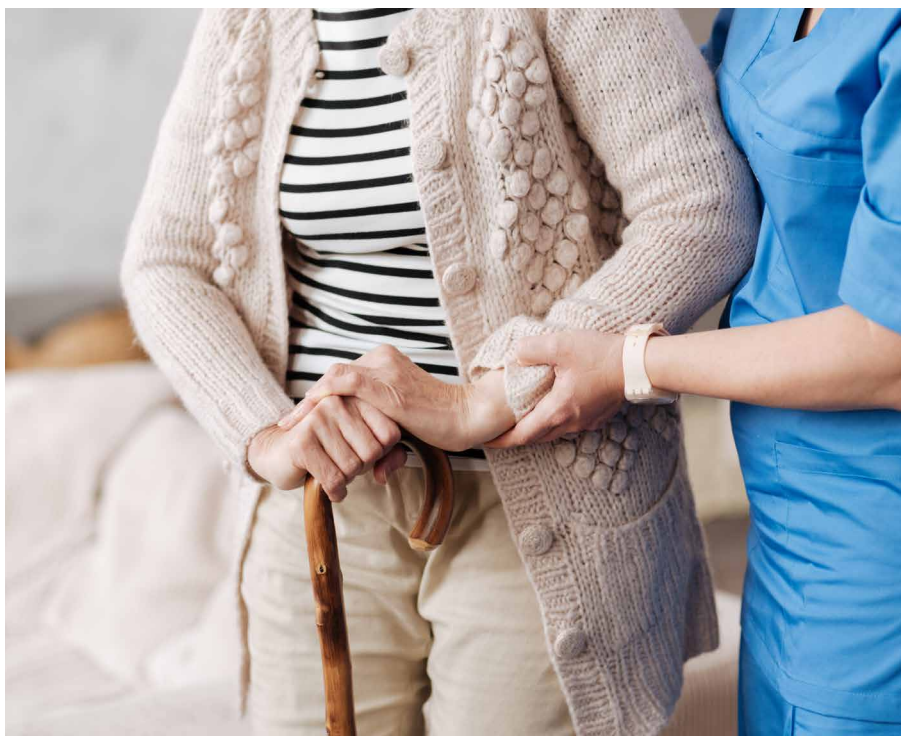


Veronika Nová

Aktivizace geriatrických pacientů

v léčebnách dlouhodobě nemocných



Veronika Nová

Aktivizace geriatrických pacientů

v léčebnách dlouhodobě nemocných

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

PhDr. Veronika Nová

Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných

Recenze: Ing. Vladimír Kestřánek, DiS., MBA

© Grada Publishing, a.s., 2024

Cover Photo © shutterstock.com, 2024

Zdroje obrázků jsou uvedeny v textu.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9806. publikaci

Sazba a zlom Jaroslav Kolman

Počet stran 184

1. vydání, Praha 2024

Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

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

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

ISBN 978-80-271-7631-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-7630-4 (pdf)

ISBN 978-80-271-5305-3 (print)

Obsah

Úvod	9
1 Vývoj ošetrovatelské péče v historickém kontextu	13
1.1 Pravěk	13
1.2 Starověk	14
1.3 Raný středověk	15
1.4 Vrcholný středověk	16
1.5 Raný novověk	18
1.6 Vrcholný novověk	19
1.7 Období 17. a 18. století	19
1.8 Období 18. a 19. století	20
1.9 Moderní dějiny	20
1.10 Období 1. světové války	22
1.11 Meziválečné období	22
1.12 Období 2. světové války	23
1.13 Období po 2. světové válce	24
1.14 Vývoj po roce 1989	25
1.14.1 Zásady OSN pro seniory	26
1.14.2 Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 ..	26
1.14.3 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí	27
1.14.4 Listina základních práv Evropské unie	27
1.14.5 Všeobecná deklarace lidských práv	28
1.14.6 Mezinárodní pakt o občanských a politických právech	28
1.15 Péče o seniory v České republice	28
1.15.1 Bílá kniha v sociálních službách	29
1.15.2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	31
1.15.3 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	32
1.15.4 Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb	32
2 Institucionální péče o seniory	34
2.1 Zdravotní péče	34
2.1.1 Oddělení léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)	34
2.1.2 Sociální lůžko při nemocničním zařízení	36
2.1.3 Charakteristická specifika hospitalizace	36
2.2 Sociální péče	38
2.3 Interakce oblastí zdravotní a sociální	39
2.4 Pomáhající profese	40
2.4.1 Legislativní změny a způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ..	44

