývoje. Prvá fáze bylo období symptomatické léčby a druhá je období od objevu sulfonamidů až dodnes. Dokud lékař neměl lék, který by byl přímo zaměřen proti původci nemoci, byl jeho boj za uzdravení pacienta velmi obtížný. Stál před úkolem pomoci nemocnému organismu, který se bránil nemoci a užíval k tomu jednak lidových, jednak svých vlastních zkušeností a léčil symptomaticky. Tak např. u spály v druhé polovině 19. století byl hlavním lékem klid na lůžku, zábaly, salicyl, chinin, popř. digitalis (u těžkých onemocnění) a dieta (voda, citrónová šťáva, polévka, mléko a dostatek tekutin). Po objevu bakterií jako původců infekčních nemocí byla pozornost badatelů obrácena především k nim a hledaly se cesty, jak proti nim účinně bojovat, eventuelně jak zabránit jejich toxinům v působení. Behringův<sup>8</sup> objev léčebného antidišterického séra řešil část tohoto úkolu a značně posílil důvěru v moc lékařské vědy a přispěl tak k záchraně tisíců životů. Na počátku 20. století našel Ehrlich<sup>9</sup> po úporném bádání SALVARSAN, lék, který vyhovoval požadavku „specifické střely“ proti původci nemoci. Tím bylo zahájeno nové období - období léčby cílené na původce nemoci. Tato léčba, hlavně pak po objevu sulfonamidů a antibiotik způsobila revoluci v léčbě infekčních nemocí. Dnes může lékař u řady nemocí účinně zasahovat etiotropně a tím vlastně daleko předstihuje ostatní obory lékařství, které jsou většinou odkázány na léčbu symptomatickou nebo na odstraňování škod, vzniklých chorobným procesem. Etiotropní terapie je léčba zaměřená přímo proti původci nemoci, kterého se snažíme omezit, či přímo zlikvidovat. Je důležité si uvědomit, že již v roce 1954 v celorepublikových učebnicích infekčního lékařství MUDr. Jaroslav Ondráček varuje, že: *„Tyto úspěchy mají však i své stinné stránky. Zasahoval-li dříve lékař proti původci nemoci jen výjimečně (lues – rtuť, malárie-chinin) a hlavně podporoval makroorganismu v jeho boji, obrací se dnes jen proti původci nákazy a makroorganismus zanedbává!“* (Kredba a kol., 1954, str. 61).

K tomu, aby se organismus vyléčil, nestačí totiž jen potlačit původce nemoci, ale je také nutné posilovat napadený organismus v jeho boji s infekčním agens tak, aby byl

---

<sup>8</sup> **Emil Adolf von Behring** (1854 -1917) byl německý lékař a bakteriolog, jeden ze zakladatelů imunologie a sérologie, objevitel séra proti záškrtu. V roce 1901 se stal prvním nositelem Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu.

<sup>9</sup> **Paul Ehrlich** (1854 - 1915) byl německý chemik, lékař, sérolog a imunolog.. Objevil účinnou zbraň proti infekcím - SALVARSAN. Za své objevy obdržel v roce 1908 Nobelovu cenu.

schopen zvládnout infekční proces. Proto je nutné klást vedle léčby zaměřené proti původci nemoci i důraz na posílení schopnosti organismu k obraně. V podstatě se jedná o tzv. celkovou léčbu, kterou lze rozdělit na čtyři základní oblasti: *boj se šokem; dietu, symptomatickou léčbu, ošetření* (Kredba a kol., 1954, str. 61,72-75).

### **3.1 Kompetence všeobecné sestry v historii a současnosti**

V polovině minulého století, byla všeobecná sestra sice kvalifikovaným asistentem lékaře, nikoliv však jeho rovnocenným partnerem. Jak je zřejmé z kompetencí středního zdravotnického personálu (dále jen SZP) a nižšího zdravotnického personálu (dále jen NZP), uváděných v nařízení vlády Československé republiky č. 14/1952 Sb., o nižších zdravotnických pracovnících a č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících. Obě tato nařízení, pak byla zrušena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, který mimo jiné nově definoval pravomoci a kompetence zdravotnického personálu. Základem úspěšné léčby pacientů s infekční nemocí byla kromě symptomatologické léčby i nezbytná péče ošetrovatelská a přísné dodržování předpisů o izolaci. Při opominutí těchto pravidel mohly být sebevětší úspěchy léčby zničeny přenosem jiné nemoci na uzdravujícího se pacienta. Proto byla pro infekční kliniky stanovena velmi přísná pravidla a personál směl na pokoj pacienta jenom v ochranném plášti a masce. V oblasti výše popsané celkové léčby lékař zajišťoval první tři části – boj se šokem, stanovení diety, symptomatickou léčbu. Ošetřování pacienta bylo v kompetencích SZP a NZP, kteří se řídili pokyny lékařů. Povinnosti SZP a NZP při ošetřování pacienta se dělily na dvě části, a to na péči o pacienta a na péči o prostředí (Kredba a kol., 1954, str. 71-75).

*1. Péče o pacienta.* Sestra a ošetřující personál se staral o pacienta jak po stránce somatické, tak i duševní. Podmínkou úspěšné léčby bylo správné a včasné podávání léků dle ordinací lékaře. Přitom si sestra musela uvědomit, že důležitým doplňkem léčby medikamentosní je i slovo, kterým doprovází podání léku. Tedy nejen podávat lék v přesně určenou hodinu (nikdy ne na celý den najednou), ale působit i slovem na pacienta.

U těžce nemocných pacientů sestra pečovala o hygienu celého těla. Zvláštní péči bylo zapotřebí věnovat dutině ústní, kde se často usazoval hlen (na zubech, jazyku), pod nímž snadno bujela mikrobiální flora a vedla tak ke vzniku vředů. Bylo proto nutné

čistit nemocnému zuby, odstraňovat zaschlý hlen, otírat dásně, rty a jazyk. K tomuto účelu se užíval boraxglycerin.

