



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Historie a vývoj intenzivní péče

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Eva Kadlecová

Vedoucí: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Historie a vývoj intenzivní péče jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6.5.2024

.....

Bc. Eva Kadlecová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a ochotu pomoci. Poděkování patří také mé rodině, která mne po celou dobu studia podporovala.

Historie a vývoj intenzivní péče

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá historií a vývojem intenzivní péče s důrazem na české země. Jejím cílem je popsat historický vývoj intenzivní péče a ošetřovatelství v českých zemích s akcentem na aspekty (například nové techniky, přístroje a podobně), které tento proces determinovaly. Jádrem práce tvoří tři hlavní kapitoly. První z nich stanovuje základní východiska práce, věnuje se tedy definici intenzivní péče, dějin medicíny a ošetřovatelství. Druhá hlavní kapitola analyzuje počátky intenzivní péče v mezinárodním kontextu – v tomto kontextu akcentuje zejména vliv Florence Nightingale na vznik intenzivní péče a reflexi práce této ošetřovatelky v českých zemích. Třetí kapitola již popisuje historii a vývoj intenzivní péče a ošetřovatelství v českých zemích – tento výklad je rozčleněn do chronologicky seřazených podkapitol. Práce vychází zejména z historických pramenů (primárně se jedná o dobové publikace a časopisecké články, které vznikaly v popisované době a přímo tak reflektují tehdejší diskurs) a z odborné literatury. Jako důležité období je reflektováno komunistické Československo, kdy byl značně omezen kontakt československé medicíny se západními poznatky a intenzivní péče i ošetřovatelství byly značně ideologicky podmíněny, což v mnoha aspektech vedlo k zaostávání za Západem.

Klíčová slova

dějiny lékařství; dějiny medicíny; Florence Nightingale; intenzivní péče; ošetřovatelství; všeobecná sestra

History and development of intensive care

Abstract

The thesis deals with the history and development of intensive care with emphasis on the Czech lands. Its aim is to describe the historical development of intensive care and nursing in the Czech lands with an emphasis on aspects (such as new techniques, devices, etc.) that have determined this process. The core of the thesis consists of three main chapters. The first one establishes the basic premises of the work, focusing on the definition of intensive care, the history of medicine, and nursing. The second main chapter analyzes the beginnings of intensive care in an international context, emphasizing the influence of Florence Nightingale on the emergence of intensive care and the reflection of her work in the Czech lands. The third chapter describes the history and development of intensive care and nursing in the Czech lands, with this exposition being divided into chronologically arranged subchapters. The thesis is primarily based on historical sources (primarily contemporary publications and journal articles reflecting the discourse of the time) and professional literature. The communist Czechoslovakia period is reflected as an important period when contact between Czechoslovak medicine and Western knowledge was significantly limited, and intensive care as well as nursing were heavily ideologically conditioned, leading to lagging behind the West in many aspects.

Key words

history of medicine; Florence Nightingale; intensive care; nursing; general nurse

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 METODOLOGIE | 10 |
| 2 ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA PRÁCE | 11 |
| 2.1 DEFINICE POJMU INTENZIVNÍ PÉČE..... | 11 |
| 2.2 INTERDISCIPLINÁRNÍ OBOR DĚJINY MEDICÍNY | 12 |
| 2.3 INTERDISCIPLINÁRNÍ OBOR OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 13 |
| 3 POČÁTKY INTENZIVNÍ PÉČE V MEZINÁRODNÍM KONTEXTU | 16 |
| 3.1 VLIV FLORENCE NIGHTINGALE NA VZNIK INTENZIVNÍ PÉČE | 16 |
| 3.2 VÝVOJ INTENZIVNÍ PÉČE V PRŮBĚHU 20. STOLETÍ..... | 19 |
| 3.3 POČÁTKY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V MEZINÁRODNÍM A DOMÁCÍM KONTEXTU | 24 |
| 4 HISTORIE A VÝVOJ INTENZIVNÍ PÉČE V ČESKÝCH ZEMÍCH..... | 30 |
| 4.1 OBDOBÍ 19. STOLETÍ | 31 |
| 4.1.1 Ošetřovatelská péče a vzdělávání sester | 34 |
| 4.2 OBDOBÍ 20. STOLETÍ | 35 |
| 4.2.1 Poválečné období a 50. léta 20. století..... | 36 |
| 4.2.2 Období 60. let 20. století..... | 40 |
| 4.2.3 Období 70. let 20. století..... | 43 |
| 4.2.4 Období 80. let 20. století..... | 46 |
| 4.2.5 Období 90. let 20. století..... | 49 |
| 4.2.6 Ošetřovatelská péče a vzdělávání sester | 51 |
| 4.3 POČÁTEK 21. STOLETÍ..... | 60 |
| 4.3.1 Ošetřovatelská péče a vzdělávání sester | 63 |
| ZÁVĚR..... | 69 |
| POUŽITÉ ZDROJE | 76 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 84 |
| SEZNAM ZKRATEK | 85 |

Úvod

Intenzivní péči můžeme stručně charakterizovat jako specializovaný zdravotnický režim poskytovaný v nemocnicích pacientům s vážnými a život ohrožujícími zdravotními problémy. Subjektem tohoto odvětví zdravotní péče jsou zejména pacienti, kteří jsou po chirurgických zákrocích, mají závažné infekce, selhání orgánů, traumatická zranění nebo jiné kritické stavy. O tyto pacienty se stará tým odborníků, který zahrnuje lékaře, sestry, resuscitační pracovníky a další zdravotnický personál, kteří jsou vyškoleni k poskytování komplexní péče a monitorování pacientů dvacet čtyři hodin denně s cílem stabilizovat vnitřní prostředí pacienta, zajistit dostatečný oběh, oxygenaci a další vitální funkce. Důležitost intenzivní péče spočívá v diagnostice, kontinuálním sledování a léčbě pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi. Za tímto účelem vyžaduje tento obor multidisciplinární přístup.

Oddělení intenzivní péče od ostatních oborů má několik příčin a předností. Předně jde o to, že intenzivní péče se specializuje na péči o kriticky nemocné nebo zraněné pacienty, kteří vyžadují vysokou úroveň monitorování a léčby – vyčlenění intenzivní péče od ostatních oborů v tomto kontextu umožňuje, aby se zaměřila na specifické aspekty péče, které jsou klíčové pro pacienty v akutních stavech. Specializace se týká i personálního zajištění jednotek intenzivní péče – personál pracující v intenzivní péči je specializovaný na péči o kriticky nemocné pacienty, přičemž vyčlenění tohoto oboru umožňuje efektivnější odborné školení těchto zdravotnických pracovníků.

Intenzivní péče tedy představuje klíčový prvek moderního zdravotnictví a hraje významnou roli při zachraňování lidských životů a minimalizaci následků vážných onemocnění a úrazů. Tato specializovaná péče je poskytována pacientům, kteří potřebují vysokou úroveň podpory a sledování jejich životních funkcí, včetně dýchání, krevního oběhu, mozkové aktivity a dalších vitálních funkcí. Důležitost intenzivní péče spočívá v tom, že umožňuje lékařům a zdravotnickému personálu poskytnout pacientům nezbytnou péči, která může vést k jejich uzdravení a zotavení. Intenzivní péče umožňuje monitorování a stabilizaci stavu pacientů, kteří jsou v kritickém stavu, a poskytuje jim podpůrnou léčbu, jako jsou umělé dýchání, mechanické oběhové pomůcky, intravenózní léčba a další. Význam intenzivní péče se v posledních desetiletích zvyšuje díky pokroku v technologiích a medicíně, který umožňuje lékařům a zdravotnickému personálu poskytovat stále sofistikovanější a účinnější péči. Intenzivní péče také zvyšuje přežití

pacientů s akutními a kritickými onemocněními, což má významný dopad na jejich rodiny a společnost jako celek.

Tohoto stavu by nebylo možné dosáhnout bez dlouhého a náročného historického vývoje intenzivní péče. Její počátky jsou spojeny s osobností Florence Nightingale, anglické zdravotní sestry, která byla v období padesátých let devatenáctého století průkopnicí snah využít oddělenou nemocniční oblast pro kriticky zraněné pacienty. Prudkého rozvoje se oblast intenzivní péče dočkala v období padesátých let dvacátého století, kdy byl realizován značný pokrok v oblasti plicní ventilace. V českých zemích nastal výraznější rozmach intenzivní péče v šedesátých letech dvacátého století, kdy začaly v rámci jednotlivých nemocnic vznikat oddělení diferencované péče. Vývoj intenzivní péče byl determinován technologickým pokrokem lékařských přístrojů i stále se rozšiřujícími znalostmi o fungování procesů v lidském těle, které mohou být využity pro efektivnější nastavení intenzivní péče.

Předkládaná práce se v tomto kontextu zabývá historií a vývojem intenzivní péče s důrazem na české země. Jejím cílem je popsat historický vývoj intenzivní péče a ošetrovatelství v českých zemích s akcentem na aspekty (například nové techniky, přístroje a podobně), které tento proces determinovaly. Téma historie a vývoje intenzivní péče jsem si zvolila zejména pro svůj vlastní zájem a s vědomím toho, že tato problematika je v odborné literatuře nekomplexně a nedostatečně zpracována.

Text práce je rozčleněn na metodologickou část a tři hlavní kapitoly, které jsou dále fragmentovány na tematické subkapitoly. První kapitola představuje základní teoretická východiska práce – je zde definován pojem „intenzivní péče“ a jsou zde stručně vysvětleny metodologické aspekty oboru dějin medicíny, což je podstatné pro vysvětlení teoretického kontextu celé práce. Dále je zde definováno ošetrovatelství jako interdisciplinární obor. Druhá kapitola je věnována počátkům intenzivní péče v mezinárodním prostoru – tato kapitola je důležitá pro dosazení práce do širšího geografického a chronologického kontextu vzhledem k tomu, že vývoj intenzivní péče v českých zemích reagoval na obecnější trendy a přístupy rozšířené v zahraničí. V rámci této části je vyzdvihnout vliv Florence Nightingale na vznik intenzivní péče. Stěžejní pro diplomovou práci je kapitola třetí, která prezentuje historii a vývoj intenzivní péče v českých zemích. Nabízelo se rozčlenit tento výklad například dle vzdělávacích a výzkumných institucí, nakonec jsem však dospěla k názoru, že nejpřehlednější bude

rozdělit text chronologicky dle vývojových etap, které zároveň reflektují i dlouhodobý vývoj oboru intenzivní péče. Tímto způsobem se zároveň vyhnu případným duplicitám, které by hrozily při jiném než chronologickém výkladu.

1 Metodologie

Cílem této práce je popsat historický vývoj intenzivní péče v českých zemích s akcentem na aspekty (například nové techniky, přístroje a podobně), které tento proces determinovaly. Tohoto cíle je dosahováno především prostřednictvím metody analýzy odborné literatury, historických pramenů a dalších relevantních zdrojů informací – jinak řečeno byla za metodiku práce zvolena historická analýza primárních a sekundárních zdrojů, přičemž místem sběru dat jsou primárně knihovny v České republice. Metoda analýzy odborné literatury je důležitou součástí vědeckého výzkumu. Tato metoda umožňuje systematicky vyhodnotit a interpretovat publikované zdroje v daném tématu. Používá se k získání nových poznatků a ke zkoumání současného stavu poznání v dané oblasti. Výhodou této metody je, že umožňuje systematický přístup k výzkumu a může poskytnout objektivní přehled současného stavu poznání v dané oblasti.

Komplikujícím aspektem zvoleného tématu je to, že k němu neexistuje žádná ucelená českojazyčná publikace. Ačkoli různé odborné knižní zdroje se tématu historie intenzivní péče věnují, jedná se vždy o vedlejší námět, který doplňuje hlavní řešenou problematiku. V tomto kontextu může mít předkládaná diplomová práce potenciál tento nedostatek alespoň částečně substituovat. K tématu historie intenzivní péče jsou sdílnější zahraniční zdroje, které ale nereflektují vývoj v českých zemích. Další komplikací je skutečnost, že archivní materiály ke zvolenému tématu nejsou dosud komplexně zpracované, s čímž se pojí absence nějaké archivní pomůcky (katalogu).

Práce tedy vychází zejména z historických pramenů (primárně se jedná o dobové publikace a časopisecké články, které vznikaly v popisované době a přímo tak reflektují tehdejší diskurs) a z odborné literatury. Z historických pramenů jsem využila především dobové odborné časopisy, jako jsou například periodika *Zdravotnická pracovnice* nebo *Československé zdravotnictví*. Tyto zdroje mi umožnily vnímat dobový diskurs a porovnat jej se současnými poznatky. Dále jsem čerpala informace z dobových odborných publikací, zachycujících ve své době aktuální stav poznání z oboru medicíny a ošetřovatelství.

2 Základní východiska práce

V první kapitole práce jsou vysvětlena základní východiska práce, která je podstatné vymezit pro ujasnění teoretické platformy, z níž práce vychází. V tomto kontextu bude nejprve definován pojem intenzivní péče, načež bude stručně představen interdisciplinární obor dějiny medicíny a jeho účel pro moderní medicínu. Samostatná podkapitola bude věnována ošetrovatelství jako interdisciplinárnímu oboru.

2.1 Definice pojmu intenzivní péče

Intenzivní péči můžeme charakterizovat jako specializovaný zdravotnický režim poskytovaný v nemocnicích pacientům s vážnými a život ohrožujícími zdravotními problémy. Tento režim zahrnuje neustálé sledování pacientů, poskytování podpůrných léčebných opatření a monitorování jejich vitálních funkcí, jako jsou dýchání, srdeční tep a krevní tlak. Intenzivní péče může být poskytována na specializovaných odděleních, jako jsou jednotky intenzivní péče (JIP), kde jsou k dispozici pokročilé medicínské technologie a specializovaní lékaři a sestry. Cílem intenzivní péče je zachránit život pacienta, stabilizovat jeho zdravotní stav a minimalizovat riziko trvalého poškození orgánů (Arora, Shondipon, 2010).

Šálková et al. (2021) konstatují, že intenzivní péče je péčí o nemocného s hrozbou selhání jedné či více základních životních funkcí. Jedná se o takové nemocné, u kterých by při standardní péči závažnost onemocnění, komplikující přidružené nemoci a jejich aktuální stav vedly ke zhoršení či selhání vitálních funkcí. Pacienti jsou do intenzivní péče přebíráni z příjmových oddělení, resuscitačních oddělení, standardních oddělení, případně z operačních sálů. Intenzivní péče integruje diagnostickou a léčebnou péči, kontinuální ošetrovatelskou péči a nepřetržité monitorování vitálních funkcí.

Za jednoduchou, a přitom pregnantní lze považovat definici od Ševčíka et al. (2014), podle kterého se intenzivní péče zabývá diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími komplikacemi, chorobami a úrazy. V českém právním řádu nalezneme i zákonnou definici intenzivní péče – podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně dle jeho ustanovení § 9 odst. 2 písm. a), se jedná o péči, „*která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí, nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat*“. Tento typ péče se mnohdy používá pro pacienty s těžkou infekcí,

respiračním selháním, srdečním selháním, po závažném poranění, s neurologickými poruchami a podobně. Takové krizové stavy typicky vyžadují týmovou spolupráci lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu.

V praxi bývají na jednom místě soustředěna oddělení urgentní a intenzivní medicíny, což urychluje řešení situací, kdy je pacient v bezprostředním ohrožení života transportován do lékařského zařízení. V tomto kontextu lze považovat za nutné vysvětlit rozdíl mezi urgentní a intenzivní medicínou. Zatímco urgentní medicína se zaměřuje na rychlou péči a řešení naléhavých stavů, intenzivní medicína se zaměřuje na komplexní péči o pacienty s kritickým stavem, kteří vyžadují nepřetržitou podporu a monitorování (Šeblová, Knor et al., 2018).

2.2 *Interdisciplinární obor dějiny medicíny*

Dějiny medicíny jsou interdisciplinárním oborem, který je v České republice institucionalizován například prostřednictvím ústavu na 1. LF UK (lékařská fakulta Univerzity Karlovy). Dějiny medicíny se orientují na studium a dokumentaci vývoje léčebných postupů, přístrojů a znalostí v průběhu času. Historici lékařství čerpají svůj metodologický aparát i z jiných oborů, jako je zdravotnictví, sociologie, archeologie a politika. To jim umožňuje komplexnější porozumění institucím, praktikám, osobnostem, profesím i zdravotnímu systému, což jsou základní elementy, které medicínu v průběhu času formovaly. Obecně lze konstatovat, že dějiny lékařství sledují vývoj přístupu lidské společnosti ke zdraví, nemocem a zraněním od pravěku až po současnost (Kushner, 2008).

Svobodný (2018) konstatuje, že dějiny lékařství v podstatě kopírují trendy v metodice historických věd. Zatímco „tradiční“ dějiny medicíny byly doménou událostních dějin, které se soustředily na klíčové okamžiky a osobnosti lékařství v průběhu času, aniž by měly užší vazby na širší kontexty, postupně začaly převažovat přístupy historicko-antropologické (dějiny pacientů, dějiny těla, kulturní dějiny smrti a podobně), gender studies a dále například disabled studies. V současné době jsou témata, kterými se dějiny lékařství zabývají, nazírána v širším společenském i historickém kontextu.

Dějiny lékařství využívají široké spektrum metod. Těžištěm je archivní výzkum, tedy studium historických pramenů, jako jsou lékařské záznamy, lékařské knihy, ego-dokumenty a podobně. Specifikem pro tento obor je analýza lékařských artefaktů, jako

jsou nástroje a přístroje používané lékaři v minulosti. Významné je i studium medicínských textů, jako jsou na jedné straně starověké a středověké medicínské texty a na straně druhé moderní vědecké články a monografie. Stále větší akcent je uplatňován na sociální a kulturní analýzu, tedy na studium sociálních a kulturních faktorů, které determinovaly medicínu v minulosti, jako jsou například náboženství, politika, ekonomika a vzdělání. Biografická metoda je využívána pro výzkum orientovaný na významné lékaře a další důležité osobnosti v oblasti medicíny. Podstatné závěry může přinést i komparativní metoda, sloužící pro porovnávání lékařských praktik v různých kulturách, zemích a historických obdobích. V neposlední řadě lze uvést kvantitativní metodu, využívající statistické postupy a kvantitativní data (Porter, Wear, 2018).

V závěru této podkapitoly je relevantní zabývat se otázkou, proč je vlastně podstatné se dějinami lékařství zabývat. Lze uvažovat především o tom, že tento obor nám pomáhá lépe porozumět vývoji medicíny a zdravotnictví a získat přehled o tom, jaké metody, postupy a léčebné přístupy byly v minulosti používány, s jakými výzvami se jednotlivé lékařské obory potýkaly a jak se vyvíjely. Tím nám historie medicíny umožňuje pochopit současnou medicínu a zdravotnictví. Z historické perspektivy můžeme posoudit úspěchy a neúspěchy současného zdravotního systému, zhodnotit, jaké problémy se opakují a které naopak byly vyřešeny, a jaké faktory ovlivňují vývoj a podobu zdravotnických systémů. V neposlední řadě pozornost věnovaná dějinám medicíny může pomoci lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům zdokonalit vlastní práci. Z historického vývoje mohou čerpat inspiraci, naučit se z minulých chyb a zlepšovat současné postupy (Ackerknecht, 2016).

2.3 Interdisciplinární obor ošetrovatelství

Ošetrovatelství je obor v rámci zdravotnictví, který se zabývá poskytováním péče a podpory jednotlivcům v jejich fyzickém, emocionálním, sociálním a duševním zdraví. Ošetrovatelství se věnuje prevenci nemocí, poskytování péče během nemoci, rehabilitaci a péči v posledních stádiích života. Zahrnuje široké spektrum činností včetně sledování vitálních funkcí, podávání léků, péče o hygienu, poskytování psychické podpory, vzdělávání pacientů a jejich rodin o nemoci a zdravotní péči, koordinace péče mezi různými zdravotnickými pracovníky a plánování dlouhodobé péče (Mikšová et al., 2006). Ačkoli sestry tvoří největší složku personálu ve většině zdravotnických zařízeních

a mohou mít tedy různé specializace (Fort et al., 2017), aktuálně je na mezinárodní úrovni jejich akutní nedostatek (Haczyński, Skrzypczak et al., 2017).

Kozierová, Erbová et al. (1995) konstatují, že ošetřovatelství jako mladý vědní obor má v systému zdravotní péče své významné a nezastupitelné postavení, které se rodilo v průběhu složitého vývoje lidské společnosti vlivem náboženských, kulturních, sociálních, ekonomických a politických faktorů. Nemalou roli sehrály i války, různé vědecké objevy a některé osobnosti, které si uvědomily potřebu změn a také je realizovaly. V tomto procesu získalo ošetřovatelství na odbornosti i kvalitě. Kutnohorská (2010) konstatuje, že na konci dvacátého a na počátku dvacátého prvního století prošla ošetřovatelská profese mnohými změnami, které lze vymezit následujícím způsobem:

- Ošetřovatelství je profilováno jako profese s přesně vymezenými kompetencemi v rámci zdravotní péče.
- Ošetřovatelství je orientováno na péči ve zdraví (tedy předcházení onemocnění) a v nemoci.
- Zvyšuje se kvalita ošetřovatelské péče.
- Ošetřovatelství se stává vědní disciplínou a výzkum v ošetřovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí.
- Ošetřovatelství a jeho nositelky (sestry, porodní asistentky a tak podobně) se stávají edukátorky pacientů či klientů.
- Úkoly, které stojí před ošetřovatelstvím v každodenní i dlouhodobé péči, jsou nekončícím procesem.

Ošetřovatelství v současné době již neznamená pouze zabezpečit všechny ordinace lékaře, ale zabývá se i otázkami ochrany a podpory zdraví, stejně jako zmírňováním utrpení a důstojným umíráním. Aktuálně je ošetřovatelství zásadní interdisciplinární obor¹, který spojuje znalosti a dovednosti z různých oblastí včetně medicíny, psychologie, sociologie, etiky, managementu a dalších. Tato interdisciplinární povaha ošetřovatelství je nezbytná pro poskytování komplexní péče. Sestry často pracují v těsné spolupráci s lékaři, fyzioterapeuty, dietology a dalšími členy zdravotnického týmu. Tato

¹ Za interdisciplinární je považován takový obor, který spolupracuje s minimálně jedním dalším oborem na dosažení jejich společného cíle. Mezioborové vztahy jsou ceněny v mnoha oblastech, jelikož mohou zajistit efektivnější saturaci potřeb zákazníků/pacientů/klientů, snížit provozní náklady a přilákat nové klienty. Ve zdravotnictví je nejběžnějším mezioborovým vztahem spolupráce mezi lékaři a sestrami, jejichž pracovní postupy se doplňují a ovlivňují tak stav pacientů. Vytvoření profesionálního prostředí podporujícího komunikaci tak může vést k efektivním výsledkům zdravotní péče pro pacienty (Warren, Warren, 2023).

spolupráce je klíčová pro diagnostiku, léčbu a rehabilitaci pacientů. Sestry jsou také zapojeny do vzdělávacích aktivit pro pacienty a jejich rodiny, pomáhají jim porozumět jejich stavu, léčebnému plánu a způsobům péče. Mohou poskytovat také poradenství ohledně životního stylu, prevence nemocí a zvládnání chronických onemocnění (Plevová, 2018).

3 Počátky intenzivní péče v mezinárodním kontextu

Historie intenzivní péče se datuje až do devatenáctého století, kdy byly poprvé použity ventilátory pro léčbu pacientů s respiračním selháním. První oddělení, které bychom mohli nazvat předchůdci jednotek intenzivní péče, byly založeny během druhé světové války, kdy se ukázalo, že specializovaná péče může zvýšit přežití vážně nemocných a zraněných vojáků. Rusinová (2010) v tomto kontextu dodává, že specializace intenzivní péče vznikala v souvislosti s rychlým přístrojovým rozvojem medicíny a tradiční náplní je v ní primárně boj o přežití pacienta.

3.1 Vliv Florence Nightingale na vznik intenzivní péče

Počátky intenzivní péče v tomto období jsou spojeny s osobností Florence Nightingale (viz obr. 1), anglické zdravotní sestry, která byla průkopnicí snah využít oddělenou nemocniční oblast pro kriticky zraněné pacienty. Zussman (1992, s. 17) konstatuje, že „*intenzivní péče začala tím, když Florence Nightingale přesumula nejzávažněji nemocné, ale zachrannitelné vojáky blíže ke stanovišti sestry*“. Varon a Acosta (2010, s. 1) dodávají, že Nightingale poskytla i první popis toho, jak dobová intenzivní péče vypadala, když napsala, že „*v malých venkovských nemocnicích jsou prostory, které mají výklenek nebo malou místnost vedoucí z operačního sálu, kde pacienti zůstávají, dokud se neuzdraví, nebo se alespoň nezotaví z bezprostředních následků operace*“. Pracoviště intenzivní péče, které se blížily jednotkám intenzivní péče v soudobém slova smyslu, však byly vytvořeny až ve dvacátých letech, přičemž jsou spojovány s nemocnicí Johna Hopkinse.