3	Stáří jako fenomén	46
3.1	Demografie stárnutí	47
3.2	Postoj společnosti ke stáří	50
3.2.1	Ageismus	50
3.3	Pojetí lidské důstojnosti	53
3.4	Teorie a příčiny stárnutí	56
3.4.1	Klasifikace stáří	58
3.5	Involuce	60
3.5.1	Biologické aspekty stárnutí	61
3.5.2	Psychické aspekty stárnutí	62
3.5.3	Sociální aspekty stárnutí	63
3.5.4	Pojetí zdraví a nemoci	63
3.5.5	Postoj k nemoci	64
3.5.6	Změny v prožívání během stáří	66
3.5.7	Změny v prožívání během nemoci	66
3.6	Psychosomatika	67
3.7	Potřeby a hodnoty člověka	70
3.7.1	Freudova pudová teorie	71
3.7.2	Murrayho teorie potřeb	71
3.7.3	Maslowova hierarchie potřeb	71
3.7.4	Životní hodnoty V. E. Frankla	73
3.7.5	Základní pojetí cílů člověka	75
3.7.6	Integrita osobnosti	76
3.7.7	Transformace psychických struktur	77
3.7.8	Eriksonova teorie psychosociálního vývoje	78
3.8	Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie	79
3.8.1	Sebepojetí starého člověka	81
3.8.2	Metody (strategie) zvládnání	82
3.8.3	Teorie životních cílů	83
4	Degenerativní onemocnění	85
4.1	Syndrom demence	86
4.1.1	Atroficko-degenerativní demence	86
4.1.2	Sekundární demence	87
4.1.3	Demence smíšeného typu	87
4.1.4	Členění syndromu demence podle Mezinárodní klasifikace nemocí	87
4.1.5	Průběh demence obecně a její stadia	88
4.2	Demence atroficko-degenerativního původu	89
4.2.1	Alzheimerova choroba	89
4.3	Smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence	91
4.3.1	Demence s Lewyho tělísky	91
4.3.2	Demence u Parkinsonovy nemoci	91
4.3.3	Frontotemporální demence	92
4.3.4	Huntingtonova chorea	92
4.3.5	Progresivní supranukleární obrna	92

4.4	Symptomatické (sekundární) demence	92
4.4.1	Demence ischemicko-vaskulárního typu	92
4.4.2	Demence infekčního původu	93
4.4.3	Metabolicky podmíněné demence	94
4.4.4	Demence u hypovitaminóz a endokrinopatií	94
4.4.5	Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu	94
4.4.6	Posttraumatické demence	94
4.4.7	Demence při mozkových tumorech a paraneoplastické demence	94
4.4.8	Demence při kolagenózách	94
4.4.9	Demence intoxikačního původu	95
4.4.10	Farmakogenní demence	95
4.5	Terapie demence	95
5	Geriatrická symptomatologie	96
5.1	Ošetrovatelský proces u seniorů s demencí	96
5.1.1	Objektivní posouzení stavu	97
5.1.2	Vhodné prostředí	97
5.1.3	Vyvážená strava	98
5.1.4	Hygiena	98
5.1.5	Péče o vyprazdňování	98
5.1.6	Poruchy spánku	99
5.1.7	Komplexní péče	99
5.1.8	Maieutický přístup – empatické ošetrovatelství	99
5.1.9	Ošetrovatelský proces v pěti krocích	99
5.2	Dekubity	100
5.2.1	Prevence a ošetrování nemocných s dekubity	101
5.3	Hodnotící techniky a nástroje	105
5.3.1	Posuzování bezpečnosti pacienta	105
5.3.2	Posuzování kognitivních funkcí	110
5.3.3	Posuzování deliria	113
5.3.4	Posuzování poruchy chování	114
5.3.5	Posuzování kvality života	115
5.3.6	Posuzování zátěže pečujícího	117
5.3.7	Posuzování výživy	118
5.3.8	Posuzování bolesti	120
5.3.9	Posuzování funkčního stavu	121
6	Geriatrická léčebná rehabilitace	124
6.1	Kvalita volného času a aktivizace hospitalizovaných seniorů	124
6.1.1	Volný čas	124
6.1.2	Aktivizace	125
6.1.3	Preventivní a léčebné aktivizační programy	125
6.2	Nefarmakologické přístupy v léčbě demence	127
6.2.1	Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma	129
6.2.2	Paměťové techniky	132

6.3	Aktivizace zaměřené na pohybové schopnosti	132
6.3.1	Ergoterapie	133
6.3.2	Kinezioterapie	134
6.4	Aktivizace zaměřená na kognitivní procesy	135
6.4.1	Kognitivní trénink	137
6.4.2	Reminiscenční terapie	138
6.4.3	Biblioterapie	140
6.4.4	Orientace v realitě	140
6.4.5	Zooterapie	140
6.5	Aktivity zaměřené na prožitek	141
6.5.1	Teorie komfortní zóny	141
7	Hodnocení stávající péče v léčebnách dlouhodobě nemocných	143
7.1	Doporučení Ministerstvu zdravotnictví ze zprávy z roku 2017	143
7.1.1	Personální zajištění péče a jeho financování	143
7.1.2	Požadavky na technické a věcné vybavení zařízení	144
7.1.3	Podpora poskytování paliativní péče	145
7.1.4	Instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení	145
7.1.5	Používání omezovacích prostředků a snižování četnosti jejich užití	146
7.1.6	Supervize pro pracovníky léčen dlouhodobě nemocných	146
7.1.7	Finanční spoluúcast pacienta na poskytované péči	146
7.1.8	Stížnosti	147
7.1.9	Pacient jako partner	148
7.1.10	Návštěvy	148
7.1.11	Prevence malnutrice a dehydratace	148
7.1.12	Mikční režim	149
7.1.13	Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace	150
7.1.14	Péče o pacienta s demencí	151
7.1.15	Péče o umírající, paliativní péče	152
7.1.16	Odbornost zdravotně-sociálního pracovníka	152
8	Empirický výzkum problematiky LDN	154
8.1	Přípravná fáze výzkumu	154
8.2	Funkční geriatrické hodnocení (CGA)	155
8.3	Charakteristika použitých aktivizačních postupů	156
8.4	Charakteristika šetřeného souboru	156
8.5	Formulace hypotéz	157
8.6	Ověřování hypotéz	157
8.7	Zobecněné závěry výzkumu	163
	Závěr	165
	Seznam zkratk	167
	Literatura a zdroje	170
	Rejstřík	176