Každý pacient se ráno a večer umyl a jednou týdně vykoupal. Nemohl-li se kvůli svému vážnému zdravotnímu stavu koupat, musel být celý omyt každý pátý den. Každý pacient musel mít svůj kapesník, ručník, hřeben, ale i mísu, láhev na moč apod.

U těžkých nehybných pacientů, zvláště těch, kteří měli parézy končetin, kálili a močili pod sebe, byla bezpodmínečně nutná příkladná péče o kůži, neboť kůže byla troficky změněná a snadno se proležela. Sestra proto pokládala takového nemocného na vodní lůžko nebo na gumové kolo, otírala mu kůži kafrovým lihem a pudrovala jej, aby se zabránilo vzniku dekubitů.

Rovněž velmi důležitá byla péče o stolici a močení nemocného. Sestra musela pečlivě značit počet i vzhled stolice (krev!) a upozorňovat lékaře, když pacient nebyl dlouho na stolici, aby včas ordinoval výplach. Musela rovněž včas upozorňovat lékaře, že pacient nemočí, ať už z jakýchkoliv důvodů (anurie, paréza měchýře). U parézy měchýře byla zaváděna permanentní cévka (u žen tuto činnost vykonávala sestra pod dohledem lékaře, u mužů lékaři pouze asistovala). Odebírala správně a včas materiál na vyšetření. Nikdy, to nesvěřovala pacientovi, který mohl úmyslně znehodnotit vyšetření, např. záměnou (bacilonosič) či kontaminací odebíraného vzorku.

Nezbytným doplňkem péče o tělo nemocného byla péče o jeho nervovou soustavu (ochranně léčebný režim). Sestra proto dbala o dostatečný a klidný spánek pacienta, odstraním všech zdrojů hluku. Nemluvila před ním o tíži jeho nemoci apod. Odstraňovala při ošetřování zbytečnou bolest, např. šetrným prováděním převezu. Podávala mu analgetika dle ordinací lékaře. Všechny nutné výkony (punkce) byly prováděny v anestezii.

Povinností sestry bylo také zajistit pacientovi zábavu (rozhlas, noviny, knihy, u dětí hračky). Od prvního vstupu do nemocnice musel pacient cítit její živý zájem o jeho zdraví (Kredba a kol., 1954, str. 74).

*2. Péče o prostředí.* Lůžko pacienta muselo být vždy čisté. Prádlo se převlékalo nejméně 1x týdně, v případě potřeby ihned. Důležitý byl dostatek čerstvého vzduchu, což se zajišťovalo pravidelným větráním a udržovala se přiměřená teplota pokojů tak, jak je popsáno v kapitole 2.11.



Úklid se prováděl 2x denně jen vlhkými hadry, nejlépe smočenými v roztokou lysolu (5%). Každé ráno se otíraly postele, noční stolky a zdi v dosahu pacienta.

Generální úklid se prováděl v zimě každých 14 dní, v létě každý týden. Vzhledem k nebezpečí přenosu infekce nesměl být pokoj pacientů zdoben obrazy a květiny byly povoleny pouze řezané.

Tato organizační opatření byla velmi důležitá pro zamezení vzniku nosokomiálních nákaz (Kredba a kol., 1955, str. 75).

V současné době kompetence všeobecných sester v České republice legislativně upravuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pro výkon povolání sestry na infektologii je nutné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a vzdělání v oboru všeobecná sestra a pro dětské infekční oddělení je navíc nutná specializace dětská sestra.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., uvádí, že všeobecná sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání, má tyto kompetence:

**„- vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem,** poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace

s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,

- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

**- může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče.** Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může:

- a) podávat léčivé přípravky<sup>1</sup> s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

- **pod odborným dohledem lékaře může**

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,

b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>1</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.“

## 4 DISKUZE

Nejprve bych se ráda zmínila o některých důležitých podkladech, které jsem použila pro sepsání této práce. Za stěžejní zdroj informací o fungování infekčních oddělení od poloviny 20. století považuji celostátní vysokoškolskou učebnici od Doc. Dr. V. Kredby, Dr. J. Ondráčka a Prof. Dr. J. Procházky INFEKČNÍ NEMOCI, schválenou výnosem ministerstva školství ze dne 4.11.1954 a dále její aktualizované vydání z roku 1965, která popisuje soudobé praktiky, způsoby léčby i ošetřování infekčně nemocných pacientů. Dále pak nařízení vlády Československé republiky č. 77/1951 o středních zdravotnických pracovnících, které stanovovalo pracovní náplň SZP, a nařízení vlády Československé republiky č. 14/1952 Sb., o nižších zdravotnických pracovnících, které stanovovalo pracovní náplň NZP. Obě nařízení byla zrušena v okamžiku, kdy vstoupil v platnost zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, který byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v tehdejší Československé socialistické republice a platí do současnosti. Tento zákon vymezuje povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a zásady zdravotnické péče. Od roku 1966 až do roku 1990 nebyl ani jednou změněn, poté byl upraven mnoha novelizacemi, které byly prováděny pro každý stát federace zvlášť. Při zániku federace zůstal zákon v České republice i nadále platným a je platný i v době sepsání této práce, ačkoli se plánuje od 1.4.2012 jeho zrušení a nahrazení zákonem č. 372/2011 Sb. Bohužel od roku 1990 prošel Zákon o péči o zdraví lidu padesáti pěti novelizacemi a jeho obsah se drtivě změnil, naprostá většina ustanovení byla nahrazena jinými právními předpisy, které bohužel poskytují pouze částečné informace, nikoliv ucelený přehled. (Jsou to například zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, dále pak vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem a mnohé další.) Současnou legislativu považuji za málo přínosnou, a nepřehlednou. Hlavní tendencí je vytváření byrokratických postupů, které z mého úhlu

pohledu mnohonásobně navyšují administrativní úkony a ve své podstatě tak omezují čas pro péči o pacienta.