Florence Nightingale (1820-1910) se proslavila během krymské války (1853-1856), v jejímž rámci výrazně ovlivnila péči o zraněné vojáky. Nightingale byla vzdělávána v oblasti matematiky, statistiky, historie, klasické literatury a filosofie, což později ovlivnilo její zaměření na systematické a analytické přístupy ke zdravotní péči. Během svého působení ve vojenské nemocnici v Scutari na Krymu zavedla řadu inovativních opatření, která změnila přístup k léčbě a péči o pacienty. Jedním z jejích hlavních přínosů bylo zlepšení hygienických podmínek v nemocnicích. Před příchodem Nightingale byly nemocnice často zamořeny infekcemi a byly specifické pro nedostatečnou čistotu, která stav pacientů ještě zhoršovala. Díky jejím opatřením, jako bylo oddělení pacientů podle diagnóz, zlepšení hygienických norem, častější dezinfekce a výměna ložního prádla a podobně, se podařilo dramaticky snížit míru infekcí a mortality pacientů (Kutnohorská, 2010).

Nightingale také představila nový přístup k péči o pacienty prostřednictvím ošetrovatelských protokolů a specializovaného personálu. Zavedla výcvik pro všeobecné sestry, kde zdůrazňovala důležitost vzdělání, profesionálního přístupu a stanovení dalšího postupu na základě důkladného pozorování pacientů. Její práce položila základy moderního ošetrovatelského vzdělávání a vytvořila standardy péče, které byly později přijaty po celém světě. Vliv Florence Nightingale na vznik intenzivní péče je tedy značný, přičemž lze konstatovat, že její důraz na monitorování pacientů, péči o jejich vitální funkce a podpora stálého vzdělávání zdravotnického personálu položila základy pro rozvoj specializované intenzivní péče. Její přístup k péči o pacienty s vážnými zraněními nebo nemocemi přinesl významné zvýšení míry přežití pacientů a snížení množství komplikací v rámci léčby. Bartůněk et al. (2016, s. 3) doplňují, že opatření snížila mortalitu na bojišti ze 40 % na 2 %. Nightingale rovněž prosazovala využívání statistik a hodnocení kvantitativních dat v rozhodovacích procesech v oblasti zdravotnictví. Její práce v oblasti sběru a analýzy dat pomohla zlepšit kvalitu poskytované zdravotní péče a přispěla k vytvoření takzvaného *evidence-based medicine*², která je základem pro moderní lékařskou praxi. Nightingale je považována rovněž za průkopnici etiky v ošetrovatelství – jejím dílem jsou etické zásady ošetrovatelky v přístupu k nemocným (Kutnohorská, 2007).

Florence Nightingale, známá především jako zakladatelka moderního ošetrovatelství, měla také zásadní vliv na vývoj intenzivní péče. Její práce během Krymské války v devatenáctém století znamenala revoluci v péči o raněné vojáky a přispěla k vytvoření nových standardů péče. Nightingale zdůrazňovala význam čistoty, hygieny a důsledné péče o pacienty, což vedlo ke snížení úmrtnosti a zlepšení výsledků léčby. Její systematický přístup k organizaci péče, včetně monitorování pacientů a zaznamenávání dat, položil základy pro moderní intenzivní péči. Díky práci Florence Nightingale se intenzivní péče stala komplexní disciplínou, která kombinuje vysoké technologické možnosti se zásadami péče o pacienta. Její důraz na monitorování vitálních funkcí, kontrolu infekcí a poskytování individuální péče položil základy pro moderní intenzivní péči. Nightingale také zdůrazňovala význam psychického pohodlí pacientů a podpory jejich emocionálního blahobytu, což je důležitý prvek intenzivní péče dodnes. Její práce

² Evidence-based medicine (EBM) je přístupem k poskytování zdravotní péče, který klade důraz na využívání nejnovějších a nejlepších dostupných důkazů při rozhodování o diagnostice, léčbě a péči o pacienty. Jedná se o systematické a kritické vyhodnocování vědeckých důkazů, které umožňuje lékařům a zdravotnickému personálu provádět informovaná rozhodnutí založená na nejlepších dostupných datech.

zanechala trvalý otisk nejen v oblasti ošetrovatelství, ale i v rozvoji medicíny jako celku, a její principy jsou stále respektovány a používány ve světě intenzivní péče (McDonald, 2010).

Osobnost Florence Nightingale našla široký ohlas i v českých zemích – v roce 1936 byl u nás vydán její stručný životopis, který napsala Margaret Emma Tabor a volně přeložila Julie Molnárová, opatřený pregnantním podtitulem *Zakladatelka moderního ošetrovatelství*, ve kterém autorka líčí její osudy v průběhu Krymské války s až romantickým podtextem, který je poněkud v kontrastu s realitou bojového konfliktu poloviny devatenáctého století. Naopak jako zcela relevantní lze hodnotit konstatování, podle kterého „svou prací zařadila se Florence Nightingalová i mezi průkopníky veřejného zdravotnictví. Propagovala zásady zdravého bydlení, větrání a čistoty mezi nejširšími vrstvami. Její učení a kázání o zdravém vzduchu přispělo určitě k tomu, že anglický národ miluje čerstvý vzduch. Její články o dětské péči měly vliv na to, že dětská úmrtnost v Anglii byla snížena.“ (Tabor, 1936, s. 32). V dobových periodikách však můžeme nalézt zmínky již z roku 1867, kdy obrázkový týdeník Světozor otiskl článek, který vyzdvihoval působení „jedné z nejzasloužilejších a nejšlechternějších mírnilkyň bídy a žalu, jakouž dojísta jest Angličanka slečna Florence Nightingale“ (Tonner, 1867, s. 173). K roku 1874 pak časopis *Ženské listy* ve své prosincovém čísle referoval o vydání knihy Florence Nightingale *Knih o ošetrování nemocných*, kterého se chopilo Ottovo nakladatelství. V období padesátých let pak začal být oproti Florence Nightingale vyzdvihován vliv N. I. Pirogova, který „zreformoval radikálně celou zdravotnickou službu v poli i zázemí a jako první na celém světě organizoval řádně a moderním způsobem sbor dobrovolných ošetrovatelek, sester již v našem slova smyslu“. Jan Adámek, autor této informace, ji doplňuje tvrzením, že „na anglické straně organizovala tuto pomoc slečna Florence Nightingale až v roce 1955, tedy později“, čímž implicitně upřednostňuje vliv ruského anatoma a chirurga (Adámek, 1957, s. 58). Ačkoli i v období komunistického Československa byla Nightingale vyzdvihována pro svůj přínos jako jedna ze zakladatelek ošetrovatelství v moderním slova smyslu, nebyly zmínky o ní v dobových periodikách tak časté, jako tomu bylo v období před rokem 1948 a po roku 1989³. Často byla také titulována jako „jedna ze zakladatelek moderního ošetrovatelství“ vedle například již zmíněného N. I. Pirogova – aktuálně je v odborné literatuře uváděna

³ Na základě vlastní rešerše v archivech periodik jako *Zdravotnická pracovnice*, *Časopis lékařů československých* a podobně.

spíše jako samostatná zakladatelka moderního ošetrovatelství (například Kutnohorská, 2009; Kutnohorská, 2010; McDonald, 2010; Sikorová, 2012).



Obr. 1 Florence Nightingale (Tabor, 1936, s. 24 a)

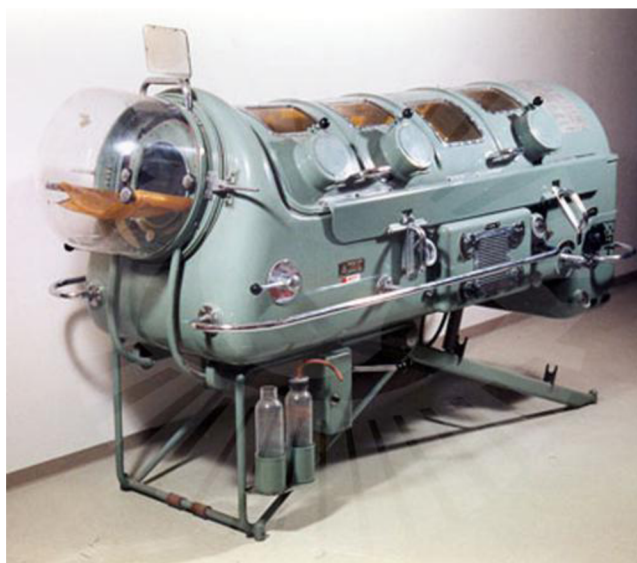
3.2 Vývoj intenzivní péče v průběhu 20. století

Intenzivní péče nebyla od počátků vyhraněným oborem, ale prolínala se s jinými oblastmi lékařství, zejména s resuscitací a anesteziologií. V oblasti anestézie došlo k významnému posunu na přelomu osmnáctého a devatenáctého století, a to v souvislosti s vědeckým bádáním v chemii a fyzice. V polovině devatenáctého století se jako anestetikum začaly používat éter a takzvaný rajský plyn, které sloužily prostřednictvím své inhalace k celkovému uspávání pacientů. Rajský plyn (oxid dusný) byl již roku 1844 používán americkým zubním lékařem Horacem Wellsem při trhání zubů⁴, v rámci chirurgie byl však využíván až o několik let později. Použití éteru jako anestetika bylo poprvé demonstrováno v roce 1846 americkým stomatologem a propagátorem anesteziologem Williamem T. G. Mortonem během chirurgického zákroku v Massachusetts General

⁴ V českých dobových zdrojích nalezneme zmínku o takovém využití rajského plynu k roku 1906, kde Otto Neumann v publikaci *Jak se uchrániti bolesti zubů a zachovati si zdravý chrup?* konstatoval, že „pacienta uspíme, omámíme tím, že mu dáme vdechovati jisté látky, jako kysličník dusnatý čili plyn rajský, éther, chloroform a jiné, čímž nastane necitlivost celého těla. Omámení toto čili narkosa není však vždycky bez nebezpečnosti pro život a proto jí užíváme jen zřídka.“ (Neumann, 1906, s. 29).

Hospital při Harvard University, kdy byl pacientovi v celkové anestézii bezbolestně odoperován nádor. Ze Spojených států se nové formy anestézie brzy rozšířily i do Evropy – v Londýně tak došlo roku 1846 k prvním zákrokům s využitím éterové anestézie (zcela první éterovou anestézií v Evropě byla amputace dolní končetiny v Londýně 21. prosince 1846, kterou provedl slavný chirurg Liston), o rok později byl éter využit i při operacích ve Vídni a v německém Erlangenu. Rizikem je, že při vyšších dávkách mohou způsobit zástavu dýchání či útlum činnosti srdce a úmrtí pacienta. Z tohoto důvodu byly hledány i jiné možnosti anestezie, jako například chloroform, který začal nahrazovat éter kolem roku 1860 (Málek et al., 2016).

V průběhu dvacátého století se technologie intenzivní péče stále zlepšovala a rozšiřovala. Roku 1923 byla vytvořena třílůžková jednotka pooperační péče pro neurochirurgické pacienty v nemocnici Johna Hopkinse, přičemž iniciátorem byl neurochirurg Walter Dandy. Na tomto oddělení pracovali anesteziologové a odborné sestry. V roce 1952 pak dánský anesteziolog Bjorn Aage Ibsen působil při epidemii poliomyelitidy (dětské obrny) v Kodani, kdy byli někteří z pacientů léčeni pomocí podtlakových ventilátorů (jednalo se o takzvané železné plíce – viz obr. 2). Ibsen toto zařízení zdokonalil – na jeho práci navázal Carl-Gunnar Engström, který vyvinul jeden z prvních umělých přetlakových objemově řízených ventilátorů. Roku 1953 pak Ibsen zřídil jednotku intenzivní péče v kodaňské městské nemocnici – toto oddělení se specializovalo na pacienty s obrnou (Reisner-Sénélar, 2011).



Obr. 2 Železné plíce, cca 1959 (Deutsches Hygiene-Museum Dresden, 2023)

V roce 1954 byla v Bostonu provedena první úspěšná transplantace ledviny (Haluzíková, Břegová et al., 2019) a v roce 1967 byla v Kapském městě provedena první (krátkodobě) úspěšná transplantace srdce (Bartůněk, Ptáček et al., 2019). Tyto úspěchy umožnily rozšíření a zdokonalení technologií, jako jsou mechanické ventilátory, monitorovací zařízení, dialyzační stroje a další. Ve Spojených státech amerických (USA) se intenzivní péče začala rozvíjet od roku 1958, kdy byla v Baltimore otevřena první jednotka intenzivní péče. Tato jednotka intenzivní péče byla navržena s cílem poskytnout specializovanou péči pacientům s vážnými a život ohrožujícími stavy, kteří vyžadovali nepřetržité monitorování a podporu životních funkcí. Byla vybavena ve své době nejmodernějšími technologiemi a zařízeními, jako jsou ventilátory, monitorovací systémy a infuzní pumpy, které umožňovaly stálé sledování vitálních funkcí pacientů. Klíčovým prvkem této první jednotky intenzivní péče byl multidisciplinární přístup, který zahrnoval spolupráci mezi různými odborníky včetně lékařů, ošetřovatelů, fyzioterapeutů a dalšího zdravotnického personálu. Vzhledem k úspěchu tohoto oddělení se jeho koncept postupně rozšířil do dalších nemocnic po celém světě. O rok později byla zřízena jednotka intenzivní péče na univerzitě v Pittsburghu, která jako první zahrnovala stálou přítomnost lékařů specializovaných na intenzivní péči (Cunha, Cunha, 2009).

S obdobím padesátých a šedesátých let je spojeno působení prof. Petera Safara, který je dosud označován jako „otec kardiopulmonální resuscitace“. Peter Safar (narodil se 12. dubna 1924 ve Vídni a zemřel 2. srpna 2003 v Pittsburghu) byl rakousko-americký lékař českého původu, který sehrál významnou roli ve vývoji moderní resuscitace a intenzivní péče. Peter Safar spolupracoval s mnoha významnými postavami v oblasti medicíny, jako například s Dr. Jamesem Elamem a Dr. Archerem Gordonem, kteří přispěli svými znalostmi k vývoji základních principů kardiopulmonální resuscitace (CPR). Společně tito lékaři v roce 1961 publikovali článek, který popisoval nový způsob poskytování umělého dýchání a srdeční masáže, což byl základní krok k vytvoření moderních postupů resuscitace. Prof. Safar a jeho kolegové hráli klíčovou roli při propagaci školení v oblasti resuscitace pro zdravotnický personál i laiky. Jeho práce vedla k rozvoji standardů péče poskytované v případě zástavy srdce a zlepšila přežití v situacích ohrožujících život. Vyvinul metodu A-B-C resuscitace, která dodnes slouží jako významná (nejen) laická pomůcka – jednotlivá písmena označují kroky laické resuscitace (*airways, breathing, circulation*), která je následována postupem D-E-F (*drugs, ECG, fibrillation, treatment*). Peter Safar byl také významnou postavou v rozvoji

intenzivní péče. Spoluzakládal jednotky intenzivní péče a přispěl k formování moderních standardů péče o kriticky nemocné pacienty – poté, co se odstěhoval do Limy v Peru, založil zde první anesteziologické oddělení v zemi. Následně se přestěhoval do Baltimoru, kde rovněž vybudoval anesteziologické oddělení. Jeho práce a odkaz mají trvalý vliv na oblast resuscitace a intenzivní péče a přinesly významný přínos pro celosvětovou lékařskou praxi (Chamberlain et al., 2007).

V období šedesátých let dosud nebylo zcela jasné, zda jsou specializované jednotky intenzivní péče třeba – zdroje intenzivní péče proto byly přenášeny do pokojů pacientů. Rychle se však ukázalo, že specializovaná oddělení s kvalifikovaným personálem jsou schopna poskytovat pacientům lepší péči (Kelly et al., 2014). Za otce moderní intenzivní péče je obecně považován Max Harry Weil, který na počátku šedesátých let založil čtyřlůžkové oddělení v Los Angeles County / University of Southern California Medical Center v USA (Kelly et al., 2014). Právě Weilův přínos intenzivní medicíně pomohl formovat tento obor do podoby, kterou známe dnes. Weil původně pracoval jako kardiolog, než se rozhodl věnovat se naplno intenzivní péči. Roku 1974 založil Institute of Critical Care Medicine. Jeho hlavní přínosy zahrnují lepší pochopení patofyziologie šokových stavů, důležitosti hladin laktátu v krvi a mechanismů plicního edému včetně role koloidního osmotického tlaku. Vyvinul také techniku „fluid challenge“, jejíž princip spočívá v tom, že lékař podá pacientovi definované množství intravenózních tekutin (často fyziologického roztoku), a poté sleduje, jak pacient reaguje na toto podání tekutin. Weil také vyškolil několik stovek intenzivistů z řady zemí, čímž pomohl aktualizovat poznatky intenzivní medicíny prakticky po celém světě (Vincent, 2011).

V roce 1966 byla zřízena jednotka intenzivní péče Mead Ward v St. Thomas' Hospital v Londýně, která byla první svého druhu ve Spojeném království (Kelly et al., 2014). V sedmdesátých a osmdesátých letech dvacátého století se jednotky intenzivní péče staly stále běžnějšími v nemocnicích po celém světě, přičemž v jejich rámci byly zavedeny nové postupy, jako jsou podpora krevního oběhu a resuscitace pacientů v kardiogenním šoku. Ve Spojených státech amerických existuje od roku 1983 síť nemocnic, poskytujících dlouhodobou intenzivní péči (Long Term Acute Care Hospitals, zkráceně LTACHs) – ta je určena pro pacienty, u nichž trvá hospitalizace déle než dvacet pět dní, jedná se tedy primárně o jedince se závažnými zdravotními problémy, vyžadujícími delší intenzivní péči. Došlo tedy k významnému vývoji intenzivní péče, který ovlivnil její

organizační strukturu, technologické inovace a přístupy k péči o pacienty (Weil, Tang, 2011).

V průběhu sedmdesátých let byla intenzivní péče stále více uznávána jako specializovaný obor, který vyžaduje specifické znalosti a dovednosti. Byly zavedeny specializované vzdělávací programy pro ošetřovatele a lékaře, které se zaměřovaly právě na poskytování intenzivní péče – na odděleních intenzivní péče tedy začaly působit vysoce kvalifikované týmy zdravotnického personálu, které dále zefektivňovaly péči o pacienty. Kromě toho byly vyvíjeny nové přístroje a monitorovací systémy, které umožňovaly nepřetržité sledování vitálních funkcí pacientů. Například došlo k zásadnímu vylepšení ventilátorů pro umělou plicní ventilaci, které se tak staly nezbytnou součástí léčby pacientů s respiračním selháním. Monitorovací přístroje v této době umožňovaly sledování srdečního rytmu, krevního tlaku, hladiny kyslíku v krvi a dalších důležitých ukazatelů, což přispívalo k včasnému odhalení komplikací a zlepšení péče o pacienty (Kelly et al., 2014). Toto období v tomto kontextu položilo základy moderní intenzivní péče, která se dále rozvíjí a inovuje s cílem poskytovat nejlepší péči pacientům v komplikovaném zdravotním stavu. V této době byly také vyvinuty speciální jednotky intenzivní péče pro novorozence a děti.

V devadesátých letech se v intenzivní péči objevily nové technologie, jako jsou neinvazivní ventilace a nelineární dynamická podpora dýchání. Tato desetiletí také přinesla nové léky a léčebné postupy, jako je kontinuální venovenózní hemofiltrace a efektivnější léčba infekcí. V devadesátých letech se také začaly rozvíjet a používat nové terapeutické postupy a techniky v intenzivní péči. Například zavedení pozitivní tlakové ventilace při syndromu akutního respiračního selhání (ARDS) se stalo na těchto odděleních běžnou praxí. Další inovace se týkaly například použití intraaortální balónkové pumpy pro podporu srdeční činnosti, využití nitrožilních katetrů pro podání léčiv či výživy a zavádění různých invazivních procedur za účelem diagnostiky a terapie (Puri, Puri et al., 2009). Významné změny se odehrály také v organizační struktuře jednotek intenzivní péče. Byla zavedena koncepce specializovaných jednotek intenzivní péče s různými subspecializacemi, například oddělení pro kardiologii, neurologii, traumatologii a tak podobně. Tato specializace umožnila větší odbornost v léčbě pacientů s konkrétními zdravotními stavy. Byla také akcentována multidisciplinární spolupráce mezi lékaři, ošetřovateli, fyzioterapeuty, farmaceutickými specialisty a dalšími členy týmu (Tempro, Chang, 2022).

Intenzivní medicínu aktuálně ovlivňuje stárnutí populace a dále také poptávka ze strany pacientů, jejich rodin a lékařů z jiných specializací. Do budoucna lze v souvislosti s kontinuálním nárůstem obezity a dalších komorbidit považovat za pravděpodobné, že poptávka po péči na jednotkách intenzivní péče výrazně poroste, přičemž bude pokračovat tlak vlád na zvyšování kapacit těchto jednotek. Kelly et al. (2014) vysvětlují, že tento nárůst kapacity lze interpretovat jako rozšiřování étosu přijímání nemocných pacientů, u kterých existuje vysoké riziko zhoršení stavu před samotným kritickým onemocněním – jde o strategii snižující mortalitu a zkracující pobyt v nemocnici. Dále lze do budoucna očekávat pokrok v používání elektronických monitorovacích systémů, kdy již nyní mnoho jednotek intenzivní péče používá sofistikované počítačové systémy pro správu dat o pacientech – tyto systémy umožňují predikovat rizika. Do budoucna by sofistikované algoritmy mohly vést k tomu, že vstup do intenzivní péče bude omezen pouze na ty, kteří budou mít z této drahé a invazivní léčby pravděpodobně ten největší prospěch.

V posledních letech se jednotky intenzivní péče stále více zaměřují na prevenci infekcí, snižování komplikací a zlepšení výsledků léčby. Také se rozvíjejí nové technologie, jako jsou robotické systémy pro poskytování lékařské péče a další pokročilá monitorovací a terapeutická zařízení. Dějiny intenzivní péče jsou příkladem toho, jak může medicína rychle reagovat na výzvy a jak technologie a léčebné postupy mohou být zdokonalovány pro zefektivnění péče o pacienty s život ohrožujícími stavy. Obecně lze konstatovat, že intenzivní péče je od svého počátku silně závislá na technologiích.

3.3 Počátky ošetrovatelské péče v mezinárodním a domácím kontextu

Historický vývoj péče o zdraví ovlivňovaly společenské a sociálně ekonomické podmínky. Vliv na ošetrovatelství měly kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj medicíny, sociální a hospodářské podmínky a celkový stav zdraví obyvatelstva (Farkašová et al., 2005). Vývoj léčitelství a ošetrovatelství historicky probíhal ve více etapách, obecně lze však konstatovat, že historie ošetrovatelství je spojena s historií lékařství (Kubicová et al., 2005).

Kutnohorská (2010) konstatuje, že pomoc druhému je přirozenou vlastností člověka. Před vznikem křesťanství se zkušenost s léčbou a ošetrovatelstvím nemocných předávaly z generace na generaci ústně. Při léčení různých nemocí byly využívány lidové zkušenosti z pozorování bylin, vody a slunce na lidský organismus. Toto neprofesionální

ošetřovatelství pokrývá nejdelší období lidských dějin. Charitativní ošetřovatelství, které se zaměřovalo na péči o chudé a nemocné, se rozvíjelo společně s křesťanstvím – souviselo se zakládáním mnišských řádů, klášterů, útulků a nemocnic.

U starověkých civilizací byla nemoc chápána jako trest bohů za provinění, nicméně postupným pokrokem starověcí lékaři zjišťovali mnoho konkrétních znalostí o složení a funkci lidského organismu i o možnostech jeho léčení. V této době byla zakládána první veřejná zdravotnická zařízení. Léčitelé si všímali souvislostí mezi různými léčebnými postupy a průběhem konkrétních nemocí, postupně začali svá pozorování zaznamenávat a uchovávat tak pro další generace (Plevová, Slowik, 2008). Následující středověk zaznamenal úpadek křesťanství a útlum medicínských znalostí. S tím, jak církev získávala vliv nad evropským obyvatelstvem, začalo být utrpení v dikci jejího učení považováno za součást lidské přirozenosti. Lidé se více zajímali o svou duši než o své smrtelné tělo. Medicína se stala předmětem víry a hlavním receptem na uzdravení byla modlitba. Péče o nemocné byla považována za akt křesťanského milosrdenství, což bylo podnětem pro zakládání nemocnic. Rovněž mnoho klášterů se stalo středisky péče o nemocné. Význam pro ošetřovatelství mělo to, že mniši opisovali, studovali a uchovávali staré světské lékařské knihy, konzervující starověké poznatky o fungování lidského těla (Plevová, Slowik, 2008).

Renesance v medicíně vycházela ze znovuobjevení prací klasických řeckých a římských autorů, a to v oblasti lékařské filosofie, anatomie a klasické chirurgie. Věda se postupně dostávala do popředí, ačkoli byla stále brzděna církevními vlivy. Vědecký a lékařský výzkum postupně přestal být záležitostí osamělých jedinců a začal být organizován v akademiích. Stejně tak ošetřovatelství bylo vždy ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, politickými faktory, válkami, vědeckými objevy a význačnými jedinci (Plevová, Slowik, 2008). Kutnohorská (2010) doplňuje, že vývoj ošetřovatelství má v evropských zemích mnoho shodných prvků a svá regionální specifika.