Úvod

Úskalí spojená s lékařskou a ošetrovatelskou péčí o pacienty hospitalizované na odděleních nebo v léčebnách určených pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou zjevná každému, kdo se s péčí v LDN setkal, ať už v pozici zdravotníka, nebo v roli pacienta a jeho rodiny. V naší společnosti převládá spíše negativní postoj k danému typu oddělení, často vlivem osobních nebo zprostředkovaných zkušeností. LDN poskytují zdravotní a ošetrovatelskou péči pacientům s různými zdravotními komplikacemi, kteří vyžadují stálou zdravotní a ošetrovatelskou péči. Jsou to zdravotnická zařízení, a tedy jsou součástí zdravotnického systému. Jejich provozovatelem bývá stát, obec nebo fyzická či právnická osoba. LDN jsou buď součástí nemocnic, například jako jejich samostatné oddělení, nebo samostatným subjektem. Tvoří určitý mezistupeň mezi klasickou léčebnou hospitalizací a následnými sociálními službami. Mnoho pacientů je zde hospitalizováno do doby, než budou přijati na vhodné místo v sociálních službách. Propuštění pacienta z LDN je možné jen tehdy, umožňuje-li to jeho zdravotní stav. Je-li pacient ve stavu omezené soběstačnosti, může být propuštěn pouze do takové zajištěné formy péče, která odpovídá jeho potřebám. Může to být domácí péče, péče rodinných příslušníků, péče pečovatelská nebo asistenční služby aj.

LDN obvykle disponuje 20 až 40 standardními lůžky. Některá pracoviště disponují nadstandardními pokoji za určitý poplatek. Umístění pacienta v LDN je možné na základě dobrovolnosti a s jeho souhlasem. V případě, že zdravotní stav pacienta neumožňuje udělení souhlasu s hospitalizací, musí zařízení splnit svoji zákonnou povinnost a hospitalizaci oznámit příslušnému soudu, který o dané věci následně rozhoduje. Prohlášení rodinných příslušníků nemá v této věci váhu, pokud zároveň nejsou zákonnými zástupci / osobami jmenovanými pro zástupné rozhodování.

Převážná většina pacientů v LDN trpí neurodegenerativním onemocněním v různém stupni. Tito pacienti vyžadují specifický přístup a aktivizaci s cílem zpomalit progresi onemocnění a zachovat schopnost alespoň rámcové sebeobsluhy. Nekompletnost poskytované aktivizační péče je tedy rizikem, neboť se může silně odrážet na zdravotním (jak tělesném, tak psychickém) stavu pacientů, u kterých je následně patrné rychlé zhoršování celkového stavu.

Zhoršení zdravotního stavu komplikuje i ne vždy hladké zajištění následné péče pro uvedenou skupinu pacientů, zejména v pobytovém zařízení sociální péče. Mnohdy se hospitalizace pacienta v LDN prodlužuje kvůli dlouhým čekacím lhůtám na umístění do ústavního zařízení, zejména když si poskytovatel péče zároveň definuje konkrétní typ zdravotního postižení svých přijímaných klientů.

Například některá zařízení mohou přijímat pouze pacienty mobilní. Někdy ovšem během plynoucí lhůty k umístění dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, které se projeví i zhoršenou mobilitou. Potom už není možné pacienta do zařízení přijmout, neboť nesplňuje vymezenou cílovou skupinu uživatelů.

Samotný proces zhoršování celkového zdravotního stavu pacienta v pokročilém věku nelze zcela zvrátit. Nicméně je možné optimálně nastaveným poskytováním péče zachovat co nejvíce a nejdéle pacientovy schopnosti v tom rozsahu, jak mu to dovolují jeho individuální možnosti.

Efektivní individuální přístup v péči o seniory zohledňuje i psychické potřeby pacienta tak, aby docházelo k jejich saturaci, a to včetně seberealizace, vždy s ohledem na možnosti zdravotního stavu. Zajištění komplexní péče o seniory s demencí v LDN vede k přiměřené době hospitalizace, která je následně nahrazena péčí sociálních služeb, případně rodinných příslušníků.