Pro popis moderních metod a postupů péče o infekčně nemocného pacienta, stejně tak jako ke srovnání každodenního chodu moderního pracoviště jsem vycházela zejména z platné legislativy, dále pak z knihy doc. MUDr. J. Beneše, CSc. a kol. INFEKČNÍ LÉKAŘSTVÍ, která je koncipována jako moderní celostátní učebnice pro infektologii současnosti, bohužel je zpracována hlavně jako pomůcka pro studenty medicíny a lékaře, tudíž není tak přehledně koncipována jako knihy Infekční nemoci (Doc. Kredby a kol.), a nezabývá se každodenním chodem infekčního oddělení. Další zdroj informací o vývoji v ošetrovatelské péči mi pak poskytla kniha Doc. MUDr. Vladimíra Pacovského, CSc. VYBRANÉ KAPITOLY Z PÉČE O NEMOCNÉ, kniha OŠETŘOVATELSTVÍ – TEORIE od Prof. PhDr. Dany Frakšové, CSc. a kol., a knihy OŠETROVATELSTVO 1,2 od Barbary Kolierové a kol. Všechny výše jmenované knihy se zabývají pohledem na ošetrovatelskou péči obecně, popř. specializovaně v oblasti porodnictví, ale žádná z nich není věnována konkrétním požadavkům na péči o infekčně nemocného pacienta. Bohužel se mi ani nepodařilo nalézt jinou bakalářskou či diplomovou práci na toto téma. Z tohoto úhlu pohledu spatřuji v současné literatuře zřejmé nedostatky, které pak vedou k domněnkám, které se negativně odrážejí do moderního vnímání prostředí infekčních klinik, jak bude rozvedeno dále.

Srovnáním historického vývoje ošetrovatelské péče na infekční klinice, jsem se pokusila vyvrátit některá dogmata, která jsou o tomto pracovišti zakořeněna v podvědomí většiny populace. Principy zacházení s infekčně nemocnými pacienty, nastavené v polovině minulého století přetrvávaly bezmála 40 let a to je velmi dlouhá doba. Většina lidí si ještě dnes, když slyší o hospitalizaci na infekční klinice, představuje izolovaný pavilon, kde jsou lidé za mřížemi, naprosto odříznutí od okolního světa. Mnoho lidí považuje pobyt na infekční klinice za určité stigma. Slovní spojení „infekční klinika“ v pacientech podvědomě vyvolává pocit samoty, ohrožení i hanby. V lékařích a sestrách pak zůstává živá vzpomínka na represivní opatření, která byla v polovině minulého století striktně stanovena nejen pro pacienty, ale i pro ošetřující personál (viz. zvláštní jídelny). Podvědomě je zkratka s označením infekční klinika spojen strach. Strach ze smrti...

Jak je z mojí práce zřejmé, moderní doba přinesla moderní přístup i k léčbě infekčních nemocí. Díky zavedení systému povinného celoplošného očkování, nejobávanější infekční nemoci minulého století vymizely. Zmizela cholera, pravé neštovice a další dříve smrtelné choroby. Díky změně společenského klimatu, dodržování hygienických norem a přísných standardů při výrobě potravin, se jiné nemoci stávají smrtelnými jen v ojedinělých případech. Samozřejmě se objevují nové zákeřné nemoci, např. HIV, SARS, virus chřipky H1N1, proti kterým zatím neexistuje účinná léčba, ale moderní medicína umožňuje důstojné a „bezpečné“ ošetření i pro tyto pacienty. Infekční kliniky se staly moderními pracovišti, kde při zachování maximálních bezpečnostních opatřeních proti šíření nákazy je příjemné klima jak pro pacienty a pracovníky, tak i pro návštěvy.

Co vnímám jako problém, je skutečnost, že veřejnost je o výskytu infekčních chorob nedostatečně informována. Mnoho věcí je ještě z minulosti uloženo hluboko v podvědomí populace, např. mytí rukou po použití toalety, po návratu domů z hromadných dopravních prostředků atd., ale v podvědomí občanů přetrvává i to, že hlavní infekční nemoci minulého století jsou vymýceny a není proto důvod se jich obávat, což bohužel už není pravda. S volným pohybem přes hranice je spojeno i velké riziko přenosu nákaz, které se v Evropě už téměř nevyskytují, především TBC, černý kašel, žlutá zimnice, břišní tyfus. Z romantických dovolených ze zámoří se pak vrací pacienti jak s „cestovatelskými“ průjmy, malárií, tak bohužel i s pohlavními nemocemi, kterým by se dalo při lepší informovanosti obyvatelstva určitě předcházet.

Současná konzumní společnost zaměřená především na výkon se svým zdravím doslova hazarduje. Např. o průběhu a následcích prodělané klíšťové encefalitidy ví jen zanedbatelné procento populace, když v médiích v České republice proběhla reklamní kampaň se sloganem „jedna dvě, klíště jde“, reakcí těch několika málo informovaných bylo to, že nechali naočkovat své potomky, ale na sebe tak nějak zapomněli. Ačkoliv o nemocné dítě se každá máma postará a nebude symptomy nemoci bagatelizovat ani přehlížet. Ale kdo bude pečovat o „maminku“ či „tatínka“ když bude mít 40° C horečky, a první stádium přechodí, protože si řekne: „je to jen chřipka, na to stačí Paralen“ to už nikdo z dospělých neřeší, zrovna tak jsou tímto onemocněním ohroženi mladiství, kteří též mají tendenci prvotní příznaky bagatelizovat. Přitom následky tohoto onemocnění mohou být fatální - od ochrnutí po úmrtí.