Zvýšenou potřebu ošetřovatelské péče tradičně napříč historií vyvolávaly války, proto i mnoho ošetřovatelských tradic a postupů má svůj základ právě v ošetřování raněných vojáků. Již starověcí Římané stavěli lazarety pro zraněné vojáky. V raném středověku do vývoje ošetřovatelské péče zasáhly křížácké výpravy, v jejichž rámci se vytvářely organizované ošetřovatelské řády, které o tyto bojovníky pečovaly. Jmenovitě šlo například o Maltézské rytíře a o rytíře sv. Lazara. Ve dvanáctém století se proměnilo demografické a sociální složení evropské společnosti, do čehož radikálně zasáhly různé

pandemie a války. Následující morové epidemie přinášely smrt a stagnaci kulturního a intelektuálního života. Tyto vlivy determinovaly vyčlenění tří hlavních linií péče o nemocné (Kutnohorská, 2010):

- laická péče, kterou si poskytoval nemocný sám, nebo mu ji poskytovali jeho blízcí na základě tradice;
- charitativní péče, která byla poskytována nemocným zejména církevními řády v charitativních domech – ošetřování bylo chápáno jako morální a humánní pomoc trpícímu člověku;
- organizovaná péče, jejíž počátky spadají do konce devatenáctého století a souvisejí s válkami a rozvojem medicíny – vliv měla i společenská situace a uvědomování si významu hygieny pro zdraví.

Charitativní ošetrovatelská péče se zaměřovala na uspokojování základních potřeb života, tedy na zajištění přístřeší, poskytování stravy, na hygienu a duchovní podporu. Charitativní péče ovlivnila vývoj a další zaměření ošetrovatelského vzdělání na několik staletí dopředu, respektive působí až dodnes. Charitativní a řádové ošetrovatelství otevírá velmi dlouhou etapu historického vývoje péče o nemocné (Plevová, Slowik, 2008). Významnou českou osobností středověku, která se zasadila o středověké opatrovnictví, byla sv. Anežka Česká (viz obr. 3), příslušnice panovnického rodu Přemyslovců. Sv. Anežka vstoupila do řádu klarisek a založila v Praze klášter sv. Františka a poté i špitál Na Františku. Byla nejen první ženou, která založila mužský řád, ale také první ženou, která založila český ošetrovatelský řád. Celý svůj život zasvětila pomoci chudým a nemocným a sepsala pokyny, jak v klášteře pacienty ošetřovat. Sv. Anežka je považována za zakladatelku ošetrovatelství v českých zemích (Kutnohorská, 2010).



Obr. 3 Sv. Anežka Česká, Osecký lektionář, cca 1280, Národní knihovna ČR

Špitály existovaly v českých zemích od třináctého století, byly však spíše sociálním než léčebným zařízením – kromě nemocných zde byli opatrováni chudí a přestárlí lidé. Ve dvacátých letech sedmnáctého století byla založena nemocnice Milosrdných bratří, kde bylo pečováno o tělesně i duševně nemocné bez ohledu na sociální vrstvu a náboženské vyznání (Kutnohorská, 2010). V době osvícenství byl vytvořen ucelený systém státní zdravotní správy a zdravotnických zákonů, byly provedeny reformy systému výuky a výchovy lékařů a dalších zdravotníků. Uplatnění pokrokových prvků ve zdravotní péči se projevilo tereziánskými a josefínskými reformami. Osvícenské feudální monarchie se soustředily na budování centralizované státní zdravotní správy, která měla dohlížet nad dodržováním karanténních protiepidemických předpisů a ostatních zákonů o veřejném zdravotnictví, vykonávat dozor nad výkonem zdravotnických povolání a mít přehled o vývoji zdravotnické situace státu. Podstatné bylo to, že se nemocnice stávaly zařízeními, jejichž stěžejním posláním byla léčebná činnost. Byla rovněž provedena rozsáhlá reforma lékařského školství a vznikaly první teorie o zdravotnictví. V sedmdesátých letech devatenáctého století byl pak vídeňským parlamentem přijat zákon o veřejné zdravotní správě – do její kompetence patřila evidence a kontrola práce zdravotníků, dozor nad nemocnicemi a léčebnými ústavami, boj proti nakažlivým chorobám a epidemiím, řízení očkování a podobně (Plevová, Slowik, 2008).

Od poloviny osmnáctého století byly zakládány všeobecné nemocnice, z nichž nejstarší je ta Na Františku v Praze. O významné reformy nejen v oblasti ošetrovatelské péče se zasadil Josef II., který tomuto oboru přispěl rovněž založením Medicínsko-chirurgické akademie ve Vídni (Josefinum). Osvícenské reformy měly všeobecně pozitivní dopad, jelikož se obyvatelstvo začalo zajímat o hygienu a zdravotní péči. Jak konstatují

Farkašová et al. (2005), v tomto období lze spatřovat počátek profesionalizace ošetrovatelského poslání. Koncem osmnáctého století lze nalézt první zárodky vzdělávání sester, kdy byly organizovány první přednášky pro ošetrovatelky v zařízeních pro duševně nemocné. V Londýně roku 1860 založila Florence Nightingale první ošetrovatelskou školu – po jejím vzoru následně vznikaly ošetrovatelské školy i v dalších velkých evropských městech a ve Spojených státech amerických (Plevová, Slowik, 2008). Změny v kvalitě ošetrovatelství se obecně přisuzují období Krymské války, kdy se prosadila myšlenka odborně připravených žen pro péči o raněné a nemocné. Na konci devatenáctého století již došlo k profesionalizaci ošetrovatelského poslání, na jejímž počátku stáli kromě Florence Nightingale i Nikolaj Ivanovič Pirogov a Jean Henri Dunant. Česká společnost tento mezinárodní vývoj vnímala a adekvátně na něj reagovala. V českých zemích zásadně determinoval vývoj vzdělávání ošetrovatelek, jelikož jeho prostřednictvím odcházely české ošetrovatelky studovat do zahraničí, zejména pak do Anglie (Kutnohorská, 2010).

Jelikož Florence Nightingale jsem se již obsáhleji věnovala v nadřazené kapitole, zaměřím se nyní na dvě další osobnosti, které významně ovlivnily ošetrovatelství. Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810-1888) byl významným světově uznávaným chirurgem a objevitelem narkózy. Pirogov odborně připravil pro frontu Krymské války třicet odborně vyškolených dobrovolných ošetrovatelek, kdy využil své zkušenosti vojenského chirurga. Kládl důraz na dodržování hygieny. Zmínit je třeba i jeho podíl na vzniku Ruského červeného kříže. Jean Henri Dunant (1828-1910) se měl původně stát obchodníkem, avšak poté, co se stal svědkem bitvy u Solferina, byl šokován skutečností, že o zraněné vojáky se nikdo řádně nestaral – to jej inspirovalo k sepsání knihy, kterou rozeslal evropským panovníkům. V závěru knihy navrhl, aby byla založena mezinárodní organizace na pomoc raněným vojákům a uzavřena mezinárodní dohoda o jejich ochraně. Dunant se stal iniciátorem a zakladatelem Mezinárodního červeného kříže jako organizace, která může zajistit první pomoc raněným a také odbornou přípravu ošetrujících osob. Jeho zásluha tkví i v zakládání národních společností Červeného kříže, které měly realizovat péči o potřebné v míru a o raněné ve válce (Kutnohorská, 2010).

Mezinárodní výbor Červeného kříže byl založen v říjnu 1863 v Ženevě. Delegáti konference, na které se toto založení událo, přijali rezoluci vyzývající ke zřízení výborů pro pomoc raněným už v době míru a dohodli se na tom, že budou připravovat dobrovolné zdravotníky. Vytyčili také zásadu nedotknutelnosti a neutrality zdravotnických zařízení

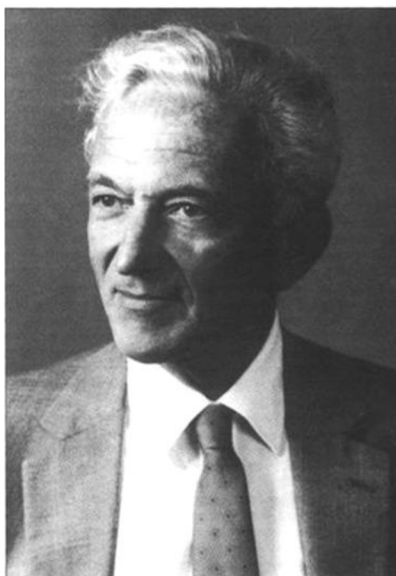
a personálu označených červeným křížem. Český červený kříž počíná svou historií od roku 1868, kdy byl založen Vlastenecký pomocný spolek pro Království české. Oficiální datum vzniku Československého červeného kříže je však spojeno až s únorem 1919, tedy s obdobím krátce po vzniku samostatné Československé republiky. Předsedkyní této organizace se stala Alice Masaryková (Kutnohorská, 2010). V období mezi dvěma světovými válkami nahrazoval Československý červený kříž nedostatky státní zdravotní správy a efektivně ji doplňoval tím, že budoval zdravotní ústavy, zřizoval poradny pro matky s dětmi, ambulance, útulky rodiček, sirotčince, útulky pro staré a podobně (Tinková, 2012). V kontextu tématu této práce je zajímavé, že Československý červený kříž převzal do své správy Státní ošetrovatelskou školu. V rámci německé okupace byl však Československý červený kříž rozpuštěn, jeho majetek byl zabaven, mnoho funkcionářů bylo vězněno a další se zapojili do odboje. Po druhé světové válce pokračoval Československý červený kříž v duchu tradic první republiky – zejména obnovil přípravu ošetrovatelek. Pátrací služba této organizace pátrala po nezvěstných z války – nešlo pouze o vojáky, ale například i o odsunuté Němce. Po roce 1948 převzal stát péči o zdraví lidu, sociální zabezpečení, výchovu a zdravotní osvětu. Československý červený kříž tuto činnost státu doplňoval, kdy se zaměřoval na školení obyvatelstva v první pomoci a organizaci humanitární pomoci do zahraničí. Po sametové revoluci získal Československý červený kříž opět svou nezávislost a autonomii (Kutnohorská, 2010).

Po první světové válce se ve světě zvýšilo úsilí o zkvalitnění vzdělávání ošetrovatelek. Počátkem dvacátých let dvacátého století doporučil Výbor pro studium výuky ošetrovatelství ve Spojených státech amerických, aby sestry nebyly závislé na nemocnicích, přičemž byla akcentována potřeba vysokoškolsky vzdělaných sester. S ohledem na tento podnět vznikaly první školy pro sestry na vysokoškolské bázi, přičemž při výuce byl kladen důraz na sociální a zdravotní aspekty ošetrovatelství. Ve třicátých letech dvacátého století Národní liga výuky ošetrovatelství ve Spojených státech amerických přispěla ke standardizaci výuky na univerzitních ošetrovatelských školách (Plevová, Slowik, 2008).

4 Historie a vývoj intenzivní péče v českých zemích

Třetí kapitola se věnuje historii a vývoji intenzivní péče v českých zemích. Jednotlivé podkapitoly se chronologicky zabývají konkrétními historickými obdobími, která byla definována na základě analýzy kontinua vývoje intenzivní péče v českých zemích. V úvodu k této části je třeba upozornit na skutečnost, že zejména v raných historických obdobích nebyl obor intenzivní péče dosud jednoznačně vymezen, přičemž se historický vývoj tohoto oboru prolíná s vývojem v oblastech anesteziologie a resuscitace (o vzájemném propojení těchto oborů ostatně svědčí existence klinik anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny v nemocničních zařízeních). Obecně lze konstatovat, že intenzivní péče je relativně mladým oborem, který se vyvíjel velice rychle. Ve většině zemí je nyní intenzivní péče poskytována v rámci specializovaných jednotek s patřičným vybavením a kvalifikovaným personálem.

Jak vyplývá ze srovnání Prina a Winsche (2012), definice intenzivní péče není univerzální – například jednotky intenzivní péče ve Spojených státech jsou definovány personálním zajištěním a v Belgii a Velké Británii pacienty. Rovněž určení vzniku intenzivní péče v českých zemích je komplikované – tento obor se totiž rozvíjel v souvislosti s aktuálními událostmi ve světě, zejména s válkami v průběhu, kterých bylo zraněno množství vojáků i civilistů. Dalším důležitým determinanem pro českou intenzivní péči byly zahraniční vlivy – lze zmínit například výzkum prof. Petera Safara (viz obr. 4) nebo práce Bjorna Ibsena (Bohuš et al., 1987).



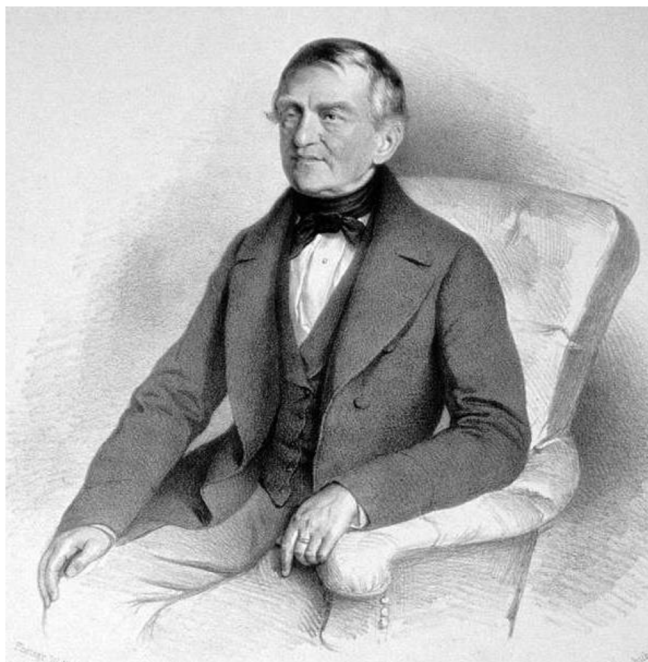
Obr. 4 Peter J. Safar, MD (Pokorný, 2008, s. 306)

4.1 *Období 19. století*

Období devatenáctého století je obecně spojeno s modernizací a profesionalizací medicíny a zdravotní péče. Ačkoli byla v této době medicína stále ovlivňována historickými praktikami a přístupy, které ne vždy odpovídaly současným moderním standardům, a nemocnice byly většinou malé s omezenými možnostmi poskytování specializované péče, objevily se pokusy o modernizaci a zdokonalení péče o vážně nemocné či zraněné pacienty. Ve druhé polovině devatenáctého století již bylo v některých větších městech zřizováno více specializovaných oddělení v nemocničních zařízeních, které byly určeny pro pacienty v akutním stavu nebo se závažnými onemocněními. S rozvojem vědy a diagnostických postupů začaly být v tomto období také k dispozici nové možnosti pro monitorování pacientů a poskytování specializované péče (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Je však třeba dodat, že tyto metody byly stále v počátečních stádiích a měly daleko do současných metod a postupů v rámci intenzivní péče. V následujících odstavcích se budu věnovat vývoji lékařství v českých zemích v období devatenáctého století – tento výklad je důležitým pro nastavení kontextu dalších podkapitol, jelikož právě vývoj zdravotní péče v tomto období významným způsobem determinoval další směřování lékařství, a tedy i intenzivní péče v dalším století.

V období devatenáctého století byly české země součástí nadnárodního celku Habsburské monarchie, a to až do roku 1918, kdy vznikla samostatná Československá republika. Pro uvedení do širšího historického kontextu dějin lékařství v českých zemích je třeba uvést, že v tomto období do veřejného zdravotnictví významně zasáhla revoluční léta 1848 a 1849. Mnoho archivních pramenů tohoto období bylo skartováno, a tak je hlavním pramenem pro poznání tohoto období příloha časopisu pražské lékařské fakulty nazvaná *Forum für Medicinalangelegenheiten im Interesse des Gemeinwohls und des ärztlichen Standes* (Fórum pro zdravotnické záležitosti v zájmu veřejného blaha a lékařského stavu). Čeští lékaři zde využili dočasného zákazu cenzury a volně zde vyjadřovali své názory a poznatky z různých oblastí zdravotnictví (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Ohniskem reformních návrhů a změn byla lékařská fakulta pražské univerzity – z konkrétních osobností lze zmínit především protomedika Ignáce Nádherného (viz obr. 5), šlechtice z linie Nádherných z Borutína, který později působil jako děkan 1. lékařské fakulty UK a rektor Univerzity Karlovy (Havránek, Kavka, 1964, s. 171). Reforma veřejného zdravotnictví se ukázala být nutnou zejména v kontextu zrušení roboty a dalších feudálních břemen ze dne 7. září 1848 (de facto šlo o rozpad patrimoniálního zřízení),

kdy mnohé vrchnosti přestaly platit lékaře a ranlékaře, k jejichž povinností obvykle patřila i péče o chudé v obvodu daného panství. Od roku 1850 se stal Ignác Nádherný zemským lékařským radou, ale i přes neúnavné snahy se mu nepodařilo dosáhnout reorganizace zdravotní služby v českých zemích. Z jeho úspěchů lze však uvést zavedení očkování a zřízení několika lázní. Obdobně ani jeho následovník Dr. Hermann Ambrosi nebyl v reorganizaci úspěšný. Až roku 1888 vyšel zemský zdravotní zákon pro Čechy, konkretizující organizaci zdravotní služby v obcích (Svobodný, Hlaváčková, 2004).



Obr. 5 Ignác Florián Nádherný, litografie Josefa Kriehubera (1856),
Eigenes Foto einer Originallithographie der Albertina (Viedeň)

Ve druhé polovině devatenáctého století došlo v českých zemích k významnému rozvoji nemocnic všech typů – o nutnosti jejich racionálního zřizování a rozmístění se diskutovalo již ve výše zmíněných revolučních letech 1848 a 1849, nicméně všeobecný chaos v oblasti veřejného zdravotnictví způsobil, že tato iniciativa byla realizována pouze obtížně. Až politické uvolnění šedesátých let přineslo znovuoživení zájmu o otázku nemocnic, kdy se jí začaly zabývat samosprávné orgány, zejména okresní zastupitelstva (Čechy) a zemská zastupitelstva (Morava). Vedle všeobecných ústavů byly hojně zakládány i soukromé ústavy – zatímco v roce 1848 bylo v Čechách 36 nemocnic a na Moravě a ve Slezsku 14, v roce 1870 to již bylo 107 nemocnic v Čechách, 40 na Moravě a 12 ve Slezsku. V kontextu práce je podstatné zmínit, že pokračovala rovněž specializace lůžkových zařízení, a to jak veřejných, tak soukromých. Vzhledem k častým epidemiím nakažlivých chorob bylo nutné, aby byla v nemocnicích zvláštní lůžka pro tento typ

nemocných. Od přelomu devatenáctého a dvacátého století vznikaly specializované ústavy pro plicní choroby. Největší zdravotní ústavy se nacházely v Praze, Brně a v Olomouci (Svobodný, Hlaváčová, 2004, s. 136-139). Koncem devatenáctého století nastal významný rozvoj nových lékařských oborů, který si vyžádal rozšíření obou pražských lékařských fakult (od roku 1883 došlo k rozdělení fakulty na německou a českou část).

Na podobě zdravotní péče v českých zemích měly výrazný podíl lékařské odborné společnosti, časopisy a sjezdy. Z časopisů je třeba zmínit především *Časopis lékařů českých*, jehož počátky (vycházet začal roku 1862) byly obtížné kvůli preferenci němčiny i česky smýšlejícími lékaři a neustálené terminologii. Němečtí lékaři působící v Praze roku 1864 založili časopis *Prager medizinische Wochenschrift (Pražský lékařský týdeník)*. Ze specializovaných vědeckých spolků je důležitým například Spolek pro zřízení a udržování sanatoria pro choré zhoubnými novotvarami, zvláště rakovinou, který byl založen roku 1904 (Svobodný, Hlaváčová, 2004).

V předcházející kapitole bylo stručně pojednáno o rozvoji anesteziologie, konkrétně o inhalaci éteru a rajského plynu coby anestetik. Éterová narkóza se brzy po svém veřejném představení v americkém Bostonu (dne 16. října 1846) dostala i do českých zemí. Některé zdroje uvádí, že v Čechách byl éter jakožto anestetikum poprvé použit dne 7. února 1847 magistrem chirurgie Celestýnem Opitzem, který působil jako ranhojič, při extrakci zubu v pražské nemocnici Na Františku. K tomuto pokusu přesvědčil chirurga Dr. F. Hofmeistera. Opitz patřil k řádu milostivých bratří a s pomocí éteru provedl za svůj život přibližně sto osmdesát šest operací, přičemž sto šedesát z nich byly právě extrakce zubu. Od nich postupně přecházel ke komplikovanějším operacím. Z Prahy se pak využívání éteru postupně rozšířilo do Hradce Králové, Litoměřic a Lokte (Málek a kol., 2016). Novější historické bádání však ukázalo, že tato informace není správná, jelikož již o dva dny dříve byla první éterová narkóza podána v Brně. Dne 9. února 1847 se pak přidali i lékaři v Olomouci – lze předpokládat, že do těchto moravských měst se informace o americkém objevu dostala pravděpodobně z Vídně (Vymazal, Michálek et al., 2021).

Tuto revizi dosavadního poznání zveřejnil Jakub Vetešník (2007) ve svém článku *Počátky éterové anestezie na Moravě v únoru 1847*. Zde konstatoval, že do Habsburské monarchie se éterová anestezie dostala prostřednictvím vídeňského lékaře Franze Schuha,

který ji ve dnech 22. a 23. ledna 1847 vyzkoušel na psech a 25. ledna na zdravých dobrovolnících, než ji 27. ledna využil při operaci. V českých zemích nepodal historicky první inhalační anestezii Opitz, ale již 4. února 1847 mladý sekundář brněnské všeobecné nemocnice Dr. Göttiger při amputaci paže nádence Anny Dlouhé. Výkon trval tři minuty, přičemž na něj dohlížel ředitel ústavu Dr. Kroczak, 1. městský fyzik Dr. Klehs a několik dalších lékařů. Pacientka poté, co se z narkózy probírala, prohlásila, že nic necítila a byla veselé mysli. Ačkoli Göttingerův čin byl dosud považován za nedostatečně prokázaný, je zaznamenán na titulní straně brněnské Moravie z 6. února 1847 ve stati nazvané jako *Das Einathmen des Schwefel-Aethers bei chirurgischen Operationen*. Anestezii provedl Dr. Josef Cyril Heller.

4.1.1 Ošetřovatelská péče a vzdělávání sester

Vzdělávání pracovníků v ošetřovatelství původně vzniklo z potřeby pomocníků pro lékaře. Nejstarší zmínka o ošetřovatelském vzdělávání na českém území je z roku 1620, kdy byla v Praze otevřena nemocnice Na Františku. Zde byla zřízena škola, která mnichům poskytovala vzdělání v opatrovnické činnosti (Plevová, Slowik, 2008). Vzdělávání opatrovníků rozšířila nařízení Marie Terezie v osmnáctém století – v tomto období se přednášek na pražské lékařské fakultě účastnili i ranhojiči a porodní báby (Tinková, 2012). Tyto přednášky byly orientovány na hygienu, stravu a procedury, které mohli opatrovníci vykonávat. Úkolem opatrovníka bylo pozorovat projevy nemoci, umět podat léky a stravu, komunikovat s nemocným, věnovat pozornost rekonvalescenci a polohování (Kutnohorská, 2010).

V devatenáctém století sílilo emancipační hnutí, které usilovalo mimo jiné o to, aby ženy dosáhly kvalifikace, která by jim umožnila výkon placené profese. Zároveň bylo nutné, aby byl lékařům k ruce vyškolený a vzdělaný personál – působení těchto vlivů vedlo k tomu, že sestry byly odborně vzdělávány. Ve druhé polovině devatenáctého století za tímto účelem vznikaly první ošetřovatelské školy (Plevová, Slowik, 2008). V tomto kontextu byla podstatná i spolková činnost – v polovině devatenáctého století se Marie Riegrová snažila založit ženský vzdělávací spolek, který by ženy seznamoval s péčí o děti. V sedmdesátých letech následoval vznik Ženského výrobního spolku, jehož iniciátorkou byla Karolína Světlá a v jehož vedení se uplatnila Eliška Krásnohorská (Kutnohorská, 2010).

První ošetrovatelská škola v Praze vznikla v roce 1874 – její založení stálo na počátku postupné transformace opatrovnické činnosti v ošetrovatelskou profesi (Tinková, 2012). Tato škola nabízela bezplatnou, organizovanou a odbornou výuku dle učebního plánu a osnov ve formě krátkodobých kurzů (Anděl et al., 2023). Fungovala nepravidelně, výuka byla teoretická a praktická a probíhala v chorobinci na Karlově. První absolventky tohoto vzdělávacího zařízení pracovaly jako ošetrovatelky v domácnosti. Ošetrovatelky, které měly nastoupit službu v nemocnici, byly školeny přímo v této nemocnici (Tinková, 2012). Kurz byl zakončen zkouškou a absolventky obdržely diplom. Vzdělání bylo koncipováno po vzoru Florence Nightingale. I přes velký zájem však škola po sedmi letech trvání skončila – tento krok bývá vysvětlován zákazem praxe na Karlově a odchodem přednášejících lékařů na českou lékařskou fakultu (Kutnohorská, 2010).

Činnost ošetrovatelského personálu podléhala čelednímu řádu, jež vydal František Josef I. Pracovní doba se určovala dle potřeby – v praxi to znamenalo neomezenou dobu. Zanedbání služby znamenalo pro ošetrovatelku peněžitou pokutu, zákaz vycházet, případně propuštění ze služby (Tinková, 2012). Všechny ošetrovatelky musely být svobodné a nemocnice jim poskytovala bydlení na pokoji nemocných, kde měly postel oddělenou plentou. Ošetrovatelky pečující o nemocné podléhaly libovůli představených – i tak tuto práci přijímaly, jelikož ženy neměly mnoho příležitostí k pracovnímu uplatnění (Kutnohorská, 2010).