Hospitalizaci lze tedy označit za mezidobí závislé na systému pořadníků čekatelů na umístění (*zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*). Kvůli systému pořadníků se hospitalizace prodlužuje na neurčitě dlouhou dobu.

V rámci tohoto mezidobí hrozí u pacientů zhoršení zdravotního stavu a s ním spojená rizika rozvoje geriatrického hospitalismu, vedoucího k imobilizačnímu syndromu, který může mít za následek až smrt.

Nemocniční zařízení a odborná kvalita jeho zaměstnanců se v různé míře podílejí na skutečnosti eliminace tohoto jevu. Pracoviště jsou vedena nejčastěji odborníky z oboru geriatry. Ošetrovatelskou péči poskytují zdravotní sestry a další odborný personál z oborů ergoterapie, rehabilitace a sociální práce. Další pozice jako psycholog, vychovatel nebo duchovní obvykle nejsou obsazeny. Saturování hlubších potřeb pacientů může být sporné. Kvalita péče by měla být postavena na individuálním přístupu ke každému pacientovi a měla by reflektovat jeho specifické potřeby. Takovou péči zajišťuje kvalifikovaný personál, který je jejím základem a hybnou silou.

Multidisciplinární komplexnost stávající péče o seniory trpící demencí na LDN a její efektivita byly předmětem výzkumu na některých pracovištích. Cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu je komplexní péče poskytována a jaký má efekt.

Vždy je nutné si uvědomit, že každá stanovená diagnóza znamená určitý limit a může bránit aktivizaci pacienta. Proto je v rámci celého procesu důležité vytvořit individuální přístup s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta. Tím se omezí riziko rozvoje komplikací.

V tomto kontextu hraje úlohu také efektivita pozitivní psychologie, která se zaměřuje na kladné psychologické jevy. Celkový obraz lidské psychiky se doplňuje o pozitivní jevy, jež jsou salutogenetické, tedy zdraví posilující a zdraví udržující.

Součástí této publikace je prezentace závěrů výzkumu provedeného na několika odděleních léčeben dlouhodobě nemocných. Výzkum se týkal pacientů trpících degenerativním onemocněním mozku. Odpovídá principu empirického postupu sběru a vyhodnocování získaných údajů. Zjišťuje efektivitu aktivizace pacienta během hospitalizace v nemocničním zařízení. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu se dají zobecnit na širší vzorek respondentů.

Ptal se jednou vnuk svého praotce: „Dědo, co to znamená být blahoslavený?“

Starý muž se zamyslel a pravil:

„Blahoslavení jste všichni, kteří máte pochopení pro mou pomalou chůzi a roztrěsené ruce a nesykáte netrpělivě, když se belhám a neumím už hezky jíst.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že mé ucho se musí namáhat, abych porozuměl, a mluvíte se mnou pomalu a zřetelně.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že mé oči jsou zkaleny, mé myšlenky jsou smutné, a taktně mi pomůžete, v čem právě pomoci potřebuji.

Blahoslavení jste, kteří se u mne zastavíte s přátelivým úsměvem a máte trochu času si se mnou popovídat. A neděláte to se shovívavou ironií.

Blahoslavení jste, kteří neříkáte, že jsem starý popleta, protože pořád něco zapomínám a ztrácím.

Blahoslavení jste, kteří umíte ve mně vzbudit vzpomínky na zašlé časy a trpělivě mne vyslechnete, když si zavzpomínám na to, jak jsem byl mlád.

Blahoslavení jste, kteří dáváte najevo, že nejsem ještě odepsán a nejsem tak docela sám.

Blahoslavení jste vy všichni, kteří mi nějak ulehčujete dny stáří, které mi ještě zbývají ujít po cestě do věčného domova. Až tam dojdu, budu o vás vyprávět.“

(Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 10)

1 Vývoj ošetrovatelské péče v historickém kontextu

Léčení lidí se po celá staletí vyvíjelo v kontextu medicíny, ošetrovatelství a dalších oborů. V každé etapě bylo ovlivňováno širšími kulturními souvislostmi – náboženství, politika, války, ekonomika a vzdělávání. Řada poznatků a objevů dávala prostor pro nové postupy, které mnohdy souvisely s nutností řešit akutní stavy při epidemiích nebo zraněních. Prvotní péče laická a charitativní byla postupně nahrazována péčí profesionální. Důležitost laické péče nelze rozporovat. I dnes je nenahraditelná například v podobě domácí ošetrovatelské péče ze strany rodiny nebo v podobě poučeného laického poskytování první pomoci.