Ze své praxe vím, že očkování je mocnou zbraní proti infekčním nákazám. Bohužel veřejnost neumí tuto „zbraň“ využít ve svůj prospěch. Očkování proti chřipce je dokonce bezplatné (hrazeno z prostředků zdravotního pojištění na základě znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů) u osob s chronickým onemocněním, u nichž onemocnění chřipkou obvykle vede ke zhoršení jejich základního onemocnění, a osob, u nichž existuje vysoké riziko výskytu komplikací po onemocnění chřipkou. Jedná se zejména o pacienty s HIV/AIDS, starší osoby (obvykle ve věku 65 let a více) a osoby s chronickým onemocněním mající např. chronické onemocnění dýchacího systému, chronické onemocnění srdce a cév, chronické onemocnění ledvin a jater, osoby s poruchou funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch) a přesto je očkování proti chřipce využíváno mnohem méně, než by mohlo být.

Jako nebezpečný také vnímám názor laické veřejnosti, že očkování proti černému kašli, tyfu, obrně atd. už není zapotřebí, protože tyto nemoci se v současnosti v ČR nevyskytují, nebo jsou tak vzácné, že již není potřeba se proti nim chránit povinným očkováním. Bohužel lidé šířící tyto názory si neuvědomují, že tento stav je zapříčiněn právě výbornou proočkovaností populace.

Moderní přístup k léčbě infekčních pacientů a rozvoj medicíny vede ještě k jednomu nešvaru - veřejnost má dojem, že už ji nemůže ohrozit žádná infekční nemoc. Za velmi nebezpečný považuji přístup k problematice onemocnění virem HIV, ačkoliv média poskytují široké spektrum informací o šíření a nebezpečí této nákazy. Současné možnosti v léčbě HIV/AIDS přivádí většinu populace k názoru, že tato infekce je něco podobného jako „chřipka“. Většina populace se nezabývá prevencí tohoto onemocnění, ale začíná se obávat nákazy až po té, co u nich dojde k rizikovému chování, jenže to už je většinou pozdě. Tento nezodpovědný přístup se projevuje nárůstem pacientů s HIV pozitivitou, kteří se léčí v AIDS centrech na infekčních klinikách. V roce 1986 bylo v celé České republice evidováno 26 pacientů, na přelomu tisíciletí to bylo 500 evidovaných pacientů a v roce 2011 to bylo již 1675 **evidovaných** pacientů, což je nárůst o 640 %. A toto procento se každým dnem zvyšuje. Od prvních příznaků nemoci do konečného stádia této choroby uplyne mnoho let. V praxi pozorují, že nově nakažení jedinci více méně spoléhají na to, že moderní medicína, která činí v léčbě mnoha dříve smrtelných nemocí nevídané pokroky, do doby, než u nich

onemocnění naplno propukne, dokáže vyvinout lék, který je úplně vyléčí. Bohužel musím konstatovat, že pacienti s HIV/AIDS představují hlavní klientelu infekčních klinik budoucnosti.

I kdyby se podařilo vyvinout účinnou léčbu proti HIV/AIDS a tím tento nebezpečný virus eliminovat, nelze předpokládat, že by to znamenalo konec potřeby infekčních klinik. Infekční nemoci jsou důležitým regulačním prvkem v přírodě. Každou infekci, kterou dokážeme vymýtit nebo oslabit, nahradí infekce nová. Nejdříve lidskou populaci v globálním měřítku trápila cholera, mor, černý kašel či pravé neštovice, pak to byla tzv. španělská chřipka či syfilida, následují alimentární infekce a v současnosti, kdy se daří díky přísnými hygienickým pravidlům „potravinové“ infekce eliminovat, se opět ke slovu ve větší míře dostávají nemoci přenášené pohlavním stykem. Kdo může říct, co přijde dál?



## ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo srovnat historický vývoj ošetrovatelské péče v oboru infektologie, jak jsem již nastínila v úvodu své práce. V první kapitole se věnuji historickému vývoji v oblasti lékařství a ošetrovatelství. Zmiňuji důležité mezníky infektologie jako byl např. rozvoj mikrobiologie, či zavedení hygienických standardů. Podrobněji se pak věnuji vlivu války na vznik a šíření infekčních nemocí a systému prevence, který byl zaveden v poválečném Československu po vzoru Sovětské armády. Závěr této kapitoly je věnován moderním trendům v oblasti infektologie. Druhá kapitola se zabývá srovnáním prostředí a způsobu péče o infekčně nemocného pacienta v nemocnici. Od návrhu, jak by měl vypadat infekční pavilon, přes vybavení pokoje, příjmu, umístění a propouštění nemocných, vedení zdravotnické dokumentace, přes pracovní náplň ošetrovatelského personálu. Tato kapitola je v přílohách doplněna obrázky srovnávajícími historické a moderní pomůcky a vybavení. Třetí kapitola je věnována srovnání kompetencí všeobecných sester, tak jak byly určeny v padesátých letech minulého století a tomu, jak jsou definovány dnes. V diskuzi se pak věnuji rozboru stěžejní literatury a jejímu přínosu pro tvorbu této bakalářské práce a dále pak problematice informovanosti obyvatelstva o účinném boji proti infekčním chorobám. Závěr je věnován zamyšlení nad potřebností infekčních klinik v budoucnosti.

Svoji bakalářskou práci považuji za přínosnou zejména v tom, že jsem skutečně velmi názorně zmapovala posun v ošetrovatelské péči o infekčně nemocného pacienta. Při zachování maximální opatrnosti poskytují současná infekční oddělení a kliniky pacientům moderní prostředí, novinky v léčbě i ošetrovatelské péči, a vysoce profesionální přístup personálu, který je zaměřen především na člověka. Doufám, že u čtenářů mé práce dokáži smazat negativní pocit, hluboko vrytý do podvědomí, spojený se slovy „infekční klinika“, který vychází z represivních opatření, jenž u nás platila téměř padesát let - až do konce 20. století.