4.2 Období 20. století

V první polovině dvacátého století byl vývoj intenzivní péče (která dosud nebyla v českých zemích institucionalizována) determinován dvěma světovými válkami a relativně stabilním obdobím, vykazujícím ekonomický růst. Československo bylo v období mezi lety 1918 a 1938 jednou z nejvíce industrializovaných zemí střední a východní Evropy. Různé sociální reformy zlepšily pracovní podmínky a životní úroveň obyvatelstva. Pro meziválečné období byl charakteristický také prudký rozvoj zdravotnictví, který se projevoval mimo jiné zakládáním nemocnic (Salfellner, 2020). Specializace intenzivní péče pak vznikla v souvislosti s rychlým přístrojovým rozvojem medicíny, kdy její tradiční náplní je boj o pacientovo přežití. Mezi determinanty tohoto procesu je třeba zařadit například i epidemii španělské chřipky – podle odhadů dosáhla excesová mortalita v českých zemích v období mezi lety 1918 a 1920 přibližně 44 000 až 82 648 civilistů a 2 000 až 5 000 vojenských osob (Salfellner, 2018).

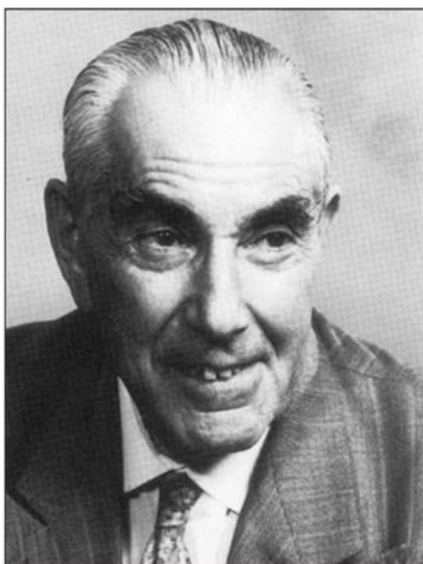
Intenzivní medicína ve svých základech čerpala ze zkušeností z oddělení pooperační péče a z nutnosti specializované péče o pacienty se selháváním ventilace. V českých zemích proběhl rychlý rozvoj intenzivní medicíny zejména v období sedmdesátých let dvacátého století – následovala léta prohlubování systematiky a znalosti v oboru. Následující části se zaměří na jednotlivá období dvacátého století, kde vysvětlí vývoj intenzivní péče a jeho determinanty.

4.2.1 *Poválečné období a 50. léta 20. století*

Bohuš et al. (1987) vysvětlují, že intenzivní péče se pozvolna formovala v průběhu druhé světové války, kdy speciálně školené sestry ošetřovaly raněné a vykonávaly pooperační péči, spočívající především ve sledování vitálních funkcí a poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Poté, co válka skončila, vraceli se lékaři i sestry do civilních nemocnic, přičemž se zde snažili aplikovat znalosti a dovednosti, kterým se naučili v době války. Právě v této době začaly vznikat první jednotky intenzivní péče, které však byly zatím spíše pooperačními pokoji na odděleních chirurgie. Až postupně s tím, jak se ukázala efektivita takových zařízení, začala vznikat větší oddělení. Rozvoj technologií a zavedení monitorovacích zařízení později umožnily lékařům a sestřím pečovat o pacienty na takové úrovni, která byla dříve nevídaná. V padesátých a šedesátých letech začala vznikat oddělení intenzivní péče jako samostatné entity, kde byly poskytovány specializované služby pro pacienty v kritickém stavu. Tyto jednotky se staly klíčovým prvkem moderního zdravotního systému, poskytujícího péči pro pacienty, kteří vyžadují intenzivní sledování a odbornou péči.

První oddělení anesteziologicko-resuscitační u nás vzniklo roku 1948. Zasadili se o něj genmj. MUDr. Josef Škvařil a plk. MUDr. Lev Spinadela (viz obr. 6) v současné Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN) v Praze. Vzhledem k nedostatku zdravotnického materiálu musel Spinadel zakoupit první anesteziologický přístroj z vlastních prostředků. MUDr. Lev Spinadel (1897-1970) působil za druhé světové války mezi důstojníky československé zahraniční armády ve Velké Británii. Tento původem moldavský lékař žil mezi světovými válkami v Praze, kde působil jako gynekolog. Po okupaci Československa však emigroval do Francie, kde vstoupil do československé vojenské jednotky. Zúčastnil se dokonce obranných bojů v rámci bitvy o Francii, načež byl odsunut do Anglie. Při přípravách zdravotnické služby československé zahraniční armády na bojové nasazení se rozhodoval pro přeškolení v oborech chirurgie a anesteziologie – zvolil druhý jmenovaný obor, přičemž dosáhl dokladu o odbornosti Diploma of

Anaesthetics (DA). Zkušenosti a znalosti získal od učitelů Macintoshe, Bannisterové a Rowbothama, kteří jej inspirovali v představě, že anesteziologie by se měla stát samostatným lékařským oborem. Vlivem vědeckého vývoje (zejména se jednalo o podávání Intocostrinu při celkové anestezii) se provádění anestezie stalo náročným odborným výkonem, jehož součástí je od konce padesátých let nepřetržité sledování dýchání, krevního oběhu a vnitřního prostředí a korekce odchylek od žádoucího rovnovážného stavu po dobu operačního výkonu a případně i po něm. Roku 1947 se Spinadel vrátil do vlasti, přičemž hledal uplatnění jako anesteziolog – tehdejší představitel chirurgie (například A. Jirásek, J. Diviš, J. Bedrna, J. Podlaha) však s tímto plánem nesouhlasili. Nakonec získal Spinadel pochopení u vojenského chirurga, náčelníka zdravotnické služby armády gen. doc. MUDr. Josefa Škvařila, který rozkazem z prosince roku 1947 zřídil v současné Ústřední vojenské nemocnici v Praze od 1. ledna 1948 již výše zmíněné anesteziologické oddělení s vlastním inventářem, kde se Spinadel stal primářem (Pokorný, 2011). Spinadel zahajoval práci jako jediný lékař s jednou sestrou (anesteziologickou instrumentářkou Alenou Stárkovou-Palečkovou), jedním Oxfordským éterovým odpařovačem a jedním narkotizačním přístrojem Heidbrink, které si s dalšími pomůckami (laryngoskop, Magillovy kleště) zakoupil z vlastních prostředků a dovezl z Anglie. Postupně se mu podařilo získat další přístrojové vybavení, jako tři polní narkotizační přístroje M. I. E. Boyle, které u nás zanechala americká armáda (Pokorný, Trávníček, 2007). V roce 1950 vydal Spinadel rozsáhlou publikaci *Klinická anesteziologie*, ve které hovoří nejen o přínosech a úspěších anestezie, ale i o setkání „s prvními neúspěchy, s trapnými nehodami během anestezie, které se přičítaly nevhodné manipulaci s etherem anebo byly uváděny v souvislosti s osobou pacienta“, dále o souvisejících cirkulačních poruchách, o překrvení hlavy, kašli, tísní na prsou, deliriu a podobně (Spinadel, 1950, s. 13). Spinadelovým přispěním tak začala být anesteziologie rozvíjena ve vojenských nemocnicích, a to deset let předtím, než začala být systematicky praktikovaná v civilních nemocnicích. Roku 1954 prof. MUDr. J. Knobloch, DrSc. přijal Spinadela jako odborného asistenta na katedru chirurgie, aby zde vedl postgraduální výuku anesteziologie. Spinadel společně s dalšími zájemci o anesteziologii (například J. Pastorová, J. Minář, H. Keszler a podobně) navázal jednání se zástupci z ministerstva zdravotnictví, zejména s prof. MUDr. Josefem Pavrovským, DrSc., který zahájil proces specializačního vzdělávání v oboru anesteziologie (Pokorný, 2011).



Obr. 6 Plk. MUDr. Lev Spinadel, CSc. (Pokorný, Trávníček, 2007, s. 46)

Další významnou osobností pro rozvoj intenzivní péče u nás byl MUDr. Bořivoj Dvořáček (1920-2014), který prožil osmnáct měsíců v koncentračním táboře. Po osvobození vystudoval medicínu a nastoupil do Vinohradské nemocnice v Praze, kde absolvoval praxi na různých odděleních, než začal pracoval na klinice chirurgie u profesora Poláka. Jako mladý sekundář se začal zajímat o anesteziologii. Dvořáček (viz obr. 7) se roku 1959 účastnil zahraniční stáže v Kodani, kde získal zkušenosti na nejstarší jednotce intenzivní péče vedené MUDr. Bjornem Ibsenem. Zde se seznámil například s přístrojem k umělé plicní ventilaci, které jej dovedla k rozvoji anestezie, resuscitace a intenzivní péče i v českých zemích (Bartůněk et al., 2016). V roce 1960 se Dvořáček stal ústavním anesteziologem a posléze i vedoucím druhého samostatného anesteziologického oddělení v civilní nemocnici v Praze (první bylo v nemocnici Bulovka). Angažoval se rovněž jakožto jednatel anesteziologické komise při chirurgické společnosti a obecně při vzniku samostatného oboru anesteziologie a resuscitace. Jeho zásluhou je, že dle dánského vzoru vytvořil koncepci vytváření anesteziologicko-resuscitačních oddělení na krajské úrovni a později i ve všech nemocnicích. Roku 1969 se však nevrátil z cesty do Nizozemí, kde zůstal pracovat a bádát. Nicméně ani v dobrovolném exilu neztratil kontakt se svými československými kolegy – pomáhal například organizovat sbírku, jejímž prostřednictvím se do Československa dostávaly odborné publikace, které udržovaly úroveň československé anesteziologie na vysoké odborné úrovni (Málek, 2015).



Obr. 7 doc. MUDr. Bořivoj Dvořáček, CSc. (KAR 3. LF, 2024)

Rozvoj intenzivní péče u nás determinoval Ústav pro choroby oběhu krevního (zkráceně ÚCHOK), který byl založen 2. října roku 1951 v Thomayerově nemocnici v Praze. V. Vejvodský (1954) ve svém článku v periodiku *Praktický lékař* konstatoval, že tento ústav se zabýval mimo jiné prevencí chorob krevního oběhu, zvláště esenciálního tepenného přetlaku. Později byl sloučen v Institut klinické a experimentální medicíny, tedy IKEM. Založením ústavu vznikla základna k propojení klinické a experimentální činnosti, jejíž koncepce umožnila řešit výzkumné úkoly na evropská či dokonce světové úrovni (Hořejší, 2011). ÚCHOK zakládal prof. MUDr. Klement Weber, který následně působil i jako jeho ředitel (Widimský, 2007).

V padesátých letech bylo československé zdravotnictví výrazně determinováno trendy ze Sovětského svazu, jak lze vysledovat v dobových zdravotnických periodikách. Například článek G. L. Gomelskaja (1951, s. 42) v časopise *Zdravotnická pracovnice* z června 1951 popisuje reformu zavedenou ministerstvem zdravotnictví Sovětského svazu, jejímž jádrem bylo spojení nemocnice s ambulatoriem za účelem zvýšení kvality lékařského ošetření obyvatelstva tím, že „*proniknou nové vymoženosti lékařské vědy do běžné praxe, a tak se uskuteční nové formy a metody organizace ochrany zdraví*“. Projevily se však i více globální trendy – M. Blekta (1953) například hovoří o tom, že zatímco dosud bylo primární snahou pacienty léčit, od padesátých let dvacátého století se začaly více uplatňovat preventivní snahy. Autor toto interpretuje jako důsledek společenského vývoje, který povýšil zdraví jedince na veřejný zájem.

Padesátá léta byla pro vznik samostatného oboru intenzivní péče podstatná z toho důvodu, že tehdy nabyla konkrétních rozměrů myšlenka vyčleněného oboru – s tím byla stanovena první anesteziologická komise pod vedením Dr. Pastorové. J. Pastorová byla zejména odbornicí na chirurgii. V roce 1947 ji vyslal přednosta 1. chirurgické kliniky A. Jirásek jakožto svou asistentku do Oxfordu na stáž k prof. Macintoshovi, aby se zde seznámila s britskou anesteziologií, která se vyvíjela odlišně od kontinentální Evropy (profilovala se zde jako samostatný obor, který poskytoval služby všem operačním oborům, aniž by byl jejich součástí). Následně Pastorová na základě nově nabytých znalostí a zkušeností napsala stručnou učebnici a stala se předsedkyní Anesteziologické komise Chirurgické společnosti (Pokorný, 2011).

4.2.2 Období 60. let 20. století

Důležitým podnětem pro vývoj intenzivní péče v Československu byl vznik nových přístrojů. Ostatně právě v tomto období bylo zjištěno, že příčinou většiny úmrtí u infarktu myokardu jsou maligní arytmie, kterým se však dá předcházet prostřednictvím monitorace pacienta a včasného zákroku. Roku 1960 lékařský tým ve složení MUDr. Hugo Keszler, Ing. M. Bohutínský a Ing. J. Berneirt vynalezl a nechal si patentovat (patentní spis č. 94005/1960) zařízení pro pohon automatického křísícího přístroje objemového, tedy ventilátor k zajištění umělé plicní ventilace. Období šedesátých let obecně je dobou výrazného pokroku ve vývoji elektronických ventilátorů, které umožňovaly pokročilejší sledování a nastavení parametrů dýchání. Postupně vznikaly ventilátory, které mohly být používány nejen v prostředí nemocnic, ale také při převozu pacientů (Bartůněk et al., 2016). Důležité přístroje vyráběla značka Chirana, produkující zdravotnické pomůcky jako monitory, ventilátory a rentgeny. Důležitým produktem tohoto tradičního českého výrobce lékařských nástrojů a implantátů, která vznikla roku 1949 v Novém Městě na Moravě, byly kardioskopy, určené pro rychlou orientační diagnostiku srdeční činnosti nebo při dlouhodobém sledování pacientů. Konkrétním příkladem kardioskopu je Starskop, jednobáňový monitor pro optické sledování záznamu na elektrokardiografu Chirastar 30 a 60. Jedná se o tříkanálové a šestikanálové elektrokardiografy, které jsou určené pro náročný provoz (Kumbálek, 1985).

V roce 1965 sdružili dle skandinávského modelu lékaři MUDr. Keszler a MUDr. Racenberg svoje nemocné vyžadující umělou plicní ventilaci a intenzivní péči do upravených prostor Nemocnice Na Františku. Téhož roku započal provoz prvního nelůžkového anesteziologického oddělení ve Všeobecné nemocnici v Praze. Roku 1967

bylo takové oddělení otevřeno i v Kladně (za přispění MUDr. Lemona) – jednalo se o první zařízení tohoto druhu, které bylo nazváno jako oddělení ARO (anesteziologicko – resuscitační oddělení). Roku 1969 byla založena první koronární jednotka v Praze v Krči a o dva roky později ve Všeobecné nemocnici v Praze (Bartůněk et al., 2016).

Vzhledem k významu osoby MUDr. Vladimíra Lemona (viz obr. 8) se budeme stručně věnovat i jeho osobě. V. Lemon je považován za průkopníka resuscitační péče v Československu. Vzděláním byl chirurg II. stupně a anesteziolog, který působil v kladenské nemocnici. Roku 1962 byl jmenován ústavním anesteziologem a tuto činnost vykonával jako člen chirurgického oddělení a aktivní operatér. Kromě pozice primáře lůžkové části ARO v kladenské nemocnici byl v období mezi lety 1983 a 1989 i krajským odborníkem pro anesteziologii a resuscitaci ve Středočeském kraji. Kladenská nemocnice byla založena začátkem dvacátého století chirurgem prof. MUDr. Bohuslavem Niederlem st., který byl mezinárodně proslulým. V polovině padesátých let již měla kladenská nemocnice kolem tisíc lůžek a obsluhovala spádovou oblast o sto padesáti tisících obyvatel. Nicméně stejně jako ve většině nemocnic v Československu ve čtyřicátých a padesátých letech zde byla úroveň celkové anestezie nízká – realizovala se zejména inhalační éterová anestezie, u dětí a na krátké výkony kapáním na Schimmelbuschovu masku. U dospělých byl pak používán Ombredannův přístroj, upravený na zpětné vdechování bez pohlcování oxidu uhličitého. Výkon byl svěřován nelékařům (sestrám i sálovým zřízencům). Lemon byl vedoucím jedné ze dvou operačních skupin, která se starala mimo jiné o těžce zraněné z dolů a hutí – u těchto pacientů byla důležitá odborná anesteziologie s využíváním nitrožilních anestetik a svalových relaxancií, umělá plicní ventilace a monitorování základních životních funkcí a vnitřního prostředí. Chirurgové se obecně anesteziologické práci vyhýbali – výjimkou byl právě V. Lemon, který se rozhodl anesteziologii jako (tehdy) nástavbový obor studovat. Odbornosti dosáhl již roku 1957 a roku 1962 byl jmenován ústavním anesteziologem. Roku 1966 výbor Anesteziologické sekce ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) vypracoval pro ministerstvo zdravotnictví zásady diferencované péče, které byly bezvýhradně přijaty. V téměř roce vydalo ministerstvo vyhlášku č. 42/1966 Sb., o poskytování léčebně preventivní péče, která obsahovala i zásady diferencované péče a koncepci resuscitace. Bylo zde rovněž uvedeno, že v Československu má v průběhu roku 1967 vzniknout deset lůžkových ARO v průmyslových městech (Pokorný, Lemon, 2013).



Obr. 8 MUDr. Vladimír Lemon (Stluková, 2023)

Roku 1965 byl v časopise *Československé zdravotnictví* vydán článek *K možnostem diferencované péče v současných podmínkách*, který reflektoval, že nemocniční péče, která byla v Československu poskytována, nebyla v konsensu s dobovým rozvojem lékařské vědy, ošetrovatelství a zdravotnické techniky (Gabriel, Pajkrťová et al., 1965). O tom svědčí i skutečnost, že podle takzvané pětiletky bylo sice plánováno zřídit nejméně třicet ARO, nicméně k roku 1968 jich bylo na území Československa mnohem méně, konkrétně čtyři. Výstavba navíc pokračovala pouze pomalu – roku 1968 započala výstavba ARO v Ústí nad Labem, nicméně byla dobudována až roku 1973 a navíc fungovala zpočátku pouze omezeně – k dubnu roku 1974, kdy bylo oddělení slavnostně otevřeno, byla v provozu pouze dvě lůžka (Liehne, 2014).

Roku 1968 nastala invaze vojsk Varšavské smlouvy do Československa. V důsledku této události se mnoho lékařů rozhodlo opustit Československo a odejít do exilu. Řada našich lékařů se rozhodla odejít do Švédska, které v průběhu šedesátých let pociťovalo akutní nedostatek lékařů a československý exil pro ně byl vítaným oživením pro zdravotnictví. Pro Československo to však znamenalo, že z něj odešlo mnoho významných osobností (Štěpán, 2012). Příkladem může být již zmíněný MUDr. Bořivoj Dvořáček, který se (stejně jako řada jiných lékařů v exilu) zaslouhal o to, aby se do Československa dostávaly zahraniční odborné publikace – tímto způsobem se mohli českoslovenští lékaři i nadále seznamovat s aktuálními poznatky pocházejícími ze zemí mimo sovětský blok. Právě zásluhou B. Dvořáčka se roku 1963 oddělila anesteziologie od chirurgie (Málek, 2015). Do zahraničí emigroval i vedoucí Subkatedry anesteziologie Institutu pro další

vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF) doc. MUDr. Hugo Keszler, CSc., se všemi odbornými asistenty subkatedry, čímž klinická základna subkatedry, kterou bylo anesteziologické oddělení v IKEM, zůstala zcela bez lékařů. To vedlo k tomu, že prof. MUDr. Jan Knobloch, DrSc., tehdejší ředitel ILF, přenesl klinickou základnu subkatedry anesteziologie ILF na anesteziologické oddělení ÚVN (Pokorný, 2007). I přesto, že byla v následujících letech lékařská věda v Československu podřízena politickému diktátu Komunistické strany Československa, jsou zde právě sedmdesátá léta spojována se vznikem oboru intenzivní medicíny v pravém slova smyslu.

4.2.3 Období 70. let 20. století

Obor anesteziologie a intenzivní medicína (AIM), který se v této době nazýval jako anesteziologie a resuscitace, byl od roku 1971 základním (dvoustupňovým) oborem. Od roku 1972 existovala i specializace pro sestry na odděleních anestezie, resuscitace a intenzivní péče. V období sedmdesátých let začaly vznikat další jednotky intenzivní péče u interních oddělení. Drábková (2012) k roku 1974 pokládá raketový vzestup oboru, který byl rovněž reflektován v zákonodárství. Ministerstvo zdravotnictví vydalo dvě důležitá metodická opatření – metodické opatření č. 32/1974 definovalo zásady poskytování diferencované péče (resuscitační péče zde byla definována jako podpora selhavších či selhávajících základních životních funkcí, intenzivní léčení, monitorování a přístrojová podpora, péče intenzivní pak jako péče o ohrožené selháním základních životních funkcí, intenzivní léčení a monitorování), kdy resuscitační péče byla poskytována na ARO a intenzivní péče na oborových JIP, metodické opatření č. 34/1974 pak definovalo koncepci oboru anesteziologie a resuscitace. Tímto způsobem byla nastavena koncepce oboru anesteziologie a resuscitace, která s určitými inovativními doplňky ve své podstatě přetrvává dodnes. Roku 1974 u nás byla přijata a do klinické praxe zavedena metodika kardiopulmonální resuscitace. K roku 1976 již bylo v Československu přes sto jednotek intenzivní péče. Nicméně aktivity lékařů byly ovlivňovány politickou situací – kritizován byl údajný přílišný příklon k západní medicíně, což brzdilo pokrok československé medicíny.

Roku 1972 vznikla jednotka intenzivní péče oborová-interní na III. interní klinice ve Všeobecné nemocnici v Praze. Tato jednotka se roku 1983 transformovala na oddělení akutní medicíny s intenzivní péčí s prvním katetrizačním sálkem pro angiografii. MUDr. Vlastimil Víšek z nemocnice na Vinohradech zbudoval mobilní koronární jednotku vybavenou defibrilátorem a ručním křísícím strojem, s ním bylo možné vyjíždět ke

kriticky nemocným. Rovněž roku 1972 pak vzniklo oddělení ARO ve Fakultní nemocnici v Praze, které bylo nejprve pouze pětilůžkové. Postupně bylo oddělení transformováno, až vznikla celá klinika anesteziologie a resuscitace (1981). Tato klinika jako první v Československu zahájila pregraduální výuku studentů chirurgie a interního lékařství (Bartůněk et al., 2016). V druhé polovině sedmdesátých let a začátkem let osmdesátých se u nás začaly zřizovat stanice záchranné služby (SZS) a rychlé záchranné služby (RZP), nicméně narůstající úkoly pro RZP, materiální a personální vybavení SZS postupně vedlo k vyčlenění RZP od ARO. Počet sester a lékařů pracujících ve třech složkách ARO (anestezie, resuscitace a RZP), jejich společenské uplatnění a možnost komunikace vedlo roku 1974 k založení komise sester, která se následně změnila na sekci sester (Firmenta et al., 2013).

O vzestupu oboru intenzivní péče v období od roku 1974 svědčí i bohatá přednášková činnost – například 10. června 1974 realizoval Spolek českých lékařů v Praze pod vedením MUDr. Vladimíra Dufka, CSc. přednáškový večer na téma přednemocniční a intenzivní nemocniční péče o osoby s infarktem myokardu v Praze, kde M. Minář, A. Zemanová a V. Dufek přednesli příspěvek postihující aktuální situaci Záchranné a pohotovostní služby hlavního města Prahy, kde konstatovali i nejčastější momenty zdržující pacienta od včasného uložení na lůžko, které spatřovaly v uzavřených vchodech nemocnic, pozdních příchodech sester a lékařů v nemocnicích a v hledání rajonizace. V. Dufek, A. Zemanová, M. Minář, V. Červenka, B. Zeman a F. Sedlák analyzovali možnosti urychleného zlepšení přednemocniční a nemocniční péče, kdy předpoklad spatřovali ve „zrušení dosavadního způsobu zdravotnického zajišťování postižených osob a vytvoření jedné odsunové organizace, centrálně řízené“. Skupinová diskuse poukázala na to, že velikost a počet pražských JIP, jejich technické vybavení i kádrové zajištění byly vcelku dobré, přičemž jejich velikost se pohybovala od tří do osmi lůžek. Na těchto JIP byly prováděny prakticky veškeré potřebné úkony nutné pro zajištění antiarytmické léčby a provedení resuscitace krevního oběhu. Všechny jednotky byly naplno vytížené a pokrývaly potřebu Prahy přibližně ze 60 %, což znamenalo, že 40 % hlavního města zůstávalo nepokryto. Nicméně i tak byla situace v Praze lepší než v jednotlivých krajích Čech, kde byla intenzivní péče zajištěna přibližně pro třetinu obyvatelstva. Dále byla diskuse směřována na problematiku nákladů na vybudování jednotky intenzivní péče – v oblasti organizace práce a technického zajištění JIP byla zdůrazněna důležitost a význam práce sester a nutnost úpravy odměn za jejich činnost.

Byla zvažována otázka, zda budovat jednu koronární jednotku při interním oddělení v areálu velkých nemocnic, nebo další – kádrové i ekonomické důvody svědčily spíše pro jednu dobře vybavenou jednotku (Dufek, 1974).

Kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) Ústřední vojenské nemocnice v Praze, která byla zřízena roku 1948, vedl Lev Spinadel, kterého roku 1956 vystřídal MUDr. Jiří Pokorný, DrSc., který zde působil až do roku 1976. Ten od počátku šedesátých let až do konce let osmdesátých vedl práce na státním výzkumném úkolu Anesteziologie a resuscitace za mimořádných podmínek, který byl diferencován na několik parciálních úkolů, na kterých pracovalo více zdravotnických zařízení. Konkrétně se jednalo o následující úkoly (Pokorný, 1989, s. 14):

- vypracování vhodných metod analgezie pro raněné při poskytování první lékařské pomoci a při chirurgickém ošetřování lehce raněných;
- volba a provádění anestézie k poskytování chirurgické pomoci středně a těžce raněným;
- resuscitace raněných před, během a po operaci;
- vypracování metod resuscitace pro zasažené lékařským ozářením, pronikavou radiací, masivní infekcí a jiné, pokud došlo k selhání základních životních funkcí – dýchání a krevního oběhu;
- organizace předurčených pracovníků k racionální činnosti podle kvalifikace v zájmu dosažení bezpečné úrovně provozu a k optimálnímu využití dostupných kapacit pro poskytování pomoci raněným a zasaženým.

Drábková (2012) doplňuje, že na konci sedmdesátých let byl zaveden jednotný systém statistiky zpracovávaný z údajů vykazovaných každoročně z jednotlivých pracovišť i celostátně Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

Štourač et al. (2007) doplňují, že sedmdesátá léta byla výjimečná rozvojem novorozeneckých JIP. První koncept takového zařízení lze dohledat v příspěvku K. H. Mehlena *Plánování, zařízení a provoz stanice pro nedonošené* v periodiku *Československá nemocnice* z roku 1954. Tato idea reagovala na skutečnost, že problémem této doby byla vysoká novorozenecká úmrtnost zejména v případě předčasně narozených dětí. Autor se domníval, že „*ve zvláštních, moderně vybavených střediscích pro nedonošené, se zvláště vyškoleným personálem a za vedení zvláště školeného dětského lékaře, může být udrženo naživu o 25 % nedonošených více než v nemocnicích bez*

specializovaných stanic pro nedonošené“. Mehlan navrhoval, aby byla taková stanice prostorově vyčleněná od jiných oddělení, ale aby byla v blízkosti porodnické kliniky. Z důvodu prevence vzniku infekcí měly být oddělovány děti narozené v porodnici od dětí, které byly do nemocnice přijaty zvenčí (Mehlan, 1954, s.157). Nicméně až v sedmdesátých letech se intenzivní péče o novorozence skutečně rozvinula. O tomto konceptu referovalo například i *Rudé právo* ze dne 13. září 1977, kde M. Motyčka popisoval stanici pro nedonošené děti v nemocnici Teplice, která sloužila i okresům Ústí nad Labem, Děčín a Litoměřice. Stanice disponovala třiceti lůžky a personálně ji zajišťovali ordinářka novorozeneckého úseku, lékař a šestnáct kvalifikovaných dětských sester. Dále autor hovoří o nutnosti zřídit intenzivní péči na dětském oddělení, kam by byli přijímáni novorozenci vyžadující mimořádnou léčbu – dle ústavního plánu měla být tato novorozenecká JIP zřízena do konce roku 1977.

4.2.4 Období 80. let 20. století

V období osmdesátých let využíval MUDr. Václav Červenka u infarktu myokardu koronární angiografii, při níž realizoval angioplastiku (Bartůněk et al., 2016). Koronární angiografie je popisována jako naprosto zásadní diagnostická metoda, na kterou prakticky vždy navazuje ihned koronární intervence. Poláček et al. (2006) vysvětlují, že koronární angiografie zobrazuje pouze lumen cévy a jen velmi omezeně vypovídá o složení stěny věnčité tepny a o její absolutní šířce. Peregrin (2002) vysvětluje, že první selektivní koronární angiografie v Československu byla realizována roku 1970 na IKEM Fakultní Thomayerovy nemocnice, což položilo základ k rozvoji kardiochirurgie v našich zemích. Rozvoj této techniky je spojován s osobou prof. Belána, který zvládl techniku periferních arteriografií. První koronární angioplastika byla u nás provedena roku 1981. Pracoviště IKEM bylo v této době vedoucí institucí v oblasti kardiovaskulárních intervencí i v rozvoji dalších intervenčních technik, zejména terapeutických embolizací, nevaskulární intervence, nefrostomie a podobně. MUDr. Ivan Málek pak v IKEMu využíval Swan-ganzový katétr pro účely monitorace hemodynamiky srdce (Bartůněk et al., 2016). Swanův-Ganzův katétr je lékařské zařízení, které se používá k měření různých parametrů krevního oběhu a hemodynamiky u pacientů, kteří jsou v kritickém stavu. Tento katétr byl vyvinut Dr. Jeremy Swanem a Dr. Williamem Ganzem v sedmdesátých letech dvacátého století, odtud také pochází jeho název. Swanův-Ganzův katétr je dlouhý, tenký katétr, který se zavádí do velké žíly (nejčastěji do *vena jugularis* nebo *vena femoralis*) a je zaveden až do pravé síně srdce a následně do plicní tepny. Tento postup

se provádí za účelem monitorování hemodynamických parametrů a získání informací o funkci srdce a cév. Swanův-Ganzův katétr se často používá v intenzivní péči, operačních sálech a kardiologických odděleních k monitorování stavu kriticky nemocných pacientů a poskytování optimální léčby (Hadincová, 1998).

Roku 1983 započal provoz jednotky intenzivní péče s osmi lůžky na 4. interní klinice ve Všeobecné nemocnici v Praze – během období mezi lety 1988 a 1990 byla tato jednotka transformována na oddělení akutní medicíny s dvaceti jedna lůžky. Realizována zde byla intenzivní diferencovaná péče, zahrnující první jednotku akutní angiologické péče s vlastním katetrizačním sálem (Bartůněk et al., 2016). V Jihočeském kraji bylo první samostatné oddělení ARO otevřeno v roce 1985 v nemocnici v Českých Budějovicích, a to v počtu osmi lůžek (Šotolová, 2014).

V osmdesátých letech byly realizovány významné pokroky v oblasti eticko-právních aspektů v intenzivní medicíně. Ačkoli morálka a etika byla s lékařstvím spjata vždy, jeho dynamický rozvoj v období první poloviny dvacátého století vyžadoval explicitní definici základních pravidel etického chování zdravotníků, jak ve výzkumu, tak k pacientům. Výsledkem byl Norimberský kodex v roce 1947. V osmdesátých letech si získala globální pozornost publikace *Principles of Biomedical Ethics* autorů Toma L. Beauchampa a Jamese F. Childrese (1979), jejíž čtyři principy ovlivnily etiku medicíny po celém světě. Tyto principy jsou:

1. Respekt k autonomii: Zásada, která zdůrazňuje důležitost respektu k individuální autonomii a schopnosti pacienta rozhodovat o vlastním životě a zdravotní péči.
2. Dobročinnost: Princip, který se týká povinnosti zdravotnických pracovníků jednat ve prospěch pacientů a konat dobro.
3. Neškodit: Zásada, která vyžaduje, aby zdravotnické intervence nezpůsobovaly škodu a minimalizovaly riziko poškození pacienta.
4. Spravedlnost: Princip, který se zabývá distribucí zdravotní péče a zajištěním rovného přístupu k péči a spravedlivému zacházení s pacienty.

Knihy diskutuje různá etická dilemata v medicíně, jako jsou eutanázie, reprodukční práva, spravedlivé rozdělování zdravotní péče, výzkum na lidských subjektech a mnoho dalších. Její systematický přístup a analýza principů etiky v oblasti zdravotnictví ji činí důležitým zdrojem pro diskuzi a rozhodování v bioetických otázkách. Z principů, které autoři publikace definovali, byla vyvozena práva pacientů, která byla v českých zemích

ustanovena až po pádu komunistického režimu, konkrétně v roce 1992. To však neznamená, že by byly takové zásady československým zdravotníkům cizí – zejména zásada *Primum non nocere!*, tedy Především neškodit!, byla v dobových periodikách často skloňována v různých kontextech. Například Elger (1959, s. 248) ji vztahuje k problematice prevence, když konstatuje, že „*má-li prevence tvořit opravdu páteř veškerého medicínského snažení, pak základním zřetelem každého zdravotníka musí být úsilí nevytvářet u těch, kteří se jeho péči svěřili, chorobné komplexy nevhodným slovem. Obsah starého zdravotnického hesla Především neškodit! nutno rozšířit o vědomí, že je možné i pouhým slovem nebezpečně ublížit*“. Zajímavé je podívat se na toto zásadní pravidlo optikou socialistické odborné literatury, která v tomto kontextu využívala specifickou rétoriku. J. Štěpán ve své publikaci *Právo a moderní lékařství* z roku 1989 diskutuje o tom, do jaké míry by měl být pacient informován o povaze lékařského zákroku. Konstatuje, že „*zde je ukládána lékařovi povinnost informovat nemocného, zároveň je mu však dáván potřebný prostor k úvaze, do jaké míry a jakým způsobem poučit pacienta o nemoci, jejích rizicích, o výkonu a eventuelně o možných nepříznivých důsledcích*“ (Štěpán, 1989, s. 13). Tato praxe není zcela v souladu s informovaným souhlasem tak, jak jej chápe česká medicína v současnosti – aktuálně platí, že pacient musí být náležitě poučen o příčině a původu nemoci, účelu, povaze, přínosu, důsledcích a rizicích výkonu, alternativách v rámci Evropské unie, navazující léčbě a o omezeních a doporučeních ve způsobu života (Haškovcová, 2015). Štěpán (1989, s. 13-14) argumentuje, že takové „humánní“ řešení je v konsensu s etickou zásadou „především neškodit“ a „*blaho nemocného je nejvyšším zákonem*“, načež kritizuje, že „*je v současnosti odmítáno právními řády některých západních zemí, zejména Německou spolkovou republikou a USA*“, kde platí povinnost plného informování pacienta. Autor považuje takovou praxi za škodlivou pro pacienta, jelikož údajně podlamuje jeho sílu k uzdravení.

Rok 1989, kdy v Československu padl komunistický režim, přinesl značné politické i společenské změny, které se samozřejmě významně dotkly i zdravotnictví a vedly k jeho úplné transformaci. V tomto kontextu považuji za vhodné zde stručně sumarizovat, jaká byla podoba československého zdravotnictví před změnou režimu. I přesto, že dobová periodika i ostatní média přesvědčovala veřejnost o tom, že socialistický model zdravotnictví je tou nejvhodnější variantou (viz například výše zmíněná ideologická obhajoba J. Štěpána), socialistické zdravotnictví na tom nebylo v roce 1989 nejlépe. Bylo

výrazně autoritářské, paternalistické a materiálově nedostačující. Výrazně bylo zaměřeno na prevenci, což bylo reflektováno v důrazu na očkování, preventivní prohlídky, péči o těhotné, stomatologickou a závodní péči. Jeho podobu formovala výrazná regulace, centralizace a hierarchizace, informační izolovanost od západních zdrojů a determinace vládnoucí komunistickou ideologií. Pacienti měli výrazně omezenou možnost svobodné volby lékaře v souvislosti s rozdělováním pacientů do spádových oblastí. Některé léky byly nedostatkové, přístrojové vybavení bylo zastaralé. Odměňování zdravotníků, které se řídilo tabulkami, způsobovalo jejich nízkou motivaci a také skluz do šedé ekonomiky, kde bujela korupce (Šimek et al., 2002). Na druhou stranu však nelze upřít, že v některých oblastech bylo socialistické zdravotnictví efektivní – jednalo se například o vzdělávání v oblasti ošetřovatelství (například ILF Praha).

Zajímavý obraz o socialistickém zdravotnictví podává Čestmír Jeřábek (2008), který popisuje situaci v sedmdesátých letech, kdy bylo v nemocnici České Budějovice zprovozněno první československé hemodialyzační středisko – až do pádu komunistického režimu bylo přijetí pacientů podmíněno věkem 45 a později 56 let (výjimky uděloval příslušný Okresní výbor KSČ (Komunistická strana Československa) – v praxi se takové výjimky dočkali pouze komunističtí straníci), vyloučení byli i kardiaci, diabetici a onkologičtí pacienti. Zatímco v sedmdesátých letech byly ještě realizovány velké investice do zdravotnictví, v osmdesátých letech se již projevila velká krize, protože nastavený systém nebylo možné reálně ufinancovat.

4.2.5 Období 90. let 20. století

V období devadesátých let bylo nejpodstatnější zvýšit úroveň péče a vzdělání ošetřovatelského personálu v souladu se směrnicemi Evropské unie a tím zlepšit i kvalitu zdraví národa (Kutnohorská, 2010). I. Možný (2002, s. 52) konstatuje, že „*komunismus nás i doslovně a fyzicky okrádal o léta života: zatímco na počátku padesátých let jsme byli v naději na dožití třetí v Evropě, v polovině osmdesátých let jsme se následkem třicetileté stagnace propadli až na předposlední místo*“. Po pádu komunistického režimu vzrostlo tempo růstu střední délky života v České republice výrazným způsobem – v období mezi lety 1990 a 2002 došlo ke zvýšení o 4,6 roku u mužů a u žen o 3,3 roku.

Již v roce 1989 skončila centralizovaná organizace zdravotnických služeb sovětského typu – české zdravotnictví se naopak začalo znovu vydávat směrem Bismarckovského modelu. V únoru 1990 byl ustanoven první pracovní tým, zkoumající problematiku

provozu Ústavu národního zdraví, který se snažil o definování nové struktury zdravotnictví (Gladkij, 2003). V květnu 1990 byl předložen dokument *Návrh reformy péče o zdraví*, akcentující efektivitu zdravotní péče, privatizaci zdravotnictví v ambulantní péči, lékárenství, technické obsluze a jiné. Na základě dokumentu mělo být zavedeno povinné zdravotní pojištění. Dobová periodika, která rychle vyměnila socialistickou rétoriku za vyzdvihování potřeb po transformaci zdravotní péče, tento dokument často refletovala. J. Král (1990) například konstatoval, že Návrh reformy péče o zdraví měl dva stěžejní cíle – zvýšení střední délky života a prevenci nemocí. V tomto smyslu autor kritizuje, že návrh nedostatečně reflektuje vliv pohybové aktivity na zdraví obyvatelstva.

I v kontextu analyzovaného tématu je třeba zmínit se o tom, že v průběhu let 1992 až 1996 byly provedeny dramatické změny v oblasti vlastnictví zdravotnických zařízení – konkrétně se jednalo o širokou privatizaci (jednalo se jak o privatizaci činností, tak o privatizaci zařízení), jejímž cílem bylo odstranění státního monopolu v poskytování zdravotnických služeb. Odstátnění se dotklo lůžkových zařízení, kdy vlastnictví nemocnic přešlo na jednotlivé obce, ambulantní sféry, kdy byly zaváděny privátní praxe, lékáren, distribučních sítí a také lázeňské péče. V roce 1996 byla privatizace nemocnic zastavena z důvodu obav z možných dopadů na dostupnost a kvalitu péče (Gladkij, 2003).

Drábková (2012) konstatuje, že v devadesátých letech nastaly výrazné změny ve sběru statistických údajů postihujících zdravotnickou péči v České republice – díky tomu bylo možné získat podrobnější a přesnější informace o stavu zdravotnictví v zemi. Tyto změny přispěly k lepšímu porozumění potřebám a trendům v oblasti zdravotnictví, což umožnilo lépe cílit intervence a zlepšit kvalitu poskytované péče. Nové metody sběru dat a analýzy statistik rovněž poskytly základ pro strategické plánování a rozhodování v oblasti zdravotnické politiky, což vedlo k efektivnějšímu využívání zdrojů a zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče pro obyvatele České republiky. V roce 1993 se z oborové statistiky vydělilo vykazování přednemocniční neodkladné péče, hromadná neštěstí a katastrofy, přičemž se původní údaje modifikovaly dle rozvoje oborových činností. Roku 1994 se připojil výkaz o činnosti ambulantních úseků anesteziologicko-resuscitačních oddělení a roku 1996 takzvaná TISS kategorie, umožňující srovnání náročnosti resuscitační lůžkové péče i jejích výsledků v mezinárodním kontextu. Autorka konstatuje, že prostřednictvím statistik lze zachytit raketový nástup oboru intenzivní péče

po roce 1974 a dosažení jeho úrovně k roku 1994, kdy se obor adaptoval na nové poměry i ve statistickém vykazování.

V období devadesátých let vznikly četné sjednocující odborné organizace na národní, nadnárodní i globální úrovni, vytvořily se i nové vzdělávací systémy v oblasti intenzivní medicíny. V roce 1995 v Německu vznikl nový etický kodex zdravotnických pracovníků v intenzivní péči (Drábková, 2021), který však nebyl v českém prostředí reflektován v samostatném etickém kodexu pro pracovníky v intenzivní péči (i na ně se vztahuje Etický kodex České lékařské komory).

4.2.6 Ošetrovatelská péče a vzdělávání sester

Vývoj ošetrovatelství v Československu byl ovlivněn tím, že nová republika přejala rakousko-uherský právní systém. Roku 1914 bylo vydáno nařízení o ošetrování nemocných, které ustanovilo, že ošetrovatelská škola může být zřízena jen při nemocnici, která zajistí praktickou výuku. Školy byly dvouleté a studium bylo ukončeno diplomovou zkouškou. Po první světové válce nemocniční personál převážně sestával z řeholních sester v roli ošetrovatelek, nicméně s tím, jak se rozšiřovalo civilní vzdělávání sester, se monopol řeholních sester narušoval. Vznik Československé republiky tento stav významně narušil – prezident T. G. Masaryk a jeho dcera Alice Masaryková podporovali vzdělávání žen a dívek. Alice Masaryková přivedla do České školy pro ošetrování nemocných sestry ze Spojených států amerických, a naopak českým sestřám umožnila studium v zahraničí (Kutnohorská, 2010).

Roku 1918 byla otevřena Vyšší sociální škola v Praze, která připravovala sociálně orientované pracovníky pro práci v terénu (Plevová, Slowik, 2008). Úroveň ošetrovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester se poměrně rychle zlepšovaly. Významnou roli v tomto ohledu hrály Alice Masaryková a Hana Benešová, dále je třeba zmínit jména významných sester – prvních absolventek ošetrovatelské školy, zejména Emilie Ruth Tobolářové, Jarmily Roušarové, Františky Růžičkové, Anny Rypáčkové a dalších (Anděl et al., 2023).

O založení první České ošetrovatelské školy při Všeobecné nemocnici v Praze se velmi zasloužil Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek nemocných a jeho jednatelka Františka Fajfrová. Úkol to nebyl jednoduchý – bylo nutné připravit a vybavit školu a internát, získat odborné vyučující, lékaře a diplomované sestry (Kutnohorská, 2010). Jednalo se o dvouletou školu, kdy první rok studia byl věnován teorii a druhý rok

praktické výuce. Přednášky a praktická cvičení probíhaly pod vedením univerzitních profesorů, jak ve škole, tak v nemocnici. Studium bylo ukončeno státní diplomovou zkouškou – u ošetřovatelek se kromě relevantních schopností hodnotily i jejich osobnostní vlastnosti, zevnějšek a schopnost společenského chování (Plevová, Slowik, 2008). Do roku 1920 tuto školu absolvovalo deset až dvacet studentek ročně. Tyto studentky po ukončení svých studií nastupovaly ve skupinách na kliniku pod vedením diplomované vrchní sestry. V září 1920 přešla škola na deset let do správy Československého červeného kříže – díky němu přijely do Prahy americké ošetřovatelky, které svými zkušenostmi zdvihly úroveň československého ošetřovatelství. Zejména M. G. Parsons vytvořila koncepci výuky a výchovy ošetřovatelek, kdy do teoretických předmětů byla zařazena i etika a do praktických individuální přístup k nemocnému. Základním zdrojem informací se stala učebnice Florence Nightingalové (Kutnohorská, 2010). Roku 1931 přešla škola do státní správy pod názvem Česká státní ošetřovatelská škola, jejíž ředitelkou se stala Emilie Ruth Tobolářová. Studium bylo placené a absolventky musely po ukončení svých studií nastoupit tam, kam byly přiděleny (Anděl et al., 2023).

Další důležitou institucí byla Vyšší sociální škola v Praze, na jejímž založení se podílela Alice Masaryková. Prvním stupněm byl ošetřovatelský kurz doplněný nemocniční prací, následovaný dvouletým sociologickým kurzem. Jednoletá škola připravovala sociálně orientované pracovníky a diplomované sestry pro práci v terénu. Plevová a Slowik (2008) doplňují, že při ošetřování chudých nemocných přímo v rodinách narážely sestry na nepochopení – návštěvní ošetřovatelství tak postupně zaniklo.

V českém pohraničí vznikaly německé řádové školy, z nichž nejvýznamnější byla pravděpodobně Česko-německá škola sv. Františka z Assisi v Opavě. Vyučování bylo velmi názorné, studentky měly dokonce přístup k pitvám a anatomii se učily nejen dle obrazů, ale přímo z orgánů. Ke studiu byly přijímány pouze řádové sestry, přičemž některé předměty byly vyučovány v němčině a češtině zároveň. Instituce považovala za nedostatečnou pouze dvouletou přípravu, proto připravovala i pokračující kurzy. Po nacistické okupaci přešla škola do Olomouce a v Opavě již nebyla nikdy obnovena (Kutnohorská, 2010). Toto období bylo pro československé ošetřovatelství velmi náročné – krátkodobé kurzy pro ošetřovatelky však byly organizovány i v uprchlických táborech. Mnoho dobrovolných sester z Československého červeného kříže se zapojilo do ilegální činnosti (Plevová, Slowik, 2008).

V průběhu války i po ní se zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Po odsunu německého zdravotnického personálu z českých nemocnic zůstala řada pracovních míst v nich neobsazených – tuto neutěšenou situaci pomohl vyřešit návrat řádových sester a bratří, jejichž ošetrovatelská činnost byla nacistickými okupanty zakázána. Krátkodobé kurzy pomohly řešit potřebu zdravotní péče o československé obyvatelstvo (Kutnohorská, 2010). Období druhé světové války bylo charakteristické pro nedostatek všeobecných sester, který byl částečně saturován poskytnutím dobrovolnic ze strany Československého Červeného kříže – tento nedostatek bylo třeba akutně řešit, proto byla roku 1939 v Brně otevřena Civilní ošetrovatelská škola, kterou tentýž rok následovaly další školy otevřené v Praze, Olomouci a Kroměříži. Po konci války byla pod záštitou Červeného kříže založena Vyšší ošetrovatelská škola, jejímž hlavním cílem bylo vzdělávat sestry do funkcí instruktorek, vedoucích sester do škol, vrchních sester a vedoucích sester do oblasti sociální péče. Sestry postupně přebíraly stále složitější a zodpovědnější úkoly, které standardně patřily do kompetence lékařů. Tím nastal značný vývoj ošetrovatelství. Časem přešly zdravotnické školy od Ministerstva zdravotnictví pod záštitu Ministerstva školy, vědy a umění. Studium začalo být čtyřleté, přičemž první dva roky byly všeobecně zaměřené a další dva roky se sestry začaly specializovat – k dispozici byly například obory dětská sestra, zdravotnický laborant, sociální pracovník a podobně. Studium končilo maturitní zkouškou. Až zákon č. 77/1951 Sb. upravil, kdo je to zdravotnický pracovník, jaká je náplň jeho práce a jak má vymezené kompetence (Kafková, 1992).

V této době byly české země součástí Československa, proto je vhodné stručně popsat i vývoj ošetrovatelské péče a vzdělávání sester ve slovenské části státu. Proces zakládání ošetrovatelských škol na Slovensku v porovnání s českými zeměmi zaostával – první ošetrovatelská škola na Slovensku vznikla v Bratislavě, její statut byl schválen ministrem veřejného zdravotnictví dne 15. března 1929. Škola byla pod správou Kongregace milosrdných sester sv. Kříže. Ze začátku organizovala jen ošetrovatelské kurzy a až do listopadu 1931 plně rozvinulo svou činnost. Jejím ředitelem se stal průkopník radiologie na Slovensku doc. Ľudovít Valach, pedagogickou ředitelkou se stala sestra Mária Fides Dermeková, která získala své vzdělání na ošetrovatelské škole v Praze. Na škole působila i jako učitelka odborných ošetrovatelských předmětů. Byla jednou z prvních sester, která poukázala na problémy ošetrovatelství této doby. Zabývala se etickými otázkami ošetrovatelského povolání, úrovní teoretické a praktické výuky sester, zefektivňováním

odborné výuky a ošetrovateľskej praxe. Mezi pedagogy patřili i profesori Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Absolventky byly upřednostňované při obsazování míst ve státních, krajských, městských, veřejných i soukromých nemocnicích. Ošetrovateľská škola kongregace sester sv. Kříže v Bratislavě byla zrušena k roku 1950 (Krištofová, 2000). Na stejném základě vznikla roku 1932 Ošetrovateľská škola milosrdných sester sv. Vincenta v Košicích a následujícího roku byla na půdě Ústavu M. R. Štefánika založena Krajská dvouletá ošetrovateľská škola pro civilní ošetrovatelky, jejíž učební osnovy byly stejné jako na ošetrovateľské škole v Praze (Morovicsová, 2005).