1.1 Pravěk

Z pravěkých nálezů je zjevné, že snaha o záchranu lidského života byla již od počátku nedílnou součástí lidské civilizace. I přes minimum znalostí vždy existovala snaha o zachování života za pomoci primitivních prostředků, jež poskytovala okolní příroda. Některé nálezy dokládají úspěšnost určitých technik. Přestože v nálezů nejsou zachované měkké tkáně, lze z kosterních pozůstatků, jeskynních maleb, nalezeného náčiní a pomůcek vyvodit, že léčebné zásahy byly úspěšné. Mezi nejznámější důkazy patří návrty (trepanace) lebky, prováděné jednak z důvodu aplikace magie a vypouštění zlých démonů, jednak jako léčebný postup při zranění hlavy, pravděpodobně za účelem pouřazového odstranění lebečních úlomků nebo sraženin. Z nálezů nelze dovést míru organizovanosti při provádění určitého léčebného postupu. Zřejmě se ale jednalo o laicky poskytovanou péči v rámci rodové solidarity. Nemocný člen skupiny znamenal zátěž pro migrující skupinu, a tedy bylo žádoucí daný problém co nejdříve vyřešit. Druhá možnost byla, že nemocný jedinec bude opuštěn pro zachování životaschopnosti celé rodiny nebo skupiny. V lidovém léčitelství zřejmě zastávali významnou roli duchovní vůdci, šamani nebo náčelníci. Paleontologické nálezy kosterních nálezů dokládají, že u lovců mamutů docházelo k závažným zraněním, která nevedla ke smrti jedince, což podle vědeckých studií bylo zapříčiněno poměrně vyspělým lidovým léčitelstvím (Dingová Šliková et al., 2018).

V období matriarchátu se žena jako opatrovatelka rodu stávala i léčitelkou. Předpokládá se postupný vývoj od magického myšlení a léčení k přírodnímu léčitelství, při němž byly využívány rozšiřující se znalosti okolní přírody, zejména léčivých účinků rostlin. Péče byla poskytována bezplatně. Postupně se léčení a ošetrování nemocných stávalo záležitostí kněží a často probíhalo v chrámech (Dějiny ošetrovatelství, 2014).

1.2 Starověk

V dějinách pozorujeme, že péče o nemocné se lišila také podle lokalizace. Období starověku bylo charakteristické rozvojem různě vyspělých velkých civilizací a sdružováním množství lidí v jednom místě. Vlivem těchto aspektů ovšem docházelo i ke vzniku a rozšíření infekčních onemocnění. Rozvoj velkých civilizací znamenal i rozvoj válečnictví. Boje měly za následek častá a nejrůznější zranění. V historických pramenech jsou zmínky o ošetřování nemocných a raněných časté. První známé texty o medicíně pocházejí z období starověkých mezopotámských kultur. Rozvoj lékařské vědy zobrazuje i babylonský *Chammurapiho zákoník*. Jsou zde léčebné postupy se stanovenými odměnami lékařům a tělesnými tresty vyměřenými v případech omylu. Pokročilé znalosti z medicíny a akupunktury jsou charakteristické také pro starou Čínu, patrně už v období kolem 2600 př. n. l., jak dokládá rozsáhlé dílo s názvem *Chuang-ti nej-ťing*. Další známé lékařské texty byly sepsány chirurgem Sušrutou ve starověké Indii kolem roku 600 let př. n. l. a obsahují i soupis chirurgických nástrojů.

Egypt

Starověký Egypt představuje významnou kapitolu v poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. Úroveň medicíny dosahovala značných kvalit. Spočívala v dobré diagnostice a úspěšné léčbě řady zdravotních potíží a úrazů. Dochované záznamy hovoří o ošetřování popálenin mateřským mlékem, je znám rovněž nález spodní čelisti s návrty sloužícími k vypuštění abscesu. U zemřelých jedinců používali rituál otevírání úst postupem připomínajícím laryngoskopii a endotracheální intubaci, ale jestli tuto techniku používali i u živých osob, není zcela jasné. Z reliéfů je patrné, že Egypťané znali i resuscitační postupy, a to tzv. trojitý manévr záklonu hlavy a vysunutí spodní čelisti, dýchání z úst do úst nebo tracheotomie. Úroveň znalostí starých Egypťanů dokládají nálezy řady papyrů pojmenovaných po svých objevitelích, místa nálezů nebo uložení.

Ebersův papyrus je považován za první učebnici starověké medicíny, ve které je obsažena diagnostika i terapie řady břišních, kožních a očních onemocnění s uvedením až sedmi set přírodních léků včetně předpisů.

Smithův papyrus pojednává o chirurgických postupech ve vztahu k 48 onemocněním a úrazům. Záznamy popisují mimo jiné ošetření otevřených ran a zastavení krvácení, dále ošetření fraktur včetně obvazových a fixačních technik.

Kahúnský papyrus se zabývá gynekologickou problematikou včetně ženských chorob, metod pro stanovení těhotenství a určení pohlaví plodu. Obsahuje i část věnovanou veterinárnímu lékařství.

Londýnský papyrus se zabývá těhotenstvím a mateřstvím.

Hearstův papyrus pojednává o doporučeních k léčbě fraktur za pomoci obvazů napuštěných moukou a medem tak, aby došlo k ztuhnutí a následně pevné fixaci.

Z archeologických nálezů dále vyplývá, že Egypťané měli vysoce organizovanou zdravotní péči, kterou z velké části zajišťoval státní aparát. Léčba byla prováděna lékaři, kteří byli znalí fyzikálního vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem, a dokonce měřili pulz. Znali i specializaci na jednotlivé tělesné oblasti. Ošetrovatelskou péči poskytovali kněží bohyně Sachmet. Kolem roku 300 př. n. l. vznikaly svatyně Imhotepova kultu pro účely umísťování nemocných lidí.