## Seznam zdrojů

1. BENEŠ, J.,(2009) *Infekční lékařství*. 1. vyd. Galén, Praha 2009, 651 s. ISBN 978-807-2626-441.
2. BERAN, J., HAVLÍK, J., VONKA, V., (2005) *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. 1. vyd. Galén, Praha 2005, ISBN 80-726-2361-3.
3. FARKAŠOVÁ, D., (2006) *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Osveta, Martin 2006, ISBN 80-806-3227-8.
4. Kolektiv autorů. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. 1. vydání, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví - České ošetrovatelství., Brno 1998, ISBN 80-701-3270-1.
5. Kolektiv autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*, 1. vydání české, překlad Simona Šeclová, Grada Publishing a.s., Praha 2002, ISBN 80-247-0278-9.
6. KOZIEROVÁ, B., (1995) *Ošetrovatelstvo 1: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Vydavateľstvo Osveta, Martin 1995, ISBN 80-217-0528-0.
7. KOZIEROVÁ, B., (1995) *Ošetrovatelstvo 2: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Vydavateľstvo Osveta, Martin 1995, ISBN 80-217-0528-0.
8. KREDBA, V.; ONDRÁČEK, J., PROCHÁZKA, J.; (1955) *Infekční nemoci*, 1. vydání, Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., Praha 1955, 301 08 08 – 105.015/54/SV3 -509-4%.
9. KREDBA, V.; ONDRÁČEK, J., PROCHÁZKA, J.; (1965) *Infekční nemoci*, 3. vydání, Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., Praha 1965, 301 08 08.
10. KREDBA, V.; HAVLÍK, J.; KOUBA, K.; JÍRA, J; (1976) *Infekční a parazitární nemoci*, 1. vydání, Avicentrum-zdravotnické nakladatelství, n.p., Brno 1976, 735 23-08/8.
11. Nařízení vlády č. 77/1951 Sb., *o středních zdravotnických pracovnících*, účinnost od 10.10.1951, zrušeno 1.7.1966, uveřejněno v č. 41/1951 Sbírky zákonů na straně 229
12. Nařízení vlády č. 14/1952 Sb., *o nižších zdravotnických pracovnících*, účinnost od 29.4.1952, zrušeno 1.7.1966, uveřejněno v č. 8/1952 Sbírky zákonů na straně 150
13. PACOVSKÝ, V., (1965) *Vybrané kapitoly z péče o nemocné*. 1. vydání, Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., Praha 1965, 08-052-65 08/29.
14. PAVLÍKOVÁ, S., (2006) *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání, Grada Publishing, a.s., Praha 2006, ISBN 978-80-247-1211-6.

15. RICHARDS, A., EDWARDS, S., (2004) *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání české. Překlad Simona Šeclová. Grada, Praha 2004, ISBN 80-247-0932-5.
16. ROZSYPALOVÁ, M., a kol. (1987) *Ošetřovatelství – cvičení*. 1. vydání, Avicenum – zdravotnické nakladatelství n.p., Praha 1987, 08-106-87.
17. VACEK, V., (2002) *Alimentární infekce*, 1. vydání, Edice Repetitorium, svazek 4, nakladatelství Galén, Praha 2002, ISBN 80-7262-166-1.
18. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol., *Velký lékařský slovník*, 6., aktualiz. vydání Maxdorf, Praha 2006, ISBN 80-734-5105-0
19. Vyhláška č. 55/2011 Sb., *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, účinnost od 14.3.2011, uveřejněno v č. 20/2011 Sbírký zákonů na straně 482
20. Vyhláška č. 195/2005 Sb., *kteou se upravují podmínky vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*, účinnost od 1.7.2005, uveřejněno v č. 71/2005 Sbírký zákonů na straně 3814
21. Vyhláška č. 537/2006 Sb., *o očkování proti infekčním nemocem*, účinnost od 1.1.2007, uveřejněno v č. 174/2006 Sbírký zákonů na straně 7282
22. Zákon č. 20/1966 Sb., *o péči a zdraví lidu*, ve znění platném do 31.8.1990, uveřejněno v č. 7/1966 Sbírký zákonů na straně 0074
23. Zákon č. 20/1966 Sb., *o péči a zdraví lidu*, v platném znění, (ve smyslu změn uvedených v zákoně č. 267/2006 Sb.) - zdroj ASPI
24. Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*, uveřejněno v č. 16/1997 Sbírký zákonů na straně 1185
25. Zákon č. 96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotních povoláních)*, v platném znění, uveřejněno v č. 30/2004 sbírký zákonů na straně 1452.
26. Zákon č. 258/2000 Sb., *o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*, v platném znění, uveřejněno v č. 74/2000 Sbírký zákonů na straně 3622
27. ZUSKOVÁ, D., a kol., (1986) *Principy boje s přenosnými nemocemi II*. 1. vydání, Avicenum - zdravotnické nakladatelství n.p., Praha 1986, 735 21-29 08/29.

Internetové zdroje

28. FN Plzeň – „*O nás*“ on-line, cit. 3.1.2012, dostupné z :  
[http://www.fnplzen.cz/pracoviste\\_detail.asp?klinodd\\_cislo=09](http://www.fnplzen.cz/pracoviste_detail.asp?klinodd_cislo=09)
  
29. Historie infekční kliniky FN Bulovka – cit. 16.1.2012, dostupné z  
<http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/bulovka1.htm#Historie>
  
30. K historii injekční stříkačky, Šimon Krýsl, Národní lékařská knihovna – cit.  
15.3.2012, dostupné z <http://www.nlk.cz/publikace-nlk/lekarska-knihovna/2010/lk2010-1-2/k-historii-injekcni-strikacky>

## Seznam zkratek

AIDS – (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) Syndrom získaného selhání imunity

ATB – antibiotika

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ČSČK – Československý červený kříž

DM – Diabetes mellitus

GB – Spojené království Velké Británie a Severního Irska

H1N1 – virus prasečí chřipky

HIV – (*Human Immunodeficiency Virus*) virus lidské imunitní nedostatečnosti

HOPE – European Hospital and Healthcare Federation

JIP – jednotka intenzivní péče

KHES – krajská hygienicko-epidemiologická stanice

MRSA – (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok

NELZP – nelékařský zdravotnický pracovník

NZP – nižší zdravotnický personál

OHES – okresní hygienicko-epidemiologická stanice

PHARE – (*Poland and Hungary Aid for Restructuring of the Economy*) – fond nevratné pomoci, který Evropské unie poskytuje zemím střední a východní Evropy

PŽK – periferní žilní katetr

SARS – (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), syndrom náhlého selhání dýchání

SZP – střední zdravotnický personál

TEMPUS – program EU, který podporuje modernizaci vysokého školství v partnerských zemích

THP pracovník – technicko-hospodářský pracovník

USA – (*United States of America*) – Spojené státy americké

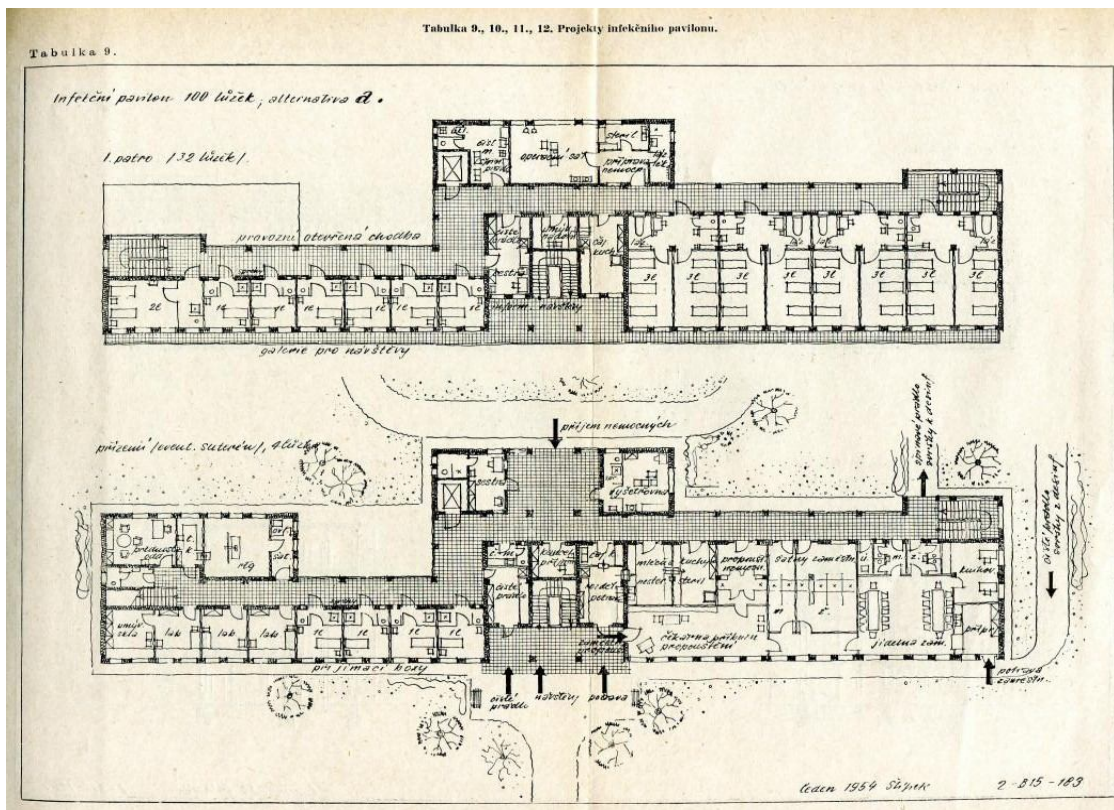
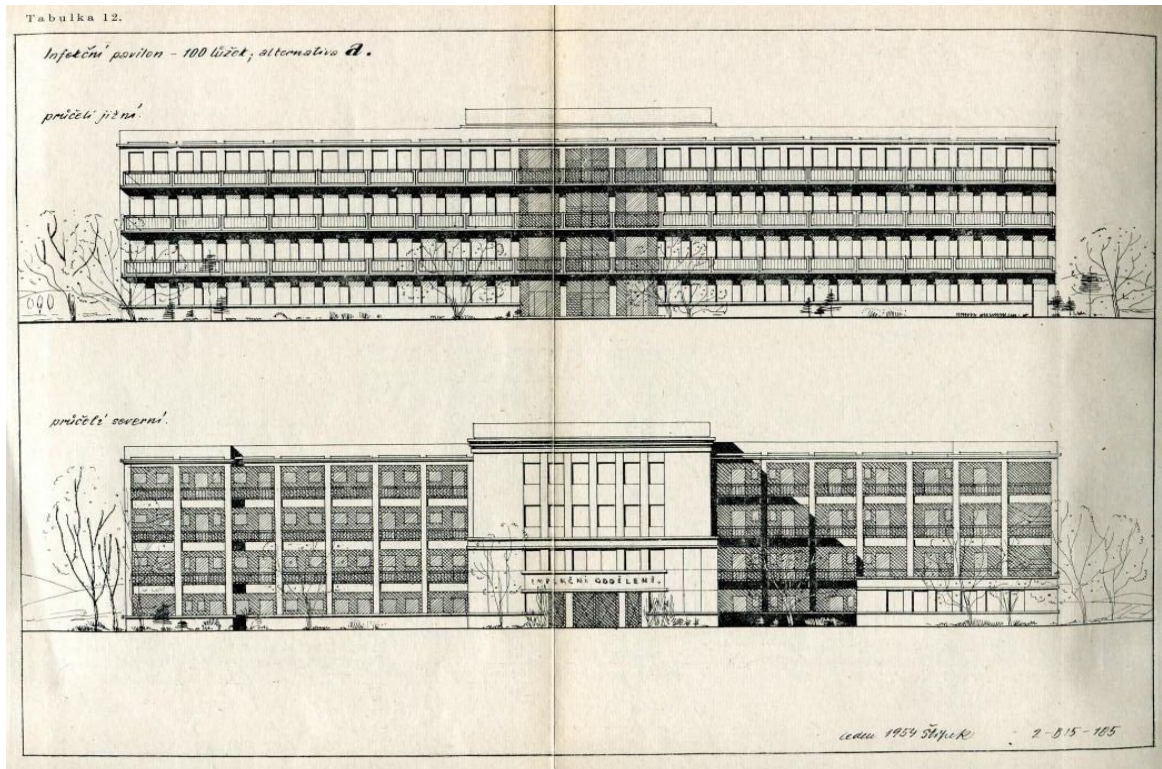
WHO – (*World healthly organization*) Světová zdravotnická organizace

## **Seznam příloh**

1. Návrh infekčního pavilonu arch. Ing. Štípka
2. Vzhled a vybavení pokojů infekční kliniky, FN Plzeň
3. Ošetřovatelská dokumentace
4. Pomůcky k péči o pacienta

# 1. příloha

Návrh infekčního pavilonu podle arch. Ing. Štípka (rok 1954)





## 2. příloha

Vzhled a vybavení pokojů infekční kliniky, FN Plzeň

### 1. Standardní pokoj odd. A



### 2. Nadstandardní pokoj odd. A





### 3. Nadstandardní pokoj pro matku a dítě odd. D



### 4. Standardní pokoj odd. Izolace



### 3. příloha

#### Ošetřovatelská dokumentace

##### 1. Chorobopis 50. léta 20. století


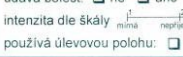

KRAJSKÝ ÚSTAV NÁRODNÍHO ZDRAVÍ V PLZNI - INFEKCE		
Oš. č.: 15279 /195	Přijat dne 14.8. (slovy) 22.45 hod.	Odděl.: 1118, pokoj č.: chorobopis č.: 2303 /195 7
Pracovní neschopnost:		HLÁŠENÍ
Přijal: Dr. Kružík	Přeložen dne kam: proč:	Onemocnění dne: 25.8. Propuštění dne: 25.8. Umrtí dne:
Příjmení a jméno:	Narozen dne:	
Zaměstnání: Mlékárna Janušovice	Rodiště: Mlýnský	
Domovská obec: okres:	Okres (země):	
Bydliště: Mlýnský Křt. okres:	Stav: vdova	
Adresa příbuzných: (telefon): Mlékárna Janušovice	Národnost: česká	
Propuštěn dne 1.10.57 (slovy) domů kam	Uzdružen, zlepšen, neuzdraven, zemřel dne (slovy) hodina	
Poslá Dr. Kružík s dg: OVF Augerth	Diagnosa při přijetí: Shigellosis clinica.	
Diagnosa při propuštění: Shigellosis clinica.	Resumé případu: Středně těžký průběh bez komplikací. Rychlý ústup enterálních příznaků. V dobrém stavu propuštěna domů.	
Propuštěn: a) lékařem, b) ošetřitelkou na vlastní přání, c) na návrh: pokračuji, že odcházím (že si беру své dítě) z nemocnice na vlastní přání a proti radě lékařské, d) odmítám přijetí a ošetření.	propouští sestra	počet lékařského (rodin) Dr. Kubiceva ošetřující lékař



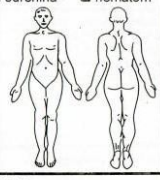
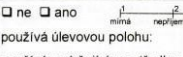
##### 2. Chorobopis v současnosti

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ Chorobopis interních oborů				
Číslo chorobopisu:	Datum příjmu:	Lůžková stanice:	Plátce zdrav. péče:	ALERGIE:
Číslo předchozích chorobopisů:	Datum a způsob ukončení hospitalizace:			Krevní skupina:
Příjmení, jméno:	Bydliště:	Číslo PN:		
Razná:	PN vystavil:			
Identifikace pacienta:	Adresa příbuzných:	Zaměstnání:		
Narození:	Zaměstnavatel:			
Rodinný stav:	Telefon:			
Praktický / odesílající lékař:	Přijímací lékař:			
Příjmové diagnózy:				
<b>HLÁŠENÍ</b>				
Dg: ..... dne: .....				
Potvrzení dg: ..... dne: .....				
Propuštění (umrtí): ..... dne: .....				
Závěrečné diagnózy:				
Podpis vedoucího lékařského oddělení:				



### 3. Ošetřovatelská anamnéza pro děti a dospělé (dříve nevyužívaná)

 <b>FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ</b>		<b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA</b>		zde nalep štítek
<b>Kontakt na rodiče:</b>		<b>Přijímací sestra:</b>		
<b>INFORMACE OD RODIČŮ</b>				
<b>1. ONEMOCNĚNÍ</b>		<b>8. BOLEST</b>		
užívá léky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano má je s sebou: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:		udává bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano lokalizace: intenzita dle škály  používá úlevovou polohu: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
<b>2. SITUACE V RODINĚ</b>		<b>9. TERMOREGULACE</b>		
sourozenci:		poslední naměřená teplota: °C kdy: kde: podaná antipyretika: hodina podání: zábal:		
<b>3. AKTIVITA</b>		<b>10. MENZES</b>		
odpovídá věku <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pouze leží <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> polohovat:		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano od:		
<b>4. HYGIENA</b>		<b>11. SPÁNEK</b>		
myje se <input type="checkbox"/> samo <input type="checkbox"/> s dopomocí		<input type="checkbox"/> spí klidně <input type="checkbox"/> neklidně proč:		
<b>5. KOMUNIKACE</b>		<b>12. ZÁJMY</b>		
<input type="checkbox"/> neumí mluvit <input type="checkbox"/> několik slov <input type="checkbox"/> nekomunikuje <input type="checkbox"/> mluví ve větách		dítě má tyto pomůcky, hračky:		
<b>6. VÝŽIVA</b>		<b>13. CENNOSTI, PRÁVA DĚTÍ</b>		
<input type="checkbox"/> kojen <input type="checkbox"/> kojenecká strava <input type="checkbox"/> nulno krmít <input type="checkbox"/> jí samo strava: <input type="checkbox"/> tekutá <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> norm. konzistence doplňovaná mlékem: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano kdy: dodrжуje dietu: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jakou: přijímá tekutiny: <input type="checkbox"/> z lahve <input type="checkbox"/> z hrnku <input type="checkbox"/> po lžičce		Pacient / klient / rodiče byli informováni, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Rodiče byli informováni o Chartě práv dětí v nemocnici. podpis rodiče:		
<b>7. VYLUČOVÁNÍ</b>		informace předala sestra: _____ datum: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____		
<input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> vysazovat na nočník <input type="checkbox"/> WC fěkne si o nočník: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pomocování: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> denní <input type="checkbox"/> noční stolice: <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> užilo projímadlo <input type="checkbox"/> zácpa				
<b>ALERGIE (červeně)</b>				
<b>HODNOCENÍ DÍTĚTE SESTROU</b>				
<b>1. DÝCHÁNÍ</b>				
kašel <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> expirace nos sekrece <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano DOWNES score:				
<b>2. STAV VÝŽIVY</b>				
<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> kachexie				
<b>3. KŮŽE</b>				
barva: <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> špinavá <input type="checkbox"/> zaviněná <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> cyanotická kožní turgor: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> snížený dekubity: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hematomy: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> odřeniny:  jiné: <input type="checkbox"/>				
<b>4. STAV VĚDOMÍ</b>				
Glasgow score:				
<b>5. HYGIENA</b>				
oči: <input type="checkbox"/> bez sekrece <input type="checkbox"/> sekrece uši: <input type="checkbox"/> bez sekrece <input type="checkbox"/> sekrece dutina ústní: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> afty				
<b>6. PSYCHICKÝ PROJEV</b>				
<input type="checkbox"/> přiměřený projev <input type="checkbox"/> plačtivě <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> apatické <input type="checkbox"/> negativistické				

 <b>FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ</b>		<b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA</b>		zde nalep štítek												
<b>TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY</b>																
<b>katétry/kanyly:</b> <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> centrální žilní <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> dat. posl. katetrizace: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla		<b>sondy/stomie:</b> <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> kolostomie														
<b>drenáž:</b>		<b>pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> bryle <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa <input type="checkbox"/> končetinová protéza:														
<b>1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST</b>		<b>4. VYLUČOVÁNÍ</b>														
<b>Barthelův test všedních činností</b> 0-40 bodů výsoce závislý 45-60 závislost středního stupně 65-85 lehká závislost 100 nezávislý 		dat. poslední stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. jak často: <input type="checkbox"/> užívá projímadla/jaká:														
<b>Kategorie:</b> viz. škála na druhé straně formuláře		<b>5. DÝCHÁNÍ</b>														
Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: <input type="checkbox"/> jiné:														
<b>2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE</b>		<b>6. STAV KŮŽE</b>														
<b>vědomí:</b> <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené <b>orientace:</b> <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený <b>komunikace:</b> <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená <b>kontakt:</b> <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afatický slovník		<input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> bérčový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: • charakter rány:  • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu:														
<b>3. VÝŽIVA</b>		<b>7. BOLEST</b>														
<table border="1"> <tr> <td>BMI</td> <td>&gt; 20</td> <td>18 - 20</td> <td>&lt; 18</td> </tr> <tr> <td>Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.</td> <td>&lt; 3 kg</td> <td>3 kg</td> <td>&gt; 3 kg</td> </tr> <tr> <td>Přijímá jídla za posl. měsíc:</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>&lt; 1/2 porce</td> </tr> </table> Stres faktor: _____ Celkem * _____ * 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konzilium nutričního lékaře, > 4 = konzilium lékaře, nutričního specialisty		BMI	> 20	18 - 20	< 18	Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.	< 3 kg	3 kg	> 3 kg	Přijímá jídla za posl. měsíc:	-	-	< 1/2 porce	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano  používá úlevovou polohu: _____ používá zmírňující prostředky: _____		
BMI	> 20	18 - 20	< 18													
Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.	< 3 kg	3 kg	> 3 kg													
Přijímá jídla za posl. měsíc:	-	-	< 1/2 porce													
<b>ALERGIE (červeně)</b>																
<b>8. SPÁNEK</b>																
cítí se odpočinitý po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: <input type="checkbox"/> musí na toaletu																
<b>9. VÍRA / ETNIKUM</b>																
víra (příkladá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné:																
<b>10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY</b>																
bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne s kým: kdo se bude o ni/ného starat po propuštění:																
<b>11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ</b>																
předpokládá se edukace <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> návkuvy soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:																
<b>CENNOSTI, PRÁVA PACIENTŮ</b>																
uloženy v trezoru FN <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) Šaty uloženy v centrální šatně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů. podpis pacienta: _____ informace podala sestra: _____ datum: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____																



#### 4. příloha

Zdravotnické pomůcky

Nádoba na moč pro muže



Podložní mísa

Nádoba na moč pro ženy



Jednorázové pomůcky do macerátoru



## Injekční stříkačky

1. Výplachové stříkačky pro léčbu pohlavních nemocí, 17.-18. stol. (Zdravotnické muzeum NLK - dále jen ZM) - ([www.nlk.cz](http://www.nlk.cz))



2. Klystýrová stříkačka, 18. století (ZM) - ([www.nlk.cz](http://www.nlk.cz))





3. Stříkačky Record, 1. Polovina 20. Století - ([www.nlk.cz](http://www.nlk.cz))



4. Stříkačky Record, Chirana, 2. Polovina 20. Století - ([www.nlk.cz](http://www.nlk.cz))



5. Plastové stříkačky na jedno použití, které v Čechách nahrazovaly "rekordky" od poloviny 80. let.