Politické i společenské podmínky v Československu se po roce 1948 změnily – z ICN (Mezinárodní rada ošetrovateľských organizací) byl vyloučen Spolek diplomovaných sester, současně byly prosazované tendence směřující proti církevním ošetrovateľským školám. Práce v nemocnicích byla v důsledku nedostatku personálu velmi obtížná, namáhavá a finančně podhodnocená, stejně tak pracovní doba nebyla omezená. V důsledku toho bylo ohroženo plynulé poskytování zdravotní péče – to si vyžádalo nastavení takových podmínek, které by zvýšily zájem o ošetrovateľské studium (Farkašová, 2009). Od roku 1948 často docházelo k obsahovým a organizačním změnám v systému profesní přípravy sester a také v jejich úloze ve zdravotní péči. Často se měnila i délka studia, které se diferencovalo na denní, večerní a dálkové (Hadačová, 1997). Jednotný systém ve výchově ošetrovateľských pracovníků byl v Československé republice zaveden po roce 1948 na základě školského zákona č. 95/1948 Sb. Ošetrovateľské školy byly zařazeny mezi odborné školy jako vyšší sociálně-zdravotnické školy (Hrkoťáč, 2004). Původně byly tyto školy čtyřleté, nicméně z důvodu velké poptávky po ošetrovatelkách v letech 1951 a 1952 bylo přistoupeno ke zkrácení studia na tři roky. V tomto období byly zavedeny samostatné obory, jako všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, zdravotničtí laboranti, rehabilitační pracovníci a podobně. V roce 1953 přešly zdravotnické školy z resortu školství do resortu zdravotnictví (Farkašová, 2005). Po roce od tohoto přechodu Josef Vyšohlíd (1954, s. 386-387) bilancoval, že *„jako jeden z nepopíratelných kladů přechodu zdravotnických škol do správy Ministerstva zdravotnictví je nepochybně zlepšená spolupráce školy s nemocnicí“*.

V souvislosti s koncem čtyřicátých let a padesátými lety dvacátého století je třeba zmínit jméno Aleny Stárkové-Palečkové (viz obr. 9). Jednalo se o první anesteziologickou sestru v Československu, která spolupracovala s Lvem Spinadlem. K vývoji svého oboru

přispěla značným úsilím, a to v období, kdy odborná veřejnost anesteziologii jako samostatnému oboru dosud nepřikládala většího významu. Podílela se také na Spinadelově knize *Anesteziologická technika*, kde byly popsány zvláštnosti práce anesteziologické sestry, čímž byla umožněna jejich odborná příprava pro jakékoli oddělení. Stárková-Palečková studovala v letech 1944 až 1946 na Ošetřovatelské škole kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze III. na Malé Straně, kterou ukončila diplomovou zkouškou. Následně se zapsala na lékařskou fakultu Karlovy univerzity, kterou však musela po dvou letech z rodinných důvodů přerušit – namísto toho začala pracovat v odborné knihovně Spojených farmaceutických závodů (SPOFA), odkud ji pozval ke spolupráci na anesteziologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice Lev Spinadel, kam nastoupila roku 1949 ve dvaceti čtyřech letech. Před Stárkovou-Palečkovou se na anesteziologickém oddělení vystříдалo několik různých sester, které si Spinadel půjčoval z jiných oddělení (například Radka Staňková). Stárková-Palečková však byla první stálou sestrou, která se postupně zapracovala do takové míry, že když Spinadel na dva týdny onemocněl, zůstala na oddělení sama a dle požadavků chirurgů zcela samostatně prováděla celkové anestezie. Práce anesteziologické sestry v tomto období obnášela zejména přípravu anesteziologických přístrojů, instrumentačního stolku, infuzních roztoků a souprav, roztoků anestetik a všech pomůcek. Po čase byla Stárková-Palečková pověřena školením několika vybraných sester v anesteziologické instrumentaci, vyučovala dokonce předmět ošetřovatelská technika na střední zdravotnické škole.



Obr. 9 Alena Stárková-Palečková (Pokorný, 2007, s. 241)

Prostřednictvím Stárkové-Palečkové se také do Československa dostaly poznatky západní medicíny – požádala o zaslání časopisu *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* Asociaci amerických anesteziologických sester z Chicaga, která jí vyhověla a časopis jí zaslala až do poloviny osmdesátých let. Poté, co se anesteziologické oddělení v ÚVN rozrostlo, stala se Stárková-Palečková vrchní sestrou. Po roce 1968 se stala odbornou instruktorkou subkatedry a pracovnící ILF. Roku 1973 přešla z ÚVN do FN (Fakultní nemocnice) v Motole, kde pracovala jako odborná instruktorka až do svého odchodu do důchodu (Pokorný, 2007).

V důsledku rozvoje lékařských věd a systematizace a organizace zdravotní péče se měnil i obsah vzdělávání v průběhu vývoje této profese. Do roku 1948 se ošetrovatelské školy orientovaly zejména na přípravu na ošetrovatelské povolání – většinu jejich přípravy tvořila praktická část. Po tomto roce se však zdravotnické školství dostalo do systému odborného školství a žákům byl poskytnut specificky vymezený rozsah všeobecně-vzdělávacích poznatků pro přípravu na povolání (Hadačová, 1997). Akcentován byl i edukační potenciál sester – například M. Blekta (1953, s. 129), který se ve svém článku zaměřuje na edukační roli porodních asistentek, konstatuje, že „*pro porodní asistentku se stává poradna novým pracovištěm, kde jádrem úsilí právem bude šíření zdravotní osvěty*“.

Ošetrovatelství padesátých let v Československu bylo determinováno vlivy ze Sovětského svazu – Gomelskaja (1951) například hovoří o nedostatečné propracovanosti otázky organizace práce ošetrovatelského personálu. Jako příklad dobré praxe udává sovětský vzor, kdy bylo prozkoumáno, jaká je náplň práce ošetrovatelek, načež byly přesně vymezeny jejich funkce a byly zproštěny určitých povinností (provádění profylaktického očkování a podobně), které jim bránily v plnohodnotném výkonu lékařských ordinací u nemocných. Milada Tauferová (1951, s. 53) pak se značným socialistickým zabarvením ve svém příspěvku kritizovala výuku ošetrovatelek v období první republiky. K stavu po druhé světové válce konstatovala, že „*zdědili jsme z doby kapitalismu velmi pestrou směs v kategorii středního zdravotnického personálu po stránce kvalifikace a je nutno poskytnout všem těmto pracovníkům, kteří se vesměs dobře osvědčili na pracovišti, doškolení na plně kvalifikovaný personál. [...] Částečně splňujeme tento úkol jednoročním doškolováním mimo službu na vyšších zdravotnických školách, nyní pracujeme na podkladech pro rozsáhlé doškolování všeho personálu při práci*“. V kritice takzvaného kapitalistického režimu pokračovala i M. Matoušková

(1951, s. 59-60), která se ve svém článku vysvětlujícím příčiny uzákonění osmihodinové pracovní doby v ošetrovatelství zaměřila na kritiku vzdělávání – opět se značně ideologicky zabarvenou rétorikou konstatovala, že kapitalistický režim se „úzkostlivě vyhýbal všemu, co by mohlo sestry naučit přemýšlet o příčinách nemocí z bídy, o jejich vlastním ubohém postavení [...]. Aby sestry nenapadlo o těchto věcech přemýšlet, vykládalo se jim ve falešné ethice o vznešenosti jejich povolání a sebeobětování, o jejich vysokém společenském postavení a nadřazenosti proti ostatním ošetrovatelkám“.

V dobových periodikách byla věnována značná pozornost konceptu takzvané Makarovské nemocnice. Makarovský model ošetrovatelství byl vyvinut v Sovětském svazu a byl jedním z předních konceptů v oblasti ošetrovatelství a zdravotní péče ve své době. Tento model zdůrazňoval význam komplexní péče a důraz na sociální aspekty zdravotní péče. Podle Makarovského modelu byla nemocnice chápána jako místo, kde se kombinuje lékařská péče s ošetrovatelskou péčí a sociální podporou. Makarovský model byl významným krokem k celkovému posílení ošetrovatelské profese a integraci ošetrovatelství do širšího zdravotnického systému. Přerovský (1953) konstatoval, že koncept lze shrnout prostřednictvím čtyř hlavních tezí o jednotě organismu a prostředí, o jednotě organismu, o nervismu a o vyšší nervové činnosti. Aplikace těchto tezí do praxe probíhala tak, že byla značná pozornost věnována potřebě klidu a spánku (Makarovští odstranili z nemocnice hluk, který by mohl pacienty rušit), kvalitní a chutné stravy, estetické úpravě pokojů, trávení volného času u mobilních i imobilních pacientů a citlivému a lidskému přístupu ošetrovatelského personálu.

Podobu československého ošetrovatelství značně ovlivnila komise, v jejíž kompetenci bylo sjednocování ošetrovatelských metod a technik a jejich revize z hlediska ochranně léčebného režimu Pavlovova. Výstupem činnosti komise byly mimo jiné průběžně vydávané metodiky, které zachycovaly základní ošetrovatelské postupy například při podávání stravy nemocnému, úpravě nemocničního lůžka, při poskytování nemocničního prádla pacientům a tak podobně (Mourek, 1954). Ačkoli dobová periodika se tedy snažila vytvořit obraz obrozeného československého socialistického zdravotnictví, ze vzpomínek sester-pamětnic si můžeme udělat obrázek o tom, že realita byla poněkud odlišná. Jak ve svém článku líčí I. Krchová (2009, s. 16-17), v polovině padesátých let dosud neplatily žádné pracovní právní předpisy, které by regulovaly pracovní dobu sester – respektive platné předpisy umožňovaly, aby byly rozvrhy služeb sepisovány bez ohledu na zákonem stanovenou osmihodinovou pracovní dobu. Autorka konstatuje: „pracovaly jsme i 280

hodin v měsíci bez náhradního volna. Dvanáctky, jedenáctky nebo přerušované směny (od 6 do 19 hodin s dvouhodinovou polední pauzou) byly pravidlem. Příplatky za noční, neděle či svátky neexistovaly“. Zkrácení školní docházky navíc způsobilo, že na lůžkové oddělení nastupovaly sestry ve věku sotva sedmnácti let. S tím souvisí i značná odlišnost v oblasti požadavků na znalosti a dovednosti sester – autorka konstatuje, že „*vyšetřovacích a terapeutických postupů bylo tak malé množství, že zpravidla všechny odborné výkony prováděla staniční sestra, která zpracovávala vizity, a pokojové sestry byly určeny jen k přímé péči o nemocné“.* Osobní zkušenosti pamětnic nám tedy dávají zcela jiný obraz socialistického ošetrovatelství, než jaký si uděláme pouze na základě studia dobových pramenů.

Počátky vysokoškolského ošetrovatelského vzdělání na území bývalého Československa pronikly ze Západu a byly orientovány na vzdělávání sester-učitelek. V roce 1960 bylo otevřené vysokoškolské studium sester na Filosofické fakultě a Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze (Farkašová, 2005). Studium bylo dvouoborové a bylo určené pro učitelky ošetrovatelství. V tom samém roce byl založený v Brně Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (původní název z roku 1960 platný až do roku 1965 byl Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, k další změně názvu došlo roku 1986, a to na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků), kde se mohly sestry dále institucionálně vzdělávat. V roce 1962 bylo na Slovensku otevřené vysokoškolské vzdělávání pro vyučující ošetrovatelství na Filosofické fakultě University Komenského v Bratislavě. Studijní kombinace byla nejprve ošetrovatelství a psychologie, následně ošetrovatelství a pedagogika (Hanzlíková, 1999).

Pacovský v roce 1970 publikoval svou úvahu o aktivní ošetrovatelské péči – v rámci této úvahy členil ošetrovatelskou péči na pasivní, kdy sestra reaguje na vnější podněty, a na aktivní, kdy motivace k péči vychází přímo od sestry. Poslání moderního ošetrovatelství viděl autor v racionální kombinaci pasivního a aktivního ošetrovatelství. Kromě toho rozlišoval pět determinant aktivní ošetrovatelské péče, konkrétně (Pacovský, 1975):

- osobnost sestry,
- osobnost pacienta,
- zdravotnický tým a roli sestry v něm,
- provoz nemocnice a organizaci práce,

- teorii a praxi ošetrovatelství.

Sestry pracující na oddělení ARO a JIP mohly získat specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči až od roku 1972, kdy bylo v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků zahájeno pomaturitní specializační vzdělávání sester v tomto oboru (Hanzlíková, 1999). Na konci sedmdesátých let se na zdravotnických školách sestry učily novým postupům ošetrovatelské péče, měly tedy umět poskytnout samostatnou a aktivní komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na psychosomatické potřeby pacienta. V osmdesátých letech se pak ošetrovatelství definovalo jako samostatná vědní disciplína, zaměřená na vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, ale i na zdravého člověka (Staňková, 1988). Tím se sestra stala samostatnou jednotkou, zajišťující diagnosticko-ošetrovatelský plán péče a jeho realizaci. Jejím cílem bylo mimo jiné získat pacienta ke spolupráci na změně, k adaptaci na změněné životní podmínky (Marková, 2012).

V souvislosti se změnou režimu v roce 1989 došlo i k proměnám ve vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství. V devadesátých letech se vzdělávání sester přesunulo na univerzity a české ošetrovatelství dostalo novou koncepci. Roku 1991 se název oboru zdravotní sestra změnil na všeobecnou sestru a Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo nové metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové, ambulantní a domácí péče. Tato koncepce fungovala jako příručka či metodický pokyn (Pochylá, 2005).

Sestry mohou od roku 1992 na lékařských a zdravotně-sociálních fakultách získat vysokoškolské vzdělání v bakalářských a magisterských studijních programech. Roku 1996 byly při lékařských fakultách otevřeny vyšší zdravotnické školy (absolventi získávali kvalifikaci DiS), současně existovaly ošetrovatelské programy na lékařských fakultách (kvalifikace Bc.). Vyšší zdravotnické školy vznikaly i při středních školách a začaly se objevovat rovněž školy soukromé. Mezníkem ve struktuře vzdělávacího systému u nás byl rok 1993, kdy byl v Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně vypracován modulový vzdělávací program pro sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, oborových jednotkách intenzivní péče a na pracovištích zdravotnické záchranné služby. Ve výuce se uplatňovali zejména lékaři – podíl sester vzrostl až ve druhé polovině devadesátých let (Ševčík et al., 2014).

4.3 Počátek 21. století

Vzhledem k tomu, že jsem těžiště své práce položila do historického vývoje intenzivní péče a ošetrovatelství, budu se těmto oborům a jejich vývoji ve dvacátém prvním století věnovat pouze stručně. Důvodem je i skutečnost, že se dosud nenacházíme ani na konci první čtvrtiny tohoto století. V souvislosti s ošetrovatelstvím se pak zaměřím na aktuální stav teorie i praxe tohoto oboru.

Od konce dvacátého století eskalující rozvoj intenzivní medicíny urychlují další disciplíny, jako zejména medicínská technika, digitalizace, umělá inteligence, telemedicína a robotizace. Vyzdvihnout je dle mého názoru nutné zejména to, že v České republice jsou aktuálně dostupné i nejmodernější technologie a všechny odborné informace. Lékaři mají navíc možnost cestovat a získávat tak zkušenosti ze zahraničí. Globalizace poznatků způsobuje, že se v intenzivní medicíně jednotlivých zemí rychle reflektují aktuální poznatky z oblastí výzkumu metabolismu, stresu, cirkadiánních funkcí, neuroplasticity, mimotělních oběhů, genetiky a dalších témat. Současný vývojový trend vyžaduje, aby se obor zabýval jedinci v každém věku a stavu. Nejen z tohoto důvodu je intenzivní medicína ekonomicky náročná na zdroje, vyžaduje zpřesňování spolehlivé prognostiky a ekonomickou strategii. Dynamický vývoj oboru reflektuje i skutečnost, že v průběhu několika desetiletí prošel několikanásobnou změnou názvu – zatím poslední změna pojmenování je Ševčíkem et al. (2014) datována k roku 2009, kdy byl obor přejmenován na Anesteziologie a intenzivní medicína.

K. Cvachovec ve své přednášce *Bylo uplynulých 30 let revolučních i pro obor AIM?* z roku 2019 sumarizoval, jak se obor anesteziologie a intenzivní medicíny změnil od doby pádu komunistického režimu, kdy započala celková transformace zdravotnictví. Od té doby vzrostl počet ARO na našem území o 28 %, počet podaných anestézií se zvýšil odhadem o 94 %, počet lůžek ARO/KARIM se zvýšil z 415 na 826 (tedy se téměř zdvojnásobil) a v souvislosti s tím se výrazně zlepšila dostupnost resuscitačního lůžka, ačkoli „obložnost“ se prakticky nezměnila (59,2 % v roce 1989 ku 59,4 % v roce 2018). Počet pacientů přijatých na tato lůžka však vzrostl o 163 % a doba hospitalizace se snížila o 17 %, tedy z šesti na pět dnů (Cvachovec, 2019). Tato čísla svědčí o tom, že od dob minulého režimu učinila česká medicína značný pokrok, který se projevil i v kvalitnější péči o pacienta.

Jak konstatuje Drábková (2012), pro poznání posunu oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny od sedmdesátých let minulého století až po současnost nám mohou posloužit statistické údaje, zachycující parametry jako počty pracovišť, počty lůžek, podaných anestezií, přijatých pacientů, údaje o úmrtnosti v souvislosti s operačními výkony a podobně. Na obr. 10 jsou uvedeny statistické údaje, které Drábková shromáždila – zvolila si roky, které představují milníky v celém zdravotnictví (například rok 1974 považuje autorka za počátek prudkého vzestupu oboru intenzivní péče v Československu). Při hodnocení těchto statistik je však třeba zohlednit skutečnost, že v roce 1974 byly chápány jako indikátory kvality péče v daných oborech zcela jiné ukazatele – v souvislosti s anesteziologií se jednalo například o počet celkových anestezií vedených s tracheální intubací, tento ukazatel je však v současné době již opuštěn. Z autorkou shromážděných dat lze vyčíst prudký nástup oboru po roce 1974, dosažení úrovně k roku 1994, adaptaci na nové poměry a následné pevné umístění v klinické medicíně. Podle autorky jsou údaje z roku 2011 již zcela srovnatelné se zahraničím, jak v odborných činnostech, tak ve výsledcích.

| Údaj | 1974 | 1994 | 1998 | 2011 |
|--|---------|---------|--------|-----------|
| Počet pracovišť AR | 89 | 115 | 119 | 138 |
| Počet resuscitačních lůžek | 191 | 571 | 642 | 931 |
| Počet zotavovacích lůžek | 0 | 0 | 367 | 758 |
| Lékaři – celkem | 423 | 1 285 | 1439 | 2084 |
| Sestry – celkem | - | 2814 | 3265 | 4615 |
| Počet podaných anestezií | 381 318 | 674 012 | 719422 | 841782 |
| • v regionální anestezii | - | 62 346 | 92307 | 10328 |
| • u seniorů | - | - | 83252 | 18040 |
| Počet resuscitačních lůžek | - | 571 | 642 | 931 |
| Počet přijatých pacientů | - | 22022 | 20641 | 35103 |
| Počet ventilovaných pacientů | - | 13270 | - | 20638 |
| Délka ošetřovací doby – dny | - | - | 6,28 | 6,6 |
| Počet ošetřovacích dnů | - | - | 129592 | 238173 |
| Dohled na zotavovacím pokoji | - | 22 296 | 99497 | 2130360 |
| Dohled u rizikových výkonů | - | 32 426 | 31 511 | |
| Počet výkonů v anesteziologické ambulanci | - | 35 919 | 36 927 | 205 392 |
| Počet výkonů v ambulanci léčby bolesti | - | 44 337 | 73 296 | 220 556 |
| Počet regionálních analgezií v porodnictví | - | - | - | 12 953 |
| Časná smrt po operačním výkonu do 24 hodin | - | - | - | 829 = 1 % |
| Mors in tabula – do 2 hodin | - | - | - | 167 = 0,2 |
| Počet pacientů, přeložených na lůžka OCHRIP* | - | - | - | 730 |
| Počet úmrtí na resuscitačních lůžkách | - | - | - | 6 185 |

Obr. 10 Vybrané údaje zjišťované ÚZIS a podrobněji propočtené pro ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny)
(Drábková, 2012, s. 288)

V období dvacátého prvního století docházelo a dochází v oblasti intenzivní péče k rychlejšímu přijímání vědeckých poznatků než v předcházejícím období, poznamenaném tlakem komunistického režimu. Díky volnější atmosféře tak nastává

nejen narušování paradigmat, ale i urychlený rozvoj inovativních přístupů a technologií v oblasti intenzivní péče. Moderní technologie a pokroky ve vědeckém výzkumu umožňují lékařům a ošetřovatelům lépe porozumět složitým patofyziologickým procesům, což vede k objevu nových terapeutických metod a léčebných postupů. Výsledkem je neustálé zdokonalování péče o pacienty na jednotkách intenzivní péče a zlepšování prognóz a výsledků léčby pro ty nejvážněji nemocné. Tyto pozitivní trendy ve vývoji intenzivní péče jsou důležitým přínosem pro pacienty i zdravotnické pracovníky a ukazují na stále se rozvíjející obor, který reaguje na nové výzvy a potřeby moderní medicíny. Konkrétním příkladem může být metoda Emergency Preservation and Resuscitation (EPR), resuscitační metoda využívající masivní infuze ledové tekutiny do tepenného řečiště k navození hypotermie jako mechanismu snížení metabolických nároků organismu po srdeční zástavě. Tento postup umožňuje získat čas pro převoz zraněného do nemocničního zařízení, po chirurgické kontrole krvácení je odložená resuscitace následně zahájena s využitím mimotělního oběhu. Metoda byla definována již v osmdesátých letech dvacátého století Peterem Safarem a Ronaldem Bellamym (Drábek, 2007), první zkoušky na lidských pacientech proběhly v dubnu 2014 na University of Pittsburgh a kolem roku 2016 v Baltimoru (Kutcher, Forsythe et al., 2016). V českém prostoru je o tuto metodu poměrně živý zájem, reflektovaný ve zmínkách v odborných i populárně naučných periodikách.

Podle Drábkové (2021) spočívá charakteristika moderní intenzivní medicíny v celostním pohledu na lidský organismus, jenž byl zasažen akutní kritickou dyshomeostázou z určitého klinického zdroje. Moderní intenzivní medicína je založena na kvalifikované intenzivní péči a na systému odborné týmové a multidisciplinární spolupráce. Je globalizovaná, zaměřená na světově srovnatelný lidský organismus a je možné ji transferovat prakticky kamkoli. Autorka konstatuje, že aktuální výzkum v oblasti intenzivní péče je široce zaměřen – nalezneme zde jak problematiku etické (například předem vyslovená přání v souhlasu, přechod z intenzivní do paliativní péče), tak vědecké (ovládání mimotělních systémů typu ECMO (extrakorporální membránová oxygenace), CRRT (kontinuální náhrada funkce ledvin) a podobně). Důležitými tématy jsou i neuroplasticita, možnost širšího využití umělé plicní ventilace (UPV) a dlouhodobé sledování kvality života po kritickém stavu v intenzivní péči.

Osobně předpokládám, že do budoucnosti intenzivní péči výrazně zasáhne prudký rozvoj informačních a komunikačních technologií, například umělá inteligence. Ta by mohla

hrát podstatnou roli například při analýze dat z monitorovacích zařízení a poskytování kontinuálního sledování stavu pacientů, v predikci pacientova stavu na základě historických dat a aktuálních parametrů, ve stanovení individualizovaných léčebných plánů, případně i při automatizaci rutinních úkolů, jako je například sběr a analýza dat.

4.3.1 Ošetrovatelská péče a vzdělávání sester

Současné ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína s vlastní teoretickou základnou – ošetrovatelství tedy vychází z vědeckého poznání více než kdy dříve. Představitelkou moderního ošetrovatelství je sestra, která v současné době přichází do praxe vzdělanější v oblasti výzkumu a teorie ošetrovatelství. Právě chuť sester zapojovat vědeckou práci do své každodenní práce přispívá ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství se formuje jako mladá vědní disciplína založená na kritickém myšlení, aktivním postoji k aplikaci výsledků výzkumu do praxe a vyhledávání problémů, které mohou být základem pro další výzkum. Sestra aktivně vyhledává a uspokojuje potřeby nemocného, odstraňuje stereotypy a snaží se najít cestu ke zlepšení kvality poskytované péče (Bártlová et al., 2008).

Ošetrovatelství je v současnosti chápáno jako multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a praktickou aplikací, čerpající poznatky z přírodních, společenských i humanitních věd. Ošetrovatelství se zabývá člověkem, jeho chováním, zdravím, vztahem k prostředí a společnosti. Jedná se o rozmanitou mladou vědní disciplínu, kterou je možné diferencovat na základní a aplikované obory. Mezi základní obory řadíme historii, teorii a metodologii ošetrovatelství, mezi aplikované obory pak obory interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické, rehabilitační, ošetrovatelství v primární péči, ošetrovatelství v intenzivní péči a podobně. Jako každý vědní obor má i ošetrovatelství svou filosofii (holistický přístup k jedinci), předmět zkoumání (metaparadigma), teorii oboru (paradigma), metodologii (ošetrovatelský proces), výzkumný základ, systém univerzitního pregraduálního a postgraduálního vzdělávání a národní a mezinárodní profesní organizace (Kašpárková, Mádlová, 2009). Podle mého názoru sice nepatří studium těchto aspektů u sester k tomu nejoblíbenějšímu, nicméně aby bylo možné ošetrovatelství nadále rozvíjet, integrovat do něj nové poznatky a realizovat v jeho rámci výzkum, je podstatné, aby byly tyto aspekty definovány, rozvíjeny a se zdravotními sestrami komunikovány.

