



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Historie a současnost kritické a intenzivní péče

Vypracovala: Nicole Hovorková

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice

2016

Abstrakt

Cílem bakalářské práce s názvem „Historie a současnost kritické a intenzivní péče“ bylo zmapovat dějiny poskytování kritické a intenzivní péče, a to jak na našem území, tak v celosvětovém kontextu.

Práce je zaměřená na období vzniku a rozvoje intenzivní péče, od 50. do 80. let. Snahou bylo popsat počátky oboru a porovnat historii se současným stavem oboru. Jedná se o práci teoretickou a je vypracována metodou podrobné rešerše sekundárních i primárních pramenů. Je rozdělena do dvou částí. První je věnována intenzivní péči a jejímu vývoji ve světě i u nás. Druhá část obsahuje informace intenzivní a resuscitační péče v nemocnicích Jihočeského kraje, které jsem nashromáždila během studia materiálů poskytnutých oblastními archívy.

První kapitola a druhá kapitola je věnována dějinám ošetřovatelství jak ve světě, tak u nás. Slouží pro lepší orientaci pro následující kapitoly. Třetí kapitola se zabývá již samotnou intenzivní péčí. Je popsáno mnoho jejích aspektů, a je provedena i komparace v dějinném i celosvětovém kontextu.

Ve čtvrté kapitole se dostáváme k druhé části bakalářské práce, která je doplňována poznatky z nalezených archivních materiálů.

Součástí práce jsou i některé fotografie, které se podařilo pořídit během návštěvy muzea Národní lékařské knihovny či během návštěv archívů.

Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem „Historie a současnost kritické a intenzivní péče“ bylo zmapovat dějiny poskytování kritické a intenzivní péče na našem území i v celosvětovém kontextu. Jedná se o historickou studii, která zpracována metodou podrobné rešerše.

Pro detailní analýzu tématu bylo zapotřebí prostudovat celou škálu českých i zahraničních zdrojů, a to jak sekundárních, tak i primárních. V rámci vypracování „výzkumné“ části práce byl navštíven Státní okresní archiv Českých Budějovicích. Na jejich doporučení jsme se obrátili na Státní oblastní archiv v Třeboni, a odsud jsme dále zamířili do okresních archívů v Táboře, Prachaticích a Českém Krumlově. Zde nám

bylo umožněno nahlédnout do většinou nezpracovaných (a pro širší veřejnost nepřístupných) fondů nemocnic.

Ze získaných poznatků, které jsou shrnuty v této práci, si lze udělat představu o době, kdy byly dané informace zveřejněny a jakým způsobem se obor rozvíjel.

Tuto práci lze využít jako zdroj pro další výzkum dějin ošetrovatelství. Jeho stručný přehled výsledků práce je možno publikovat v odborném tisku.

Klíčová slova

Anesteziologická, resuscitační a intenzivní péče, historie, vývoj, ošetrovatelství, sestra

Abstract

The title of the bachelor thesis is „History of Critical and Intensive Care - Past and Present“. Its main aim is to describe its origins in order to explore the history of providing critical and intensive care, both in the Czech Republic and in a global context, and also in comparison to the current state of the medical field.

This work is focused on the period of development of intensive care, from the 50s to the 80s. It is a theoretical work done by detailed research of secondary and primary sources. It is divided into two parts. The first is dedicated to intensive care and its global development and in the Czech Republic. The second part contains data about intensive care within the hospitals of South Bohemia, which I have gathered during the study of materials provided by the local archives.

The first chapter and the second chapter is dedicated to the history of nursing, both worldwide and in the Czech Republic. It serves for better orientation in the next chapter. The third chapter deals with intensive care itself. It is described in many of its aspects and in its historical and global context.

The fourth chapter brings us to the second part of the thesis, which is supplemented with information from archival materials found during the research in regional archives. The thesis includes some photos that were captured either during a visit to the Museum of the National Medical Library, or during visits to the archives.

Conclusion:

The title of the bachelor thesis is „The History and the Present of Critical and Intensive Care“ and its main aim was to describe its origins in order to explore the history of providing critical and intensive care, both in the Czech Republic and in a global context, and also in comparison to the current state of the medical field.

This was a historical study done by detailed research of secondary and primary sources. A study of a wide range of Czech and foreign sources, both secondary and primary, was required for a detailed analysis of the subject. We visited the State District Archives of České Budějovice at the beginning of the research. On their recommendation we turned to the regional state archives in Třeboň, and from there we

headed to the district archives in Tábor, Český Krumlov and Prachatice. Here we were given access to the majority of unprocessed documents which are inaccessible to the general public.

The findings, which are summarized in this work, give an idea about the time the information was published and how the field has developed during the years. This work can be used as a source for further research on the history of nursing. A brief overview of the results of the work can be published in professional journals.

Key words

Anesthetic, resuscitation and intensive care, history, development, nursing, nurse

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat PhDr. Andree Hudáčkové za velikou trpělivost při odborném vedení mé práce, za cenné rady a připomínky, a za čas, který mi věnovala.

Při psaní této práce jsem oslovila mnoho lidí, kteří mi s bádáním ochotně pomohli. I jim patří poděkování, neboť bez nich bych psala práci mnohem déle, než by mi bylo milé.

Děkuji Mgr. Haně Svobodové za podporu a věcná doporučení, díky kterým se mi snáze psalo.

Také děkuji Mgr. Šimonu Krýslovi za poskytnutí cenné literatury a za prohlídku inventáře muzea.

Bc. Monice Hüttllové děkuji korekturu pravopisu a gramatiky. Její připomínky mě svou humorností pozvedly na duchu, když jsem to nejvíce potřebovala.

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	13
Cíl	14
Metodika	14
1. Vývoj ošetrovatelství	
1.1 Počátky ošetrovatelství.....	15
1.2 Počátky ošetrovatelství v českých zemích	16
2. Historický vývoj v ČSR	
2.1 Vývoj ošetrovatelství v letech 1918-1945.....	18
2.2 Vývoj ošetrovatelství po roce 1945.....	20
3. Intenzivní péče – definice, vznik, vývoj	
3.1 Definice pojmů - intenzivní péče, diferencovaná péče, dlouhodobá péče	21
3.2 Eticko-právní aspekty v intenzivní medicíně	24
3.3 Vznik a vývoj intenzivní péče ve světě.....	28
3.4 Vznik a vývoj intenzivní péče v ČSR – 50. - 60. léta	
3.4.1 Počátky.....	34
3.4.2 Vliv zahraničí.....	39
3.4.3 Vzdělávání v intenzivní péči.....	42
3.4.4 Kompetence sestry v intenzivní péči	45
3.5 Současnost a trendy	49
3.6 Předpoklady.....	52

4. Oddělení JIP a ARO ve vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji	
4.1 České Budějovice.....	56
4.2 Český Krumlov	61
4.3 Prachatice	63
4.4 Písek	66
4.5 Tábor	69
5. Závěr	70
6. Zdroje	
6.1 Primární zdroje.....	71
6.2 Monografie	73
6.3 Periodika.....	75
6.4 Kvalifikační práce	78
6.5 Internetové zdroje.....	79
7. Přílohy.....	80

Seznam použitých zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČSR	Československá republika
ČSSR	Československá socialistická republika
JIP	jednotka intenzivní péče
NLK	Národní lékařská knihovna
ČSČK	Československý Červený kříž
TBC	tuberkulóza
ROH	revoluční odborové hnutí
IM	intenzivní medicína
PRIM	pracoviště intenzivní medicíny
RES	resuscitační jednotka
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
DIOP	dlouhodobá intenzivní péče
OCHRIP	oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
ATB	antibiotika
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
UPV	umělá plicní ventilace
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
ÚCHOK	Ústav pro choroby oběhu krevního
ÚKECH	Ústav klinické a experimentální chirurgie
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
UNRRA	The United Nations Relief and Rehabilitation Administration (Správa Spojených národů pro pomoc a obnovu)
WHO	World Health Organization
EKG	elektrokardiogram
TT	tělesná teplota
TK	krevní tlak

P	puls
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
KNV	Krajský národní výbor
ORL	otorhinolaryngologie (ušní, nosní, krční)
ONT	Okresní nemocnice Tábor

Úvod

Téma „Historie a vývoj kritické a intenzivní péče“ jsem si vybrala ze dvou důvodů: prvním důvodem je můj dlouhodobý zájem o celosvětové dějiny, o historii medicíny a o vojenské zdravotnictví, druhým je zaměření na intenzivní péči, kterému se chci v budoucnu nadále věnovat. Chtěla jsem takto spojit dvě věci, které mě nepřestávají fascinovat, a sepsat tak práci, která mě nejenom bude bavit, ale která by mohla posloužit dalším lidem, kteří se touto tematikou zabývají, tak jako mně pomohly mnohé obdobné práce jiných kolegyň.

Intenzivní péče je specifická péče poskytovaná pacientům ohroženým na životě kvůli riziku selhání životních funkcí či selhání jednoho anebo více orgánů. Tyto pacienty je třeba mít neustále pod dohledem, proto je péče poskytovaná na specializovaných odděleních – na jednotkách intenzivní péče.

Pro pacienty, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo u kterých k tomu již došlo, je nejvhodnější hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Je jim poskytnuta komplexní resuscitační péče a individualizovaná léčba v závislosti na diagnóze. Lékař je přítomen kontinuálně. Dnes jsou tato oddělení součástí téměř každé kliniky či nemocnice, a možná právě proto jsem se zaměřila na období, kdy tento standard nebyl takovou samozřejmostí.

Historie medicíny jako takové byla popsána nesčetněkrát a lze k ní najít řadu dostupných zdrojů, které jsou čtivé i pro laickou veřejnost. Stejně tak je tomu v případě historie ošetrovatelství. V souvislosti s připomenutím 100 let od první světové války jsem se chtěla věnovat dějinám odvětví, které je s válkou úzce spjaté, a jehož vývoj si zaslouží bližší prozkoumání. Válečné stavy se nepochybně podílely a stále podílejí na rozvoji vědy, techniky, lékařství, a v neposlední řadě ošetrovatelství.

Prvopočátky poskytování kritické a intenzivní péče můžeme sledovat již zde, byť se první samostatné jednotky intenzivní péče začaly zakládat až koncem 60. let minulého století. Do jejich založení byli pacienti ukládáni na pokoj s různě závažným zdravotním stavem, chybělo podstatné technické vybavení a zdravotnický personál, který by byl dostatečně kvalifikovaný pro poskytování takové péče.

Cíl

Cílem bakalářské práce s názvem „Historie a současnost kritické a intenzivní péče“ bylo zmapovat dějiny poskytování kritické a intenzivní péče na našem území i v celosvětovém kontextu. Užší zaměření práce se týká poskytování intenzivní péče v Jihočeském kraji a analýzy vývoje oboru na daném území. Výzkum je zaměřen na nemocnice v Českých Budějovicích, Táboře, Písku, Prachaticích, a v Českém Krumlově.

Metodika

Tato práce je historickou studií. Je zpracována metodou podrobné rešerše. Pro detailní analýzu tématu bylo zapotřebí prostudovat celou škálu českých i zahraničních zdrojů, a to jak sekundárních, tak i primárních.

Úvodem do problematiky byla návštěva Národní lékařské knihovny, kde nám byla Mgr. Krýslem doporučena a zapůjčena vhodná literatura, mimo jiné i prvovýtisky (např. Spinadelova *Klinická Anesteziologie*) a umožněna prohlídka inventáře. Pro získání obecnějšího přehledu o daném tématu byla spolupráce s Mgr. Krýslem a klíčová – díky jeho radám bylo vyhledávání a samostatná rešerše mnohem jednodušší. Pro vyhledávání literatury nebyly využity služby knihovny. Rešerše byla takto sice časově náročnější, ale umožnilo nám takto získat přehled o celém spektru dostupných zdrojů.

První část práce je vypracována z několika prvních vydání publikací a periodik z oboru anesteziologie a resuscitace. První a druhá kapitola vychází ze sekundární literatury, jelikož historii samotného ošetřovatelství toho bylo napsáno mnoho, a proto jsme se domnívali, že již není co dodat. Pro třetí kapitolu a dál se nám ovšem podařilo získat nemalé množství informací z dobových časopisů, prvních vydání knih a archívních materiálů. Vzhledem k podobnosti témat některých článků, mohla být provedena jejich komparace.

K druhé části práce byly použity rozličné materiály nalezené v nemocničních fondech oblastních archívů a čerpané z jiných běžně dostupných zdrojů. Bakalářská práce je doplněna nejrůznějšími fotografiemi týkající se tématu, součástí jsou i fotografie zapůjčených archívních materiálů a předmětů z inventáře NLK.

1. Vývoj ošetřovatelství

1.1. Počátky ošetřovatelství

Ošetřovatelství lze definovat jako péči o nemocné, děti a novorozence. Její počátky můžeme vysledovat až do starověku, kdy se o nemocné starali hlavně jejich blízcí, nebo se o sebe nemocní starali sami. Tato péče je nazývána „laickou“ nebo neprofesionální péčí, někde bývá i uváděn výraz „sebepéče“ (nezaměňovat s jeho moderním pojetím podle Oremové - Kutnohorská 2010).

V předkřesťanské společnosti byly veškeré léčitelské znalosti založené na pouhé zkušenosti, které se předávaly ústní formou z generace na generaci. Nejpopulárnějšími osobami, které se ujímaly léčby nemocného, byli převážně šamani či kněží, kteří byli autoritami nejen v medicínské sféře, ale hlavně tam, kde bylo zapotřebí ovlivňovat „vyšší moc“ (např. komunikace s duchy - Plevová, Slowik 2010).

K systematické organizaci ošetřovatelské péče docházelo postupně až s rozvojem křesťanství na našem území, kdy se začala soustřeďovat do církevních budov. Mluvíme zde o „charitativní“ péči, která se od laické liší právě svou organizovaností a filosofií křesťanského milosrdenství a morální povinnosti („Pomáhej bližnímu svému“). Poskytovaly ji církevní řády převážně v klášterních špitálech, kde se nemocným věnovala cílená a systematická pozornost (Kutnohorská 2010). Postupem času z těchto center začaly vznikat první nemocnice. Medicínské znalosti a zkušenosti se díky mnichům dařilo uchovávat písemně. Charitativní péče je poskytována v mnoha formách dodnes (Plevová, Slowik 2010).

Ošetřovatelská péče je pevně spojena se ženami. Pohlédneme-li do dějin, najdeme zde mnoho žen-léčitelek a pečovatelek (např. známá Hildegarda z Bingen). Pro svou potřebu „mateřské“ lásky a potřeby starat se o druhé je tento obor i v dnešní době považován za ženský, byť v něm čím dál častěji pracují muži.

Profesionální ošetřovatelství se začíná objevovat až v 19. století, kdy je silně ovlivněno společenským děním, skokovým vývojem vědy a medicíny samotné. Nejvíce se však na rozvoji lékařství a ošetřovatelství podepsaly války. Právě kvůli Krymské

válce vyslovila Florence Nightingale (kromě jiných důležitých aspektů moderního ošetrovatelství) potřebu oddělit těžce raněné a nemocné vojáky od vojáků s méně závažnými diagnózami. Mnoho vojáků sice padlo v bitvě, nicméně jich daleko více zemřelo v důsledku nedostatečné hygieny na různé infekční choroby (cholera, tyfus). Florence se podařilo zavedením základních hygienických opatření, zdravé stravy a lidským přístupem k nemocnému snížit úmrtnost z 60 % na pouhých 2 %, a tím dokázat, jak souvisí dodržování hygieny se zdravím člověka (Kutnohorská, 2010).

Dějiny intenzivního ošetrovatelství jsou sice pevně spjaty s ní, nicméně první, kdo přišel s nápadem diferencované péče, byl Napoleonův osobní lékař Dominique Larrey, a to z důvodu nedostatku zdravotnického materiálu a prostředků. Z jeho konceptu rozdělování raněných na ty, kteří pravděpodobně přežijí (a je jim poskytnuta pomoc), a na ty, u kterých je pravděpodobnost přežití mizivá, dnes vychází princip třídění raněných při hromadných nehodách, tzv. triage (Ševčík et al., 2014).

Dalšími osobnostmi, které v 19. století znatelně ovlivnily vývoj ošetrovatelství, byli Nikolaj Ivanovič Pirogov (který stál na opačné straně fronty Krymské války než F. Nightingale), či Jean Henri Dunant - zakladatel Červeného Kříže, který vycházel ze svých zkušeností v bitvě u Solferina. (Plevová, Slowik 2010).

V USA k rozvoji ošetrovatelství významně přispěla občanská válka, která trvala v letech 1861-1865, kde se sestry staly regulérní součástí armády.

1.2. Počátky ošetrovatelství v českých zemích

Na našem území poskytovalo pomoc potřebným mnoho křesťanských řádů. Křesťanské řády se rozdělují na církevní (řádový život v klášteře), rytířské (šíření a ochrana víry, členové jsou rytíři) a světské (věnují se pomoci bližnímu). Členové těchto řádů chápali pomoc bližnímu jako službu Bohu. Obětování se stalo jejich životním cílem, dobrovolně se vzdávali svého majetku ve prospěch svého řádu a skládali slib chudoby. Počátky řádového ošetrovatelství můžeme dohledat v 10. století.

Z nejznámějších řádů, které působily na našem území, můžeme jmenovat Řád sv. Lazara Jeruzalémského, Řád sv. Jana Jeruzalémského (johanité), Suverénní

maltézský rytířský řád, Řád křižovníků s červenou hvězdou (založen sv. Anežkou Českou), klarisky (ženské společenství spadající pod františkány), alžbětinky, boromejky, nebo diakonky (Kutnohorská, 2010).

V období 11. století se rozmáhá i laická péče. Kvůli narušování klášterního klidu se ošetřování nemocných přesouvá z církevních prostorů a jejich péče se předává do rukou laiků (Plevová, Slowik 2010).

První útulky, kam se mohli nemocní uchýlit, vznikaly od 10. století. Prvním historicky prokázaným byl útulek pro cizozemské kupce z roku 980, který stál v místech Staroměstského náměstí v Praze. Měl sloužit 12 nemocným, které ošetřovalo 7 žen. Později došlo k jeho rozšíření a přijímal chudé a nemocné obyvatele Prahy.

Asi nejznámější a nejvýznamnější osobností, která se zasloužila o rozvoj ošetrovatelství v českých zemích, byla Anežka Přemyslovna. Jejím otcem byl Přemysl Otakar I., jejím synovcem byl Přemysl Otakar II. I přesto, že byla dvakrát zasnoubena, zasvětila svůj život Bohu a pomoci chudým a potřebným. Poté, co zemřel její druhý snoubenec, odmítla další nabídky k sňatku, a vstoupila do řádu klarisek. Díky podpoře své rodiny založila v roce 1233 první zaalpský klášter sv. Františka při kostele sv. Haštala, a v roce 1234 špitál Na Františku, který je nejstarší nepřetržitě fungující nemocnicí v evropském regionu. Ze zde působícího laického bratrstva se později vyvinul Rytířský řád křižovníků s červenou hvězdou (jediný řád českého původu). Roku 1989 byla svatořečena (Kutnohorská, 2010).

Jinou (o něco méně známou) osobností byla Zdislava z Lemberka, žena taktéž urozeného původu a zbožného smýšlení. Po svatbě se odstěhovala na hrad Lemberk v severních Čechách, kde rozvinula svou charitativní činnost. Jako laická spolupracovnice vstoupila do řádu dominikánů, který společně se svým manželem finančně podporovala. Zmínku o jejích zásluhách lze najít v Dalimilově kronice: „Pět mrtvých boží pomocí vzkřísila, mnoha slepým zrak vrátila, chromých a malomocných mnoho uzdravila...“

Bývá uváděná jako patronka manželského a rodinného života a příklad skromnosti a laskavé péče. Zemřela mladá, asi ve věku 32 let, zřejmě vyčerpaná starostmi o druhé a vlastní rodinu. Svatořečena byla roku 1995 (Kutnohorská, 2010).

V době osvícenské došlo díky tereziánským a josefínským reformám k velkým změnám; byly vytvořeny nové zdravotnické zákony, nový ucelený systém zdravotní správy, změnil se i systém výuky a školství celkově. Od poloviny 18. století vznikaly první všeobecné nemocnice, a to v Brně, Olomouci a Praze. Souběžně s nemocnicemi byly založeny i porodnice. Osvícenské reformy měly kladný dopad na obyvatelstvo kvůli rozšíření všeobecného povědomí o zdravotní péči a hygieně (Kutnohorská, 2010).

Velký posun v ošetřovatelství nastal v 19. století. Pro toto období je příznačná emancipace, národnostní cítění, vznik nejrůznějších spolků (např. Ženský výrobní spolek), vědomí o potřebě vzdělání a touha po lepším zdraví (Plevová, Slowik 2010).

V této době vznikla první česká ošetřovatelská škola, v Rakousku-Uhersku první svého druhu, o kterou se zasloužily dámy Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská ve spolupráci se Spolkem lékařů českých. Po sedmi letech činnosti byla z různých důvodů (nedostatečná podpora ze strany radních, odchod lékařů aj.) výuka ukončena, nicméně ovlivnila vznik vídeňské ošetřovatelské školy pod vedením profesora Billrotha v roce 1882 (Kutnohorská, 2010).

2. Historický vývoj v ČSR

2.1. Rok 1918-1945

Po zrušení první ošetřovatelské školy v roce 1881 ošetřovatelství na našem území poněkud stagnovalo. Sice se po vzoru pražské školy o rok později otevřela ošetřovatelská škola ve Vídni (vedená prof. Billrothem), přesto však zůstávalo sociální a ekonomické postavení ošetřovatelek nadále špatné. Jejich vzdělávání spočívalo v kurzech, které pořádaly nemocnice samotné.

Pro meziválečné období je příznačný prudký rozvoj ve zdravotnictví a zakládání nových nemocnic. Ošetrovatelské školy fungovaly současně s nimi a byly na nich finančně závislé, naopak nemocnice potřebovaly absolventky, aby se staraly o pacienty. Podle nařízení z roku 1914 totiž mohla být ošetrovatelská škola zřízena jen při nemocnici, která by odbornou přípravu zajistila. První rok dvouletého studia dohlížel na vzdělání vedoucí lékař zařízení.

Roku 1916 se naplnilo dlouholeté úsilí o otevření první České ošetrovatelské školy. Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek nemocných (založený r. 1904) sice získal povolení ke zřízení školy již v roce 1914, trvalo však další dva roky, než se vyřídily potřebné formality. Důvodem zpoždění byl i válečný stav, ve kterém se tou dobou Evropa nacházela (Kutnohorská, 2010; Plevová, Slowik, 2008).

S říjnem 1918 nastaly změny týkající se celé společnosti – jednou z nich byla emancipace a s ní související dopad na vzdělání a výchovu dívek a žen. Díky aktivitám dcery prvního prezidenta T. G. Masaryka Alice Masarykové se rozvinul Československý červený kříž, a jejím prostřednictvím terénní a sociální ošetrovatelská služba. V roce 1920 přešla škola pod správu ČSČK. V letech 1920-1923 se ujaly řízení školy americké ošetrovatelky, které přijely na pozvání Alice Masarykové. V té době došlo k výraznému zlepšení úrovně výuky a vznikla první koncepce výuky a výchovy studentek. Po 3 letech skončila smlouva školy s americkými sestrami a vedení se ujala Sylva Macharová. Z počátečních 15 přijatých studentek se jejich počet rozšířil na 53.

V roce 1931 přešla škola pod státní správu. Počet diplomovaných ošetrovatelek se zvýšil z počátečních 10 (roku 1918) na tisíc v roce 1931. Koncem 30. let vznikaly další školy v Ostravě, Brně, Ústí nad Labem a Znojmě (Kutnohorská, 2010).

Největší uplatnění nacházely v různých poradnách a v terénu, kde se mohly více samostatně angažovat, než kdyby pracovaly jako ošetrovatelky u lůžka. Tato práce zůstávala doménou řadových sester. I po I. světové válce byly ošetrovatelkami zejména řeholnice, nicméně se i tento stav postupně měnil díky vzdělání dostupného pro civilní obyvatelstvo (Plevová, Slowik 2008).

Situaci popisuje Ruth Tobolářová takto: „Jsme ve skromných až chudých poměrech, ale úroveň našeho školení i výchovy snese porovnání se všemi moderními školami zemí sousedních, jak jsem se přesvědčila na světovém sjezdu ošetřovatelek v Paříži a Bruselu.“ (tamtéž)

Se změnou politické situace se stávají čím dál oblíbenější kurzy první pomoci, kurzy pohotovosti, nebo kurz zacházení s plynovými maskami.

S Mnichovskou „dohodou“ je československému zdravotnictví zasazena obrovská rána. Zabráním pohraniční přichází o 37 % všeobecných veřejných nemocnic, 36,4 % ostatních nemocnic, 31 % ústavů pro choromyslné, 40 % léčeben TBC, 46 % ozdravoven a 65 % soukromých sanatorií (Kutnohorská, 2010).

Koncem roku 1939 bylo v ČSR celkem 191 zařízení, které zaměstnávaly 30 ošetřovatelek. Jejich potřebnost je zachránila před totálním nasazením. Chybějící ošetřovatelky nahradily tisíce dobrovolných sester ČSČK, který kurzy organizoval již od roku 1933. Nedostatek sester byl natolik závažný, že se v roce 1939 otevřely další 4 ošetřovatelské školy (Plevová, Slowik, 2008).

2.2. Po roce 1945

S odsunem německého obyvatelstva po ukončení války se nedostatek zdravotnického personálu prohloubil ještě více. Kromě jiného za tuto situaci mohlo uzavření vysokých škol či deportace židovských lékařů do koncentračních táborů (Černý, Šmajclová, 2007).

Nemocnice byly zubožené, chyběl zdravotnický materiál či nábytek. Bylo nutné co nejrychleji doplnit stavy kvalifikovanými pracovníky, proto nemocnice začaly pořádat rychlokurzy a otevřely se další odborné ošetřovatelské školy (Plevová, Slowik, 2008).

S nápravou špatného stavu českého zdravotnictví se začalo téměř ihned po porážce Německa. 19. května 1945 bylo Zemským národním výborem vydáno prohlášení k zajištění nerušeného chodu zdravotnictví – lékaři se museli přihlásit u příslušné lékařské komory a nastoupit na určená místa, která se uvolnila po propuštěných německých či pronacisticky smýšlejících lékařích (Černý, Šmajclová, 2007).

Ruth Tobolářová na pracovním sjezdu diplomovaných sester poukázala na fakt, že zatímco v roce 1916 začínala s 12 žákyněmi, o 30 let později se v ČSR nacházelo 29 škol (Kutnohorská, 2010).

Po nástupu komunistické strany v únoru 1948 došlo ke změnám politických, společenských, ale i sociálních podmínek. Autonomie ošetrovatelství byla ohrožena, protože se české sestry náhle ocitly v mezinárodní izolaci. Zároveň se začalo zhoršovat postavení církve a docházelo k systematickému rušení církevních škol.

V roce 1948 vešel v platnost zákon o jednotné škole – 95/1948 Sb. „Zákon o základní úpravě jednotného školství“. V účinnosti byla až do roku 1953 (Kutnohorská, 2010).

Všechny ošetrovatelské školy byly sloučeny do středních zdravotnických škol. Výrazné osobnosti československého (nejen) zdravotnictví byly odvolány ze svých funkcí. Sestry po dlouhou dobu nesměly založit vlastní profesní organizaci (jejich zájmy hájilo ROH - Revoluční odborové hnutí), což se jim nakonec roku 1973 povedlo – vznikla Československá společnost sester. Od 1951 do 1989 vycházel odborový časopis Zdravotnická pracovnice (Plevová, Slowik, 2008).

Rok 1989 přinesl politické a společenské změny, které se zdravotnictví významně dotkly a dovedly jej k úplné přeměně. V 90. letech bylo nejdůležitějším cílem zvýšit úroveň péče a vzdělání ošetrovatelského personálu (vše v souladu se směrnicemi EU) a tím zlepšit i kvalitu zdraví národa (Kutnohorská, 2010).

3. Intenzivní péče – definice, vznik a vývoj

3.1. Definice pojmů – *intenzivní péče, diferencovaná péče, dlouhodobá péče*

Ševčík (2014) definuje intenzivní medicínu (intensive care medicine, nebo též critical care medicine v anglosaské literatuře) jako „...lékařský obor pojednávající o nemocných s akutními, život ohrožujícími stavy, ... (zabývající se) diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími

chorobami, úrazy a komplikacemi, u nichž je nezbytná důkladnější lékařská a ošetrovatelská péče, než jakou lze poskytnout na standardních odděleních.“

Roku 1972 vyšla Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (první souhrnná skripta pro sestry). V úvodu Drábková píše: „Vzniklo několik anest. – resusc. oddělení podle koncepce o diferencované péči o nemocné a nová oddělení se zakládají. Jinde poskytuje anesteziolog péči ohroženým na životě pooperačních pokojích chirurgických oddělení. Internisté soustřeďují své nemocné na jednotkách intenzivní péče nebo na pokojích pro koronární nemocné.“

Intenzivní péče zahrnuje specifickou péči poskytovanou pacientům, kteří jsou ohroženi na životě kvůli riziku selhání životních funkcí či selhání jednoho anebo více orgánů. Takové pacienty je nutné mít neustále pod dohledem, proto je péče poskytovaná na specializovaných odděleních – na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP), které by měly být nezbytnou součástí každé nemocnice (Halamová, 2012).

Pro lepší využití prostředků Evropská společnost pro intenzivní medicínu doporučuje péči diferencovat do tří (někdy čtyř) úrovní pracovišť intenzivní medicíny:

PRIM III. – měla by být ve velkých výukových nemocnicích; poskytování komplexní intenzivní péče, vč. náročných specializovaných diagnostických, monitorovacích a léčebných postupů; stálý počet specializovaného zdravotnického personálu – poměr počtu sester k pacientům 1:1 nebo i vyšší; odpovídá ARO nebo RES

PRIM II. měla by být v každé větší všeobecné nemocnici; poskytuje se zde dlouhodobější umělá plicní ventilace, mají svého lékaře intenzivistu; neposkytují však komplexní podporu orgánů a celé spektrum monitorace pacienta; odpovídá běžné JIP.

PRIM I. – poskytují péči na úrovni mezi standardním oddělením a JIP; monitorace základních životních funkcí, možnost krátkodobé ventilační podpory a poskytnutí neodkladné resuscitace; odpovídá intermediární péči (též semiintenzivní péče; Kapounová, 2007)

Toto rozdělení je uzákoněno dle platné vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Anesteziologická péče je soubor léčebných a diagnostických postupů umožňující provádět operační a léčebné výkony, a vyšetřovací metody v celkové nebo lokální anestezii. Je sem zahrnuta i příprava k výkonu, samotné zajištění anestezie v jeho průběhu a nezbytnou návaznou péči.

Resuscitační a intenzivní péče, která se poskytuje na lůžkové stanici anesteziologicko-resuscitačním oddělení je určena nemocným hospitalizovaným s reverzibilním selháním životních funkcí s nutností jejich podpory či jejich dočasným nahrazením. Obsahuje péči o těžce nemocné a poraněné, kteří by bez intenzivního ošetřování, diagnostiky a léčení nejspíše neměli šanci k přežití (Koncepce oboru, 1999).

Podle potřeb nemocnice lze JIP rozdělovat i oborově (např. neurochirurgické, kardiochirurgické, traumatologické, popáleninové, a další), nicméně je v řadě zemí pro ekonomickou a organizační výhodnost upřednostňována multidisciplinární JIP (výjimkami jsou dialyzační, koronární a neonatologické jednotky; Ševčík et al, 2014).

Dle Kapounové (2007) se na JIP přijímají pacienti, u kterých hrozí či již probíhá selhání jednoho a více orgánů; na ARO jsou přijímáni pacienti s hrozícím či probíhajícím selháním životních funkcí. Na všech typech PRIM jsou pacienti nepřetržitě sledováni sestrou, která vše zaznamenává do dokumentace.

Dle Tacrouriho (2004) jsou JIP vhodné pro tyto kategorie pacientů:

1. Pacienti s infarktem myokardu, kteří potřebují kontinuální kardiovaskulární monitoraci a dohled
2. Pacienti, kteří potřebují umělou plicní ventilaci a podporu v kardiovaskulární a renální funkci
3. Pacienti s poruchami metabolismu
4. Pacienti s polytraumaty
5. Oběti katastrof a pacienti v urgentní medicíně

Drábková a Procházka (2008) poukazují na nutnost diferencovat akutní a dlouhodobou intenzivní péči. Ve své práci „Dlouhodobá intenzivní péče u dětí“ (Dočkalová, 2013) předkládá autorka své poznatky o poskytování dlouhodobé intenzivní péče (dále jen DIP) v ČR. Píše: „Na pracovišti DIP se poskytuje dlouhodobá intenzivní péče pacientům, u kterých nedošlo k obnovení jedné nebo více životních funkcí. Na pracovištích DIOP je poskytována péče pacientům s těžkým postižením, především neurologickým, kteří nevyžadují umělou plicní ventilaci, ale potřebují dlouhodobě intenzivní ošetrovatelskou péči, především o dýchací cesty.“

Dále popisuje vznik prvních oddělení DIP - jako první vzniklo v roce 1998 oddělení chronické intenzivní péče (OCHRIP) s 12 lůžky ve Fakultní nemocnici v Motole, ale vzhledem ke vzrůstajícímu počtu pacientů postupně vznikla další OCHRIP. V době, kdy byla práce publikována, se v ČR nenacházela žádná podobná oddělení pro děti, pouze pro dospělé pacienty.

3.2. Eticko-právní aspekty v intenzivní medicíně

V léčbě by se mělo vycházet z etických principů, které nám nabízejí rámec pro hledání odpovědí na problematické otázky a možné postupy řešení. Každá situace by se měla zhodnotit individuálně, podle nejlepšího svědomí zdravotníka, který by měl brát v úvahu individualitu pacienta a neuplatňovat dané principy bezduše a alibisticky.

Morálka byla s lékařstvím vždy spjata – důkazem je existence kodifikovaného textu Corpus Hippocraticum, nicméně pro soudobou medicínu mají větší význam např. Helsinská deklarace a Konvence o biomedicíně. Bouřlivý vývoj první poloviny 20. století vyžadoval explicitní formulaci základních pravidel etického chování zdravotníků jak ve výzkumu, tak k pacientům. Výsledkem byl Norimberský kodex (1947).

V knize Principles of Biomedical Ethics (Beauchamp, Childress, 1983) byly formulovány 4 základní principy lékařské etiky - autonomie, nonmaleficence, beneficence a justice. Z těchto principů vychází práva pacientů, která byla v ČR ustanovena až roku 1992.

Princip autonomie se vztahuje k jedinečnosti a svobodě jedince, jenž má právo na vlastní rozhodování. Autonomie se vztahuje i na lékaře. Smyslem tohoto principu je respekt vůči druhé osobě, jejím přesvědčením a toleranci v mezích zákona. Souvisejícími aspekty jsou např. odmítnutí léčby a informovaný souhlas (Fendrychová, 2005).

Oba dva aspekty jsou v IP poněkud problematické. V dokumentaci pacienta nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací. V případě, že pacientovi nedovolí jeho špatný celkový zdravotní stav dát informovaný souhlas s hospitalizací, je třeba do 24 hodin od přijetí zaslat na příslušný obvodní soud patřičný formulář a zahájit detenční řízení. Formulář se spolu s potvrzením odeslání založí do pacientovy dokumentace (Kapounová, 2007).

Každý pacient má právo na vlastní rozhodnutí, a v případě, že mu jeho zdravotní stav nedovolí, může předem vyjádřit své přání ohledně léčby. Tomuto způsobu se říká „Advanced directives“. V Evropě ještě není úplně častý, ale v USA je celkem běžně praktikovanou metodou. Vyjádření může být formální (dokument, který je podepsán pacientem, lékařem a potvrzen notářem) či neformální (ústní domluva s nejbližší rodinou). V posledním případě může však být těžké rozlišit, zda se jedná o přání pacienta či jeho rodiny (Fendrychová, 2005).

Patří sem i přání nemocného (může se jednat také o ordinaci lékaře) uváděné ve zdravotnické dokumentaci pod zkratkou DNR (z angl. Do Not Resuscitate – neresuscitovat; Formáčková, 2014).

Podle právní úpravy v ČR „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“ (Úmluva o lidských právech a biomedicíně 1997, ČR 2001).

Nonmaleficence neboli snaha neškodit vyjadřuje postup zdravotníka, který pacienta nijak a ničím nesmí poškodit, a to jak úmyslně, tak neúmyslně. Spadají sem problémy týkající se rozdílu mezi zabitím (zanedbání péče) a „necháním zemřít“ (odstoupení od léčby).

V Corpus Hippocraticum se píše: „Medicínské umění znamená nemocné zcela osvobodit od utrpení, mírnit prudkost nemoci, a záměrně se nepokoušet o léčbu těch, kteří jsou přemoženi nemocí.“

Zejména s posledním bodem vyvstává řada etických dilemat, v intenzivní péči více než kdekoli jinde – například kdy nastává moment, v němž se lékaři musí rozhodnout, zda je léčba marná, zda by se mělo pokračovat v nákladné léčbě i přesto, že nevede ke zlepšení kvality života pacienta, jaký je postup u dříve vyslovených přání a další (Formáčková, 2014; Fendrychová a kol., 2005).

Komplexní pohled na celou problematiku marné léčby poskytla Jitka Formáčková (2014) ve své práci „Marná léčba v intenzivní péči“. Definiuje ji jako nepřínosný, bezúčelný medicínský postup, který nevede k záchraně života, k uchování či navrácení zdraví, ani ke zlepšení kvality života, a není v zájmu pacienta pro jeho zbytečnou zátěž a riziko komplikací.

Beneficence znamená postup vždy pro nejlepší blaho pacienta. Otázkou někdy je, co opravdu je nejlepší dobro pro pacienta, co pro jeho rodinu, pro zdravotníky, a jak je mu „dobro“ vysvětleno jeho okolím. Sem spadá problém tzv. paternalistického přístupu k pacientovi. Jedná se o jednosměrný, direktivní vztah lékaře k pacientovi, kdy pacient nemá možnost rozhodovat o své léčbě.

Opačným vztahem je partnerský přístup, kde je pacient zapojen do svého léčebného procesu a rozhoduje se o dalším postupu společně s lékařem (Fendrychová, 2005).

Jako poslední princip uvádí Fendrychová justici – spravedlnost. Péče o nemocné by měla vycházet z rovného přístupu k pacientům a zaručit každému stejnou dostupnost zdravotnické péče.

V intenzivní péči jsou etická dilemata běžná kvůli tomu, že jsou pacienti v bezvědomí a právně nesoběstační, a musí za ně rozhodovat lékaři, kteří musí často jednat velmi rychle a jejichž rozhodnutí mají okamžitý dopad (Kelly et al, 2014).

Tacrouri (2004) shrnul problematiku etiky intenzivní medicíny v dnešní době do 4 nejdůležitějších bodů:

1. Nozokomiální infekce – Vzhledem k tomu, že je pacient v intenzivní péči mnohdy úplně bezbranný vůči infekcím, které se na něj mohou přenést z návštěvy či ošetřovatelského personálu, je dodržování bariérové ošetřovatelské péče zcela zásadní.

2. Smrt mozku – V případě, že pacient utrpěl nevratná poškození mozku, nastává nesmírně složitá situace, která je náročná jak ekonomicky, tak emocionálně. Zatímco příbuzní vidí nehybně ležícího člověka, kterému se na monitoru zobrazuje normální srdeční aktivita, podle moderních kritérií je považován de facto za mrtvého.

3. DNR – Některé chronické či terminální stavy vyžadují intenzivní péči, která může řešit orgánová selhání, ale pacientův stav může přesto progredovat. Je otázkou, zda tyto pacienty léčit za každou cenu bez ohledu na kvalitu života.

4. Vegetativní stavy – tento problém je stejně náročný jako v případě mozkové smrti.

Nákladnost intenzivních lůžek je oproti standardním přibližně trojnásobná, proto musí pacient při příjmu na lůžko IP splňovat přísná kritéria. Posuzování zdravotního stavu takového pacienta komplikuje značná prognostická nejistota ve směru, kterým se jeho stav bude vyvíjet. Ke zhodnocení situace byly vytvořeny skórovací systémy, které mají pomoci objektivizovat pacientovu prognózu. Stejně jako laboratorní testy nejsou (a neměly by být) hlavním rozhodovacím kritériem v léčebně-diagnostickém postupu.

Navíc jak statistické údaje dokládají, během posledních 30 let, bez ohledu na novou technologii či postupy a zvyšující se ekonomické nákladnosti, úmrtnost na většinu kritických chorob se nesnížila. Značné procento péče o kriticky nemocné je tedy potenciálně neúčinné či marné (Šťourač et al., 2007).

S použitím skórovacích systémů jsou spojeny další aspekty, jako je plná nebo marná léčba, redukce nebo nerozšiřování léčby, či dříve vyslovená přání (Ševčík et al, 2014).

Kapounová (2007) píše: „V současné době je ke stanovení ceny péče hrazené ZP využíván systém, který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám používaných v terapii u jednotlivých pacientů (ATB, podpora oběhu, laboratorní vyšetření, umělá plicní ventilace, invazivní metody atd.) – TISS (Therapeutic Intervention Scoring System).“

Podle Ševčíka nelze přijímat pacienty v nepříliš vážném stavu, kteří spadají do ambulantní sféry nebo na standardní oddělení, ale ani ve stavu příliš vážném (např. terminálně nemocní), kterým by nepomohla ani sebelepší intenzivní péče, a spadají pod péči paliativní. PRIM by se měla soustředit na pacienty, u kterých je naděje na překonání kritického stavu a obnovení a zlepšení orgánových funkcí.

Pro lepší využití lůžek PRIM je nutné, aby se pacienti, kterým se jejich zdravotní stav zlepšil, včas přeložili na oddělení nižší úrovně. Stratifikace IP do 3 úrovní a organizace lůžek intenzivní péče vede taktéž k zefektivnění nákladů, na druhou stranu komplikuje překlad pacientů mezi jednotlivými zařízeními, proto větší nemocnice přistupují k centralizaci oborových jednotek do jednoho velkého multidisciplinárního PRIM (Ševčík et al, 2014).

3.3. Vznik a vývoj intenzivní péče ve světě

Podle Gilbertsona (1995) je dějinám intenzivní péče věnováno daleko méně pozornosti, než dějinám anestezie, se kterou je neodmyslitelně spjatá. Důvodem může být fakt, že se jedná o mnohem mladší obor, kterému je připisován začátek s epidemií poliomyelitidy v Dánsku mezi lety 1952-1954. Nová metoda terapie respiračního selhávání otevřela anesteziologům dveře a získali tak novou nezastupitelnou roli a místo v intenzivní medicíně, díky čemuž začala nová éra intenzivní péče.

Anestezie jako taková je datována mnohem dříve, nicméně prvenství v jejím využití drží William Thomas Green Morton, který 16. října 1846 provedl první veřejnou úspěšnou demonstraci éterové anestezie na světě. Stalo se to v Massachusetts General Hospital v Bostonu. Později začal ve své zubní ordinaci využívat éter lokálně na dásně k potlačení bolesti při ošetření zubů (Bydžovský, 2008).

První pokusy resuscitační péče můžeme podle Takrouriho (2004) dohledat v arabských zemích, kde v 8. století došlo k resuscitaci bratrance 5. abbasidského chalífy za použití primitivního měchu, ale podle Dvořáčka (2009) jsou první pokusy křížení (dýchání z úst do úst) zmíněny již mnohem dříve, a to ve Starém zákoně.

V 18. století se zakládaly první spolky, které se zabývaly uzdravováním a zotavením tonoucích či zdánlivě utonutých. Byly první, které přišly s metodickým postupem resuscitování a ožívování, nicméně během 19. století nastala „doba temna“ pro vývoj resuscitační péče. Důvodem bylo přesvědčení, že smrt je definitivní stav a nemělo by se postupovat proti boží vůli (Bydžovský, 2008).

Moderní automatická umělá plicní ventilace během operování hrudníku je známa od roku 1896, laryngoskopie a intubace se objevila v první čtvrtině 20. století. Svalová relaxancia se do anesteziologické praxe zavedla roku 1948. (Takrouri, 2004) Roku 1942 podal H. Griffith poprvé pacientům v celkové anestezii kurare pro svalové uvolnění, a tím získala anestezie nový rozměr. Operačním výkonům se prodloužil průběh při neustálé kontrole dýchání a jeho zajištění nebo řízení umělou plicní ventilací (Pokorný st., 2011).

Vysledovat počátky intenzivní péče je těžké, ale když se podíváme do historie, vždy byla spjata s válečnou vřavou. Při péči o raněné se vycházelo z praktických důvodů – je jednodušší a výhodnější rozdělit raněné podle závažnosti jejich stavů. Asi nejcitovanější je názor, že s konceptem intenzivní péče jako první přišla Florence Nightingaleová (Ševčík, 2014; Weil 2011), nicméně nápad rozdělovat raněné na bojišti (ze kterého vychází dnešní triage) pocházel od Napoleonova osobního lékaře – Dominique Larrey tento koncept zavedl z důvodu chybějících zdravotníků a prostředků (Dvořáček, 2009).

Byla by škoda vedle Nightingaleové nezmínit i Nikolaje Pirogova, který se ve stejné době nacházel na druhé straně bitevního pole. Byl průkopníkem válečné medicíny v Krymské válce a své poznatky zaznamenal v díle „Válečná chirurgie“. Jako první využil éter k anestezii v polních podmínkách (Ševčík, 2014).

V jiném válečném konfliktu, konkrétně v bitvě u Solferina, kde bojovalo na 300 tisíc italských a francouzských vojáků, byly zase položeny základy první zdravotnické organizaci – Červenému kříži. Když se 24. června 1859 obchodník Henri Dunant omylem ocitnul uprostřed boje, 3 dny poskytoval pomoc raněným, kteří byli vydáni napospas svému osudu. Po svém návratu domů se Dunant snažil přijít na způsob, jak v budoucnu zabránit podobným katastrofám. Své zkušenosti sepsal v knize „Vzpomínky na Solferino“, získal podporu samotného Napoleona III. a jeho dvora, a roku 1864 byla svolána konference v Ženevě, kde byla ustanovena První Ženevská úmluva o zlepšení osudu raněných v polních podmínkách (Dvořáček, 2009).

V tomto období se objevilo několik pokusů zavést pooperační pokoje. Již v roce 1927 přišel Dr. Walter Dandy s nápadem zlepšit pooperační péči u neurochirurgických pacientů. Během let se jeho myšlenka stala potřebnější a rozšířila se zejména během II. světové války. Zpočátku se jednalo jen o umístění pacientů blíže k sesterně či postele oddělené od ostatních. Přemístění pacientů, u kterých se dalo předpokládat zhoršení stavu, mělo zabránit nedostatku jejich soukromí, jelikož v místnosti bylo leckdy více než 20 pacientů. Až později vznikaly samostatné postanestetické/postoperační observační místnosti. Přestože se uznala nutnost poskytovat pacientům po anestezii/operaci zvláštní péči, kriticky nemocný pacient se dočkal specializované péče až od druhé poloviny 20. století (Weil, Tang, 2011).

První zmínka dlouhodobé intenzivní péče u dětí pochází z konce 19. století. Patnáctiletý chlapec, který v roce 1885 spadl při chůzi na laně z výšky asi 2,5 metru, zůstal ve vigilním kómatu po dobu 245 dnů. Posléze zemřel na přidruženou infekci. Po celou dobu se o něj starala jeho rodina (Dočkalová, 2013).

Další obor, kde se objevují první pokusy o intenzivní péči, je porodnictví a neonatologie. První inkubátor je sice připisován Tarnierovi, který jej sestrojil již roku 1880 pro nedonošené děti, ale klinicky byla jeho myšlenka využita až roku 1922, kdy její použití spojil Julius Hess s podporou dýchání a vhodnou výživou, a dal tak vzniknout prvnímu neonatologickému oddělení (Weil, Tang, 2011).

Myšlenka intenzivní terapie a péče je tedy mnohem starší, než by se zdálo. Koncept samostatných jednotek, kde by se poskytovala zvláštní péče, se objevil během a po II. světové válce, kdy bylo třeba se postarat o raněné vojáky (Weil, Tang, 2011), ale např. Štourač et al (2007) tvrdí, že první jednotka vznikla roku 1942 v Massachusetts General Hospital v Bostonu pro léčbu obětí rozsáhlého požáru.

Jediné, čím se však tyto „jednotky“ podobaly dnešním, bylo fyzické oddělení pacientů a individualizovaná péče. Chybělo základní vybavení, nebyly k dispozici ani nejjednodušší přístroje, které se v té době používaly na operačních sálech. Proto se většina autorů shoduje v názoru, že nejdůležitějším mezníkem v intenzivní péči je epidemie poliomyelitidy, která se objevila po II. světové válce a postihla nejprve USA v roce 1948 a Dánsko v roce 1952 (Weil, Tang, 2011).

První jednotka intenzivní péče, která měla vlastní specialisty a vybavu, přišla až roku 1953 díky Bjornu Ibsenovi – otci a průkopníkovi intenzivní péče v Dánsku, posléze Evropě. Potřeba takového oddělení vznikla kvůli každoroční epidemii poliomyelitidy, která se objevovala hlavně v letních sezonách a vymizela až v 60. letech díky plošné imunizaci. Nejhůře postihla Dánsko v létě 1952 (Kelly et al, 2014).

Gilbertson (1995) udává hrozivá čísla: mezi 24. červnem a 3. prosincem bylo hospitalizováno 2722 pacientů s obrnou. 866 pacientů bylo postihnuto paralýzou, z nichž 316 mělo postihnuto i dýchací a polykací svalstvo. V případě, že se jednalo o kombinaci obojího, byla úmrtnost až 94%. Během 4 měsíců bylo ošetřeno trojnásobně tolik pacientů než v posledních 10 letech. V některých momentech bylo až 70 pacientů vyžadujících umělou plicní ventilaci najednou.

V té době vedl Bleghamskou nemocnici v Kodani prof. Lassen, který si přál pro tyto pacienty v beznadějně situaci udělat více. Nemocnice vlastnila celkem 7 externích ventilátorů, kterým se říkalo „železná plíce“. V čase, kdy nemocnice přijímala až 300 pacientů týdně (z toho se 10% dusilo či doslova topilo ve vlastních sekretech), byl tento počet zoufale málo. Tracheostomie, které se v Dánsku používaly již 4 roky, neměly příliš veliký vliv na zlepšení stavu pacientů. Lassen doufal, že použití kladného tlaku při

mechanické plicní ventilaci by mohlo být řešením, proto se rozhodl vše konzultovat s Dr. Ibsenem, který byl kodaňským anesteziologem (Kelly et al, 2014).

V prvním měsíci epidemie (24. července až 26. srpna) bylo přijato 31 pacientů s respirační a/nebo s laryngeální paralýzou. I přes pokus je ošetřit v „železné plíci“ či jen tracheostomií, přežili pouze 4 z nich. 19 jich zemřelo do tří dnů od přijetí. Lassen pokračuje: „Prokonzultovali jsme tuto situaci s naším kolegou, anesteziologem B. Ibsenem, a 27. srpna jsme ošetřili prvního pacienta metodou, která se brzy stala metodou první volby u pacientů s postižením polykání a dýchání – a to tracheotomií přímo pod larynxem, vložením gumové trubice a manuální ventilací z gumového vaku“ (Gilbertson, 1995).

Ševčík (2014) uvádí, že se každý den přijímalo 40-50 lidí, přibližně 70 jich vyžadovalo trvalou ventilaci. Pro takovou péči ovšem neměla nemocnice personál, proto se rozhodla tento problém vyřešit najmutím mladých mediků. Každý den jich přicházelo na 250, aby se ve směnách po šesti hodinách střídali s lékaři v ruční ventilaci pacientů (Kelly et al, 2014).

Celkem jich bylo asi 1500. Manuální ventilací strávili odhadem 165 000 hodin a podařilo se jim celkem primitivním způsobem snížit úmrtnost z počátečních 90 % na 25 % (Ševčík, 2014).

Z asi 250 pacientů, kteří si vyžádali Ibsenovy nové metody, zemřelo 40 %. Před zavedením manuální ventilace byla úmrtnost dvojnásobná, dá se říci, že v prvních měsících bylo zachráněno na 100 životů.

Odvaha personálu (mladých mediků i sester) byla obdivuhodná, vzhledem k tomu, že byli ve věku, kdy byli nejnáchylnější k nákaze, a vakcína stále ještě neexistovala. Schopnost Ibsena a všech zúčastněných zvýšit počet přeživších o půlku byl velký krok kupředu. Intenzivní medicína sice v roce 1952 nebyla vynalezena, ale změnila směr a nabrala tempo ve vývoji (Gilbertson, 1995).

Roku 1953 Ibsen založil v Kodani celosvětově první ICU (jednotku intenzivní péče) vedenou anesteziology. Připojení k anesteziologickému oddělení bylo odborně,

ekonomicky i personálně výhodnější – např. sestry se mohly střídát ve službách na operačních sálech a na oddělení (Ševčík, 2014).

Na jednotce vykonával Ibsen vizitu dvakrát denně, a museli být přítomni i přednostové stanice všeobecné chirurgie, interny a neurologie, popř. přednosta oddělení, kterému pacient povahou své choroby náležel (přednostové proto, že se jednalo o nejtěžší případy z jejich oddělení); (Dvořáček, 2011).

Intenzivní péče se rozvíjela dále zejména díky přístrojům, které byly vynalezeny k monitorování či udržení funkce daného orgánu – např. ventilační (od prvních primitivních „želených plic“ až po první komerčně využívaný ventilátor Engstrom) a dialyzační technika (během války v Koreji, kdy mnoho vojáků i civilistů trpělo hemorrhagickou horečkou, tyto přístroje zachránily mnoho životů; Weil, Tang, 2011).

Přístroje hodnotící pH, pCO₂ a pO₂ vznikly za spolupráce Astrupa, Siggard-Andersona a Severinghausena. Využili technologii měření pH, která byla vyvinuta díky dánskému pivovarnictví, konkrétně pivovaru Carlsberg. (Kelly et al, 2014) Tento fakt ukazuje, jak důležitá je mezioborová spolupráce v intenzivní medicíně.

Právě nově vznikající technologie a postupy byly to, co intenzivní a kritickou péči čím dál více oddělovaly od ostatních oborů. Dovolovaly hodnotit stav pacienta a intervenovat přímo u jeho lůžka bez složitých vyšetření a čekání na laboratorní výsledky. Zpočátku nebyla většina lékařů a chirurgů nadšená ze všech neznámých, čím dál více invazivních postupů, nebo že se má dělit o své znalosti s nově nastupující generací intenzivistů a spolupracovat s nimi jako tým (Weil, Tang, 2011).

Další posun v intenzivní medicíně nastal v 60. letech minulého století, kdy lékaři zjistili, že příčinou většiny úmrtí u infarktu myokardu jsou maligní arytmie, a že se jim dá předejít díky monitoraci pacienta a včasnému zakročení (Tacrouri, 2004).

Společně s rozvojem prvních defibrilátorů v 50. letech a později s transvenózní kardiostimulací začaly vznikat první koronární jednotky (Weil, Tang, 2011).

Během konfliktu ve Vietnamu byl největší komplikací válečných poranění akutní respirační syndrom (ARDS). Vojenští chirurgové a anesteziologové proto

využívali pokročilejších způsobů intubace a mechanické ventilace, aby raněné vojáky udrželi při životě (Weil, Tang, 2011).

V USA jsou za zakladatele intenzivní péče považováni Peter Safar (díky němu byla roku 1959 založena první jednotka kritické péče v Pittsburghu) a Max Harry Weil (otevřel první „šokovou“ jednotku v Kalifornii).

Jednotky intenzivní péče ve Velké Británii vznikaly současně v 60. a 70. letech minulého století. První jednotka, která měla svého stálého intenzivistu, byla otevřena roku 1966 v Londýně v St. Thomas Hospital.

Z vynálezů, kterým dali vzniknout britští lékaři, můžeme zmínit pulmonární arteriální katétr, první ventilátor ovládaný mikroprocesory, či klasifikační systém pro intenzivní medicínu APACHE II (Weil, Tang, 2011; Kelly et al, 2014).

3.4. Vývoj intenzivní péče v ČSR

3.4.1. Počátky (50. - 60. léta)

Důležitým vodítkem se mi v této kapitole stala práce Marty Květonové „Vývoj práce všeobecné sestry v intenzivní péči“ (2014).

O historii anestezie v českých zemích bylo již napsáno mnoho. Vetešník (2007) píše: „Pouhých 111 dní po Mortonově demonstraci užití éterové inhalační anestezie k operačnímu výkonu v Bostonu byla anestezie éterem poprvé podána v Brně (4. 2. 1847) a následně v Olomouci (9. 2. 1847).“

Přitom dosud platilo, že v českých zemích byl proveden první operační výkon při anestezii éterem 7. února 1847 (114 dní po prvenství Mortona) v pražské nemocnici Na Františku. Anestezie byla podána řádovým bratrem a magistrem chirurgie Františkem „Coelestynem“ Opitzem (Bydžovský, 2008).

Dne 4. února 1847 – tedy tři dny před Opitzem – však podal historicky první inhalační anestezii mladý sekundář brněnské všeobecné nemocnice dr. Gottinger při amputaci paže nádénice Anny Dlouhé. Gottingerův čin nebyl sice dosud odborníky považován za prokázaný, je však zaznamenán na titulní straně brněnské Moravie z 6. února 1847 ve stati „Das Einathmen des Schwefel-Aethers bei chirurgischen Operationen“ (Vetešník, 2007).

Po druhé světové válce začínají chirurgové pomalu přijímat fakt, že pro úspěšnou operaci je třeba jak přesná ruka chirurga, tak i dohled vyškoleného odborníka nad samotnou anestezií pacienta.

Lev Spinadel po svém návratu z Velké Británie, kde se vyškolil v anesteziologii, založil při Ústřední vojenské nemocnici první československé samostatné anesteziologické oddělení, které zahájilo činnost 1. 1. 1948 (Pokorný, 2011).

Práci zahajoval jako jediný lékař s jednou sestrou, s jedním Oxfordským éterovým odpařovačem a jedním narkotizačním přístrojem Heidbrink, které si zakoupil na vlastní náklady a dovezl z Anglie (Pokorný, Trávníček, 2007).

Sestra, se kterou spolupracoval od 1. 11. 1949, byla Alena Stárková-Palečková, první anesteziologická sestra v ČSR. K vývoji oboru přispěla nemalým úsilím, a to v době, kdy odborná veřejnost anesteziologii jako samostatnému oboru ještě nepřikládala valný význam. Podílela se i na Spinadelově knize Anesteziologická technika, kde byly poprvé popsány zvláštnosti práce anesteziologické sestry, a tím byla umožněna jejich odborná příprava pro jakékoliv oddělení (Stárková-Palečková, Pokorný, 2007).

Myšlenka vzniku samostatného oboru nabývá konkrétních rozměrů v 50. letech, kdy se stanovuje první anesteziologická komise pod vedením dr. Pastorové (Pokorný, 2011). Roku 1963 se zásluhou Bořivoje Dvořáčka odděluje anesteziologie od chirurgie (Ševčík et al., 2014).

V roce 1965 vyšel článek „K možnostem diferencované péče v současných podmínkách“. Bylo čím dál zjevnější, že se nemocniční péče, která v tu dobu byla poskytována, dostává do rozporu s rozvojem moderní lékařské vědy, ošetřovatelství i zdravotnické techniky. Nastalá situace si vynucovala vypracování a realizaci systematické diferencované péče.

Na chirurgické klinice fakultní nemocnice v Hradci Králové bylo v září 1962 zřízeno pooperační a resuscitační oddělení s 16 lůžky, kde byly kromě operovaných pacientů hospitalizovány všechny těžké úrazy (za rok 1963 jich bylo 11) a nemocní

v těžkém stavu, nicméně si i přesto oddělení zachovávalo pooperační ráz – obsazování lůžek probíhalo v souladu s operačním plánem kliniky.

Pooperační, resuscitační a intenzivní péče na královéhradecké neurochirurgické klinice se poskytuje dokonce od roku 1951, kdy bylo pro pacienty s těžkými stavy a po operacích vyčleněno 8 lůžek – jeden pokoj mužský, druhý ženský (Gabriel et al., 1965).

První resuscitační oddělení se otevřelo v areálu nemocnice Na Františku, následovně začala obdobná pracoviště vznikat i jinde (Cvachovec, 2010), např. roku 1968 počalo vznikat ARO v Ústí nad Labem – stavební práce pokračovaly pomalu, proto byla dobudována až roku 1973, a fungovala zpočátku jen velmi omezeně – k 1. 4. 1974, kdy bylo slavnostně otevřeno, byla v provozu jen 2 lůžka (Šedý, 2014).

Naopak v Základech anesteziologie a resuscitace (2009) se chybně uvádí, že první lůžkové anesteziologicko-resuscitační oddělení vzniklo pod vedením V. Lema na Kladranech roku 1967 – pouze se otevřelo oddělení poprvé pod názvem ARO (Ševčík et al., 2014).

Kromě toho, že se anesteziologové začali věnovat přednemocniční a předoperační péči, se začal klást důraz na popularizaci poskytování neodkladné první pomoci v terénu. Velkým úspěchem Bořivoje Dvořáčka bylo zavedení výuky první pomoci do učebních osnov všech stupňů škol. Jedná se o světový primát. Kromě těchto úspěchů pomáhal např. zavést výrobu jednorázových injekčních stříkaček a jehel (Dvořáček, 2011).

Z údajů statistické ročenky „ČSSR – zdravotnictví“ z roku 1966 nelze vyčíst příliš povzbudivá čísla – podle pětiletého plánu se plánovalo zřízení nejméně 30 RO, avšak v roce 1968 se na území ČSR nacházely jen 4 takové jednotky.

Žalud (1968) problém vidí zejména ve snaze jednotlivých oddělení separovat „své“ jednotky intenzivní terapie namísto praktičtější centralizace. Vnímá tehdejší situaci jako nevyhovující pro pokrokovou medicínu.

Zajímavou a důležitou součástí dějin intenzivní medicíny je vznik Ústavu pro choroby oběhu krevního (dále ÚCHOK), na kterou později navázala II. interní výzkumná základna IKEM a dále Klinika kardiologie IKEM. Po Národním mexickém kardiologickém ústavu byl druhý svého druhu na světě v organizaci a vedení výzkumu v oblasti problematiky hypertenze, aterosklerózy, koronární nemoci a porušené regulace krevního oběhu. Ústav se prosadil v ČSR i ve světě s řadou prvenství – např. spolupráce Froňka a Ganze na zdokonalení metody měření průtoku krve různými cévy, které jim umožnilo speciální tvarování katétru (po emigraci Ganze v roce 1965 do USA se tento katétr začal sériově vyrábět, a to pod názvem Swan-Ganzův), provedly se zde první neselektivní koronarografie a kardiostimulace. Roku 1966 vznikla první koronární jednotka v ČSR.

Členům ÚCHOK se v 50. letech vytykala přílišná orientace na západní vědu, a to pro jejich přílišnou aktivitu v publikování článků v zahraničních časopisech. Vše vyvrcholilo roku 1968, kdy ústav postihla největší vlna emigrace, při které odešlo 14 vysokoškoláků včetně ředitele ústavu Broda (Historie IKEM, 2016)

Průkopnickou činností se vyznačila další součást dnešního IKEMu, a to Ústav klinické a experimentální chirurgie (ÚKECH), kterou vedli Keszler s Racenbergem. Věnovali se dlouhodobě problematice resuscitace a úzce spolupracovali s P. Safarem. Roku 1961 vyšla první učebnice resuscitace, jejímž autorem byl právě Keszler. Myšlenku ÚKECH se podařilo realizovat v nemocničních prostorách Na Homolce. První jednotku resuscitační péče se podařilo otevřít 15. 2. 1965, a to v předpokládaném počtu 14 lůžek (Ševčík et al., 2014).

ČSR, později ČSSR, začala vyrábět i vlastní techniku pod značkou Chirana. Vyráběla řadu zdravotnických pomůcek i materiálů, dodávala i rentgenové přístroje, monitory, ventilátory (které jsou spojeny s Ing. Brychtou; Ševčík et al., 2014). Hugo Keszler a Ladislav Démant jsou autory narkotizačního přístroje DK (Démant-Keszler). (CSARIM, 2016)

Vyhláškou MZ ČSR 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, byl ustanoven základní obor anesteziologie a resuscitace. Tímto nastal velký rozvoj v budování lůžkových částí anesteziologických oddělení, nejprve ve velkých nemocnicích, později i v těch menších. Tento pokrok byl významný pro stanovení profilu a rozsahu úkolů daný koncepcí oboru z roku 1974, která je vyjadřuje tzv. 4 sloupy oboru Anesteziologie a resuscitace – anesteziologická péče, resuscitační péče, rychlá zdravotnická pomoc a analgosedace nemocných stížených chronickou a nesnesitelnou bolestí (Pokorný, 2011).

Sedmdesátá léta 20. století jsou podle Štourače et al. (2007) výjimečná mj. i tím, že nastal rozvoj novorozeneckých JIP.

První koncept novorozenecké intenzivní péče lze najít v článku Dr. K. H. Mehlena „Plánování, zařízení a provoz stanice pro nedonošené“ z roku 1954, tedy z doby, kdy koncept intenzivní péče zdaleka ještě nebyl zformulován. Jedním z tehdejších problémů byla vysoká novorozenecká úmrtnost, což se týkalo zejména nedonošených dětí (až 70 % všech úmrtí v kojeneckém věku).

Píše: „Ve zvláštních, moderně vybavených střediscích pro nedonošené, se zvlášť vyškoleným personálem a za vedení zvlášť školeného dětského lékaře, může být udrženo naživu o 25 % nedonošených více než v nemocnicích bez specializovaných stanic pro nedonošené.“

Dále podotýká, že je nutné, aby daná jednotka byla samostatná, prostorově ohraničená (zároveň oddělená od nemocničních a infekčních oddělení), avšak přiřčená k porodnické klinice. Činnost obou oddělení je úspěšná pouze, pokud spolupracují a mají dostatečné prostorové podmínky.

Nejzávažnějším a nejhlavnějším důvodem úmrtí je infekční onemocnění, a to proto, že nedonošenec má jen málo vyvinutou imunitu vůči infekcím. Proto je namístě na jednotce od sebe oddělovat děti, které přišly na svět mimo nemocniční zařízení od těch, které přišly na svět v porodnici. Mehlan dále velice podrobně popisuje, jaké vlastnosti by taková jednotka měla mít – jím uvedené podmínky jsou v nemalé míře platné dodnes.

Název oboru prošel v posledních 60 letech mnoha změnami. Roku 1969 se Anesteziologická sekce (spadající pod Československou lékařskou společnost Jana Evangelisty Purkyně) stává Společností anesteziologie, která se o dva roky později mění na Společnost anesteziologie a resuscitace České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. S ohledem na změnu režimu a s rozvojem na medicínském poli se Společnost v roce 1994 přejmenovává na Českou společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, známou jako ČSARIM.

Roku 2009 došlo k zatím poslední změně názvu oboru na Anesteziologie a intenzivní medicína (Ševčík et al., 2014).

3.4.2. Vliv zahraničí

Vývoj anesteziologie a resuscitace byl stejně bouřlivý jako celé dvacáté století. Z původně nenápadného a skromného oboru, o který se zajímalo jen několik málo lékařů, se postupně stala disciplína rozvětvená do dalších oborů, jako jsou algeziologie, urgentní medicína a intenzivní medicína, a patří dnes mezi jedny z nejvíce personálně obsazených pracovišť nemocnic (Pokorný, 2011).

Pokorný připomíná, že když roku 1952 nastupoval na anesteziologické oddělení L. Spinadela, byli na tisícilůžkovou nemocnici dva anesteziologové a oborem se jich v celém Československu zabývalo jen několik desítek.

V roce 1967 ve článku „Resuscitace a intenzivní léčba v zahraničí a u nás“ uvádí, že nejvyšší úroveň resuscitace je v USA, Francii, Velké Británii a zejména ve skandinávských zemích. Například co se týče vybavenosti přístroji, na každé lůžko s reanimačním vybavením v ČSR v USA měli 13, zatímco v našich zemích se výroba techniky soustředila do jednoho závodu (Chirana), v USA se výrobou lékařské elektroniky zabývalo na 3000 výrobců.

O rozvoji anesteziologie u nás lze mluvit až po druhé světové válce, a to díky L. Spinadelovi, který po návratu z Velké Británie (během 2. Světové války byl v exilu) hledal uplatnění u významných československých chirurgů coby samostatný anesteziolog, nikoliv jako člen jejich lékařského týmu. Pro takovou doposud neslýchanou věc u nich nenašel pochopení. Zastání našel až u náčelníka zdravotnické

služby armády gen. doc. MUDr. Josefa Škvařila, na jehož rozkaz bylo v nynější Ústřední Vojenské Nemocnici ke dni 1. 1. 1948 zřízeno první anesteziologické oddělení s vlastním vybavením. Primářem oddělení se stal právě Spinadel. Takto se začala moderní anesteziologie rozvíjet ve vojenských nemocnicích, a to asi o 10 let dříve než v civilních nemocnicích. Roku 1950 vydal Spinadel první rozsáhlou učebnici anesteziologie v českém jazyce. (Pokorný, 2011)

Roku 1942 bylo poprvé nemocným podáno kurare a byla zahájena éra svalových relaxancií. Thiopental, který byl vynálezem americkým, po válce ovládl intravenózní anestezii a vytlačil ze sálů německý Epontol i britský Kemital. Z USA pocházelo i technické vybavení k provádění anestezií, které bylo darem od UNRRA vinohradské nemocnici. (Pokorný, 2011)

Nejzajímavější pohled na vývoj oboru poskytuje Bořivoj Dvořáček ve článku „Odkud byl ovlivňován vývoj oboru anesteziologie a resuscitace v poválečném Československu“ (2011). Píše: „Historický rozdíl mezi rozvojem anesteziologie v anglosaských zemích a v kontinentální Evropě byl v organizaci této služby. Je historickou skutečností, že nositelé anestezií, bez kterých je chirurgický výkon prakticky nemožný, byli v anglosaském světě a zejména ve Velké Británii nechirurgové, kteří přejímali odpovědnost za provádění anestezií pro chirurgy. Na evropském kontinentě bylo provádění anestezií součástí odborné náplně chirurgických oborů. Vedoucí operující skupiny byl odpovědný nejen za prováděnou operaci, ale i za poskytnutou anestezii v plném rozsahu, tj. i za stav operovaného v pooperačním období...“

Dále popisuje, jak v polovině 50. let získali přední čs. chirurgové (prof. Polák, prof. Bedrna, prof. Navrátil a doc. Šiška) povolení odjet do VB za účelem seznámení se s tamější úrovní chirurgie. „Po návratu nám prof. Polák referoval, že úroveň britské všeobecné chirurgie nebyla vyšší než u nás, spíš naopak. Byla ale překvapen anestezií, nikoliv její úrovní, ale tím, že byla samostatná a chirurg za ni nenesl žádnou odpovědnost, takže se mohl věnovat jen operování“ (Dvořáček, 2011)

Mezi průkopníky anesteziologie v Československu patří i MUDr. Jana Pastorová, MUDr. Josef Hoder a MUDr. Bořivoj Dvořáček, kteří měli blízké styky se zahraničím.

Pastorová byla v roce 1947 vyslána na anesteziologický studijní pobyt do Oxfordu ve Velké Británii.

Hoder roku 1965 předsedal Mezinárodnímu anesteziologickému sympoziu v Praze. Jednalo se o první anesteziologickou akci, kde se setkali lékaři ze „zemí za železnou oponou“ s lékaři ze „zemí socialistického tábora“.

Dvořáček v roce 1959 absolvoval roční studijní pobyt v anesteziologickém školicím centru WHO v Kodani. Seznámil se zde s provozem první jednotky intenzivní péče vedenou anesteziology, kterou o pět let dříve založil Ibsen. Tato zkušenost přesvědčila Dvořáčka natolik o tom, že je třeba obor anesteziologie osamostatnit a rozvést lůžkovou resuscitační péči o kritické nemocné, že po svém návratu do vlasti vyhledal J. Hodera a vyzval jej ke spolupráci (Pokorný, 2011).

Dvořáček (2011) sám o tomto období referuje takto: „V té době začala být vydávána krátkodobá stipendia do ciziny, proto nás (prof. Polák) vyzval, kdo by se chtěl přihlásit na krátkodobé stipendium do Velké Británie a poznat jejich organizaci anesteziologie. ... Až v roce 1958 nastal překotný odjezd do školicího anesteziologického střediska Světové zdravotnické organizace v Kodani...“

Původní záměr byl zřídit školicí centrum v Praze, ale kvůli změně politické situace byla nakonec vybrána Kodaň. Středisko se skládalo nejen z lékařů-instruktorů, ale i sester. Díky tomu, že nebyli finančně závislí na podávání anestezií, si mohli dovolit věnovat se i mimonemocničním činnostem, kde mohli uplatňovat své znalosti a dovednosti v ošetřování kritických stavů a stavů selhávání, a to jak v nemocnici, tak i v terénu.

V polovině 50. let již bylo jasné, že anesteziologové jsou dostatečně kompetentní k zajištění i ošetřování kritických pacientů stížených selháváním životních funkcí mimo nemocniční prostředí. Roku 1956 se Hugo Keszler účastnil mezinárodního sympozia ve Stangaveru (Norsko), kde byly poprvé vypracovány a stanoveny zásady resuscitace v terénu. Keszlera, anesteziologa vyškoleného ve Švédsku, můžeme považovat za prvního, kdo u nás zpopularizoval moderní resuscitační metody – vydal rozsáhlou učebnici resuscitace v době, kdy ještě neexistoval britský ekvivalent (Dvořáček, 2011).

Je také dobré zmínit „reanimační střediska“, která se začínají budovat zejména ve velkoměstech a v industriálních oblastech (např. Berlín, Budapešť, Leningrad, Moskva). Cara v Paříži klade důraz na úzkou spolupráci se záchrannou službou - za důležitější se považuje šetrnost při lékařském zabezpečení, než rychlost transportu. Z této spolupráce vyplynuly mnohé zajímavé a dnes uznávané podněty pro transport pacienta bezprostředně ohroženého na životě (Pokorný, 1967).

3.4.3. Vzdělávání v intenzivní péči

Vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie se podrobně věnovala ve své diplomové práci Mgr. Petra Faflová (2014). Tato práce se mi stala cenným vodítkem při orientaci v této problematice.

V období počátku intenzivní a kritické péče v Československu nebylo vzdělávání právně nijak regulováno. Práce sester byla s rozvojem nového oboru profesionálně čím dál náročnější, ať už se jednalo o odborné dovednosti, nové diagnostické metody (Faflová, 2014) či manipulaci s technikou. V odborném článku „Proč je u nás zdravotnická technika tak pozadu“ (Zdravotnická Pracovnice, 1967) autor připomíná, že v kompetencích sestry není dělat údržbáře, který se postará o přístroje, a zdůrazňuje potřebu vzdělávat a vychovat novou generaci středoškolsky vzdělaných biotechniků. Rovněž si na začátku posteskl, že se ve zdravotnictví nachází příliš zastaralé přístroje, které by zasloužily vyměnit. Pro sestru je těžké k nim získat vztah, pokud neslouží tak, jak by měly.

Podle Faflové (2014) byly zkušenosti v tomto oboru tedy předávány ze služebně starších sester na mladší. Možnosti nebyly široké, specializační vzdělávání se nabízelo pouze ve dvou úsecích, a to instrumentování na operačních sálech a sociální práce. Další způsob, jak získat znalosti a zkušenosti, byla nástupní praxe, seminární školení a různé školící akce.

Až roku 1971 byly vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 72/1971 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví (dále jen vyhláška č. 72/1971 Sb.) dány podmínky k

pomaturitnímu specializačnímu vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie.

Do specializačního studia byli zařazováni střední zdravotničtí pracovníci, kteří již získali odbornou způsobilost v oboru a splnili tříletou praxi v oboru, ve kterém se chtěli specializovat. Pracovníci byli vybíráni řediteli zdravotnických zařízení ve spolupráci s vedoucími odborných pracovišť. Pokud střední zdravotničtí pracovníci pracovali jako učitelé praktického výcviku a péče o nemocné na zdravotnických školách, byli vybíráni do pomaturitního specializačního studia inspektory zdravotnických škol na základě doporučení ředitele dané školy.

Délka studia se pohybovala kolem dvou let (vždy blíže určeno v náplni specializačního studia). V prvním roce studia musely studentky absolvovat jak obecnou část (kromě základů marxismu a leninismu, psychologie, hygieny a epidemiologie byla nutná i pasivní znalost jednoho světového jazyka), tak i speciální – zde se kromě jiného již přistupovalo k teoretickým základům resuscitace a intenzivní péče.

V prvním pololetí druhého roku specializačního studia přibyla k odborným předmětům i praxe na ARO či JIP, druhé pololetí bylo věnováno speciálním léčebným výkonům v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Studium bylo zakončeno závěrečnou zkouškou před zkušební komisí, a to praktickou i teoretickou, která se konala v Ústavu Národního Zdraví. Po úspěšném vykonání zkoušky absolventi obdrželi osvědčení o specializaci vydané Ústavem, na jehož základě mohl pracovat na kterémkoliv oddělení anesteziologickém, resuscitačním nebo na jednotce intenzivní péče. Specialistky v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči patřily svými studijními výsledky k těm nejlepším. Převážná většina sester byla z ARO, ale postupně se zvyšovalo i procento sester z JIP.

První absolventky studia dokončovaly specializaci v roce 1973, a do roku 1983 úspěšně ukončilo studium závěrečnou zkouškou 677 specialistek (Faflová, 2014).

Od svého počátku prošlo vzdělávání zdravotnických pracovníků v intenzivní péči mnoha reformami. V souladu se vstupem do Evropské Unie bylo třeba některé aspekty upravit a sjednotit (Kapounová, 2007).

Požadavky Evropské unie k profesnímu vzdělávání sester jsou u nás vymezeny zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti, která souvisí s poskytováním zdravotní péče. K novelizaci zákona došlo v letech 2008 a 2010 (Čapková, 2013).

O sjednocení vzdělávání v intenzivní medicíně v Evropě se snaží program CoBaTriCe (Competency Based Training programme in Intensive Care Medicine for Europe), jehož cílem je sloučit postupy a zásady v intenzivní péči a nastavit jednotné standardy péče (Drábková, 2013).

Zákon č. 20/1966 Sb. („Zákon o péči o zdraví lidu“) stanovuje, že „zdravotní péči mohou provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci“.

Vzdělávání sester se člení do 3 úrovní – primární (základní devítiletá škola), sekundární (kterákoliv střední odborná škola s maturitou; v případě absolvování střední zdravotnické školy se získává možnost pracovat ve zdravotnictví pouze pod odborným dohledem) a terciální (kvalifikační vzdělání na vyšších odborných školách či vysokých školách). Teprve po absolvování posledních dvou zmíněných škol je sestra způsobilá k výkonu zdravotnického povolání bez dohledu, a to buď jako DiS. (diplomovaný specialista – VOŠ), nebo jako Bc. (bakalář – VŠ). Podmínkou k vykonávání práce bez odborného dohledu je registrace, která zaručuje odbornou způsobilost (Kapounová, 2007).

Předpokladem pro výkon zdravotnické profese je ochota k celoživotnímu vzdělávání a prohlubování poznatků získaných studiem.

„Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky“ (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Díky rychlému rozvoji zdravotnictví dochází k neustálým změnám (v oblasti intenzivní péče zejména), které je třeba rychle převést do praxe. Vzhledem k zodpovědnosti, kterou sestra za pacienty má, je nutné, aby disponovala všemi informacemi, aby kvalita péče byla co nejvyšší a nedošlo k ohrožení lidských životů (Kapounová, 2007).

V celoživotním vzdělávání je zahrnuto specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školeních, kongresech, konferencích, sympoziích, vydávání publikací, vědecko-výzkumná činnost, tvorba standardů, e-learningové kurzy, studium literatury, studium navazujících bakalářských, magisterských či doktorských programů (Zákon č. 96/2004 Sb).

Specializaci lze získat pouze absolvováním vzdělávacích programů akreditovaných Ministerstvem zdravotnictví. Specializační vzdělávání by mělo být pojato modulovým způsobem, který by měl být tříúrovňový. V základním modulu jsou předměty zaměřené na všeobecné znalosti (psychologie, pedagogika, management, atd.), odborný modul je pro sestry povinný v souladu s vybraným oborem specializace, a speciální moduly se týkají úzce vymezené problematiky, kterou si lze zvolit dle vlastního zaměření (Kapounová, 2007).

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) zajišťuje akreditovaný specializační program s názvem Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (včetně všech dalších zaměření). Absolvování celého specializačního studia, získání 120 kreditů, a úspěšné složení atestační zkoušky jsou podmínkou pro udělení příslušného osvědčení. Pro zařazení do vzdělávacího programu již není nutná praxe, stačí odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (Čapková, 2013).

3.4.4. Kompetence sestry v intenzivní péči

Následující kapitola je napsána z historického pohledu, který vychází z dobových periodik a literatury. Současně je zde nabídnuta komparace se současnými požadavky na sestry v intenzivní péči.

Dobře vyškolená zdravotní sestra je dle Havlíčka (1967) nezbytným předpokladem fungování oddělení. Kvalifikace sester je podle něj celosvětově zvyšována, a s vývojem situace se sestra stává více spolupracovnicí lékaře, než jeho podřízenou.

Podle Mehlana (1954) kvalifikovaná sestra a zkušený kliník má šanci zachránit více nedonošených dětí, než neškolený personál s nejmodernějším vybavením; dost často pozná zkušená sestra dříve než lékař zhoršení stavu novorozence.

Dobeš (1964) tvrdí, že nová koncepce péče o nemocného v diferencované péči předpokládá změnu jak v početním stavu zejména středních zdravotnických pracovníků, tak v náplni jejich práce.

To ovšem znamená:

- dokonalou odbornou znalost základní i speciální ošetrovatelské péče,
- dobrou znalost technického vybavení JIP,
- psychologické znalosti nemocných v intenzivní péči,
- a dobrý vztah mezi lékařem a sestrou.

Z výše uvedených bodů vyplývá, že sestra, která pracuje nebo se chystá pracovat na JIP, musí mít pro tuto činnost zvláštní předpoklady – musí mít odborné znalosti, být technicky zdatná, psychicky stabilní a sociálně schopná. Je proto potřebné, aby se k výběru sester na takováté oddělení přistupovalo odpovědně a nejprve se pomocí teoretických a psychologických testů řádně prověřily. Posléze je třeba je soustavně vzdělávat. Nejúspěšnější kurzy byly pořádány v Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (Dobeš, 1967).

Problémů týkajících se psychologických a sociologických aspektů práce sestry v intenzivní péči se věnovala promovaná psycholožka V. Bartošová. Do problematiky nás uvádí článkem „Psychologický profil sester pracujících na oddělení intenzivní péče“ (1968), ve kterém popisuje svůj předběžný výzkum týkající se problematiky personálního obsazení na JIP.

Co se týče psychických předpokladů, píše: „Domníváme se, že by sestry měly být psychicky zdatné: vyrovnané, emočně stabilní a odolné vůči stresovým situacím; mají pohotově až bleskově reagovat, uvážlivě, ale rozhodně a sebejistě, včas a na vlastní odpovědnost zasahovat v situacích, které spadají do jejich pravomocí. Sestry pracující na oddělení intenzivní péče musí striktně dodržovat pracovní disciplínu a své povinnosti plnit svědomitě. Odborně náročná práce od nich vyžaduje manuální zručnost a hbitost, vytříbenou pozorovací schopnost a vysoký stupeň inteligence jako nutný předpoklad plnění náročných povinností a potřebného doplňování vědomostí.“

V závěru článku dodává, že se jedná o výzkum dlouhodobého rázu. Psychologické vyšetření sester bylo do té doby provedeno pouze na jednom pracovišti. Příspěvek měl jen uvést čtenáře do dané problematiky a seznámit je s metodikou jejího řešení.

„Práce sestry v resuscitaci a její zvláštnosti z psychologického hlediska – nároky a poučení z něho vyplývající“ (Wirthová, 1976) je další, o něco podrobnější článek, který se týká tohoto tématu. Je výstupem vlastního pozorování třináctileté práce u resuscitačních lůžek, mimo jiné i Resuscitačního oddělení na Františku.

V jiném článku (Psychologická problematika sester pracujících na oddělení intenzivní péče, 1968) Bartošová shrnula rozdíly mezi prací sester na standardních odděleních a na JIP:

- správné provádění úkonů denní péče o těžce nemocného vyžaduje vyšší odbornou úroveň sester
- na oddělení intenzivní péče je mnohem více běžných i speciálních úkolů v oblasti diagnosticko-terapeutické
- sestra se podílí samostatně i na úkolech druhé skupiny, především různými reanimačními úkony, kterými může zachránit nemocnému život
- koncentrace nejtěžších pacientů na oddělení intenzivní péče vyžaduje od sester soustavné a velmi bedlivé pozorování pacientů, tedy „koncentrovanou individuální péči“

Práce sestry je definována ve vyhlášce 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v zákoně 105/2011 Sb., kterým se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů a také v nařízení vlády č. 222/2010 o katalogu prací ve veřejných službách a správě.

Všeobecná sestra musí podle vyhlášky 55/2011 Sb. bez odborného dohledu a bez indikace:

- poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy
- dodržovat hygienicko-epidemiologický režim
- vést zdravotnickou dokumentaci a pracovat s informačním systémem daného zdravotnického zařízení
- poskytovat pacientovi pouze takové informace, které jsou v souladu s její odbornou způsobilostí
- spolupracovat při praktickém vyučování studentů, kteří se připravují na zdravotnické povolání
- spolupracovat na tvorbě standardů
- poskytovat základní či specializovanou ošetrovatelskou péči dle zásad ošetrovatelského procesu
- diagnostikovat potřeby pacienta, hodnotit jeho soběstačnost a sledovat projevy onemocnění
- používat hodnotící škály - riziko dekubitů, VAS, nutriční screening apod.
- monitorovat a hodnotit fyziologické funkce (dýchání, EKG, TT, TK, P, atd.)
- nejen pozorovat, ale i diagnostikovat a zapisovat stav pacienta

- provádět vyšetření biologického materiálu neinvazivního původu
- udržovat průchodnost horních cest dýchacích
- diagnostikovat a pečovat o rány, stomie, žilní vstupy periferní i centrální
- spolupracovat s odborníky při rehabilitaci pacienta
- podílet se na zlepšování soběstačnosti pacienta a na jeho edukaci v kontextu s ošetrovatelskými postupy
- umět vyhodnotit sociální situaci pacienta a zajistit mu pomoc odborníka v oblasti zdravotně-sociální, sociální a sociálně-právní
- provádět úkony potřebné při příjmu, překladu i propuštění pacienta
- psychicky podporovat umírajícího pacienta i jeho blízké
- pečovat o mrtvé tělo
- manipulovat s terapeutickými přípravky a zdravotnickými prostředky

Dle třetího odstavce § 4 vyhlášky 55/2011 Sb. může všeobecná sestra na základě indikace lékaře provádět úkony v souvislosti s preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péčí, a to bez odborného dohledu.

Dle čtvrtého odstavce § 4 vyhlášky 55/2011 Sb. smí všeobecná sestra pod dohledem lékaře aplikovat krevní deriváty intravenózně, asistuje lékaři při úvodním podávání transfuzních přípravků a poté již bez odborného dohledu, avšak dle indikace lékaře, sleduje a ošetřuje pacienta během aplikace transfuzního přípravku a ukončuje jej.

Dle nařízení vlády 222/2010 Sb. se kompetence všeobecné sestry mění v závislosti na platové třídě.

3.5. Současnost a trendy

Když zvážíme, jak intenzivní medicína začínala a odkud kam se posunula, vidíme v posledních 25 letech nesmírný pokrok. Posun vidíme v přístupu k léčbě

pacienta, kdy „méně je více“ – terapeutické intervence jsou přizpůsobenější pacientovým potřebám. Ventilací přístroje jsou vybavené ventilačními režimy, které jsou šetrnější vůči pacientovi. Snižují se dávky sedací s cílem neuvádět pacienta do kómatu, ale poskytnout mu relativní pohodlí a udržovat jej v něm; také se zefektivňuje management bolesti. Podává se méně transfuzí. Je doporučeno ustoupit od podávání nadměrných dávek výživy (Kelly et al, 2014), a Drábková (2015) zároveň zmiňuje restriktivní taktiku ohledně udržování tekutinové bilance pacienta, čímž se předchází přetížení a převodnění organismu.

Dalším aspektem je technologie. Elektronické monitorovací systémy a počítačová dokumentace umožňují snadnější přístup pro případné audity, usnadňují výzkum a pomáhají zlepšovat kvalitu péče (Kelly et al., 2014).

S „technizací“ medicíny je úzce spojená potřeba klást důraz na lidský přístup k pacientovi. Drábková (2015) zmiňuje humanizaci jako jednu z priorit dalšího vývoje intenzivní péče. Dr. Gabriel Heras La Calle ji považuje za prioritu největší. Na svém blogu „Humanizing Intensive Care“ se zabývá všemi aspekty této problematiky, které rozdělil do 9 nejdůležitějších oblastí – komunikace, syndrom vyhoření zdravotníků, návštěvní doba a hodiny, naslouchání pacientovi i jeho rodině, integrativní medicína (využití fyzioterapie, muzikoterapie...), design a vybavení jednotek, kontinuální péče o pacienty s postintenzivním syndromem, zácvik personálu, a postupy u pacientů v terminální péči. Svým projektem bojuje proti technizaci a „robotizaci“ medicíny, a získal na něj i mezinárodní grant.

Využití fyzioterapie, časná mobilizace a rehabilitace je druhým aspektem, na který Drábková ve svém článku poukazuje. Uvedené postupy a zásady se v zahraničí realizují s ohledem na vlastní tradici. Počet fyzioterapeutů v poměru k pacientům je ovšem omezen, stejně tak jako jejich čas, který jim mohou věnovat. Je potřeba tuto oblast dobudovat a ucelit.

Takrouri (2004) i Kelly et al (2014) uvádí etické problémy jako další oblast, na kterou je třeba se zaměřit. Podrobněji jsem se jim věnovala v kapitole 3.2.

S ohledem na stárnutí populace se bude potřeba intenzivní péče dále navyšovat. (Kelly et al, 2014) Se závažností a počty pacientů její potřeba stále roste, s nejnovejšími poznatky, fenomény a požadavky se dále vyvíjí. Vše se odráží ve vzdělávání (kterému se věnuji v kapitole 3.4.3), výzkumu a zejména ve financování. V otázce peněz není intenzivní medicína pro vedení zdravotnických zařízení příliš oblíbená, a to kvůli své nákladnosti, je proto třeba zdůrazňovat případy, které dopadly příznivě, např. včas podchycené komplikace (Drábková, 2013).

Právě z ekonomických důvodů se v řadě zemí začíná přistupovat k budování multidisciplinárních, centrálních pracovišť intenzivní medicíny. Tento způsob má i organizační výhody - vybavení, přístroje a materiály mají efektivnější využití, a nedochází ke zdvojování nákladů (Ševčík et al, 2014).

O nutnosti zřízení centrálních pracovišť píše MUDr. Žalud již v roce 1968: „V pětiletém plánu se počítá se zřízením nejméně 30 resuscitačních oddělení (RO). V roce 1968 jsou na území ČSSR jen 4 RO. S realizací Směrnice č. 11/1966 se většinou ani nezačalo. ... Objednávají si složitá vybavení, umísťují si je na svých odděleních a jakmile přechází do „vlastnictví“ oddělení, je jejich použití jinými odděleními a společnými složkami zablokováno. Jsou snahy zřizovat pokoje intenzivní péče na jednotlivých odděleních nemocnic pokrokové, anebo jde o projev tradičního separatismu?... Pro pokročilou technizaci lékařství nevyhovuje již tradiční rozdělení všech nemocných podle oborů a diagnóz. Chceme-li podstatně snížit úmrtnost, je nutno vyčlenit areál intenzivní terapie, respektive dlouhodobé ústavní resuscitace...“

Článek pokračuje v obdobném duchu, a když vezmeme v potaz dobu, ve kterém vyšel, je velice odvážný, zejména pak tvrzení, že „Lůžka patří nemocnici. Prestižní politika je toho areálu vyloučena. Pro přijetí nemocného do jednotek intenzivní terapie je rozhodující jen okolnost, zda nemocný potřebuje léčení týmem odborníků, a tedy komplexním vybavením, nebo ne.“

Výzkum se doposud věnoval UPV, kontinuálním mimotělním náhradám ledvin, nebo standardizované léčbě sepsí. Nověji se organizují rozsáhlé randomizované

(náhodné) kontrolované studie a zkoumá se vliv genetiky u kritických pacientů, vliv prostředí intenzivní medicíny či varovné stavy pacientů (Drábková, 2013).

Podle Vincenta et al. (2014) je jedním z největších pokroků v intenzivní medicíně zavádění velikých, multicentrických studií, které přímo nesouvisí s nějakým komerčním výrobkem, ale jsou podporovány a organizovány sdruženími či financovány ze státních peněz. Z evropských iniciativ se jedná např. o Evropskou prevalenci infekce v intenzivní péči, projekt CORTICUS, či Výskyt sepse u kritických pacientů. Intenzivisté, kteří na těchto studiích spolupracovali, tak jednali spíše z altruismu, než pro finanční ohodnocení.

3.6. Předpoklady

V roce 1968 popsal MUDr. Žalud v článku „Koncepte intenzivní péče a její koncepte“ definici diferencované péče takto:

„Program diferencované péče o hospitalizované nemocné zřízení centrálního oddělení intenzivní péče vedle oddělení intenzivní terapie, obdobně jako u ostatních společných složek nemocnice s poliklinikou, je základem ústavní či dlouhodobé resuscitace komplexní mechanické a elektronické vybavení a školený personál, ovšem pod vedením týmu odborníků. Funkcí centrálního oddělení intenzivní péče je fyziologické řízení metabolismu, intenzivní observace oběhu a stavu vědomí. Centrální oddělení intenzivní péče nepotřebuje složité přístroje a drahé vybavení. Jen velmi příznivou relací sester k počtu ošetřovaných nemocných.“

Podle Žaluda (1968) je rozhodujícím kritériem pro přijetí na resuscitační jednotku (RO) potřeba léčit nemocného týmem odborníků a komplexním vybavením, potřebuje neustálý sesterský dozor, laboratorní observaci, infúzní terapii apod. Nemocný, který nepotřebuje automatickou ventilační podporu, podle něj nepatří na RO, ale na JIP. Z článku vyplývá prvotní myšlenka centralizace intenzivní péče, a to z praktických důvodů, k čemuž v současnosti přistupují velké nemocnice, či k tomu směřují; toto uspořádání se zdá být ekonomicky výhodnější (Ševčík et al, 2014).

Podle Havlíčka (1964) vede bezplánovitě a namátkově umístování pacientů na oddělení k rozptýlení nepříliš velikého počtu těžce nemocných mezi pacienty méně nemocné, a tím ztěžuje práci sestrám, které pak mohou své povinnosti plnit jen zčásti. Musí neustále odbíhat od rozdělané práce k pacientům, kteří potřebují její neustálou pozornost, tudíž její činnost postrádá jistou systematičnost a se stává neorganizovanou. Diferenciaci péče vidí jako nezbytnou a účelnou; pro úplnost jeho argumentu je v článku uvedena chronometráž sestry („cestovní plán“ sestry – ukazuje, kudy během směny chodila) na oddělení, kde leží pacienti s různě závažnými stavy.

Německý pojem „Sitzwache“ vystihuje práci sestry na takovémto oddělení – znamená to, že sestra vykonávající službu nesmí pacienty nechat bez dozoru; navíc by měla být k dispozici další sestra, která by v případě potřeby pomohla. Podle zkušených sester z Německé Akademie věd v Berlíně sestra zvládne dohlížet maximálně na 6 těžce nemocných, pečovat o 4, a v některých případech si nevystačí sama u jednoho kriticky nemocného pacienta (Havlíček, 1964).

Bartošová (1968) uvádí, že „zkušenosti z NDR ukazují, že služba u nejtěžších pacientů, kteří vyžadují bezprostřední, stále ošetřování, nesmí trvat u jedné sestry déle než 4 hodiny, neboť sestra je po této době vyčerpána a její pozornost je snížena.“

Havlíček (1964) také přichází s řešením, jak nemocné v intenzivní péči od sebe oddělit a seskupit. Rozděluje je na jednotky intenzivní péče, střední péče až minimální péče; toto rozdělení koreluje s dnešním rozdělením jednotek IP (viz Ševčík, 2014). Havlíček situaci ve vedení oddělení vnímá jako problematickou – zdá se, že chirurgové se jen neradi vzdávají svého rozhodujícího slova ve prospěch anesteziologů, které stále vnímají jako své podřízené.

Píše: „Další vývoj ukáže, zda je skutečně racionální, aby si chirurgové ukládali povinnost zvládnout vše, co již dnes obor anesteziologie nahromadil, a to proto, aby jejich řídicí vliv byl skutečně podložen. Postup podle zásad týmové práce zdá se nám úspornější a vhodnější.“

Podle koncepce oboru Anesteziologie a resuscitace Ministerstva zdravotnictví České republiky (1999) se jedná o „lékařský obor, který se zabývá poskytováním, organizováním a zkoumáním anesteziologické, resuscitační a intenzivní péče. Při tom úzce spolupracuje s dalšími operačními i neoperačními obory. Organizace poskytování anesteziologické, resuscitační a intenzivní péče ve zdravotnických zařízeních trvale (i v době ústavních pohotovostních služeb) zabezpečuje odbornou úroveň a nejširší dostupnost oborových činností, zejména:

- provádění anesteziologických výkonů výlučně lékaři oboru anesteziologie a resuscitace
- trvalou přítomnost lékaře oboru anesteziologie a resuscitace na resuscitačním úseku ARO
- dostupnost přiměřené péče (přístrojové a materiálové zabezpečení, její organizační a personální zajištění) kriticky nemocným.“

Jak minimální technické a personální vybavení, tak seznam zdravotnických výkonů vyplývá z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005.

Z důvodu organizace péče o pacienty je doporučen počet lůžek v jednotce v rozsahu 6 – 12 lůžek. Z lůžka pacienta musí být vidět na stanoviště sester.

S větším počtem lůžek je účelné vytvořit dvě a více jednotek. V případě většího počtu JIP je třeba s ohledem na možnost společného zázemí a flexibilní nasazení personálu umístit je do jednoho místa. Při výstavbě JIP v areálu nemocnice musí být brána v úvahu lokace ostatních oddělení nemocnice - zejména musí být zajištěna dobrá dosažitelnost traumatologie (oddělení akutního příjmu - emergency), operačních sálů a diagnostických oddělení.

Doporučuje se umístit max. 50 % lůžek do společného boxu, a zbylá lůžka umístit do jednolůžkových boxů.

Základem oddělení je dostatečně veliký prostor, doporučuje se 20 m³ na jedno lůžko. Lůžko by mělo být přístupné ze čtyř stran, zásuvky a vývody medií musí být dostupné bez větších překážek. Vzdálenost mezi lůžky by měla být 1500 mm,

vzdálenost mezi boční stranou lůžka a zdí min. 1200 mm (není zde započten prostor pro umístění přístrojů).

Jednotka musí být vybavena klimatizací. Nedoporučuje se umístění jednotky na osluněné straně fasády (Standard pro jednotku intenzivní péče, 2002-2004).

Všechny tyto podmínky vyplynuly z mnoha provozních studií, šetření, výzkumů a zkušeností zdravotnických pracovníků. MUDr. Havlíček se ve článku „Diferencovaná péče v nemocnicích II.“ (1967) zabývá zavedením standardních podmínek v diferencované péči.

Píše: „Náš propočet současně ukazuje, že zabezpečení výkonné intenzivní péče předpokládá též jistý, minimální počet lůžek, tedy jednotku určité minimální velikosti, která zabezpečí dobré využití technických prostředků, a zejména erudovaných pracovníků. Pro odhad horní hranice velikosti takového oddělení nemáme zatím po ruce dostatečné podklady.“

V závěru dodává, že podle provedených šetření a chronometrů je třeba upustit od tradičního, „hromadného“ ošetřování nemocných, oddělit těžce nemocné od lehčích případů, a shromáždit dostatek informací pro zlepšení vybavení a podmínek pro poskytování optimální péče v této oblasti.

Dobeš (1967) píše: „Na základě zkušenosti s intenzivní péčí a na základě analýz jeví se ve světě potřeba sester na jednu směnu (udávanou různě 6 až 8 hodin) tak, že vychází na 1-3 nemocné jedna sestra... V průměru pak na jednotce intenzivní péče ošetří 1 sestra 2,5 nemocného.“

V roce 1976 byly v časopise Československé zdravotnictví zveřejněny výsledky šetření, které mělo posloužit ke zhodnocení stavu pracovišť resuscitace a intenzivní péče v ČSR, a to pod názvem „Kádry, materiální vybavení a provozní situace v jednotkách intenzivní péče a v anesteziologicko-resuscitačních odděleních v ČSR“.

Podle všeho se jednalo o první výzkum v této oblasti, jelikož v době šetření nebyly k dispozici žádné soupisy či seznamy o daných odděleních. Proto bylo při vyhledávání informací využito spolupráce s řediteli KÚNZ či s vedoucími odborů

zdravotnictví KNV. Celkem se získalo 138 vyplněných dotazníků a 5 zpráv o nedokončené výstavbě pracoviště.

Asi nejvíce zarážejícím faktem je ten, že pouze 15 % pracovišť bylo vybudováno v přízemí, přestože je dostupnost jedním ze základních atributů pracovišť pro resuscitaci a intenzivní medicínu. Autory byly zaznamenány i některé ojedinělé případy, kdy k jednotkám, které se nenacházely v přízemí, nevedl ani výtah (jednalo se i o jednu koronární jednotku). Jak probíhal příjem pacientů si v dnešní době nelze asi moc dobře představit (Daneš et al., 1976).

4. Oddělení JIP a ARO ve vybraných nemocnicích v JČK

4.1. České Budějovice

Tato kapitola vychází zejména z dokumentů pořízených z nemocničního fondu a z fondu KNV v oblastním archívu v Třeboni. Zde byly nalezeny zejména dokumenty týkající se hospodaření nemocnice, ve kterých byly stručné zmínky o stavu jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních oddělení. Fond Nemocnice České Budějovice obsahoval i staré nemocniční zpravodaje, které vycházely od roku 1989 či spis Občanského Fóra.

Zajímavou součástí složky „Statistika, komentáře, úvahy, přehledy investic, zprávy o činnosti a výsledcích hospodaření 1951-1959, 1961-1969“ byl nedatovaný strojopis dějin nemocnice. Dle odhadu pochází z poloviny 70. let., v datech je uvedeno otevření protetického oddělení v roce 1974. Spis je sepsán „normalizačním“ tonem, zejména pak komentáře o letech 1968 – 1969, což je vysvětleno v závěru článku, že „třicáté výročí osvobození naší vlasti Sovětskou armádou je příležitostí, abychom se zamysleli nad dosavadní historií“.

Dějínám českobudějovické nemocnice bylo věnováno již několik publikací, z toho asi nejpodrobnější byla kniha Černého a Šmajclové „Dějiny českobudějovické nemocnice, I. díl (středověk – 1948). Publikace „100 let českobudějovické nemocnice“

od Marie Šotolové se věnovala dějinám nemocnice i po roce 1948, z ní byly čerpány informace o vzniku ARO.

První zmínku o zdravotní či sociální péči lze najít již ve 14. století, kdy se na území města začaly objevovat první útulky pro cestující a špitály při kostelech. V 16. století byl za hradbami města postaven pozdně gotický morový špitál.

V 19. století byla pro potřeby armádních příslušníků zřízena vojenská nemocnice, která se z centra města později přesunula do objektu kasáren, které se během první světové války užívaly ke „špitálním účelům“.

Dějiny českobudějovické nemocnice se mohou počítat od roku 1914, kdy se slavnostně otevřela nová budova ústavu v ulici Boženy Němcové. Budova se nachází na území dnešní nemocnice. Stržení objektu starého špitálu na Senovážném náměstí znamenal definitivní konec jedné éry a začátek nové (Černý, Šmajclová, 2007).

Velkou zásluhu na rozvoji anesteziologické a resuscitační péče měl primář MUDr. Josef Bárta. I přesto, že patřil mezi průkopníky oboru v Jihočeském kraji a byl jedním z předních odborníků v oblasti anestezie v našich zemích, je o jeho činnosti sepsáno pozoruhodně málo. Zakládal a organizoval činnost nemocnic a budoval anesteziologická a resuscitační oddělení v celém Jihočeském kraji (Počta, 2001).

Mezi periodiky byly nalezeny 3 články, které se o něm ve stručnosti zmiňují, z toho jedna zpráva o životním výročí a jedna o jeho úmrtí. Nejrozsáhlejší článek o Bártovi vyšel v nemocničním zpravodaji č. 1/2001.

Do českobudějovické nemocnice přišel roku 1953. V té době bylo možné na chirurgickém oddělení díky lepšímu přístrojovému vybavení provádět složitější výkony. Když v roce 1955 odešly řádové sestry, ujali se uspávání na sálech samotní lékaři. Po získání atestace v roce 1965 se Bárta stal vedoucím lékařem pro anesteziologii a poradcem krajského chirurga pro anesteziologii. V této funkci měl na starosti metodické vedení – tzn. sledovat činnosti a úroveň anesteziologie, plnění zásad ošetrovatelské péče a koncepce oboru v kraji, a prověřovat metodickými návštěvami práci okresních vedoucích lékařů pro obor AR.

Dne 1. 12. 1965 se stal přednostou nelůžkového anesteziologického oddělení v KNSP. V roce 1969 byly zavedeny pohotovostní anesteziologicko-resuscitační služby v mimopracovní době s jedním lékařem a jednou anesteziologickou sestrou pro celý ústav. Stále však chybělo lůžkové oddělení; několik jednotek intenzivní péče nemohlo dostačovat potřebám nemocnice.

Ve spisu Návrh ústavního plánu pro rok 1966 – 1970 je ve věci „Podrobné zdůvodnění zvýšené potřeby pracovníků KÚNZ“ o anesteziologii psáno:

„Dosavadní poskytování lékařské péče o nemocné s akutní zástavou životně důležitých funkcí neumožňuje využít všech vědomých metod pro záchranu lidského života (celostátně takto umírá asi 4000 lidí ročně) a lze předpokládat, že správným uspořádáním a vytvořením potřebných podmínek lze zachovat život asi 50 % z uvedeného počtu. Vzhledem k tomu, že se jedná prakticky o zdravé lidi, je tento úkol nejvýš naléhavý. Z tohoto důvodu uložil ministr zdravotnictví po projednání v kolegiu ministra 7. 10. 1965, aby v krajských ústavech národního zdraví (KNSP) byla zřízena anesteziologicko-resuscitační oddělení, která budou schopna úkoly v resuscitaci zajistit. Podle zpráv z jiných krajů jsou tato oddělení v provozu již v řadě nemocnic i nižších typů. (Potřeba 27 pracovníků, z toho 5 l. m.)“

Z politicko-hospodářského rozboru plnění plánu a rozpočtu za rok 1966 je v odstavci „Traumatologie“ zmínka o reorganizaci rychlé pohotovostní lékařské služby, která má vést k lepšímu zabezpečení lékařské pomoci.

V odstavci o anesteziologii se dozvídáme následující:

„V průběhu roku došlo pouze k systematickému rozvíjení anesteziologického oddělení v KNSP. V okresech zůstala situace bez výraznějších změn. Čes. Krumlov a Prachatice dosud nemají anesteziologa vůbec. Kromě problémů kádrových stále naléhavější se ukazují i problémy nedostatečného přístrojového vybavení, zejména s ohledem na další poslání anesteziologie na úseku resuscitace. Resuscitační oddělení ve

vlastním slova smyslu není dosud zřízeno v žádné nemocnici s poliklinikou v Jihočeském kraji.“ (Klavický, 1967)

Podle rozboru za rok 1967 se stav poskytování anesteziologické péče v kraji příliš nezměnil; zdůvodněním pomalého rozvoje oboru je fakt, že se jedná o nástavbový obor, a že je (i přes hmotné zvýhodnění) oborem neatraktivním. K výstavbě resuscitačních úseků nedošlo pro prostorovou a kádrovou náročnost (Kesek, 1968).

V Rozboru činnosti a hospodaření za rok 1969 je ohledně anesteziologie pouze krátká zmínka:

„Anesteziologická služba byla mimo řádnou pracovní dobu zajištěna pouze v KNSP, v ostatních nemocnicích spolupracovala při pohotovostních službách operační oddělení. V žádné nemocnici v kraji nebyly podmínky pro dlouhodobou resuscitaci. V roce 1969 bylo v kraji 26 případů, u kterých byla dlouhodobá resuscitace nutná; tyto nemocní byli odesláni do Prahy.“

Anesteziologie v rozboru za rok 1970:

„Ve všech ústavech II. typu fungovala samostatná nelůžková oddělení. Využívala moderních preparátů, které měla k dispozici. V přístrojovém vybavení, zejména v menších ústavech, trval nepříznivý stav. Ani vybavení pro resuscitaci nebylo zcela vyhovující. Pracoviště pro dlouhodobou resuscitaci se nepodařilo v kraji zatím zřídit.“

V roce 1975 hovoří čísla o velkém rozvoji v předchozích 5 letech:

„Rozšiřuje se péče o stavy ohrožující život. V současné době je v JČ kraji 8 anesteziologických resuscitačních odd. (ARO). Oddělení jsou nelůžková a pouze jediné – v Pelhřimově má 4 lůžka. V krajské nemocnici je připravováno vybudování lůžkového oddělení a je připravován nárůst lékařských míst v tomto oboru a dalších kvalifikovaných pracovníků. Připravuje se návaznost spolupráce se službou „Rychlé zdravotnické pomoci“, která bude zřízena v okrese České Budějovice, Pelhřimov, na jednu směnu je již realizována v J. Hradci. Na většině interních odd. v kraji jsou již zřízeny jednotky intenzivní péče. Ve Strakonících a J. Hradci též na odděleních

dětských. Významným přínosem je vybudování koronární jednotky v krajské nemocnici pro nemocné akutním infarktem srdečním.“

Kardiostimulační středisko mělo od počátku problémy z důvodu chybějících kardiostimulátorů, které nebyly dodány včas před uvedením centra do provozu, jak referuje v dopise I. náměstkovi MZ ČSR MUDr. Štípalovi vedoucí odboru zdravotnictví MUDr. Vurm.

Součástí nemocničního fondu byla i opřipomínkováná pracovní verze „Zásady provádění dispečinku lůžek“ z roku 1975, ve kterém jsou shrnuty hlavní úkoly dispečinku během příjmu pacienta na akutní lůžko. Mimo jiné „provádí evidenci všech lůžek a ARO v kraji, určených pro léčení stavů bezprostředně ohrožujících život“, obsahuje soupis doporučeného počtu volných lůžek dle oddělení pro akutní případy, a soupis stavů bezprostředně ohrožujících život. V závěru souhrnu připomínek je ovšem poznamenáno, že návrh je reálný snad pouze ve velkých aglomeracích, ale nikoliv v podmínkách JČ kraje.

Vrcholem vývoje anesteziologicko-resuscitační péče v kraji bylo otevření samostatného oddělení v roce 1985, a to v počtu 8 lůžek. Zajímavostí je rok 1986, kdy se v chirurgickém pavilonu, kde se ARO nachází, natáčely záběry filmu Operace mé dcery (Šotolová, 2014).

Dnes patří českobudějovické ARO s 21 000 anestéziemi, téměř 580 hospitalizovanými pacienty a 3 500 pacienty v ambulanci pro léčbu chronických a neztížitelných bolestí ročně k největším pracovištím nemocnice. Zajišťuje podávání různých typů anestézií, každý den v průměru na 19–20 operačních sálech nemocnice. ARO je základní součástí Traumacentra, společně s odděleními úrazové a plastické chirurgie, neurochirurgickým, chirurgickým, kardiochirurgickým a dětským, proto je významná spolupráce se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje, na jejíž činnost často přímo navazuje. Primářem oddělení je MUDr. Bohuslav Kuta (Nemocniční zpravodaj, 2011; Nemocnice České Budějovice, 2016)

15. 9. 2008 bylo slavnostně otevřeno nové Emergency v přízemí chirurgického pavilonu (za účasti ministra zdravotnictví ČR Tomáše Julínka a ministra financí ČR Miroslava Kalouska). Nový „urgentní příjem“ vznikl rekonstrukcí prostor pro ARO a připojením nových ambulancí traumatologického oddělení. Na komplex se 14 anesteziologicko-resuscitačními lůžky byl napojen i radiodiagnostický komplement, nově vybavenou počítačovou tomografií, angiografií a přímo digitalizovanou skiografií; navíc bylo ARO propojeno s operačními sály neurochirurgie a odděleními traumatologie i chirurgie (Šotolová, 2014).

4.2. ČK

Pro sepsání historie českokrumlovské nemocnice byla k dispozici publikace Veselého „Přehled dějin zdravotnictví v Českém Krumlově“. Bohužel obsahovala informace jen do padesátých let, tudíž nezahrnovala období vzniku a vývoje intenzivní péče. Kniha velice podrobně popisuje vývoj zdravotnictví od doby feudalismu až do konce druhé světové války. Jsou zde popsány dějiny prvních špitálů a zařízení, která byla mnohdy založena šlechtici, dále aktivity felčarů, lazebníků, ranhojičů, prvních chirurgů a lékařů. Zajímavou osobností, kterou autor zmiňuje, je Eleonora Amálie Rozálie z Eggenberku, dcera vévody Jana Antonína z Eggenberku. Z osobního zájmu se věnovala lidovému léčitelství, a dokonce roku 1695 vydala knihu obsahující léčebné recepty (Veselý, 2002).

Několik málo údajů bylo možné najít v materiálech poskytnutých okresním archívem. V archívu je uložen fond OÚNZ Český Krumlov, který zahrnuje i nemocnici, má však přes 7 běžných metrů spisů a je bohužel neuspořádaný. Neobsahuje však žádné písemnosti, které by se týkaly organizace a vývoje nemocnice. Další zapůjčenou publikací byla „Fakta a argumenty o rozvoji okresu Český Krumlov 1976-1980“. Strana 37 je věnována zdravotnictví. Je zde stručně zaznamenán vznik JIP: "Na interním oddělení nemocnice v Č. Krumlově zřízena jednotka intenzivní péče se čtyřmi lůžky. Jen zdravotnická technika této jednotky si vyžádala přes půl milionů korun. "

Dále byly v archivní knihovně k dispozici příručky či ročenky shrnující vývoj okresu v letech 1960-1963 (obsahuje čísla o proběhlých investicích, o zlepšení péče v pohraniční oblasti a o zlepšení dostupnosti lékařské péče), 1968, 1971-1975, 1986 (včetně stručné zprávy o zdravotnictví) a dále okresní statistické ročenky, které ale obsahovaly převážně čísla a fakta o vývoji hospodářství a zemědělství, a zdravotnictví se dotkly pouze okrajově.

Podle soupisu OÚNZ z roku 1976 nebyla k dispozici žádná lůžka ARO. Roku 1966 byla zřízena nová psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře s 30 lůžky, později rozšířené na 120.

Podle Nemocnice Český Krumlov anesteziologicko-resuscitační oddělení „poskytuje komplexní anesteziologické služby pro potřebu všech oddělení a odborných ambulancí Nemocnice Český Krumlov“. Spadá pod ni pracoviště anestezie, dospávací pokoj a lůžková část. Ročně je podáno přes 2700 anestezií.

„Lůžková část oddělení poskytuje neodkladnou zdravotní péči nutnou k zajištění a stabilizaci životních funkcí u kriticky nemocných pacientů. Na 5 lůžkách poskytujeme specializovanou a odbornou péči u závažných úrazových i neúrazových onemocnění nebo po rozsáhlých operacích.“

Na jednotce intenzivní péče interního oddělení jsou hospitalizováni všichni nemocní s krvácením do trávicího traktu či nemocní s metabolickým rozvratem a onemocněním srdce (s výjimkou akutních příhod, které řeší oddělení kardiologie v Českých Budějovicích).

Hemodialyzační středisko (7 lůžek), které vede atestovaný nefrolog, provádí chronické i akutní hemodialýzy. Zajišťuje léčení otrav hemoperfúzí ve spolupráci s ARO.

Chirurgické oddělení má k dispozici 42 lůžek akutní péče (z toho 4 lůžka JIP) a celkem 4 operační sály (z toho 1 septický), kde se ročně provádí kolem 2200 zákroků. (Nemocnice Český Krumlov, 2016)

4.3. Prachatice

V prachatickém archívu je uložen fond Nemocnice Prachatice, který je zpracován neúplně. Fond zahrnuje období 1896-2003, většina písemností však končí v 50. letech. Ze zapůjčeného prozatímního inventárního seznamu (do r. 1952) byly k prostudování vybrány tyto materiály:

- Traumatologické plány, akční plány pro hromadná neštěstí pro NsP Vimperk a NsP Prachatice, kontroly traumatologických plánů, mobilizační plán chirurgického oddělení OÚNZ Prachatice
- Rozvoj zdravotnictví a soc. služeb, hodnocení úrovně poskytovaných služeb ve zdravotnictví a soc. péči, demografický vývoj, úkoly ve zdravotnictví a soc. péči v okrese
- navíc se k těmto dokumentům podařilo najít v Krajském archívu v Třeboni oficiální korespondenci ohledně zřízení ARO v Prachaticích a Vimperku (viz příloha) a soupis zařízení OÚNZ z roku 1976

Pro doplnění informací nám byla archívem doporučena a zapůjčena i publikace Nemocnice Prachatice 1905 – 2005, ze které se čerpala většinu údajů k dějinám ústavu.

Návrh k vybudování nové nemocnice byl podán již v roce 1894, ale k výstavbě nedošlo ještě několik let. Projekt byl zadán Emilu Brücknerovi, staviteli z Nymburka. Stavba byla zahájena 29. srpna 1904 a dokončena dne 22. října 1905, tedy za necelých 14 měsíců. Celkové náklady výstavby činily 209 358,75 korun.

Provoz byl zahájen dne 1. ledna 1906. Od 8. května 1906 byl oficiální název ústavu Všeobecná veřejná nemocnice císaře Františka Josefa I. v Prachaticích. Podle údajů z roku 1908 tvořily jádro nemocnice tři jednopatrové budovy.

Prvním primářem byl MUDr. Anton Stini (1905 – 1922). Ošetrovatelskou službu vykonávalo roku 1906 pět sester řádu sv. Karla Boromejského s představenou Cecilianou Františkou Gabrielovou. Kolektiv zdravotních sester, který vedla sestra Cecilia, byl stabilní. V roce 1907 byl rozšířen o jednu řeholnici a v roce 1909 o další - počet sedmi pracovnic se v následujících 30 letech nezměnil.

Roku 1910 došlo k výstavbě prachatické elektrárny, což umožnilo připojení nemocnice na elektrickou síť. Do všech místností bylo ještě téhož roku zavedeno osvětlení. Elektrifikace byla nezbytným předpokladem pro nákup nového rentgenu.

Z třicátých let 20. století se nedochovaly žádné materiály o činnosti nemocnice, dle pamětníků však měla v té době nemocnice v Prachaticích velmi dobrou úroveň.

V době ohrožení republiky nacistickým Německem probíhalo školení dobrovolných sester Červeného kříže - svou praktickou výuku absolvovaly v nemocnici. 8. října 1938, kdy Říše obsadila část českého území, musel tehdejší primář dr. Hellich, tak jako všichni čeští obyvatelé, Prachatice opustit. Sestry Boromejky ukončily dnem 1. října 1938 v nemocnici svou činnost, a vystřídaly je řádové sestry německé národnosti.

Z doby německé okupace se k dějinám nemocnice dochovalo jen velmi málo dokumentů. V prvním půl roce se ve vedení ústavu vystřídali tři lékaři, a až 1. února 1939 byl jmenován primářem Dr. Med. Artur Mahner.

Nemocnice v té době kvůli odsunu původního obyvatelstva ztratila velkou část dřívější klientely, a tak v počátcích svého působení se nemocnice potýkala s nedostatečnou obložností 110 nemocničních lůžek. V roce 1944 však byla již přeplněna, průměrný denní stav pacientů byl 116,2 a počet provedených operací byl 914.

V roce 1949 byl sice počet sekundárních lékařů zvýšen na čtyři, práci však mnohdy vykonávali pouze dva z nich (např. z důvodu vojenské služby).

V pracovním kolektivu byla pouze jedna diplomovaná porodní asistentka a jedna diplomovaná sestra. Zbýlý ošetrovatelský personál tvořily jen nekvalifikované pomocné ošetrovatelky a služebné, což se odrazilo na úrovni zdravotní péče. Ke zlepšení situace došlo až v polovině roku 1949, kdy nastoupily první poválečné absolventky zdravotnických škol.

K 30. červnu 1949 měla nemocnice k dispozici celkem 130 lůžek, z toho 44 chirurgických, 48 interních, 23 infekčních a 15 porodnických. Proběhlo zde 459 operací.

Monoprimariát prachatické nemocnice zanikl až v době vzniku Okresního ústavu národního zdraví v Prachaticích, kdy se veškerá zdravotnická zařízení sloučila po jeden ústav. Vznikly čtyři základní klinické primariáty. V červenci 1951 vláda ČSR rozhodla o sjednocení zdravotní péče podle sovětského vzoru k 1. lednu 1952. Ke dni 1. prosince 1951 byl ředitelem OÚNZ v Prachaticích jmenován MUDr. Jan Petrách.

Koncem 50. let pracovalo v prachatickém OÚNZ 32 lékařů, nemocnice zvýšila počet lůžek na 146, plánovaná přístavba se 200 lůžky však nebyla realizována pro nedostatek finančních prostředků.

Přístavbou polikliniky v roce 1962 se uvolnily prostory pro nové dětské oddělení či radiodiagnostické oddělení. Kvůli zvyšování počtu pracovníků se pro jejich potřeby vystavěla nová ubytovna v nemocničním areálu (rok 1970); drobnějšími stavebními úpravami vznikly dva nové pokoje na chirurgickém oddělení a na interně nová JIP.

Pro neudržitelnost stavu nemocnice byl novému objektu nemocnice položen základní kámen v září 1979, ale kvůli omezeným stavebním kapacitám postupovala výstavba velmi pomalu, proto byla dokončena až na podzim roku 1986. V únoru a březnu roku 1987 během stavebních úprav vznikla pětilůžková chirurgická JIP, která byla zabezpečena personálně i přístrojově.

Na počátku 90. let se zahájilo jednání o finální podobě nemocnice. Oproti původnímu plánu došlo ještě k další změně - původně zamýšlený pavilon akutní medicíny byl využit pro oddělení mikrobiologické, nemocniční kapli a zasedací místnost. V roce 1995 se díky zrušení dětského domova uvolnily prostory, které se poté využily pro výstavbu centrální JIP, která zahájila provoz v září 1998 (Nemocnice Prachatic, 2005).

Na oficiálních internetových stránkách nemocnice se o centrální JIP píše:

„Centrální Jednotka intenzivní péče je určena pro pacienty, u nichž dochází nebo hrozí selhání jedné, nebo více životních funkcí a toto selhání je ovlivnitelné další léčbou. Intenzivní péče o pacienty v rámci nemocnice je zajišťována centrálně na

čtrnáctilůžkové stanici, z nichž tři až čtyři lůžka jsou vyčleněna pro resuscitační péči. Tento systém umožňuje úzkou spolupráci mezi lékaři všech odborností a vyšší odbornou úroveň všech zdravotnických pracovníků. Vedoucím lékařem je primář ARO, dále zde pracují lékaři jednotlivých oborů (chirurgie, interna, ortopedie, gynekologie, pediatrie), sestry pracující na oddělení jsou specializovány na problematiku intenzivní péče.“

Kromě činností na lůžkovém oddělení poskytují i ambulantní péči. Trvalá je i přítomnost resuscitačního týmu pro potřeby nemocnice. Anesteziologický úsek poskytuje anestezii během všech operačních a při některých diagnostických výkonech. Ročně je podáno přes 3000 anestezií. Primářem ARO je od roku 1979 MUDr. Čeněk Adamec (Nemocnice Prachatice, 2005 [online]).

4.4. Písek

Písecký archiv je jediný, který byl v rámci bádání vynechán, a to z časových důvodů. I přesto jsem byl k dispozici dostačující počet pramenů, i když ne primárních. Informace pochází zejména z knihy „Nemocnice v Písku stoletá“, kde bylo ARO věnována dvojstrana. V píseckém archivu lze najít archivní soubor „Nemocnice Písek 1916-1999“, který obsahuje nezpracované archiválie, mezi kterými jsou různé statistiky, zápisy z porad, operační deníky a knihy, či soupisy zesnulých.

První nemocnice v Písku byla zřízena již v první třetině 18. století původně jako vojenská, nikoliv civilní, a nacházela se v jednom z domů ve městě. V roce 1749-1750 založena opravdová nemocnice nedaleko Kamenného mostu, ale poskytovaná péče nebyla o nic lepší.

V 19. století si prošel Písek řadou epidemií. Na vině byla obvykle špatná hygienická úroveň – v městských ulicích chyběla kanalizace (nebo byla ucpaná), z chlívků prosakovala močůvka, a dobytek se porážel na veřejných místech. Lékaři se některým nemocem snažili zabránit proočkováním neochotného obyvatelstva (zejména proti neštovicím), přesto se během 30. a 50. let objevila rozsáhlá epidemie cholery. Byly

zřizovány zvláštní cholerové špitály, a během epidemie v 1850 již stavěli první řádnou píseckou nemocnici. V průběhu celé druhé poloviny 19. století docházelo k dalším epidemiím (neštovic, tyfu, cholery; mezi vojáky se šířila syfilis), proto se v roce 1890 přistoupilo ke zřízení „nemocnice pro nakažlivé nemoci“.

Kapacita malé nemocnice brzy přestala vyhovovat, proto roku 1908 započaly stavební práce na nové nemocnici, která byla v roce 1911 zkolaudována a slavnostně otevřena. Nová nemocnice nesla název „Všeobecná veřejná okresní nemocnice císaře a krále Františka Josefa I.“, po vzniku republiky roku 1918 bylo ovšem jméno bývalého císaře z názvu nemocnice vypuštěno.

Po druhé světové válce začaly přibývat nová oddělení – ženské, ORL, oční, plicní, a dětské. V roce 1945 disponovala nemocnice 340 lůžky, o 4 roky později jich bylo již 448. Zvýšil se i počet a změnila se skladba personálu, kromě 13 řádových sester zde pracovalo 67 civilních sester. (Prášek, 2011)

V padesátých letech byla vytvořena nová organizace Okresního ústavu národního zdraví, pod kterou postupně přešli všichni soukromí praktičtí a zubní lékaři. K roku 1957 pod OÚNZ spadala okresní nemocnice, poliklinika, okresní transfúzní stanice, územní a závodní zdravotní střediska, závodní jesle, okresní hygienicko-epidemiologická stanice a okresní kabinet zdravotní osvěty. (Prášek, 2011)

Podle soupisu z roku 1976 byla v OÚNZ začleněna tato zařízení – okresní hygienická stanice, a nemocnice s poliklinikou; mezi nemocničními odděleními je uvedeno ARO, ale pouze jako nelůžkové zařízení. (KNV ČB, 1976)

Již počátkem 60. let, kdy se začala prosazovat diferencovaná péče, přebudoval primář chirurgického oddělení Macháček svou pracovnu na resuscitační pokoj; později se z něj vyvinulo ARO, které vedl prim. Reitinger. Jednalo se o první takové zařízení v Jihočeském kraji. V roce 1977 vznikla na chirurgickém oddělení nová stanice JIP, a to o sedmi lůžkách.

V roce 1967 založil prim. Suss novou JIP na interním oddělení, a to jako první pracoviště svého druhu v okresních nemocnicích Jižních Čech. Podmínky byly ze

začátku poněkud zjednodušené, intenzivní péče spočívala v přímém sledování pacientů a EKG křivky. Později se z JIP a interního oddělení staly dvě samostatné stanice.

Než se v roce 1985 zřídilo lůžkové ARO, léčily se všechny ne-pooperační život ohrožující stavy zde, na interní JIP. Interna fungovala jako oddělení, kam se posílali pacienti s nejrůznějšími stavy, byla proto neustále přeplněná.

Koncem 70. let nebyl hygienický a technický stav nemocnice příliš vyhovující. Mimo jiné došlo k poškození střechy nad JIP a internou II. Při dešti zatékalo do patientských boxů – problém se vyřešil jednoduše tak, že se voda chytala do umyvadel. I přes urgence, aby se vše co nejdříve opravilo, se nic nedělo, a to až do té doby, než se zřítily část nahnilých stropních trámů. Těsně minuly sedící pacientku a překvapily právě probíhající primářskou vizitu.

Od roku 1984 se na interní JIP začali léčit trombolýzou pacienti s akutním srdečním infarktem, a to jako na jednom z prvních terénních pracovišť.

Prvním anesteziologem písecké nemocnice byla Dr. Bohuslava Mašková (jedna z prvních 12 absolventů anesteziologického kurzu v roce 1956).

V roce 1981 skončila spolupráce ARO a chirurgie, a od té doby bylo snahou primáře Reitingera zřídit samostatné lůžkové oddělení AR. To se mu podařilo až roku 1985, kdy se otevřela nová stanice o 5 lůžkách. Bylo možné se postarat o pacienty s ohrožením na životě v plném rozsahu, a to včetně umělé plicní ventilace. Náročnost sesterského povolání v intenzivní péči potvrzuje čísla - do roku 1994 se zde vystřídalo 64 sester (Prášek, 2011).

Do roku 1977 na ARO sloužili 4 lékaři a 7 sester, dnes jsou čísla větší – dnes má zdravotnický tým na 36 členů (z toho 21 sester).

Oddělení se dělí na úseky – anesteziologický s dospávajícím pokojem, resuscitační a intenzivní péče, léčby bolesti, a dlouhodobé intenzivní péče. Ročně se zde hospitalizuje přes 110 pacientů a při operačních výkonech se podá na 5600 anestezií (Nemocnice Písek, 2016)

4.5. Tábor

V tábořském archívu z nezpracovaného fondu Okresní všeobecná nemocnice Tábor 1867-2005 byly k prohledání vydány tyto materiály:

- Organizace ústavu, směrnice, provozní řády, do r. 1987 (č. př. 22/2008)
- Organizační řád ONT, 2003 (č. př. 30/2014), 2004 (č. př. 79/2015)
- publikace - Tábořské špitály a nemocnice (Jankovec Otakar, Tábor 2010)

Fond dále obsahoval nejřůznější zápisy z porad či hygienický řád nemocnice, ale ty se nevztahovaly k období, kterým se práce zabývá. Bohužel ani ve vydaných dokumentech nebyly k nalezení informace, které by se týkaly tábořské ARO či intenzivní péče. V organizačním řádu z roku 2003 byl jen seznam pracovníků na ARO, jejich počet a úvazek na oddělení. Ze směrnic pro činnost ani z provozního řádu nemocnice se nelze dočíst žádných relevantních informací. Z nalezených materiálů nebylo využito nic.

Něco málo bylo pouze v publikaci pana Jankovce. Kniha je velmi rozsáhlá a podrobně popisuje, jak probíhaly stavební práce, jak nemocnice hospodařila, a mnoho statistických údajů.

Podle dochovaných záznamů byl první tábořský špitál jedním z nejstarších objektů historického jádra města, a bylo součástí hospodářského stavení.

Roku 1888 byla dokončena stavba první řádné nemocnice. Bylo rozhodnuto, že ošetrovatelskou péči o pacienty převezmou boromejky, a byly zde až do roku 1956, kdy nemocnici musely opustit. Měly na starosti především péči o nemocné, praní, vaření, odpovídaly za inventář nemocnice a dokonce směly pečovat o zeleninovou zahradu a chovat drobná domácí zvířata. Stavba přestala brzy vyhovovat, proto se v 1929 přistoupilo k plánování výstavby nového objektu a postupně začaly první stavební práce. V roce 1940 byl dokončen nový pavilon interny.

Z výroční zprávy za rok 2009 se můžeme dočíst o novém pavilonu akutní medicíny, kde se nachází ambulance, ARO, porodnice, a mimo jiné i nová jednotka intenzivní péče pro operační obory (Jankovec, 2010).

Z oficiálních internetových stránek nemocnice se o resuscitačním úseku můžeme dočíst toto: „Na pracoviště intenzivní medicíny – lůžkovou část resuscitačního oddělení jsou přijímáni klienti, kteří jsou bezprostředně ohroženi selháním základních životních funkcí nebo klient, u kterých již došlo k reverzibilnímu selhání těchto funkcí, s nutností jejich podpory nebo dočasné náhrady. Klienti jsou na oddělení přijímáni od záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice nebo z jiného zdravotnického zařízení. Oddělení ARO disponuje 5 lůžky. Pacientům jsou k dispozici 3 jednolůžkové boxy a dvě lůžka společná“ (Nemocnice Tábor, 2016).

V soupise zdravotnických zařízení OÚNZ z roku 1976 je uvedeno anesteziologicko-resuscitační oddělení, toho času nelůžkové. První zmínku o lůžkovém oddělení AR uvádí Jankovec – roku 1986 měla stanice 5 lůžek.

5. Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem „Historie a současnost kritické a intenzivní péče“ bylo zmapovat dějiny poskytování kritické a intenzivní péče na našem území i v celosvětovém kontextu. Jedná se o historickou studii, která zpracována metodou podrobné rešerše.

Pro detailní analýzu tématu bylo zapotřebí prostudovat celou škálu českých i zahraničních zdrojů, a to jak sekundárních, tak i primárních. V rámci vypracování „výzkumné“ části práce byl navštíven Státní okresní archiv Českých Budějovicích. Na jejich doporučení jsme se obrátili na Státní oblastní archiv v Třeboni, a odsud jsme dále zamířili do okresních archivů v Táboře, Prachaticích a Českém Krumlově. Zde nám bylo umožněno nahlédnout do většinou nezpracovaných (a pro širší veřejnost nepřístupných) fondů nemocnic.

Ze získaných poznatků, které jsou shrnuty v této práci, si lze udělat představu o dané době, kdy byly dané informace zveřejněny a jakým způsobem se obor rozvíjel. Tuto práci lze využít jako zdroj pro další výzkum dějin ošetrovatelství. Jeho stručný přehled výsledků práce je možno publikovat v odborném tisku.

6. Zdroje

6.1. Primární zdroje

Fond Jihočeský Krajský národní výbor Č. Budějovice:

OÚNZ Český Krumlov, 1976. *Soupis zdravotnických zařízení OÚNZ Český Krumlov*. Státní oblastní archiv v Třeboni

OÚNZ Prachatice, 1976. *Soupis zdravotnických zařízení OÚNZ Prachatice*. Státní oblastní archiv v Třeboni

OÚNZ Prachatice, 1976. *Žádost o povolení ke zřízení ARO v nemocnici Prachatice a Vimperk*. Státní oblastní archiv v Třeboni

OÚNZ Písek, 1976. *Soupis zdravotnických zařízení OÚNZ Písek*. Státní oblastní archiv v Třeboni

OÚNZ Tábor, 1976. *Soupis zdravotnických zařízení OÚNZ Tábor*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Odbor zdravotnictví Jihočeského KNV v ČB, 1967. *Politicko-hospodářský rozbor plnění plánu a rozpočtu za rok 1966, odvětví zdravotnictví*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Odbor zdravotnictví Jihočeského KNV v ČB, 1968. *Politicko-hospodářský rozbor plnění plánu a rozpočtu za rok 1967, odvětví zdravotnictví*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Odbor zdravotnictví Jihočeského KNV v ČB, 1970. *Rozbor činnosti a hospodaření za rok 1969, odvětví zdravotnictví*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Odbor zdravotnictví Jihočeského KNV v ČB, 1971. *Rozbor činnosti a hospodaření za rok 1970, odvětví zdravotnictví*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Odbor zdravotnictví Jihočeského KNV v ČB, 1976. *Hodnocení činnosti a hospodaření ve zdravotnických rozpočtových organizacích řízených národními výbory v Jihočeském kraji za rok 1975*. Státní oblastní archiv v Třeboni

„Podrobné zdůvodnění zvýšené potřeby pracovníků KÚNZ na rok 1966 – 1970“ Návrh ústavního plánu pro rok 1966 – 1970. Státní oblastní archiv v Třeboni

VURM, Vladimír MUDr., 1975. *Zahájení provozu kardiostimulačního střediska v KNsP v Českých Budějovicích*. Dopis I. náměstkovi MZ ČSR MUDr. Štípalovi vedoucí odboru zdravotnictví, 10. 12. 1975. Státní oblastní archiv v Třeboni

Fond Nemocnice České Budějovice

Autor neznámý. *Dějiny Nemocnice České Budějovice*, bez datace. „Statistika, komentáře, úvahy, přehledy investic, zprávy o činnosti a výsledcích hospodaření 1951-1959, 1961-1969“. Strojopis. Státní oblastní archiv v Třeboni

MELICHAR, Milan, MUDr., 1975. *Souhrn připomínek k návrhu „Zásady provádění dispečinku lůžek“*. Státní oblastní archiv v Třeboni

Fond OÚNZ Český Krumlov:

ONV Český Krumlov, 1980. *Fakta a argumenty o rozvoji okresu Český Krumlov (1976-1980)*. Státní okresní archiv Český Krumlov

Fond Nemocnice Prachatice, 1896-2003:

ONV Prachatice, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, 1976-1990. *Zhodnocení realizace VPNP za léta 1976-1980 v odvětví zdravotnictví a sociálních věcí. Rozvoj zdravotnictví a soc. služeb, hodnocení úrovně poskytovaných služeb ve zdravotnictví a soc. péči, demografický vývoj, úkoly ve zdravotnictví a soc. péči v okrese*. Státní okresní archiv Prachatice

ONV Prachatice, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, 1959-1976. *Traumatologické plány, akční plány pro hromadná neštěstí pro NsP Vimperk a NsP Prachatice, kontroly traumatologických plánů, mobilizační plán chirurg. odd. OÚNZ Prachatice*. Státní okresní archiv Prachatice.

Fond Okresní všeobecné nemocnice Tábor, 1867-2005

Organizace ústavu, směrnice, provozní řády, do r. 1987 (č. př. 22/2008). Státní okresní archiv Tábor

Organizační řád ONT, 2003 (č. př. 30/2014), 2004 (č. př. 79/2015). Státní okresní archiv Tábor

6.2. Monografie

100 let českobudějovické nemocnice, 2014. Nemocnice České Budějovice, a.s., České Budějovice.

BEAUCHAMP, Tom L. — CHILDRESS, James Franklin, 1983. Principles of biomedical ethics. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. XVIII, 364 s.; 24 cm. ISBN: 0-19-503286-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. Akutní stavy v kontextu. Vyd. 1. Praha: Triton, 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.

ČERNÝ, Jiří — ŠMAJCLOVÁ, Diana, 2007. Dějiny českobudějovické nemocnice. I. díl. (středověk - 1948). 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 102 s: il., tab.; 27 cm. ISBN: 978-80-239-9471-1.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 1971. Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči: Pro zdravotní, dětské a ženské sestry. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. ISBN 8070130938.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 1974. Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. 2. dopl. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 245 s. Učební texty (Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků).

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo, 2012. Intenzivní péče o novorozence. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-547-1.

JANKOVEC, Otakar, 2010. *Táborské špitály a nemocnice*. Vyd. 1. Tábor: Nemocnice Tábor. 308 s.: il. (některé barev.), mapy, plány, faksim.; 31 cm. ISBN: cnb002164268; 978-80-254-9405-9.

KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. Z historie ošetrovatelství. Brno: IDV PZ. 185 s.: 36 obr., 20 textových příloh, bibliogr. ISBN: 80-7013-123-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KESZLER, Hugo, 1963. Resuscitace: prevence a terapie náhlých příhod. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 399 s.: il., tab.; 25 cm.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 9788024732244.

Metodické opatření MZ ČR č. 35/1974 Sb. „Koncepce oboru anesteziologie a resuscitace“

Metodický pokyn k zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, (o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů.

Nemocnice Prachatice, 2005. Prachatice: Nemocnice Prachatice. 86 s.: il., tab.; 21 cm.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství. Vyd. 1. Ostrava:

POKORNÝ, Jiří, 1996. Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k odborné samostatnosti. Praha: Pražská vydavatelská společnost. ISBN 80-85369-36-2.

PRÁŠEK, Jiří, 2011. *Nemocnice v Písku stoletá*. Nemocnice Písek. 176 s.: il. (některé barev.), portréty, plány, faksim.; 31 cm. ISBN: 978-80-260-0434-9

ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ, 2006. *Sestry vzpomínají příspěvek k historii ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 86 s. ISBN 80-247-1503-1.

SPINADEL, Lev. *Klinická anesthesiologie*, 1950. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 576 s.: il., tab.

ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC et al., 2003. *Intenzivní medicína: druhé, rozšířené vydání*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-203-X.

ŠOTOLOVÁ, Marie, 2014. *100 let českobudějovické nemocnice 1914-2014*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-905041-4-1.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (96/2001 Sb. mezinárodních smluv)

VESELÝ, Karel, 2002. *Přehled dějin zdravotnictví v Českém Krumlově*. Český Krumlov: [s. l.]. 54, [3] s. obr. příl.: tab.; 24 cm.

Vyhláška č. 134/1998 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon Národního shromáždění č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

6.3. Periodika

Anesteziologicko-resuscitační oddělení se představuje, 2011. Nemocnice České Budějovice, a.s.: Nemocniční zpravodaj, roč. 21, č. 2. ISSN chybí

BARTOŠOVÁ, Vlasta, 1968. Psychologický profil sester pracujících na oddělení intenzivní péče. *Československé zdravotnictví*, Roč. 18, č. 1, s. 35-38. ISSN: 0009-0689.

BARTOŠOVÁ, Vlasta, 1968. Psychologická problematika sester pracujících na oddělení intenzivní péče. *Zdravotnická pracovnice*, Roč. 18, č. 4, s. 186-188. ISSN 0049-8572. DOI: Zdravotnická pracovnice.

CVACHOVEC, Karel, 2010. Anesteziologie a intenzivní medicína současnosti. *Lékařské listy*, roč. 59, č. 12, s. 3-4.

DANEŠ, Luděk — ŠNAJDR, V. — URBAN, J., et al., 1976. Kádry, materiální vybavení a provozní situace v jednotkách intenzivní péče a v anesteziologicko-resuscitačních odděleních nemocnic v ČSR. *Československé zdravotnictví*, Roč. 24, č. 1, s. 4-17. ISSN: 0009-0689.

DOBEŠ, Ladislav, 1967. Intenzivní péče a sestra. *Československé zdravotnictví*, roč. 15, č. 12, s. 592-596. ISSN: 0009-0689.

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Jiří. PROCHÁZKA, 2008. Dlouhodobá / chronická resuscitační / intenzivní péče. *Postgraduální medicína*, 10(4), 368-371. ISSN 1212-4184.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2015. Statistika oboru anesteziologie a resuscitace. In: *Anesteziologie & intenzivní medicína*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně., roč. 26, č. 2, s. 125-129. ISSN: cnb001239462.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2015. Staronové priority v intenzivní péči. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*, roč. 62, č. 3, s. 3-8. ISSN: 1212-3048.

DVOŘÁČEK, Bořivoj, 2011. Odkud byl ovlivňován vývoj oboru anesteziologie a resuscitace v poválečném Československu?. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, roč. 22, č. 1, s. 28-32. ISSN: 1214-2158.

DVOŘÁČEK, David, 2009. Stručné dějiny poskytování první pomoci, organizovaného záchranářství a ošetrovatelské péče o zraněné. *Urgentní medicína*, roč. 12, č. 3, s. 31-33. ISSN: 1212-1924.

DVOŘÁČEK, David, 2009. Historie resuscitace. *Urgentní medicína*, roč. 12, č. 3, s. 34-35. ISSN: 1212-1924.

GABRIEL, J. — PAJKRTOVÁ, B. — MOSSIG, A, 1965. K možnostem diferencované péče v současných podmínkách. *Československé zdravotnictví*, roč. 13, č. 2, s. 53-59. ISSN: 0009-0689.

GILBERTSON, Alfred Anthony, 1995. Before intensive therapy? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 88(8):459P-463P.

HAVLÍČEK, Jaroslav, 1964. Diferencovaná péče a některé její problémy. *Československé zdravotnictví*, roč. 12, č. 5, s. 231-239. ISSN: 0009-0689.

HAVLÍČEK, Jaroslav, 1967. Diferencovaná péče v nemocnici. II. Rozbor situace a předpoklady v ČSSR. *Československé zdravotnictví*, roč. 15, č. 6, s. 265-273. ISSN: 0009-0689.

KELLY, FONG, HIRSCH, NOLAN, 2014. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clin Med*, 14:376-379; doi:10.7861/clinmedicine.14-4-376

MEDŘICKÁ, Naděžda — ŠÍFOVÁ, Jana, 2007. Historie anesteziologie a resuscitace ve Fakultní dětské nemocnici Brno-Černé Pole. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Roč. 18, č. 4, s. 246-247. ISSN: 1214-2158.

MEHLAN, K. H, 1954. Plánování, zařízení a provoz stanice pro nedonošené. *Československá nemocnice*, Roč. 22, č. 6, s. 155-162.

POČTA, Jaroslav, 2001. Blahopřejeme: K 80. narozeninám prim. MUDr. Josefa Bárty. *Anesteziologie a neodkladná péče*, Roč. 12, č. 3, s. 133. ISSN: 0862-4968.

POČTA, Jaroslav, 2004. Smutná zpráva: Dne 3. 9. 2003 zemřel prim. MUDr. Josef Bárta, býv. primář anesteziologicko-resuscitačního oddělení Krajské nemocnice v Českých Budějovicích. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Roč. 15, č. 1, s. 40. ISSN: cnb001239462.

POKORNÝ, Jiří, 1967. Resuscitace a intenzivní léčba v zahraničí a u nás. *Československá neurologie*, roč. 30, č. 2, s. 139-144. ISSN: 0009-0581.

POKORNÝ, Jiří, 2007. První anesteziologická sestra v Československu - d. s. Alena Stárková – Palečková. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, roč. 18, č. 4, ISSN: 1214 – 2158.

POKORNÝ, Jiří — TRÁVNÍČEK, Václav, 2007. Lev Spinadel - zakladatel oboru anesteziologie v Československu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, roč. 18, č. 1, s. 45-49. ISSN: 1214-2158.

POKORNÝ, Jiří, 2011. Vývoj oboru anesteziologie a resuscitace na lékařských fakultách v Praze. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, roč. 22, č. 1, s. 33-41. ISSN: 1214-2158.

Proč je u nás zdravotnická technika tak pozadu?, 1967. *Zdravotnická pracovnice*, roč. 17, č. 5, s. 253-254. ISSN: 0049-8572.

STATIM, 1/2014: *odborná příloha časopisu Infolisty společnosti Krajská zdravotní*. Ústí nad Labem: Krajská zdravotní, 2008- . ISSN: 1803-1072.

ŠTOURACĚ, Petr — STRAŽEVSKÁ, E. — ZIMOVÁ, I., et al, 2007. Rok provozu lůžek centralizované intenzivní péče na KARIM LF MU a FN Brno. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Roč. 18, č. 4, s. 227-230. ISSN: 1214-2158.

TAKROURI, Mohamad Said Maani, 2004. Intensive Care Unit. *The Internet Journal of Health* [online]. 3(2), 5 pm [cit. 26-10-2012]. DOI: 10.5580/1c97. Dostupné z: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-health/volume-3-number-2/intensive-care-unit.html#sthash.KXkoPc1Y.yLTk546Z.dpbs>

VETEŠNÍK, J. 2006. Počátky éterové anestezie na Moravě - únor 1847: Jihlava, 26. - 27. 10. 2006. Abstrakt. In: *Anesteziologické dny Vysočiny: sborník přednášek a abstrakt*. 1. vyd. Příbram: MSM - Medical Systems Management, [200-], s. 160-161.

VINCENT Jean-Louis, FINK Mitchell P., MARINI John J., et al., 2006. Intensive Care and Emergency Medicine. Progress Over the Past 25 Years. *Chest*. 129(4):1061-7.

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* [online]. [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: doi:10.1164/rccm.201008-1341OE

WIRTHOVÁ, E., 1976. Práce sestry v resuscitaci a její zvláštnosti z psychologického hlediska - nároky a poučení z něho vyplývající. *Rozhledy v chirurgii*, Roč. 55, č. 5, s. 358-362. ISSN: 0035-9351.

ŽALUD, Pavel, 1968. Koncepce intenzivní péče a její deformace. *Československé zdravotnictví*, Roč. 16, č. 4, s. 212-215. ISSN: 0009-0689.

ŽIVOTNÍ JUBILEUM MUDR. JOSEFA BÁRTY, 2001. Nemocnice České Budějovice, a.s.: *Nemocniční zpravodaj*, roč. 12, č. 1. ISSN chybí

6.4. Kvalifikační práce

BRUNÁTOVÁ, Nikola, 2013. Jak se měnila role sestry od počátku 20. století po současnost. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Svobodová.

BRYNYCHOVÁ, Michaela, 2007. Sesterská uniforma v minulosti a dnes. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

DOČKALOVÁ, Jana, 2013. Dlouhodobá intenzivní péče u dětí. Olomouc. Bakalářská práce. Palackého Univerzita v Olomouci, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Kameníčková.

FAFLOVÁ, Petra, 2014. Vývoj vzdělávání v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Praha. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Prošková, Eva.

FORMÁČKOVÁ, Jitka, 2014. Marná léčba v intenzivní péči. Praha. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí práce Prošková, Eva.

HALAMOVÁ, Veronika, 2012. Spolupráce sester a lékařů v intenzivní péči. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák.

KVĚTOŇOVÁ, Marta, 2012. Vývoj práce všeobecné sestry v intenzivní péči. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

ŘÍHOVÁ, Martina, 2015. Práce sestry v terénu na našem území ve 20. století (do r. 1989). České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Andrea Scholzová Festová.

6.5. Internetové zdroje

Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), 2016 [online]. *Nemocnice České Budějovice*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/oddeleni/anesteziologicko-resuscitacni-oddeleni-aro/>

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, 2016 [online]. *Nemocnice Český Krumlov* [cit. 2016-08-05] Dostupné z: <http://www.nemck.cz/index.php/cs/hospitalizace/aro>

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, 2016 [online]. *Nemocnice Písek*. Dostupné z: <http://www.nemopisek.cz/oddeleni/luzkova/15-anesteziologicko-resuscitani-oddeleni>

Anesteziologicko-resuscitační oddělení a centrální JIP, 2016 [online]. *Nemocnice Prachatic*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: <http://www.nempt.cz/luzkova-oddeleni/jip-aro/>

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, 2016 [online]. *Nemocnice Tábor*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: http://www.nemta.cz/oddeleni/anesteziologicko-resuscitacni/?op=pro-pacienty&op_id=3

CVACHOVEC, Karel, 2010. Anesteziologie a intenzivní medicína současnosti. Lékařské listy: prevence - diagnostika - terapie - péče - teorie - praxe: příloha Zdravotnických novin [online]. 12/2010, 3. [cit. 2013-03-30]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/anesteziologie-a-intenzivni-medicina-soucasnosti-452592>

Historie, 2016 [online]. *IKEM* [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardiologie/o-nas/historie/a-173/>

Kdo byl: Hugo Keszler, 1998-2016 [online]. *ČSARIM – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/historie-hugo-keszler.pdf>

Standard pro jednotku intenzivní péče (2002-2004). [online]. Manuál stavební standardy. [cit. 2012-12-15]. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zlepseni-systemu-planovani-kapacit-a-efektivnostiinvestovani-ve-zdravotnictvi_1621_3.html

Základy anesteziologie, 2009 [online]. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/zaklady-anesteziologie/>

7. Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Urgentní příjem na ARO – Zpravodaj zima 2011

Příloha č. 2 - ARO - box RES1 - pohled na sálové uspořádání. (-II-)

Příloha č. 3 - Vrchní sestra Jaroslava Ondřejková při práci na anesteziologii roku 1984

Příloha č. 4 - Komplex českobudějovické vojenské nemocnice na začátku 20. století od tehdejšího Třebízského náměstí

Příloha č. 5 - Horní areál, 50. léta

Příloha č. 6 - Operační sál chirurgického oddělení, soubor fotografií z 30. – 50. let 20. století

Příloha č. 7 a č. 8 – „Železné plíce“

Příloha č. 9 - Fotografie paní Aleny Stárkové-Palečkové, 1. anesteziologické sestry

Příloha č. 10 - Diplom společnosti American Association Nurse Anesthetists – Alena Stárková – Certified Registered Nurse Anesthetist

Příloha č. 9 obr. 1., 2., 3. - Narkotický přístroj DK Zdroj: vlastní fotografie, NLK

Příloha č. 10 Sada pomůcek k tracheostomii Zdroj: vlastní fotografie, NLK

Příloha č. 11 Žádost o povolení zřízení ARO, zdroj: vlastní fotografie, SoKA Třeboň

Příloha č. 12 obr. 1., 2., 3. - Kronika BSP ARO ČB, s laskavým svolením prim. Kuty

Příloha č. 1 Urgentní příjem na ARO



Zdroj: Nemocniční zpravodaj zima 2011

Příloha č. 2 - ARO - box RES1 - pohled na sálové uspořádání



Zdroj: Nemocniční zpravodaj, 2011

Příloha č. 3 - Vrchní sestra Jaroslava Ondřejková při práci na anesteziologii roku 1984



Zdroj: Šotolová, 2014

Příloha č. 4 - Komplex českobudějovické vojenské nemocnice



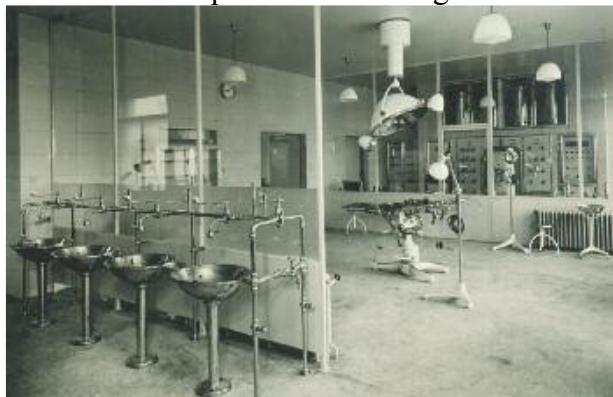
Zdroj: Šotolová, 2014

Příloha č. 5 - Horní areál, 50. léta



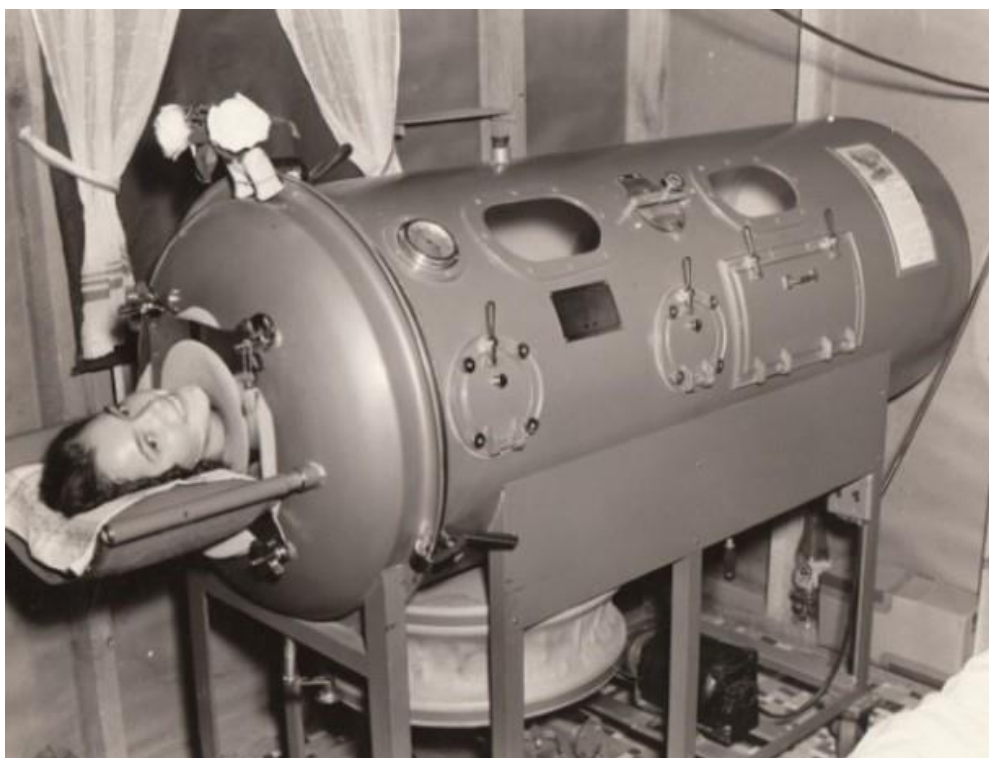
Zdroj: Šotolová, 2014

Příloha č. 6 - Operační sál chirurgického oddělení



Zdroj: Soubor fotografií ze 30. – 50. let 20. století, Šotolová, 2014

Příloha č. 7 a č. 8 – „Železné plíce“



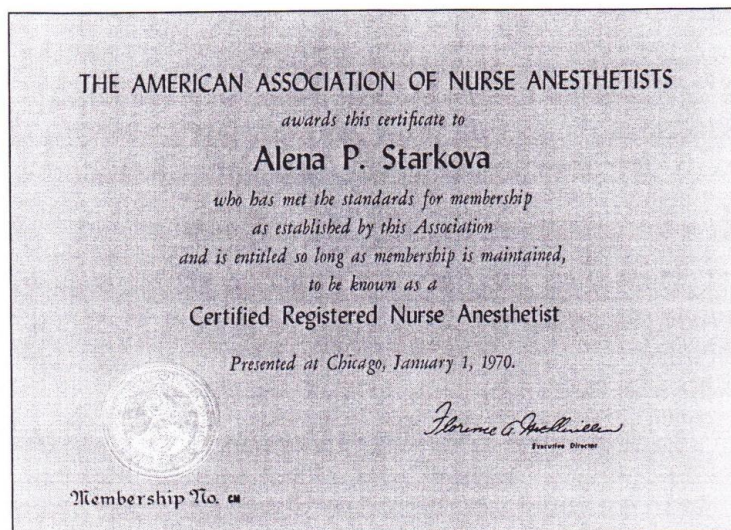
Zdroj: <http://onairpk.com/this-man-lives-his-life-inside-an-iron-lung/>

Příloha č. 9 - Fotografie paní Aleny Stárkové-Palečkové, 1. anesteziologické sestry



Zdroj: POKORNÝ, Jiří: První anesteziologická sestra v Československu - d. s. Alena Stárková – Palečková. Anesteziologie, intenzivní medicína, roč. 18, r. 2007, č. 4, ISSN: 1214 - 2158.

Příloha č. 10 - Diplom společnosti American Association Nurse Anesthetists



Zdroj: Metodický pokyn k zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, kterým se stanoví pravidla průběhu specializačního vzdělávání, zveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví 2011, částka 3

Příloha č. 9 obr. 1. - Narkotický přístroj DK



Obr. 2. - Narkotický přístroj DK



Obr. 3. - Narkotický přístroj DK



Zdroj: vlastní fotografie, NLK

Příloha č. 10 Sada pomůcek k tracheostomii



Zdroj: vlastní fotografie, NLK

Příloha č. 11 Žádost o povolení zřízení ARO

NSP - Müller

OKRESNÍ ÚSTAV NARODNÍHO ZDRAVÍ V PRACHATICÍCH
383 20 Prachatice

TELEFON 3023

Zn. *5.4.1976*

(uveďte lázeň v odpovědi)

Jihočeský krajský národní výbor
odbor zdravotnictví
České Budějovice

Žádost o povolení zřízení ARO
Datum: *26. IV. 1976*
Podpis: *[signature]*

Věc: Žádost o povolení zřízení ARO v nemocnici Prachatice a Vimperk.

Na základě doporučení krajského odborníka - anesteziologa, primáře Josefa Bárty, a po konzultaci s MUDr. Zdeňkem Procháskou, zástupcem ředitele KÚNZ, žádáme o povolení zřízení ARO v NSP Prachatice a Vimperk, což je v souladu s § 13, odst. 3, vyhlášky MZ ČSSR č. 121/74 Sb. a koncepcí oboru ARO.

Prim. MUDr. Alois Pavelec
ředitel OÚNZ

Zdroj: vlastní fotografie, SoKA Třeboň

2. vlastní historie oddělení.

Předchůdcem dnešního ARO, byl v letech 1958 - 64 tzv. anesteziologický kabinet, jehož náčelníkem byl s. dr. Hála a t. anesteziologická instrumentačka Hana Kůnková, která odešla v r. 1963 na studium medicíny. Na její místo nastoupila sestra Helenka Kečlová, později Komářková.

Ona ale dočasně opustila toto místo, ně že by se jí zde nelíbilo, ale v r. 1965 potřeboval její péči novorozený syn - „Libor“.

Po této době ji nastoupila sestra Dana Mlýnská v chirurgického oddělení. No, ale v r. 1966 tu máme Helenku Křepel.

Od února 1964 byl kabinet posílen sestrou Evou Pražákovou, která samozřejmě neporušila tradici a odešla v roce 1968 na mateřskou dovolenou. A aby se tradice kabinetu na 100% dodržela, narodil se jí krásný syn „Milan“. Za sestru Pražákovou nastoupila sestra

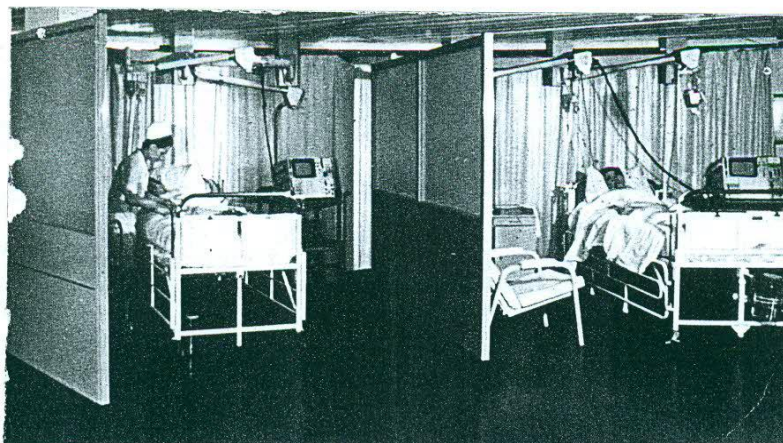
A nejdříve trochu historie

Základní postavení anesteziologie v socialistickém zdravotnictví určila instrukce o organizaci anesteziologické služby, vydaná v roce 1954. V jejím smyslu vydalo MNO-HT/ZS v roce 1958 směrnici čj. 14750 „Zásady pro zajištění anesteziologie.“ Na základě této směrnice došlo ve všech VN k vytvoření „anesteziologických kabinetů“.

roku 1959

V roce 1962 byla schválena koncepce anesteziologie. V roce 1966 byly stanoveny zásady pro zajištění resuscitace.

Goubčerní a Pimlo přivozem v civilním zdravotnictví vydala pro organizační začlenění resuscitace MNO-HT/ZS v roce 1967 dokument čj. 4401 „Zásady pro zajištění resuscitace ve vojenských zdravotnických ústavech v míru“, který byl podkladem pro vytvoření anesteziologických a resuscitačních oddělení (ARO) ve VN.



4 Müllerová, která se po roce věnovala
oboru instrumentárka na operačním sále



V roce 1964 reorganizace ARO. Personální
obsluha je stejná jako v anesteziologickém
kabinetu.

V roce 1940 bylo schváleno budování čistkové
části.

Od r. 1943 je tato čistková samostatná
se svou vedoucí sestrou, Helenkou Křebovou,
která plní funkci od r. 1944.

Kódicími byly materiálně vybaveno
do května 1944 a dobudováno bylo