Řím

Mohutně se rozvíjející Římskou říši ovlivnilo starověké Řecko včetně řecké medicíny. Sami Římané přistupovali k lékařské péči skepticky a spíše preferovali domácí sebestěči a zdravý životní styl. V Římě ale dlouhodobě působili lékaři převážně řeckého původu. Organizace péče byla rozdělena do několika linií. Bohatší vrstvě byla zdravotní péče poskytována v jejich domech. Pro chudší vrstvy obyvatel byla určena ošetrovatelská a léčebná péče poskytovaná ve svatyních prostřednictvím léčitelů nebo kněží. Důsledkem mnoha válek, které Římané vedli, bylo i mnoho zraněných, kterým byly vymezeny vojenské nemocnice nazývané valetudinaria. Vybavení těchto nemocnic bylo na vyšší úrovni. Členité cely byly vybaveny latrínami a současně byl zajištěn i přístup do lázni nebo lékárny. Organizace činností byla stanovena pro cílové působení v jednotlivých vojenských útvech (legie, kohorta), pro které byli lékaři rozděleni do několika stupňů. Postupně byly vyvinuty různé chirurgické nástroje a zároveň byla přijata i preventivní opatření zabráňující poranění (štíty, ochranné prvky uniformy).

Postupně vznikl i systém léčení civilního obyvatelstva včetně budování nemocnic. Preferovala se spíše léčba konzervativní oproti invazivní. Z nálezů vyplývá, že v době přibližně 200 let př. n. l. byla založena v Římě první lékárna. Jejím zakladatelem byl řecký lékař Archagathos a součástí lékárny byla i nemocnice s operačním sálem. Dochovaly se spisy z počátku 1. století, v nichž najdeme texty věnované péči o rány způsobené kousnutím zvířat, terapii fraktur včetně fraktury lebky nebo léčbu poškození kloubů. Je zde popis svorkování cév při krvácení nebo tonzilektomii, popisy příznaků infekce po chirurgických výkonech. Profesionální lékařská péče nebo péče ošetrovatelská byla placená služba a mnoho lidí na ni nemělo prostředky. Ke změnám v této oblasti došlo až s příchodem křesťanství do oblasti Středomoří (Dingová Šliková et al., 2018).

1.3 Raný středověk

Ke změně celkového uspořádání společnosti došlo ve 4. století vlivem rozpadu Římské říše na dvě části. Otrokářský společenský řád je postupně nahrazován feudalismem. Mocným hráčem se stává církev a ideologie křesťanství jako nástroj k udržení moci. Vzdělávání i praktické léčení se stalo výhradou církve. Vznik mnišských řádů a klášterů položil základy klášterní medicíny spojené s ošetrovatelskou péčí a péčí o základní životní potřeby. Války, epidemie moru a další infekce měly výrazný vliv na rozvoj ošetrovatelství.

Byzantská říše

V Byzantské říši pod vlivem křesťanské filozofie vznikají útulky pro poutníky a poutníky, ale také ambulatoria, tedy předchůdci dnešních nemocnic. Kolem roku 370 byl za účelem poskytování péče vybudován významný komplex. Nacházel se na území Caesarey v dnešním Turecku, později zde vzniklo „město milosrdenství“. Dalším významnou událostí bylo zřízení nemocnice pro poutníky v Jeruzalémě.

Evropa

V Evropě v raném středověku medicína a ošetrovatelství stagnovaly. Nemoc byla mnohdy pojmána jako trest za hříchy. Lékařské znalosti se uchovávaly zejména v kláš-

terech – tehdejších centrech vzdělanosti, a díky klášterním knihovnám. Jeden z prvních útulků pro chudé a nemocné na území dnešní Itálie založila patricijka z římské rodiny Fabiovců, svatá Fabiola Římská, která nemocné osobně ošetřovala. Založení kláštera v Monte Cassinu v Kampánii v roce 529 bylo důležité pro rozvoj ošetrovatelství. Svatý Benedikt z Nursie stanovil regule obsahující požadavky na opatrovnictví pro potřebné a pravidla pro poskytování péče pro ošetřující personál. Podle tohoto vzoru začaly vznikat obdobné komplexy po celém území Evropy. Poskytovaná péče byla spíše v rovině ošetrovatelství. Léčitelství bylo spojeno s náboženskými rituály. Ve zbylé části Evropy se ošetřování nemohoucích z části přesunulo do tzv. hospitalů, které zpočátku sloužily jako forma pohostinství a až později vlivem křesťanského poutnictví se staly spíše útulky. Hospitaly byly zřizovány většinou při kláštorech a spravovány církevními řády. Pod vlivem inspirace z Monte Cassina se následně začaly oddělovat části pro poutníky a části pro nemocné, chudé a staré jedince nebo sirotky. Poskytována zde byla hlavně ošetrovatelská péče k zajištění základních potřeb. Zaměřenost na léčbu nemoci byla charakteristická pro zařízení označovaná jako infirmaria. Ta vznikala od počátku 6. století spolu s dalšími hospici na území dnešní Francie a Velké Británie, často při kláštorech. V druhé polovině 11. století začaly kláštery své špitály předávat laickým ošetrovatelům, kteří působili vedle řeholníků v církevních institucích. Tak začala vznikat ošetrovatelská společenstva, například francouzské bratrstvo antonitů, pečující hlavně o nemocné postižené kožními nemocemi. V ošetrovatelských řádech působili muži i ženy pocházející z různých společenských stavů.

1.4 Vrcholný středověk

V období vrcholného středověku pozorujeme významný rozvoj, ale také prohlubující se rozdíly mezi západní a východní Evropou, západoevropským křesťanstvím a Byzantskou říší ovlivněnou Orientem.

Orient

V Byzantské říši se lékařství významně rozvíjelo zejména díky dochované kontinuitě a informačním zdrojům pocházejícím ze starověkého Řecka. Velkým přínosem pro medicínu bylo působení významných východních učenců hlavně v období mezi 9. a 12. stoletím. Byli to například Abú Bakr Muhammad ibn Zakaríja al-Rází, Abú Alí al-Husajn ibn Abdulláh ibn Síná či Abú Kásim al-Zahrávi, který se zabýval především chirurgií. Sepsal dílo *O chirurgii* obsahující postupy při amputaci, operaci nebo revizi fraktur a tlumení bolestí. Vlivem obchodních styků se pravděpodobně do Evropy dostala ničivá lepra (malomocenství). Tehdy se začaly budovat tzv. lazarské domy, leprosária. Existence velkého počtu těchto útulků svědčí o velkém množství nakažených. Vlivem arabské kultury začaly vznikat i veřejné lázně, které v dalších stoletích měly důležitou roli v řešení pouhazových stavů. Dalším významným mezníkem bylo období křižáckých výprav a válek. Docházelo k rozvoji špitálů rytířského řádu johanitů, kde byla lékařská péče na vysoké úrovni i díky spolupráci tamních lékařů, kteří čerpali z různých zdrojů vědění a často byli různého vyznání, ale dokázali si vzájemně předávat odborné znalosti.

Evropa

Období vrcholného středověku spolu s rozšířením a upevněním křesťanských principů přineslo v Evropě velký rozvoj špitálů, útulků a podobných zařízení. Klášterní medicína představuje vrchol oboru. Významnou úlohu hrály náboženské a rituální obřady, víra v uzdravující moc relikvií a podobně. Medicína a ošetřování nemocných podléhaly církvi. Pod vlivem církevních regulí docházelo i k omezujícím opatřením. Například pro mnichy platil zákaz praktikovat placené lékařské činnosti a prolévat krev při léčení, později též omezení provádění pitev aj. Zmíněná opatření značně ovlivnila a zbrzdila rozvoj vědecké medicíny, ale nelze říci, že by se jednalo o cílené bránění vědeckému pokroku; medicína tehdy z křesťanství vycházela. Lékařské znalosti se stále uchovávaly a přepisovaly, ale byly praktikovány jen v rámci klášterů a panovnických dvorů. V jižní části Evropy v době kolem 9. století vznikaly první lékařské školy. Nejvýznamnější z nich byla škola salernská, která největšího rozmachu dosáhla ve 12. století. Zaměřovala se na oblasti anatomie a chirurgie včetně různých druhů operací, ale zahrnovala i základy porodnictví a později zásady životosprávy. Lékařskou školu mohly zpočátku studovat i ženy, ale od této praxe se později ustoupilo. Do slibného vývoje medicíny později zasáhla církev různými omezeními, došlo k limitaci některých činností a vědeckých experimentů. Pitvy byly značně omezeny a prováděly se pouze za účelem ověření zjištěných skutečností. Manuální léčebné postupy byly často odloučené od teorie a neprováděl je lékař. Školy se zaměřením na medicínu nadále vznikaly a rozvíjely se a staly se základem pro budoucí univerzity.

České země

V období kolem 10. století je prokázáno založení prvního útulku v Praze – týnského špitálu Panny Marie se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče. Původně sloužil jako útulek pro poutníky. Kolem 12. století je doložitelné též ošetřování nemohoucích. Kapacita špitálu byla pouze dvanáct osob. Další obdobné zařízení vzniklo pod johanitskou komendou v Praze, ale bližší informace nejsou známy. Ve 13. století bylo založeno leprosárium u sv. Lazara za pražskými městskými hradbami. Nejvýznamnější špitál v Praze byl zřízen rytířským řádem křižovníků s červenou hvězdou, spojeném se jménem představitelky vládnoucího rodu Přemyslovců Anežky (1205 nebo 1211–1282). Anežka odmítla provdat se podle dynastických záměrů. Opustila světský život a věnovala se nemohoucím a potřebným lidem. Za podpory svého bratra Václava I. vstoupila do řehole sv. Kláry. Nechala na svých pozemcích postavit klášter klarisek (Anežský klášter), kde se později stala abatyší, a špitál sv. Františka u kostela sv. Haštala, kde působili laičtí bratři a sestry. Anežka udržovala diplomatické vztahy s papežem Řehořem IX., díky nimž dosáhla povýšení bratrů špitálníků na zatím jediný řád ustanovený v českých zemích, řád křižovníků s červenou hvězdou, a umožnila jim i finanční osamostatnění. Svátá Anežka je považována za zakladatelku českého ošetrovatelství a opatrovnictví. Další významnou představitelkou byla Zdislava z Lemberka (1220–1252). Zřejmě inspirována sv. Anežkou vybudovala dominikánské kláštery v Jablonném v Podještědí a v Turnově. Osobně pečovala o nemocné a traduje se, že uměla navracet ztracený zrak. Křižovníci budovali v českých zemích další špitály. Na jejich vzniku se podílely mnohé důležité osobnosti naší historie, například královny Eliška Rejčka nebo Eliška Přemyslovna. Vlivem obchodování s Orientem se do českých zemí dostali i první lékárníci a začali zde rozvíjet své umění a poskytovat služby.

1.5 Raný novověk

Změna organizace zdravotnictví nastala v období renesance, a to v důsledku rozvoje evropských měst. Hustě obývaná sídliště s bídými hygienickými poměry byla ohrožena epidemiemi, nebezpečnou metlou té doby.

Evropa

Péče o nemohoucí byla stále poskytována prostřednictvím institucí, jako byly špitály a leprosária. V městech ale kapacita často nestačila. Proto byly zakládány nové instituce, církevní i světské, ale často v nich byla poskytována pouze základní péče. Naproti tomu existovaly špitály, zejména ty založené řádem johanitů, kde byla péče velmi kvalitní. Počet lékařů, ranhojičů a ošetřovatelů byl pevně stanoven, personál musel splňovat hygienická nařízení, dbát o stravu, lůžka nemocných oddělovat plentami. V tomto období se objevují první uniformy ošetřovatelů johanitského řádu. Ve světských špitálech sice lékaři pracovali, ale jejich počet byl nízký. Problematiku nedostatku lékařů v Evropě v roce 1348 řešilo založení Karlovy univerzity se čtyřmi fakultami včetně fakulty lékařské. Lékařská fakulta vzdělávala mladé lékaře až do období husitských válek, kdy byl v důsledku války provoz univerzity omezen a po bitvě na Bílé hoře zcela přerušeno. Studium medicíny bylo velmi dlouhé a náročné, proto si lékaře mohli dovolit spíše jen zámožní lidé. Pro nižší společenské vrstvy byly lékařské služby finančně prakticky nedostupné. Ošetřování v domácím prostředí poskytovaly často řeholnice nebo laické sestry. Tridentý koncil (1545) domácí ošetřovatelství výrazně omezil a péče přešla pouze pod gesci klášterů. V tomto období docházelo k velkému vývoji v oboru lázeňství. Byly zakládány minerální a parní lázně. Lázně byly terčem kritiky církve, a to nejen z důvodů obav ze smilstva. Lázně se mohly stát – a stávaly – ohniskem různých nákaz. Ve 14. století došlo v Evropě k velké morové epidemii. Vznikly stovky morových špitálů, které svým charakterem spíše připomínaly vězení. Některé byly dokonce i obehnané příkopy. Vlivem velkého nárůstu nemocných morem rostly nároky na ošetřující personál ve špitálech. Krize křesťanské církve s následnou reformací a protestantismem přinesla plošné rušení klášterů a uzavírání mnoha katolických institucí. V Praze došlo k omezením na Karlově univerzitě, což se odrazilo i na tehdejší medicínu a ošetřovatelství. Významnou osobností byl švýcarský lékař Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), který integroval teologii, alchymii, astronomii a léčitelství do medicíny. Zabýval se rovněž chirurgickými výkony, které popsal v několikadílné knize *Velký ranhojič*. Zavedl metodu umělého dýchání pomocí měchu, která se dlouho používala. Svými kontroverzními názory ale popudil tehdejší vyznavače tradičních postupů a část svého života prožil ve vyhnanství. Přestože řada jeho úvah byla chybná, otevřel novou kapitolu ve vývoji medicíny.

V období 16. století docházelo k rozvoji univerzitní medicíny a rozšiřování poznatků z anatomie, kterou svými novátorskými myšlenkami obohatil lékař Andreas Vesalius (1514–1564). Jako první popsal umělé dýchání, které aplikoval na zvířatech. Pro toto období je příznačný vývoj nových chirurgických nástrojů, používaly se různé druhy kleští, sond a vrtáků a ošetřování ran se stalo preciznějším. V tomto období docházelo i k rozvoji pomůcek používaných v ošetřovatelství, jako byly „pekáče“ nebo močové „bažanty“, tedy nádoby určené k vyprazdňování dlouhodobě ležících nemocných. Došlo též k řadě zásadních objevů. Byl vynalezen mikroskop, byla objeven velký