Dynamický vývoj medicíny ovlivňuje práci sester do takové míry, že se jejich pozornost a schopnosti soustředí více na zvládnutí složitých diagnostických a léčebných postupů. Z ryze ošetrovatelské péče jako by se vytratila podstata samotného člověka a jeho potřeb. Tlak na práci sester vychází ze dvou směrů – jedním je směr klasického ošetrovatelství (vnímání člověka jako bio-psycho-sociálně-duchovní jednotky a uspokojování jeho potřeb), druhým pak navyšování kompetencí, úkolů a činností v každodenní práci sestry, zvyšování požadavků na sestru jakožto na partnera lékaře a součást multidisciplinárního týmu, kde má každý účastník svou odpovědnost za vykonané činnosti a za dodržování postupů zajišťujících kvalitu poskytované péče. Sestry se tak vzdalují od pacienta jako od člověka, tento nedostatek si však uvědomují a do běžné praxe tak začínají prosazovat principy, které by měly zachovat rovnováhu mezi technikou, technologiemi a potřebami člověka. Můžeme tak vnímat významnou vlnu obhajoby práv pacienta v individuálním přístupu k pacientovým potřebám a k zachování důstojnosti a intimity, v soustředění se na kvalitu života pacienta. Tím dochází k určitému návratu k základním etickým principům ošetrovatelské péče. Objevuje se holistická péče, zahrnující přístup k jedinci jako celku, celistvé jedinečné bytosti, a ne pouze k jeho narušené části či funkci. Sestra je vedena k tomu, aby v rámci péče o duši a tělo respektovala pacientova práva, jeho autonomii a společenský status (Kašpárková, Mádlová, 2009).

Metaparadigma ošetrovatelství datujeme k dobám, kdy jsme začali mluvit o profesionálním ošetrovatelství, tedy od dob Florence Nightingale, jež definovala ošetrovatelství a vymezila v něm vztah práce sestry a vlivu prostředí na zdraví jedince. Strukturou a obsahem ošetrovatelského metaparadigmatu je v současnosti vymezení předmětu zkoumání v ošetrovatelství, a to v oblastech jedince, prostředí, zdraví a ošetrovatelství (Palenčár, 2009). Ošetrovatelství je pak definováno čtyřmi syntetickými tvrzeními, která vyjadřují vztahy mezi čtyřmi paradigmatickými pojmy (Csisko, 2011):

- Prvním tvrzením je vztah mezi pojmy „jedinec“ a „zdraví“ – ošetrovatelství se zabývá zákony, které řídí životní proces, pohodu a optimální fungování jedince v nemoci nebo ve zdraví.
- Druhé tvrzení vyjadřuje vztah mezi pojmy „jedinec“ a „prostředí“ – ošetrovatelství se zabývá chováním jedinců v interakci s prostředím v normálním životě a v kritických situacích.

- Třetí tvrzení vyjadřuje vztah mezi pojmy „zdraví“ a „ošetřovatelská péče“ – ošetřovatelství se zabývá ošetřovatelskou péčí a procesy, které pozitivně ovlivňují změnu zdravotního stavu jedince.
- Čtvrté tvrzení vyjadřuje vztah mezi pojmy „jedinec“, „prostředí“ a „zdraví“ – ošetřovatelství se zabývá integritou anebo zdravím osob, přičemž zohledňuje neustálou interakci se svým prostředím.

Paradigma ošetřovatelství je pak tvořeno jeho teoretickým základem, jehož nejvíce charakteristickým znakem je spojení s praxí. Teorie poskytuje ošetřovatelské praxi větší jistotu, jelikož sestra inspirována teoretickými principy lépe chápe, proč je prospěšné určité praktické funkce dělat právě takovým způsobem. Spojení teorie s praxí však funguje i v opačném směru – teorie tedy klade praxi otázky. Pacovský (2008) vysvětluje, že postoje sester k teorii závisí kromě jiného na jejich funkčním zařazení a diferencované odpovědnosti. Z teorie jsou následně odvozeny konkrétní teoretické modely, které jsou konkrétnější a specifitější. Teoretické modely mají v ošetřovatelství nezastupitelnou roli – hledají cesty, jak dosáhnout hlavních cílů ošetřovatelství, pomáhají sestřám plánovat ošetřovatelskou péči a zjišťovat problémy, umožňují studovat ošetřovatelské činnosti a zásahy (Kašpárková, Mádlová, 2009). Nejvýznamnějšími teoretičkami současné doby v oboru ošetřovatelství jsou Leiningerová, Bennerová a Watsonová. Význam má zejména Model transkulturní péče od Leiningerové, Model humanistické péče od Watsonové, Model od novicky k expertovi od Bennerové a Model fungujícího zdraví od Gordonové (Archalousová, 2003).

Ošetřovatelství je však především praktickou disciplínou, kdy cílem ošetřovatelského procesu je zejména zachovat zdraví a kvalitu života pacienta, respektive eliminovat jeho nemoc. Ošetřovatelský model je určitou metodou praxe. Sestra při svých každodenních činnostech aplikuje princip ošetřovatelského procesu, jenž do této doby prováděla spíše automaticky. Nyní má ošetřovatelský proces řád, můžeme jej označit za metodu shromažďování a analýzy údajů o nemocném, plánování ošetřovatelské péče, realizace plánu a hodnocení efektu provedené péče. Z důvodu změny přístupu k pacientovi a k informacím o něm, muselo také dojít ke změně organizace práce a organizačních systémů, které do této doby platily (Kašpárková, Mádlová, 2009).

V současné době je výrazně akcentováno ošetřovatelství založené na důkazech (EBN), kdy jde o proces klinického rozhodování sester s využitím nejdostupnějších výsledků

a výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků. Jedná se o integraci nejvalidnějších výsledků publikovaných studií, klinické zkušenosti a potřeb pacienta. Aktuálně má proces ošetřovatelství založený na důkazech sedm následujících fází (Zeleníková, Jarošová, 2013):

- dotazování;
- formulace klinické otázky v PICOT formátu (*population, intervention, professionals, outcomes, hospital*);
- hledání nejlepšího důkazu;
- zhodnocení důkazu;
- integrace;
- zhodnocení výsledku;
- rozšíření výsledku.

EBN vede ve srovnání s tradičním přístupem k péči ke zvyšování kvality této péče, ke zlepšení výsledků pacienta, snížení nákladů a vyšší spokojenosti sester. V České republice však existují jisté bariéry, které brání implementaci tohoto modelu do širší praxe. Tyto bariéry můžeme rozčlenit do tří skupin – na bariéry vztahující se k výsledkům výzkumu (závěry výzkumu jsou pro sestry nesrozumitelné, studie nejsou zdvojené a podobně), bariéry na straně sester (výzkum nepovažují za podstatný, nečtou závěry výzkumů, neumí aplikovat výsledky výzkumu do praxe) a bariéry týkající se charakteristiky organizace (autoritativní management, organizační zmatek, touha po stabilitě, výdaje). Na druhou stranu však očekávání pacientů a jejich požadavky na zvýšenou kvalitu dostupné péče nutí sestry více se o EBN zajímat (Zeleníková, Jarošová, 2013).

Aby mohly sestry dostát nárokům, které na ně moderní ošetřovatelství vynakládá, musejí projít kvalitním vzděláním. Vzdělávání sester můžeme rozdělit do několika typů (Staňková, 2000):

- základní studium (vyšší typy škol a univerzity);
- další vzdělávání (nutné k trvalému odbornému růstu sestry);
 - specializační studium (zaměřeno na specifika ošetřovatelské péče v různých klinických oborech, na různé formy terénní a nemocniční péče a na management);

- univerzitní studium (zejména bakalářské a magisterské studium);
- kontinuální (celoživotní) studium (pro udržení znalostí sestry v konsensu se současnými vědeckými poznatky prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, odborných akcí profesních organizací a samostudia).

V tomto kontextu je vhodné připomenout, že roku 2003 došlo také k transformaci Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Tato organizace úzce spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví ČR na řešení aktuálních problémů ve zdravotnictví. Významným krokem ve vzdělávání u nelékařských zdravotnických povolání bylo také přijetí zákona č. 96/2004 Sb., kterým se upravily podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Pochylá, 2005).

Aktuálně je vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice nastaveno takovým způsobem, aby byl naplněn požadavek volného pohybu pracovních sil v členských státech Evropské unie. Rada Evropy dokonce vypracovala směrnici pro jednotnou kvalifikaci sester, která platí pro všechny členské státy Evropské unie. Česká republika jako stát Evropské unie přijala Strategii NUR/WHO EURO 2000, čímž se zavázala k sjednocení a zvýšení požadavků na vzdělání sester v Evropě. Mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sester stanovují například minimální délku průpravy, minimální poměr praktické části vůči části teoretické, povahu odborné praxe, některé aspekty teoretických předmětů a podobně (Staňková, 2000).

Sestry mohly poprvé získat specializační vzdělávání v navazujícím magisterském programu Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v roce 2007 – toto studium však bylo nabízeno pouze v prezenční formě, která není optimální pro pracující sestry, které nemohou z důvodu svých časově náročných pracovních povinností pravidelně docházet na přednášky a cvičení. V kombinované formě bylo možné toto studium absolvovat až od roku 2014 na Lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě, na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a také na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. V současnosti mohou sestry také v oboru ošetrovatelství absolvovat doktorandské studium a habilitovat na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (proSestru, 2019).

Podkapitolu o současném ošetřovatelství uzavřu zamyšlením nad tím, jaké je aktuální pojetí českého ošetřovatelství. Dle mého názoru je v praxi sester akcentována zejména snaha o podporu a udržení zdraví, což je v souladu s tím, jak chápe ošetřovatelství a jeho poslání WHO (Světová zdravotnická organizace). Nejde však pouze o návrat a udržení k jakémusi statu quo, ale rovněž o navrácení a rozvoj soběstačnosti. Právě návrat dostatečné míry autonomie pacientovi vnímám jako významný krok na cestě k navrácení jeho kvality života, nebo alespoň k budování takové kvality života, jaká je za daného stavu maximálně možná. V případech nevyлéčitelně nemocných se ošetřovatelství snaží o zmírnění jejich utrpení, o zabezpečení poklidného umírání a smrti. Ačkoli v této oblasti dochází v posledních letech k pozitivnímu posunu, stále si myslím, že smrt je v očích české veřejnosti až příliš institucionalizovaná a „odsunutá“ do zdravotnických zařízení (snad ve snaze vyhnout se tomu mít smrt a umírání „na očích“). Proto soudím, že by mělo být dále pracováno na zajištění kvalitní péče o rodinu nemocného a na zabezpečení kvalitní a kvalifikované péče o nemocného v domácím prostředí. Nedostatky vnímám také v oblasti péče o pozůstalé.

Dalším úkolem, před kterým české ošetřovatelství stojí, je dle mého názoru důkladnější edukace pacientů a podpora jejich pozitivního přístupu ke zdraví. Pacient by měl být podle mě ideálně aktivně zapojen do péče o vlastní zdraví a měl by si být vědom toho, jakým způsobem jeho chování a zlozvyky jeho zdraví a dožití ovlivňují. Bohužel jak je evidentní z nárůstu civilizačních onemocnění (diabetu II. typu, obezity) v české společnosti, čeští občané si dosud nezvykli o své zdraví aktivně pečovat a chápat jej jako cestu k delšímu a spokojenějšímu životu. Za alarmující považuji zejména toleranci české společnosti k alkoholu, kdy je často i každodenní konzumace alkoholu de facto normalizována a společensky schvalována. Vzhledem k důsledkům konzumace alkoholu na lidské zdraví považuji i edukaci veřejnosti o jeho škodlivých následcích za významný úkol ošetřovatelství.

Závěr

Intenzivní péče a ošetrovatelství v intenzivní péči v současné době zaznamenávají velký rozvoj výzkumné činnosti. Rostou nároky na kvalitu péče poskytované důslednou aplikací ošetrovatelského procesu, vytvářením standardů, navyšováním kompetencí sester a zvyšováním počtu techniky a technologií, které nacházejí své uplatnění na pracovištích intenzivní péče. Stále častěji se také projevuje potřeba zapojovat sestry do ošetrovatelského výzkumu, aplikovat získané výsledky do praxe a zvyšovat tak kvalitu poskytované péče. Současné ošetrovatelství reprezentují sestry, které ve větší míře přicházejí do praxe z půdy vysokých škol. V rámci adaptačního procesu se učí ovládat různé ošetrovatelské postupy, získávají dovednosti a znalosti z různých oblastí péče o kriticky nemocné. Moderní intenzivní péče je pak klíčovou součástí současného zdravotnictví, která poskytuje specializovanou péči pacientům s vážnými zdravotními stavy, kteří vyžadují nepřetržité monitorování, léčbu a podporu životních funkcí. Stejně jako v historii i v současnosti se intenzivní péče neustále vyvíjí s cílem zlepšit výsledky pacientů a snížit úmrtnost pacientů v kritických stavech. Nové technologie, výzkum a inovace v oblasti léčby přinášejí stále efektivnější přístupy k péči o pacienty na jednotkách intenzivní péče.

Předkládaná diplomová práce se zabývala historií a vývojem intenzivní péče s důrazem na české země. Jejím cílem bylo popsat historický vývoj intenzivní péče a ošetrovatelství v českých zemích s akcentem na aspekty (například nové techniky, přístroje a podobně), které tento proces determinovaly. Práce byla rozčleněna (kromě metodologické části) do tří hlavních kapitol. První z nich předkládala základní východiska práce, konkrétně definici pojmu intenzivní péče a představení interdisciplinárního oboru dějiny medicíny a interdisciplinárního oboru ošetrovatelství. Intenzivní péče byla charakterizována jako specializovaný zdravotnický režim poskytovaný v nemocnicích pacientům s vážnými a život ohrožujícími zdravotními problémy. Druhá část popisovala počátky intenzivní péče v mezinárodním kontextu, přičemž vyzdvihla zejména vliv Florence Nightingale. V následující kapitole již byla pozornost věnována historii a vývoji intenzivní péče v českých zemích v jednotlivých staletích, přičemž do textu byly zařazeny podkapitoly věnující se ošetrovatelské péči a vzdělávání sester v daném období.

V období devatenáctého století probíhal v českých zemích významný vývoj lékařství a zdravotní péče. Byla to doba, kdy se medicína začala modernizovat a profesionalizovat, avšak lékařskou praxi stále ovlivňovaly historické praktiky a přístupy. Nemocnice byly

malé s omezenými možnostmi poskytování specializované péče, ale postupně se začaly objevovat pokusy o zdokonalení a modernizaci péče o vážně nemocné pacienty. Ve druhé polovině devatenáctého století se ve větších městech začaly zřizovat specializovaná oddělení v nemocnicích pro pacienty v akutním stavu nebo se závažnými onemocněními. Tento rozvoj byl podpořen i novými možnostmi monitorování pacientů a poskytování specializované péče. V té době byly české země součástí Habsburské monarchie, což ovlivnilo i veřejné zdravotnictví. Roku 1848 a 1849 došlo k revolučním událostem, které ovlivnily diskuse o zdravotní péči. V té době vznikly i první časopisy a spolky zaměřené na zdravotnictví, které hrály důležitou roli v odborném dialogu a inovacích. V druhé polovině devatenáctého století došlo k významnému rozvoji nemocnic a specializovaných léčebných ústavů. Postupně se zvyšoval počet lůžek v nemocnicích a rostla i specializace lůžkových zařízení. Byly také zřizovány ústavy pro plicní choroby. Z hlediska lékařských postupů došlo k významnému pokroku s objevem anestezie. Éterová narkóza se začala ve zdravotnických zařízeních běžně používat k znecitlivění pacientů, což významně změnilo možnosti chirurgických zákroků a zlepšilo komfort nemocných.

Ošetrovatelská péče a vzdělávání sester v českých zemích má své kořeny v potřebě kvalifikovaného personálu pro péči o nemocné. Nejstarší zmínka o ošetrovatelském vzdělávání pochází z roku 1620, kdy byla v Praze zřízena škola pro mnichy, poskytující výuku v opatrovnické činnosti. Emancipační hnutí devatenáctého století vedlo k narůstání zájmu o kvalifikaci žen pro placené profese a k potřebě vyškoleného personálu ve zdravotnictví. Ve druhé polovině devatenáctého století vznikaly první ošetrovatelské školy, které postupně transformovaly opatrovnickou činnost v samostatnou ošetrovatelskou profesi. První ošetrovatelská škola v Praze byla založena roku 1874 a nabízela bezplatnou odbornou výuku formou krátkodobých kurzů. Výuka probíhala teoreticky i prakticky v chorobinci na Karlově. Činnost ošetrovatelského personálu byla vedená čeledním řádem a pracovní doba nebyla omezena. Ošetrovatelky musely být svobodné a nemocnice jim poskytovala bydlení na pokoji nemocných. Pracovní podmínky byly náročné a ošetrovatelky podléhaly libovůli představených. I přes počáteční úspěch však první ošetrovatelská škola v Praze po sedmi letech ukončila činnost. Důvody zahrnovaly zákaz praxe na Karlově a odchod přednášejících lékařů na českou lékařskou fakultu. Tyto události nebránily dalšímu rozvoji ošetrovatelského vzdělávání a posílení role kvalifikovaných sester v péči o nemocné.

V první polovině dvacátého století byla intenzivní péče v českých zemích ovlivněna dvěma světovými válkami a relativním ekonomickým rozvojem. Mezi lety 1918 a 1938 bylo Československo jednou z nejvíce industrializovaných zemí ve střední a východní Evropě, což vedlo mimo jiné i k rozvoji zdravotnictví a zakládání nemocnic. Specializace intenzivní péče začala v souvislosti s rychlým rozvojem medicíny a nástupem technologických inovací, jako byla epidemie španělské chřipky, která vedla k excesové mortalitě a posílila potřebu odborné péče o pacienty. Během druhé světové války začaly vznikat první jednotky intenzivní péče, kde speciálně školené sestry a lékaři poskytovali péči o raněné a pacienty po operacích. První oddělení anesteziologie a resuscitace bylo založeno v roce 1948 v Ústřední vojenské nemocnici v Praze díky úsilí genmjr. MUDr. Josefa Škvařila a plk. MUDr. Lva Spinadela. Spinadel, původem moldavský lékař, hrál klíčovou roli při rozvoji anesteziologie v Československu a inicioval zavedení moderních postupů v péči o pacienty. Další významnou postavou v rozvoji intenzivní péče byl MUDr. Bořivoj Dvořáček, který se po osvobození z koncentračního tábora věnoval medicíně a poznal moderní přístupy k péči o pacienty během stáže v Kodani. Po návratu do Československa se stal vedoucím oddělení anesteziologie v pražské nemocnici a podílel se na zavádění nových metod v intenzivní péči. Rozvoj intenzivní péče byl dále determinován založením Ústavu pro choroby oběhu krevního v Thomayerově nemocnici v Praze v roce 1951, který se později sloučil s Institutem klinické a experimentální medicíny. Tato instituce umožnila propojení klinické praxe s výzkumem na vysoké úrovni. V padesátých letech byla intenzivní péče formována do samostatného oboru, a to i díky práci odborníků jako byla J. Pastorová, která podpořila vznik první anesteziologické komise a přispěla k rozvoji anesteziologie jako samostatného lékařského oboru v Československu.

Vývoj intenzivní péče v Československu v šedesátých letech byl významně ovlivněn vznikem nových přístrojů, zejména elektronických ventilátorů umožňujících pokročilou monitoraci a nastavení parametrů dýchání. Roku 1960 bylo patentováno zařízení pro umělou plicní ventilaci, což představovalo významný krok v oblasti intenzivní medicíny. Zavedení intenzivní péče do československých nemocnic začalo v roce 1965, kdy lékaři MUDr. Keszler a MUDr. Racenberg zřídili oddělení umělé plicní ventilace v Nemocnici Na Františku. Téhož roku bylo otevřeno první nelůžkové anesteziologické oddělení ve Všeobecné nemocnici v Praze a roku 1967 následovalo podobné oddělení v Kladně. V následujících letech vznikly další specializované jednotky, včetně koronárních

jednotek. V oblasti resuscitační péče byl významnou osobností MUDr. Vladimír Lemon. Působil jako chirurg a anesteziolog v kladenské nemocnici a jeho práce vedla k rozvoji diferencované péče a resuscitace v Československu. Invaze vojsk Varšavské smlouvy do Československa v roce 1968 měla za následek odchod mnoha lékařů do exilu, což způsobilo ztrátu významných osobností pro zdravotnictví. Nicméně i přes politická omezení byla sedmdesátá léta spojována s rozvojem oboru intenzivní medicíny v českých zemích.

V období sedmdesátých let dvacátého století došlo v Československu k významnému rozvoji oboru anesteziologie a intenzivní medicíny. Od roku 1971 byl tento obor základním dvoustupňovým oborem a od roku 1972 existovala i specializace pro sestry na odděleních anestezie, resuscitace a intenzivní péče. V této době začaly vznikat další jednotky intenzivní péče u interních oddělení, což vedlo k raketovému vzestupu tohoto oboru. Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 1974 důležitá metodická opatření, která definovala zásady poskytování diferencované péče a koncepci oboru anesteziologie a resuscitace. V téže době byla přijata a zavedena metodika kardiopulmonální resuscitace. V Československu bylo k roku 1976 přes sto jednotek intenzivní péče, ale aktivitu lékařů ovlivňovala politická situace, zejména kritika údajného příklonu k západní medicíně. Vznikly rovněž jednotky intenzivní péče oborová-interní ve Všeobecné nemocnici v Praze a Fakultní nemocnici v Praze, které postupně rozšířily své působení. Pro rychlou pomoc kriticky nemocným byla zřízena mobilní koronární jednotka. Ve spolupráci s vojenskými nemocnicemi byly vypracovány metodiky analgezie, anestezie a resuscitace pro raněné. Na konci sedmdesátých let byl zaveden systém statistiky zpracovávaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Také došlo k rozvoji novorozeneckých jednotek intenzivní péče, reagujících na vysokou novorozeneckou úmrtnost. Celkově byla sedmdesátá léta v Československu významná pro rozvoj oboru intenzivní medicíny a zlepšení poskytování péče kriticky nemocným pacientům.

V osmdesátých letech docházelo v Československu k významnému pokroku v oblasti diagnostiky a léčby kardiovaskulárních onemocnění. MUDr. Václav Červenka byl průkopníkem využívání koronární angiografie při infarktu myokardu, provedl také úspěšnou angioplastiku. Tato technika, umožňující zobrazit lumen cévy, se stala klíčovou pro diagnostiku a následné intervenční procedury. První selektivní koronární angiografie byla provedena roku 1970 na IKEM Fakultní Thomayerovy nemocnice, což položilo základy k rozvoji kardiochirurgie v Československu. Pracoviště IKEM vedlo ve vývoji

kardiovaskulárních intervencí a dalších technik, jako je terapeutická embolizace. Současně s tím byl využíván Swan-Ganzův katétr pro monitorování hemodynamiky srdce. Tento katétr se zavádí do velké žíly až do pravé síně srdce a slouží k měření různých parametrů krevního oběhu u kriticky nemocných pacientů. V této době také docházelo k rozvoji jednotek intenzivní péče v různých nemocnicích. Například ve Všeobecné nemocnici v Praze byla zahájena činnost jednotky intenzivní péče s osmi lůžky, která byla později transformována na oddělení akutní medicíny s dvaceti jedna lůžky. V Jihočeském kraji bylo otevřeno první samostatné oddělení ARO v nemocnici v Českých Budějovicích. Významnější roli začaly hrát také eticko-právní aspekty v medicíně. Publikace *Principles of Biomedical Ethics* autorů Toma L. Beauchampa a Jamese F. Childrese formulovala čtyři základní principy etiky medicíny, které ovlivnily diskuzi a rozhodování v bioetických otázkách po celém světě. Významné politické a společenské změny po roce 1989 vedly k transformaci československého zdravotnictví. Před pádem komunistického režimu bylo zdravotnictví autoritářské, paternalistické a materiálně nedostačující. Po roce 1989 docházelo k zásadním změnám v systému financování, regulaci a infrastruktuře, což mělo za následek zlepšení kvality péče a posílení svobody volby pacientů.

V období devadesátých let dvacátého století došlo v České republice k významným změnám ve zdravotnictví s cílem zvýšit úroveň péče a kvalitu života obyvatelstva. Po pádu komunistického režimu došlo k rychlému růstu střední délky života, přičemž byly zahájeny reformy zdravotního systému směřující k efektivitě péče a privatizaci zdravotnictví v ambulantní sféře i lékárenství. Docházelo k dramatickým změnám ve vlastnictví zdravotnických zařízení, kdy privatizace byla později zastavena kvůli obavám o dostupnost a kvalitu péče. V této době také docházelo k významným změnám ve sběru statistických údajů, což umožnilo podrobnější informace o stavu zdravotnictví a lepší porozumění potřebám obyvatel. Vznikaly nové odborné organizace a vzdělávací systémy v oblasti intenzivní medicíny, přičemž v Německu byl vytvořen nový etický kodex zdravotnických pracovníků v intenzivní péči. Tyto změny vedly ke zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče v České republice a k lepšímu plánování a rozhodování v oblasti zdravotnické politiky.

V Československu byl vývoj ošetřovatelství ovlivněn převzetím rakousko-uherského právního systému. V roce 1914 bylo vydáno nařízení o ošetřování nemocných, které stanovilo podmínky pro zřízení ošetřovatelských škol při nemocnicích. Po první světové

válce se rozšířilo civilní vzdělávání sester, což narušilo monopol řeholních sester v ošetrovatelství. Podpora vzdělávání žen a dívek od prezidenta T. G. Masaryka a jeho dcery Alice Masarykové vedla ke zlepšení úrovně ošetrovatelské péče. První česká ošetrovatelská škola byla otevřena v Praze díky úsilí Spolku pro povznesení stavu ošetrovatelky nemocných a Františky Fajfrové. Vzdělávání bylo dvouleté, s důrazem na teorii i praxi. Československý Červený kříž přivedl do Prahy americké ošetrovatelky, což pozitivně ovlivnilo české ošetrovatelství. Na Slovensku proces zakládání ošetrovatelských škol za Čechami zaostával. První ošetrovatelská škola v Bratislavě byla pod správou Kongregace milosrdných sester sv. Kříže a poskytovala pouze ošetrovatelské kurzy. Československý Červený kříž pomohl řešit nedostatek ošetrovatelského personálu po druhé světové válce otevřením Civilní ošetrovatelské školy v Brně a dalších městech. Vývoj ošetrovatelství byl charakterizován rozšířením vzdělání sester, zlepšením úrovně péče a přizpůsobením legislativy. Postupně se rozšiřovala nabídka specializací a prohlubovala se role sester ve zdravotnictví. Po roce 1948 došlo v Československu k významným změnám v ošetrovatelství a zdravotní péči. Spolek diplomovaných sester byl vyloučen z Mezinárodní rady ošetrovatelských organizací a byly prosazovány tendence proti církevním ošetrovatelským školám. Práce v nemocnicích byla náročná a nedostatek personálu vedl k neomezené pracovní době. Vláda proto zaváděla podmínky, které měly zvýšit zájem o ošetrovatelské studium. Systém profesní přípravy sester prošel obsahovými i organizačními změnami, včetně různých délek studia a zavedení samostatných oborů.

První anesteziologickou sestrou v Československu se stala Alena Stárková-Palečková, která hrála klíčovou roli ve vývoji tohoto oboru. Pracovala se Lvem Spinadlem a přispěla k odborné přípravě sester a zavedení moderních postupů. Vlivy ze Sovětského svazu ovlivnily ošetrovatelství v Československu, propagován byl například koncept Makarovské nemocnice, zdůrazňující komplexní péči a sociální aspekty zdravotní péče. Na počátku vysokoškolského ošetrovatelského vzdělání na území Československa došlo k jeho orientaci na vzdělávání sester-učitelek. Později bylo otevřeno vysokoškolské studium sester na Filosofické fakultě a Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze a na Filosofické fakultě University Komenského v Bratislavě. Po roce 1989 došlo k proměnám ve vzdělávání sester, které se přesunulo na univerzity a získalo novou koncepci. Byly zavedeny bakalářské a magisterské programy a vznikly vyšší zdravotnické školy i soukromé školy. Ve struktuře vzdělávacího systému byl mezníkem

rok 1993, kdy byl vypracován modulový vzdělávací program pro sestry pracující na různých odděleních. Tyto změny přinesly modernizaci ošetrovatelství a posílení jeho postavení jako samostatné vědní disciplíny, zaměřené na potřeby nemocných a zdravých jedinců.

Z tohoto souhrnu vývoje intenzivní péče a ošetrovatelství v českých zemích, který byl v předkládané diplomové práci podrobněji rozpracován, vyplývá, že značným mezníkem byl v tomto kontextu zejména nástup komunismu v roce 1948, který Československo do jisté míry uzavřel západním vlivům a podřídil jeho zdravotnictví ideologickým potřebám. Ačkoli z oficiální odborné literatury tohoto období, kterou jsem v průběhu práce průběžně citovala, vyplývá snaha budovat obraz bezproblémového, moderního a spravedlivého zdravotnictví, pravdou je, že československá zdravotní péče byla stížena mnoha chybami, které musely být po pádu komunismu řešeny. Ačkoli ani v současné době není české zdravotnictví bez chyby, můžeme pozorovat jeho přiblížení se západní medicíně a rychlou reflexi moderních trendů, což samozřejmě platí i o intenzivní péči a ošetrovatelství, kde rovněž dochází k jisté globalizaci poznatků.

Přínos této práce tkví podle mého názoru zejména v tom, že studium historie intenzivní péče umožňuje porozumět vývoji této disciplíny a událostem, objevům a inovacím, které k tomuto vývoji přispěly. Díky tomu můžeme lépe pochopit současný stav intenzivní péče a směřovat tak její budoucí vývoj. Studium historie intenzivní péče může také poskytnout inspiraci pro budoucí inovace a výzkum v této oblasti – porozumění tomu, jaké problémy byly řešeny v minulosti a jaké strategie jejich řešení byly úspěšné, může vést k novým myšlenkám a přístupům. Kromě toho má práce potenciál sloužit jako rámec pro konkrétnější výzkum dějin jednotlivých institucí, pracovišť, postupů, technologií či osobností. V neposlední řadě by mohla práce inspirovat vznik samostatné monografie, věnované historii intenzivní péče – v českém prostředí taková publikace dosud absentuje, což komplikuje výzkum konkrétnějších témat.

Použité zdroje

Prameny

- ADÁMEK, Jan, 1957. K „sevastopolským listům“ N. I. Pirogova. *Časopis lékařů českých*. 96 (2), s. 58-59.
- BEAUCHAMP, Tom L. a CHILDRESS, James F., 1979. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-01-9502-488-3.
- BLEKTA, M., 1953. Porodní asistentka – šířitelka zdravotní osvěty. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 3 (3), s. 129-134.
- Das Einathmen des Schwefelaethers bei chirurgischen Operationen. *Moravia*. 1847, č. 16 (6. 2.). Archiv Státní vědecké knihovny v Olomouci.
- DUFEK, Vladimír, 1974. Přednemocniční a intenzivní nemocniční péče o osoby s infarktem myokardu v Praze. *Časopis lékařů českých*. 113 (30), s. 934-935.
- ELGER, Lubor, 1959. Slovo uzdravuje i vraždí. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 9 (4), s. 246-248.
- GABRIEL, J.; PAJKRTOVÁ, B.; MOSSIG, A. et al., 1965. K možnostem diferencované péče v současných podmínkách. *Československé zdravotnictví*. 13, s. 53-59.
- GOMELSKAJA, G. L., 1951. Organisaace práce ošetrovatelek na vnitřním oddělení sloučené nemocnice, polikliniky a na obvodě. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 1 (1), s. 42-48.
- Ignác Florián Nádherný, litografie Josefa Kriehubera (1856), Eigenes Foto einer Originallithographie der Albertina (Viedeň)
- Knihy Ženským Listům zaslané. *Ženské listy. Časopis pro záležitosti žen a dívek českoslovanských*. 2 (12), s. 119.
- KRÁL, Jiří, 1990. Perspektivy našeho tělovýchovného lékařství. *Časopis lékařů českých*. 129 (49), s. 1537-1540. ISSN 0008-7335.
- MATOUŠKOVÁ, M., 1951. Uzákonění osmihodinové pracovní doby v ošetrovatelství. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 1 (1), s. 59-62.
- MEHLAN, K. H., 1954. Plánování, zařízení a provoz stanice pro nedonošené. *Československá nemocnice*. 22 (6), s. 155-161.
- MOTYČKA, Miloslav, 1977. Péče o nedonošené děti. *Rudé právo*. Roč. 57-58, č. 216, 13. září 1977, s. 3.
- MOUREK, Jindřich, 1954. Sjednávání ošetrovatelských method a techniky a jejich revise s hlediska ochranně léčebného režimu. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 4 (5), s. 290-293.
- NEUMANN, Otto, 1906. *Jak se uchrániti bolesti zubů a zachovati si zdravý chrup?* Telč: E. Šolc.

NIGHTINGALE, Florence, 1874. *Kniha o ošetřování nemocných*. Praha: Ottovo nakladatelství.

Osecký lekcionář, cca 1280, Národní knihovna ČR

PACOVSKÝ, Vladimír, 1975. *O moderním ošetřovatelství*. Praha: Avicenum.

PŘEROVSKÝ, Karel, 1953. Makarovská nemocnice. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 3 (2), s. 68-73.

SPINADEL, Lev, 1950. *Klinická anesthesiologie*. Praha: Naše vojsko.

ŠTĚPÁN, Jaromír, 1989. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-068-3.

TABOR, Margaret Emma, 1936. *Florence Nightingalová. Zakladatelka moderního ošetřovatelství*. Praha: Společnost Československého Červeného kříže.

TAUFEROVÁ, Mlada, 1951. Školení středního zdravotnického personálu. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 1 (1), s. 53-54.

TONNER, Emanuel, 1867. Florence Nightingale. *Světobzor*. 1 (18), s. 173-176.

VEJDOVSKÝ, V., 1954. Prevence očních chorob. *Praktický lékař*. 34 (1), s. 2-6.

VYŠOHLÍD, Josef, 1954. Po prvním roce zdravotnických škol. *Zdravotnická pracovnice. Časopis pro střední a nižší zdravotnické pracovníky*. 4 (7), s. 386-388.

Knížní zdroje

ACKERKNECHT, Erwin H., 2016. *A Short History of Medicine*. Revised and expanded edition. Baltimore: John Hopkins University Press. ISBN 978-1-4214-1954-1.

ANDĚL, Michal et al. *Velké dějiny země Koruny české. Tematická řada, Lékařství*. Praha: Paseka, 2023. 694 s. ISBN 978-80-7637-331-0.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-X.

ARORA, Nitin a Laha SHONDIPON, 2010. *A Beginner's Guide to Intensive Care Medicine. A Handbook for Junior Doctors and Allied Professionals*. Abingdon: Radcliffe Publishing. ISBN 978-18-461-9451-1.

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.

BARTŮŇEK, Petr, Radek PTÁČEK et al., 2019. *Technologické pokroky v medicíně: v etických a psychologických souvislostech*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1322-4.

BOHUŠ, Ondrej et al., 1987. *Anesteziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN neuvedeno.

- CUNHA, Burke A. a Burke CUNHA, 2009. *Infectious Diseases in Critical Care Medicine*. Boca Raton: CRC Press. ISBN 978-14-2009-241-7.
- FARKAŠOVÁ, Dana et al. 2005. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2008. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- FARKAŠOVÁ, Dana, 2009. *Ošetrovatelstvo – teória*. 3. doplnené vyd. Martin: Osveta, 245 s. ISBN 978-80-8083-322-6.
- FIRMENTA, Jozef et al., 2013. *História anestéziológie a intenzívnej medicíny na Slovensku*. Košice: Knižka Hanzlúvka. ISBN 978-80-89546-10-1.
- GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- HADAČOVÁ, Magdaléna, 1997. *LEMON 1: učebný materiál pre ošetrovatelstvo*. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov. ISBN 80-967-0-4.
- HALUZÍKOVÁ, Jana, Bohdana BŘEGOVÁ et al., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5329-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HAVRÁNEK, Jan, KAVKA, František (ed.). *Stručné dějiny University Karlovy*. Praha: Universita Karlova ve Státním pedagogickém nakladatelství, 1964.
- HOŘEJŠÍ, Jaroslav (ed.), 2011. *IKEM 40: 1971-2011*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-717-2.
- JEŘÁBEK, Čestmír, 2008. *V zajetí stalinismu: z deníků 1948-1958*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-27-5.
- KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-123-3.
- KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo 1. a 2. diel*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- KRIŠTOFOVÁ, Mária, 2000. *Prvá ošetrovatel'ská škola na Slovensku. Korene ošetrovatel'ského procesu*. Nitra: S. n. ISBN neuvedeno.
- KUBICOVÁ, Ľubica et al. 2005. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2005. 151 s. ISBN 80-8063-176-X.
- KUMBÁLEK, Karel, 1985. *Zdravotnická technika*. Praha: Avicenum, 1985.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6654-6.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- LIEHNE, Josef, 2014. *Od historie k současnosti: almanach 1894-2014*. Ústí nad Labem: Krajská zdravotní. ISBN 978-80-260-6259-2.
- MÁLEK, Jiří et al., 2016. *Praktická anesteziologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-563-25.
- MARKOVÁ, Marie, 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-545-7.
- MCDONALD, Lynn, 2010. *Florence Nightingale At First Hand. Vision, Power, Legacy*. 1st edition. New York: Bloomsbury. 224 s. ISBN 978-0826-44181-2.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; HERNOVÁ, Renáta a ZAJÍČKOVÁ, Marie, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1442-6.
- MOŽNÝ, Ivo, 2002. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-624-1.
- PACOVSKÝ, V., 2008. Proč potřebujeme teorii ošetrovatelství? *Medical Tribune*. 4 (2). A15. ISSN 1214-8911.
- PALENČÁŘ, M., 2009. *Ošetrovatelstvo ako veda. Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2. preprac. vyd. Martin: Osveta. 324 s. ISBN 80-8063-304-2.
- PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
- POCHYLÁ, K., 2005. *České ošetrovatelství I*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-420-8.
- POKORNÝ, Jiří, 1989. *Anesteziologické a resuscitační postupy za mimořádných podmínek*. Praha: Avicenum.
- SALFELLNER, Harald, 2018. *Španělská chřipka. Příběh pandemie z roku 1918*. Praha: Vitalis. ISBN 978-80-7253-332-9.
- SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1988. *Ošetrovatelství I: učebnice pro střední zdravotnické školy, studijní obor zdravotní sestra*. Praha: Avicenum.
- SVOBODNÝ, Petr a HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1.
- ŠÁLKOVÁ, Jana et al., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0844-2.

- ŠEBLOVÁ, Jana, Jiří KNOR et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.
- ŠEVČÍK, Pavel et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- ŠIMEK, Jiří et al., 2002. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0507-4.
- ŠOTOLOVÁ, Marie, 2014. *100 let českobudějovické nemocnice 1914-2014*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-905041-4-1.
- TINKOVÁ, Daniela, 2012. *Zákeřná mepfitis: zdravotní policie a veřejná hygiena v pozdně osvícenských Čechách*. Každodenní život. Praha: Argo. 350 s. ISBN 978-80-257-0636-7.
- VARON, Joseph a Pilar ACOSTA, 2010. *Handbook of Critical and Intensive Care Medicine*. ISBN 978-03-8792-851-7.
- ZUSSMAN, Robert, 1992. *Intensive care. Medical Ethics and the Medical Profession*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 978-02-2699-635-6.

Časopisecké zdroje

- CSISKO, Matej, 2011. Metaparadigma ošetrovatelství. *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 21 (7-8), s. 25-26. ISSN 1210-0404.
- DRÁBEK, T., 2007. Emergency Preservation and Resuscitation – nová šance pro oběti traumatické srdeční zástavy. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 18 (6), s. 351-357. ISSN 1805-4412.
- DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2012. Historie a vývoj oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína v České republice z pohledu časových milníků a statistických čísel. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 23 (6), s. 287-290. ISSN 1805-4412.
- FORT, Alfredo L. et al., 2017. The Human Resources for Health Effort Index: a tool to assess and inform Strategic Health Workforce Investments. *The Human Resources for Health*. 15, 47. ISSN 1478-4491. doi: 10.1186/s12960-017-0223-2
- HACZYŃSKI, Józef; SKRZYPCZAK, Zofia a MAŁGORZATA, Winter, 2017. Nurses in Poland – Immediate Action Needed. *Engineering Management in Production and Services*. 9 (2), pp. 97-104. ISSN 2543-912X.
- HADINCOVÁ, Jana, 1998. Práce anesteziologické sestry na kardiochirurgickém sále při operaci v mimotělním oběhu. *Sestra*. 8 (3), s. 16. ISSN 1210-0404.
- HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, 1999. Vysokoškolské vzdelávanie v ošetrovatelstve z pohľadu minulosti, prítomnosti a smerovanie do budúcnosti. *Slovenský zdravotník*. 9 (5), s. 8-9. ISSN 1335-4388.

- HRKOTÁČ, Štefan, 2004. Niekoľko poznámok k 50. výročiu založenia zdravotníckeho školstva. II. časť – stredné zdravotnícke školstvo. *Lékařský obzor*. 53 (2), s. 60-62. ISSN 0457-4214.
- KELLY, Fiona E. et al., 2014. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*. 14 (4), pp. 376-379. ISSN 1918-3011.
- KRCHOVOVÁ, Ivanka, 2009. Jaké jsme byly – sestry před 50 lety. *Florence*. 1, s. 17-18. ISSN 1801-464X.
- KUSHNER, Howard I., 2008. Medical historians and the history of medicine. *The Lancet*. 372 (9640), pp. 710-711. ISSN 0140-6736. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61293-3.
- KUTCHER, Matthew E; FORSYTHE, Raquel M. a TISHERMAN, Samuel A., 2016. Emergency preservation and resuscitation for cardiac arrest from trauma. *International Journal of Surgery*. 33, pp. 209-212. ISSN 2210-2612.
- MOROVICSOVÁ, Eva, 2005. Pôsobnosť sestier v prvej Československej republike. *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík*. 11 (3), s. 172-174. ISSN 1335-5090.
- PEREGRIN, J., 2002. Radiologie v IKEM – historie a současnost. *Časopis lékařů českých*. 2002, 141 (16), s. 528-529. ISSN 0008-7335.
- POKORNÝ, Jiří a LEMON, Vladimír, 2013. Vývoj anesteziologie a resuscitace v kladenské nemocnici a vzpomínky primáře MUDr. Vladimíra Lema. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2013, 24 (4), s. 292-298. ISSN 1214-2158.
- POKORNÝ, Jiří a TRÁVNÍČEK, Václav, 2007. Lev Spinadel – zakladatel oboru anesteziologie v Československu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 18 (1), s. 45-49. ISSN 1805-4412.
- POKORNÝ, Jiří, 2007. První anesteziologická sestra v Československu – d. s. Alena Stárková-Palečková. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 18 (4), s. 241-243. ISSN 1214-2158.
- POKORNÝ, Jiří, 2008. Profesor Peter J. Safar, MD (1924-2003) – neuvěřitelná životní dráha. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 19 (5), s. 305-314. ISSN 1805-4412.
- POKORNÝ, Jiří, 2011. Vývoj oboru anesteziologie a resuscitace na lékařských fakultách v Praze. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 22 (1), s. 33-41. ISSN 1805-4412.
- POLÁČEK, P. et al., 2006. Současný přístup k diagnostice a léčbě pacientů s akutními koronárními syndromy. *Časopis lékařů českých*. 145 (4), s. 269-271. ISSN 0008-7335.
- PRIN, Meghan a WUNSCH, Hannah, 2012. International comparisons of intensive care. Informing outcomes and improving standards. *Current Opinion in Critical Care*. 18 (6), pp. 700-706. ISSN 1531-7072.
- PURI, Nitin, Vinod PURI a R. P. Dellinger, 2009. History of Technology in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*. 25 (1), pp. 185-200. ISSN 0749-0704.
- REISNER-SÉNÉLAR, Louise, 2011. The birth of intensive care medicine. Björn Ibsen's records. *Intensive care medicine*. 37 (7), pp. 1084-1086. ISSN 1432-1238.

RUSINOVÁ, Kateřina, 2010. Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího pacienta v resuscitační péči. *Kazuistika. Psychosom.* 8 (3), s. 165-175. ISSN 1214-6102.

SALFELLNER, Harald, 2020. Odhad počtu obětí španělské chřipky v českých zemích v letech 1918 až 1920. *Demografie.* 62 (3), s. 182-196. ISSN 1805-2991.

STAŇKOVÁ, Marta, 2000. Vzdělávání sester v Evropské unii. *Sestra.* 10 (7), s. 21-23. ISSN 1210-0404.

SVOBODNÝ, Petr, 2018. Dějiny medicíny jako dějiny vědy a vzdělanosti. *Acta Universitatis Carolinae – Historia Universitatis Carolinae Pragensis.* 58 (2), pp. 77-83. ISSN 2336-5730.

ŠTĚPÁN, Jiří, 2012. Exil československých lékařů do Švédska po roce 1968. *Časopis lékařů českých.* 151 (12), s. 582-584. ISSN 1805-4420.

TEMPO, Kristi a Cherylee W. J. CHANG, 2022. The History of Neurocritical Care as a Subspecialty. *Critical Care Clinics.* 39 (1), pp. P1-15. ISSN 0749-0704. doi: 10.1016/j.ccc.2022.06.001

VETEŠNÍK, Jakub, 2007. Počátky éterové anestezie na Moravě v únoru 1847. *Anesteziologie a intenzivní medicína.* 18 (4), s. 244-246. ISSN 1805-4412.

VINCENT, Jean-Louis, 2011. Obituary: Dr Max Harry Weil. *Critical Care.* 192 (15). ISSN 1530-0293. doi: 10.1186/cc10347

WAREN, Jasmine L. a WARREN, Jimmie S., 2023. The Case for Understanding Interdisciplinary Relationships in Health Care. *The Ochsner Journal.* 23 (2), pp. 94-97. ISSN 1524-5012.

WEIL, Harry Max a TANG, Wanchun, 2011. *From Intensive Care to Critical Care Medicine A Historical Perspective. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 183 (11). ISSN 1535-4970. doi: 10.1164/rccm.201008-1341OE

WIDIMSKÝ, Jiří, 2007. Klement Weber. *Časopis lékařů českých.* 146 (8), s. 24-26. ISSN 0008-7335.

ZELENÍKOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D., 2013. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (evidence based nursing). *Kontakt.* 15 (1), s. 7-13. ISSN 1212-4117.

Právní předpis

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky.* částka 131, s. 4734. ISSN 1211-1244

Elektronické zdroje

CVACHOVEC, Karel, 2019. Bylo uplynulých 30 let revolučních i pro obor AIM? [online]. KARIM 2. LF UK ve FN Motol, FZS TU v Liberci, KAİM IPVZ Praha. [Cit. 2024-03-25]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publication/000414/a-akutn-2019-cvachovec.pdf>

DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN, 2023. Beatmungsgerät „Eiserne Lunge“ [online]. Sammlung Online. [Cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://sammlung.dhmd.digital/object/09df447b-e84e-4d7e-b2b7-c1274a04d539>

DRÁBKOVÁ, 2021. Intenzivní medicína 21. století – významná, dynamická, perspektivní [online]. Medicína po promoci. [Cit. 2024-03-29]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/intenzivni-medicina-21-stoleti-vyznamna-dynamicka-perspektivni/>

CHAMBERLAIN, Douglas A. et al., 2007. *Cardiac Arrest. The Science and Practice of Resuscitation Medicine* [online]. Cambridge: Cambridge University Press [Cit. 2023-10-10]. ISBN 978-11-394-6570-0. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Cardiac_Arrest/inud-udaRFwC?hl=cs&gbpv=0

KAR 3. LF, 2024. Historie kliniky [online]. Katedra anesteziologie a resuscitace. [Cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.kar3lf.cz/historie/>

KAŠPÁRKOVÁ, Jana a MÁDLOVÁ, Ivana, 2009. Ošetrovatelství jako vědní obor [online]. Mefanet, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova. [Cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=18>

PORTER, Roy a Andrew WEAR, 2018. *Problems and Methods in the History of Medicine* [online]. London: Routledge. ISBN 978-04-296-7672-7. [Cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=youADwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.

PROSESTRU, 2019. Vzdělávání sester: aktuální situace v kostce [online]. proSestru, 7. ledna 2019. [Cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/vzdelavani-sester-aktualni-situace-v-kostce-106920>

STLUKOVÁ, Iva, 2023. Ste výročí hýskovského rodáka, lékaře a hudebníka, MUDr. Vladimíra Lemona [online]. Berounský region. [Cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://www.berounskyregion.cz/2023/06/05/ste-vyroci-hyskovskeho-rodaka-lekare-a-hudebnika-mudr-vladimira-lemona/>

Seznam obrázků

| | |
|---|----|
| Obrázek č. 1 – Florence Nightingale | 19 |
| Obrázek č. 2 – Železné plíce | 20 |
| Obrázek č. 3 – Anežka Česká | 27 |
| Obrázek č. 4 – Peter J. Safar | 30 |
| Obrázek č. 5 – Ignác Florián Nádherný | 32 |
| Obrázek č. 6 – plk. MUDr. Lev Spinadel, CSc. | 38 |
| Obrázek č. 7 – doc. MUDr. Bořivoj Dvořáček, CSc. | 39 |
| Obrázek č. 8 – MUDr. Vladimír Lemon | 42 |
| Obrázek č. 9 – Alena Stárková – Palečková | 55 |
| Obrázek č. 10 – Vybrané údaje zjištěné ÚZIS a podrobněji propočtené pro ČSARIM...61 | |

Seznam zkratek

| | |
|-----------------|---|
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| 1. LF UK | Lékařská fakulta Univerzity Karlovy |
| EBM | Evidence – based medicine (medicína založená na důkazech) |
| USA | Spojené státy americké |
| CPR | Kardiopulmonální resuscitace |
| LTACHs | Nemocnice poskytující dlouhodobou intenzivní péči |
| ARDS | Syndrom akutního respiračního selhání |
| DA | Diploma of Anaesthetics |
| ÚCHOK | Ústav pro choroby oběhu krevního |
| IKEM | Institut klinické a experimentální medicíny |
| ARO | Anesteziologicko – resuscitační oddělení |
| ČSL JEP | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně |
| ILF | Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů |
| ÚVN | Ústřední vojenská nemocnice |
| AIM | Anesteziologie a intenzivní medicína |
| SZS | Stanice záchranné služby |
| RZP | Rychlá zdravotnická pomoc |
| KARIM | Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR |
| KSČ | Komunistická strana Československa |
| ICN | Mezinárodní rada ošetrovatelských organizací |
| SPOFA | Spojené farmaceutické závody |
| FN | Fakultní nemocnice |
| ČSARIM | Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny |
| EPR | Emergency Preservation and Resuscitation |
| ECMO | Extrakorporální membránová oxygenace |
| CRRT | Kontinuální náhrada funkce ledvin |
| UPV | Umělá plicní ventilace |
| EBN | Ošetrovatelství založené na důkazech |
| NCO NZO | Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |