



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Stanislava Grégrová

Historický vývoj anesteziologické sestry

Historical Development of Anesthesiology Nurse

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kulířová

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14. 7. 2020

STANISLAVA GRÉGROVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

GRÉGROVÁ, Stanislava. Historický vývoj anesteziologické sestry. [Historical Development of Anesthesiology Nurse]. Praha, 2020. 66 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulířová, Veronika.

ABSTRAKT

Rychlý vývoj oboru intenzivní medicíny s velkým množstvím odborných informací si vyžaduje dostatečně vzdělané sestry specialistky v oboru. Anesteziologická sestra je sestra pracující v intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. Poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, průběhu a bezprostředně po ukončení celkové a místní anestezie.

Práce je rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část se nejprve věnuje vývoji anesteziologie a resuscitace. Dále se zaměřuje na vzdělávání sester. Vzdělávání sester je zmíněno od historických počátků až do současnosti. Zahrnuje také nové požadavky na vzdělání nelékařského zdravotnického personálu a platnou legislativu, ze které vycházejí. Zmíněno je i specializační vzdělávání pro intenzivní péči. Další kapitola teoretické části se zaměřuje na kompetence sester v anesteziologii a intenzivní péči. Praktická část zahrnuje rozhovory, které jsem vedla se šesti sestrami. Tři rozhovory byly vedeny s pamětníci počátků anesteziologie jako samostatného oboru. Byla použita metoda kvalitativního výzkumu, studiem dokumentů, analýzou primárních pramenů archivních zdrojů MZ, NLK, ÚVN, legislativy, dobových periodik, odborných knih a článků.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat vznik a postupný vývoj anesteziologické sestry, jejího vzdělávání a jejích kompetencí. Práci lze prezentovat na odborných kongresech, využít ke studiu nebo publikovat v odborných časopisech.

klíčová slova: historie ošetrovatelství, anesteziologická sestra, anesteziologie, rozhovory, kompetence, vzdělávání

ABSTRACT

The rapid development of the intensive care medicine with a large amount of highly specific information requires sufficiently educated nurses in the field. A nurse anesthetist is a nurse working in intensive care with a focus on anesthesiology. She provides highly specialized nursing care to patients during the course of general or local anesthesia.

The work is divided into two parts, a theoretical part and a practical part. The theoretical part focuses on the development of anesthesiology and intensive care medicine. It also focuses on the education of nurses. The education of nurses is summarised from historical beginnings to the present time. This part also includes new requirements for the education of non-medical medical staff and the current supporting legislation. Higher education for intensive care is also mentioned. The next chapter of the theoretical part focuses on the competencies of nurses in anesthesiology and intensive care medicine. The practical part includes interviews with six nurses. Three interviews were conducted with nurses that witnessed the beginnings of the field of anesthesiology as we know it nowadays. The method of qualitative research, study of documents, analysis of primary archival sources of the Ministry of Health, NLK, ÚVN, legislation, periodicals, professional books and articles were used.

The aim of the diploma thesis was to map the origin and gradual development of the nurse anesthetist, her education and her competencies. The work can be presented at professional congresses, used for study or published in professional journals.

keywords: history of nursing, nurse anesthetist, anesthesiology, interview, competences, education

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Veronice Kulířové za její velikou trpělivost během odborného vedení mé práce, za její rady a připomínky a především čas, který mi věnovala.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. ÚVOD | 9 |
| 2. VÝVOJ ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ PÉČE | 10 |
| 2.1. Historie a vývoj anestezie | 10 |
| 2.2. Historie a vývoj resuscitace | 12 |
| 2.3. Začátky anestezie a resuscitace v českých zemích | 13 |
| 2.3.1. Lev Spinadel..... | 14 |
| 2.4. Historie KARIM v Ústřední vojenské nemocnici Praha..... | 15 |
| 3. ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE | 18 |
| 3.1. Vymezení základních pojmů anesteziologické péče..... | 18 |
| 3.2. Zásady bezpečné anesteziologické péče | 19 |
| 3.3. Anesteziologický tým | 19 |
| 3.4. Základní organizační modely poskytování anesteziologické péče | 20 |
| 4. VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČECHÁCH Z HISTORICKÉHO POHLEDU | 21 |
| 4.1. Počátky vzdělávání žen v českých zemích..... | 21 |
| 4.2. Překonání předsudků | 22 |
| 4.3. První česká ošetrovatelská škola | 22 |
| 4.4. Vliv první české ošetrovatelské školy..... | 23 |
| 4.5. Postavení ošetrovatelek v 19. století..... | 23 |
| 4.6. Ošetrovatelství v období let 1918-1945..... | 23 |
| 4.7. Pracovní podmínky ošetrovatelek v letech 1918-1945 | 24 |
| 4.8. Pracovní podmínky sester po roce 1945 | 25 |
| 4.9. Osobnostní vlastnosti sestry | 25 |
| 4.10. Významné kroky v ošetrovatelství | 26 |
| 5. ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA | 27 |
| 5.1. Historický vývoj profese anesteziologické sestry..... | 27 |
| 5.2. Historický vývoj vzdělávání anesteziologické sestry | 28 |
| 5.2.1. Historie specializačního vzdělávání v Československu do roku 1993 | 28 |
| 5.2.2. Historie NCO/NZO Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO)..... | 29 |
| 6. SESTRA 21. STOLETÍ | 31 |
| 6.1. Ošetrovatelství v současnosti | 31 |
| 6.1.1. Změny v ošetrovatelství ve 21. století..... | 31 |
| 6.1.2. Regulace ve zdravotnické profesi | 32 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 6.2. | Etický kodex..... | 33 |
| 6.2.1. | Etický kodex mezinárodní rady sester..... | 33 |
| 6.2.2. | Části kodexu..... | 33 |
| 6.2.3. | Postup podle lege artis..... | 34 |
| 7. | VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER..... | 35 |
| 7.1. | Specializační vzdělávání sester v České republice po roce 1993 | 35 |
| 7.2. | Magisterské navazující studium Ošetrovatelství – specializace ve zdravotnictví | 36 |
| 7.3. | Postkvalifikační možnosti studia..... | 37 |
| 7.4. | Povinné celoživotní vzdělávání..... | 37 |
| 8. | KOMPETENCE..... | 38 |
| 8.1. | Charakteristika pojmu kompetence | 38 |
| 8.1.1. | Účel stanovení kompetencí..... | 38 |
| 8.1.2. | Stanovení kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků..... | 38 |
| 8.1.3. | Důvody vytvoření kompetencí..... | 39 |
| 8.1.4. | Historický vývoj kompetencí – legislativa od roku 1950 | 39 |
| 8.2. | Legislativní normy, platné v současné době, pro výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků | 40 |
| 8.3. | Kompetence sester se specializovanou způsobilostí a sester se zaměřením na intenzivní péči | 42 |
| 8.3.1. | Kompetence všeobecných sester se specializovanou způsobilostí | 42 |
| 8.3.2. | Kompetence všeobecných sester pro intenzivní péči | 42 |
| 9. | POUŽITÉ METODY | 44 |
| 10. | ROZHOVORY S ANESTEZIOLOGICKÝMI SESTRAMI | 45 |
| 10.1. | Charakteristika vzorku pamětníků a současných sester | 45 |
| 10.2. | Otázky..... | 45 |
| 10.3. | Rozhovory | 45 |
| 11. | DISKUSE..... | 50 |
| 12. | ZÁVĚR..... | 58 |

Seznam zkratek

Seznam příloh

1. ÚVOD

Téma diplomové práce „Historický vývoj anesteziologické sestry“ jsem si vybrala z důvodu mé dlouholeté praxe na anesteziologickém oddělení, mého zájmu o historii medicíny a ošetrovatelství i historie jako takové. Chtěla jsem zmapovat vznik a postupný vývoj anesteziologické sestry od první známé anesteziologické sestry, Aleny Stárkové – Palečkové, která začínala a působila v dnešní Ústřední vojenské nemocnici, která je dnes i mým domovským pracovištěm.

Poskytování anesteziologické péče je bezesporu práce týmová. V České republice je anesteziologická péče poskytována týmem většinou složeným z anesteziologa a anesteziologické sestry. Anesteziologický tým je přítomen po celou dobu vedení anestézie. Za anestezii je zodpovědný lékař. Lékař rozhoduje o způsobu podané anestézie. Sestra je zodpovědná za přichystání všech potřebných pomůcek a techniky. Sestra asistuje u všech lékařských výkonů a vykonává lékařské ordinace. Existují názory, že stávající český systém vedení anestézie je sice bezpečný a funkční, ale personálně naddimenzovaný, dostatečně se nevyužívá odborného potenciálu nelékařského zdravotnického personálu.

Anesteziologickou sestrou je sestra pracující v intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. Její činností je poskytování, organizování a metodické řízení ošetrovatelské péče. Anesteziologická sestra poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, průběhu a bezprostředně po ukončení všech možných způsobů celkové a místní anestézie.

Problematika znalostí a dodržování kompetencí všeobecných sester je v dnešní době často diskutované téma. Ve vztahu ke stále se rozvíjejícímu ošetrovatelství, jsou kladeny stále vyšší nároky na sestry a jejich práci. Aby mohla být ošetrovatelská péče poskytována kvalitně a efektivně, s co nejpříznivějším dopadem na klienty, je nutné si ujasnit, co, kdo, a jak bude vykonávat. Jedině tak je možné zajistit systematickou, profesionální, nejen ošetrovatelskou, péči od odborníků v různých odvětvích. Kompetence se pochopitelně netýkají pouze všeobecných sester. K plnohodnotnému a efektivnímu využití kompetencí je však primární znát je a umět je využít v plném rozsahu. S tím souvisí vyhlášky, upravující tyto kompetence, které by měly sestry bezpečně znát a vycházet z nich při výkonu svého povolání.

Snahou této práce je nastínit, jak se vývoj anesteziologické sestry rozvíjel a v čem se doposud neliší od prvních krůčků této velice náročné práce, kam řadíme sledování nemocných, a to jak vlastním pozorováním, tak pomocí přístrojů. Mým hlavním cílem však bylo zmapování vývoje vzdělávání anesteziologické sestry a s tím souvisejících kompetencí. Sledování změn v kompetencích anesteziologické sestry z pohledu historického často ukazuje na mnoho nedostatků, které v intenzivní péči nastanou. Zaměřuji se na rozdíly ve specializační přípravě anesteziologické sestry od vzniku po současnost. Ukazuje se, že je třeba sjednocení systémů specializačního vzdělávání v rámci EU, aby bylo docíleno rovnocenných podmínek a požadavků na postkvalifikační přípravu těchto zdravotnických pracovníků. Možnosti navazujícího studia Intenzivní péče popisují studijní programy jednotlivých univerzit v České republice. Na základě prostudování odborné literatury se také zaměřuji na vznik prvního anesteziologického oddělení v České republice, jeho vývoje až do současnosti.

2. VÝVOJ ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ PÉČE

Anesteziologie a resuscitace, ve vztahu k ostatním medicínským oborům, je relativně mladý samostatný obor. Je to lékařský vědní obor, který připravuje lékaře pro činnosti spojené s prací anesteziologa během operačních výkonů, s neodkladnou resuscitací, s péčí o pacienty na oddělení resuscitačním a jednotce intenzivní péče. Pro sestry i lékaře se práce na těchto jednotlivých odděleních příliš zásadně neliší. Vždy se zaměřují na sledování vitálních funkcí pacienta a jejich následnou podporu, obnovu nebo náhradu. (Soukup, 2012)

2.1. Historie a vývoj anestezie

Objev anestézie znamenal tak velké dobrodiní, jako žádný jiný lékařský objev. Dalo by se říci, že prvními dochovanými podklady o anestézii jsou zachované obrázky z civilizací Mezopotámie a údolí Nilu, kde jsou zobrazeny jakési operační výkony. (Drábková a kol., 1981) Snaha o snížení, respektive odstranění bolesti ošetřovaného člověka se spojuje s počátky existence lidstva. Její konkrétní formu však můžeme doložit až na základě písemných pramenů z období předantických civilizací. Stejně jako v dějinách medicíny nacházíme i v této problematice úlohu bohů, kteří pomáhali lidem.

První písemná zmínka o celkové anestézii se nalézá v knize Genesis, z roku 3 500 př.n.l. S rozvojem skutečné medicíny a tím i rostoucí role skutečných lékařů poznáváme reálné snahy a praktické způsoby provádění v Egyptě a v oblasti Středního Východu. Jejich zkušenosti přebíraly i civilizace v době antiky a v oblasti Indie a Dálného Východu. Hlavním praktickým způsobem, jak zmírnit bolest ošetřovaného byla i rychlost provedení zákroku. Současně byly pacientům ke zmírnění bolesti podávány odvary z máku, mandragory, blínu a dalších omamných bylin a vinných kvasinek, které otupovaly jeho vědomí a tím i vnímání bolesti. (Nuland, 2000) Jedním z často používaných prostředků se stal i alkohol.

O prostředcích užívaných jako anestetika a jejich přípravě píše ve svém díle *De medicína* římský lékař Aulus Cornelius Celsus (25 př. n. l. – 50 n. l.). „*Hrst makovic vezmi ..., a vař.... A s tekutinou stejné množství z hrozinek vína smíchej. Dokud nezhoustne, vař, pak ochlad' a pilulky dělej Četná jsou pilulek použití. Spánek navozují Přidány... do šťávy z routy vonné nebo z hrozinek vína, bolesti ... zastavují. Stejným způsobem, když pochva bolestivá ve spánku brání, dva denáry šafránu vezmi, anýzu a myrhy denár každého, denáry čtyři slz makových a osm bolehlavu semene a pastu vytvoř z nich za přidání vína starého.*“ (Nuland, 2000)

Za nejznámějšího starověkého lékaře lze považovat Galéna, který ošetřoval gladiátory, zraněné v aréně. Během této doby, kdy léčil úrazy a zranění, se mnohem o lidském organismu a lékařských postupech naučil. Příkladem může být jeho metoda pouštění žilou, která se v lékařství používala ještě v 19. století. Galén zemřel přibližně v roce 200 n. l. a jeho smrtí skončilo období vědecké medicíny starověku. Přibližně z roku 800 n. l. existuje v Kodexu Monte Cassina opis anestézie prováděné inhalacemi par z opia, konopí a mandragory. Významné objevy z této doby měly vliv na rozvoj anestézie v budoucnosti. (Bohuš a kol., 1987)

Chirurgické postupy jsou známé několik tisíciletí. Za nejstarší chirurgické výkony můžeme považovat zhojené otvory v lebečních kostech po trepanacích u prehistorických lidí. Zda používali nějaké metody k ztišení bolesti, není známo. V Jižní Americe plivali do otevřených ran sliny, které obsahovaly určité množství kokainu z rozžvýkané koky a působily jako topická anestézie. Avšak nejdůležitější nástroj, který zkrátil bolest pacienta, byla rychlost, s jakou operatér provedl výkon. Za brilantního chirurga je považován Lister, o němž je známo, že dokázal amputovat končetinu za necelé dvě minuty. Aby křik operovaných pacientů neslyšeli ostatní pacienti, byly operační sály zřizovány v odlehlých částech nemocnice. (Málek a kol., 2009-2014)

V období středověku k většímu rozvoji anestézie a prostředků v ní užívaných nedošlo. V této době byl uplatňován dogmatický názor, že bolest a utrpení jsou součástí lidského života na zemi a k jejich odstranění dojde až po posledním soudu. Snahy o pomoc trpícím podáváním bylinných lektvarů byly považovány za čarodějnictví a za jejich podávání hrozilo obvinění z čarodějnictví a trest smrti upálením.

I přes uvedená rizika se omamné látky z rostlin k utišení bolesti a narkóze užívaly. Patřily mezi ně, kromě zmíněných, např. tzv. uspávací houba *Spongia somnifera*, chmel, moruše, locika jedovatá, šťáva z fenyklového kořene a další. (Nuland, 2000)

Jednou z významných osobností, která se vymykala tehdejším představám o životě, se stal alchymista, astrolog a lékař Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim zvaný Paracelsus (1493 - 1541). V 16. století popsal účinky éteru na lidský organismus, ale k jeho použití jako anestetika došlo až v 19. století.

K významnému posunu v oblasti anestézie došlo až na přelomu 18. a 19. století. Tento rozvoj souvisel s vývojem vědeckého bádání v chemii a fyzice. V polovině 19. století se začal jako anestetikum prakticky používat éter a tzv. rajský plyn. Obě látky byly používány k celkovému uspání pacienta. Při vyšších dávkách však docházelo k zástavě dýchání nebo k útlumu činnosti srdce a k úmrtí pacientů. Proto se hledaly i jiné možnosti anestézie. Mezi nejčastěji používané patřila např. hypnóza, chlazení ran nebo stlačování nervových kmenů.

K prvním experimentům s éterem a rajským plynem došlo v USA. Mezi významné osobnosti v medicíně patřil Grawford Long (1815–1878), který v roce 1842 provedl operaci pacienta v éterové narkóze. (Nuland, 2000) Další významnou osobností v používání anestézie byl Horace Wells (1815–1848), který provedl několik bezbolestných ošetření zubů s použitím oxidu dusného, ale uznání se za svého života nedočkal. Jeho podíl na rozvoji anestézie byl zpochybňován a v roce 1848 byl uvězněn. Ve vězení spáchal sebevraždu. (Málek, 2016)

Výsledky jeho práce využil William Morton (1819-1867). V roce 1846 provedl v bostonské nemocnici použitím éteru veřejnou celkovou anestézií, během níž chirurg John Collins Warren (1778-1856) poprvé za svou kariéru bezbolestně odoperoval pacientovi cévní nádor. Operace byla zahájena slovy Mortona „*Pane, váš nemocný je připraven*“ (Nuland, 2000) a úspěšnost anestézie potvrzena slovy Warrena „*Pánové, toto není podvod*“ (Nuland, 2000) Úspěch anestézie následně Warren potvrdil později v článku otištěném v Bostonském časopise pro medicínu a chirurgii, v němž mimo jiné napsal: „*Na tváři nemocného se neobjevila sebemenší známka bolesti. Zanedlouho začal zmateně mluvit a po zbytek operace byl agitovaný. Jsa po operaci tázán, zda netrpěl příliš mnoho, odvětil, že cítil, jako by jej něco škrábalo na krku.*“ (Nuland, 2000)

Úspěchy nových forem anestézie v USA se brzy projevily v jejím šíření mimo Spojené státy. K prvním lékařským zákrokům s použitím éterové anestézie došlo již v roce 1846 v Londýně. Amputaci končetiny provedl chirurg Robert Liston (1794-1847). V průběhu roku 1847 byly při použití éterové anestezie provedeny první operace ve Vídni a v německém Erlangenu. V témže roce proběhly operace pacientů v narkóze ve Francii, Švýcarsku, Rakousku a dalších zemích. Éterová anestézie se začala rychle uplatňovat v dalších evropských nemocnicích. (Málek a kol., 2016)

Kolem roku 1860 začal být éter postupně nahrazován chloroformem. Od osmdesátých let 19. století byl používán jako anestetikum kokain. Ve 20. století se díky rozvoji vědy a výzkumu v oblasti přírodních věd, z nichž mohla vycházet lékařská věda, začaly používat nové účinnější a bezpečnější anestetické prostředky. V roce 1934 zavedl do klinické praxe John Lundy thiopental, v roce 1942 bylo Haroldem Griffthem a Enidem Johnsonem v Montrealu použito kurare a v roce 1951 se začalo používat suxametonium. V roce 1956 bylo zavedeno používání inhalačního anestetika halotanu, v roce 1966 enfluranu, 1971 izofluranu, 1981 sevofluranu a 1988 desfluranu. (Málek a kol., 2016)

2.2. Historie a vývoj resuscitace

Historie resuscitace je stejně dlouhá jako historie anesteziologie. Původní náplní resuscitace byla snaha o vzkříšení zdánlivě mrtvých, udušených, utonulých a podchlazených lidských těl. Ve starověku byly používány velmi primitivní postupy, kdy byli postižení zahrabáváni do sněhu, byl jim sypán popel na obnažené břicho nebo jim byl vháněn plyn do konečníku. Současně však prováděli poměrně moderní postupy, a sice využívali dmýchací měch, kterým vháněli vzduch do úst nedýchajících. Avšak i přes relativně pokrokové postupy byla resuscitace omezena téměř výlučně na umělé dýchání a zástava oběhu zůstávala nezvratnou.

V díle Versalia „DE CORPORIS HUMANI FABRICA“ z roku 1542 je zmíněno umělé dýchání na pokusných zvířatech, která mají zavedenou trubici do průdušnice. Také je zde popsána fibrilace srdečních komor. (Drábková, 1981)

Používané postupy se většinou minuly účinkem, a to ještě koncem 19. století. Podle současné patofyziologie bylo pouze využíváno reflexní aktivity organismu. Jako příklad lze uvést první oficiální „mors in tabula“ s peroperační neodkladnou resuscitací. Jednalo se o jedenáctiletou dívku, které měl být v soukromé ordinaci v celkové anestezii ošetřen zarostlý nehet. Při kapání chloroformu na Schimmelbuschovu masku „dívka křídově zbledla a přestala dýchat“. Lékař přerušil svou činnost, otevřeným oknem nechal proudit čerstvý vzduch, poplácal dívku po tvářích a snažil se do ní dostat doušek brandy. Jeho snažení bylo bezvýsledné.

Přibližně ve stejné době dochází k popsání nepřímé srdeční masáže u novorozenců. Nedýchající novorozenci byli přesto i potom ponořováni do studené vody nebo byli plácáni studenými pleny. Vzácné bylo provádění rytmické flexe s tlakem na břicho, čímž se mechanicky měnila poloha bránice a byl to výraz snahy o zevní způsob umělého dýchání. Vzácné bylo použití vnitřních způsobů umělého dýchání, a to pouze jednotlivci. Silvestr Brosch popsal v roce 1898 počátky umělého dýchání, ale nešlo o dýchání z plic do plic, nýbrž o přitlačování horních končetin na hrudník. Srdeční masáž se prováděla zcela

výjimečně. Neúspěšně provedl nepřímou srdeční masáž u novorozence Bird v roce 1870, protože nezajistil průchodnost dýchacích cest. (Kolektiv autorů, 1982)

2.3. Začátky anestezie a resuscitace v českých zemích

Podobně jako v dalších evropských zemích, se v našich zemích začaly používat moderní formy anestezie od roku 1847. V tomto roce použil éterovou narkózu opat Celestýn Opitz (1810–1866), člen řádu Milosrdných bratří, v nemocnici Na Františku v Praze, kde pracoval jako ranhojič. Přesvědčil chirurga Hofmeistera, že je vhodné použít éter k celkové anestézii. Nejprve provedl experimenty na zdravých, poté podal několik anestézií při extrakci zubů a dále i u několika závažnějších operací. Nemocnice Milosrdných bratří Na Františku v Praze byla v polovině 19. století velmi uznávaná, a proto jí lékařská fakulta využívala k výuce studentů. První odborná zpráva, od doktora Josefa Halla, vyšla v časopise pražské lékařské fakulty v roce 1847. V tomto roce proběhla pod vedením doktora Göttingera i operace s éterovou narkózou v Brně a v Olomouci, kde anestézii provedl dr. Josef Cyril Heller. Používání éteru se z Prahy rozšířilo také do Hradce Králové, Litoměřic a Lokte. Opat Celestýn Opitz je považován za průkopníka podávání celkové anestezie v Českých zemích, přestože podle nejnovějších poznatků bylo prokázáno, že v Brně byla éterová narkóza o dva dny dříve. (Málek a kol., 2016) Moderní anestezie se tak stala, stejně jako v jiných evropských zemích nedílnou součástí lékařských zákroků.

K dalšímu významnému pokroku v tomto oboru došlo po skončení II. světové války, kdy se anesteziologie stala nedílnou součástí praktické medicíny. Zakladatelem moderní anesteziologie v našich zemích po 2. světové válce byl plukovník doktor Lev Spinadel (1897–1970). Jeho zásluhou se v roce 1955 anesteziologie stala 12. samostatnou medicínskou disciplínou. V padesátých letech byla v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a v nemocnici v Krči otevřena první anesteziologická oddělení u nás. V roce 1955 vzniklo anesteziologické oddělení v Brně a postupně vznikala tato oddělení i v dalších nemocnicích na území tehdejší Československé republiky.

Významnou osobností tohoto období byl doktor Bořivoj Dvořáček (1920–2014). Jeho zásluhou byl obor anesteziologie a resuscitace v roce 1971 uznán samostatným základním oborem všeobecného lékařství. Další osobnosti, které se zasloužili o klinický rozvoj anesteziologie, je bezesporu doktorka Jana Pastorová a doktor Josef Hoder. Pod vedením doktora Hodera se anesteziologická komise chirurgické sekce Československé společnosti J.E.Purkyně, založená v roce 1952, zasloužila o uznání anesteziologie za samostatný lékařský obor. (Drábková a kol., 1981)

Novou specializační vyhláškou č. 72/1971 byla anesteziologie a resuscitace zařazena mezi základní obory. Pro lékaře byla schválena dvoustupňová specializace a pro sestry pomaturitní specializační studium v tomto oboru vyhláškou č. 72/1972, „sestry specialistky“. Beze změny bylo toto ustanovení přijato do vyhlášky 77/1981 Sb. a je platné dodnes, pouze s malými úpravami. (Pokorný a kol., 1996)

V roce 1965 vzniklo první resuscitační lůžkové oddělení v Československu v Nemocnici Na Františku v Praze a v roce 1973 klinika anesteziologie a resuscitace v Praze-Motole. (Bohuš a kol., 1987)

2.3.1. Lev Spinadel

O vznik profesní kvalifikace anesteziologické sestry se svou prací významně zasloužil Plk. MUDr. L. Spinadel, který se narodil dne 9. 5. 1897 v Leove, což je v dnešním Moldavsku. Po absolvování klasického gymnázia v Oděse začal lékařské studium a v průběhu ruské revoluce uprchl s bratrem do Československa, kde po ukončení vysokoškolského studia promoval v roce 1924 na lékařské fakultě Univerzity Karlovy, v Praze. Lékařskou praxi zahájil po studiu na ženském oddělení ve Státní nemocnici na Královských Vinohradech, poté v Dobrušce a po návratu do Prahy pracoval až do roku 1939 jako asistent v soukromém porodnickém sanatoriu v Londýnské ulici v Praze 2. Toto období bylo pro něj významné, protože získal odbornost nejen v gynekologii a porodnictví, ale též v pediatrii. V průběhu německé okupace prchl do Francie a stal se dobrovolně šéflékařem 2. praporu 2. pěšího pluku československé zahraniční armády. V průběhu války ho čekají dramatické situace, kdy prchá do Anglie a stává se šéflékařem čtyř ženistů a telegrafistů v hodnosti podporučíka a poté lékařem chirurgického oddělení čs. vojenské nemocnice v hodnosti poručíka. Se souhlasem tehdejšího prezidenta Beneše vstupuje do britské armády, kde mu je nabídnut obor válečná chirurgie nebo anesteziologie. Rozhodl se pro anesteziologii, které byl věrný celý život.

V době 2. světové války se začal velmi intenzivně vzdělávat v tomto oboru. Absolvuje třítydenní školení u R. R. Macintoshe a Fr. Bannisterové v Oxfordu a následně v sedmiměsíčním kurzu získává pod vedení St. Rowbotha první teoretické i praktické vědomosti. To mu však nestačilo a současně absolvoval dermatovenerologický kurz. Uvedená vzdělávání mu pomohla k tomu, že v roce 1944 byl převelen na africké bojiště (Lagos-Nigérie), kde vykonával oba obory do konce války.

Domů se vrátil v roce 1946 a snažil se uplatnit jako anesteziolog. Vytrvale hledal možnost založení samostatného anesteziologického pracoviště v nějaké nemocnici. Uznávání chirurgové, např. J. Petřivalský v Brně, A. Jirásek v Praze, J. Bedrna v Hradci Králové ho však nechtěli přijmout jako samostatného anesteziologa pro celou nemocnici, ale chtěli ho přijmout pouze jako lékaře na chirurgické klinice. Všichni totiž tvrdí, že anestézie je součástí chirurgie. V této době provádí narkózy většinou zacvičené sestry nebo zřízenci, a to nejčastěji éterem, otevřenou kapací metodou nebo přístrojem podle Ombrédannea. Zmíněné metody byly jednoduché a nedocházelo k úmrtím z anestézie a komplikacím v souvislosti s ní se nevěnovala větší pozornost. Navíc vlivem německé a francouzské lékařské školy nebyla v Evropě potřeba založit anesteziologii jako samostatný lékařský obor. L. Spinadel Svěřuje se se svými úmysly i neúspěchy bývalému spolubojovníku generálu MUDr. J. Škvařilovi. Ten dříve pracoval jako chirurg zdravotnické služby západních československých vojsk, a protože zastával funkci náčelníka zdravotnické správy na nově vzniklém ministerstvu národní obrany a později československé armády velmi dobře pochopil potřebu a význam anesteziologie u nás. V polovině roku 1947 bylo rozhodnuto o založení prvního anesteziologického oddělení nejen v ČSLA, ale i v celé republice. Od 1. ledna 1948 zahájilo svoji činnost v tehdejší Vojenské nemocnici v Praze (později Ústřední Vojenská nemocnice-ÚVN), první anesteziologické oddělení pod vedením plk. MUDr. Lva Spinadela. Tento rok byl významný tím, že bylo provedenou 277 celkových anestézií. V dalších letech byly na tomto oddělení plánovány požadavky na obsazení tabulkových míst

pro dva lékaře a jednu zdravotní sestru. Bohužel se tato místa podařilo prosadit až v roce 1951. Znamenalo to pro anesteziologické oddělení v ÚVN obrovský nárůst úkolů a vysoce kvalifikovaný přístup. Nebylo místo pro schématické či rutinní řešení anesteziologických problémů. Přednosta oddělení pro anesthesii plk. MUDr. Lev Spinadel přísně prosazoval individuální přístup podle přání chirurgů, stavu nemocného a plánovaného výkonu. Mladé lékaře od začátku vedl ke kombinované anestézii, protože neměl rád monoanestézii. Úspěšná celková anestézie u apendektomií, do té doby prováděná v místní infiltrační nebo "lumbální" anestézii přesvědčila i střešovické chirurgy. Spinadel zavedl topickou anestézii pro bronchografie, jednorázové a pokračující epidurální sakrální znečlivění pro urologické operace, refrigerační anestézii pro amputace dolní končetiny (zkušenosti z války), rektální anestézii u dětí. Na základě jeho veliké odvahy a pokrokového myšlení zavedl první postupy v neuroanestézii a rozpracoval dětskou neuroanestézii, a dokonce metodu řízené hypotenze pro operace mozkových nádorů. A to v době, kdy čeští i zahraniční neurochirurgové odmítali celkovou anestézii z důvodu špatného vlivu na CNS pacienta kvůli absenci jeho vědomí, a tím nedocházelo ke spolupráci pacienta s neurochirurgem. Později vznikly nové anesteziologické postupy pro invazivní diagnostické vyšetřování mozku. L. Spinadel napsal v roce 1950 učebnici „Klinická anesteziologie“, v jejíž předmluvě se zmiňuje chirurg prof. MUDr. Jiří Diviš o naléhavé potřebě lékařů specialistů v oboru anesteziologie. V roce 1952 došlo k oficiálnímu uznání anesteziologie jako nástavbového oboru dle vyhlášky MZ č. 248.

Spinadela si velmi vážil docent Kunc, pozdější akademik. Vzhledem k tomu, že po celou dobu aktivní činnosti sledoval světový vývoj neuroanestézie a vyžadoval pro své operované zavádění všech dostupných moderních anesteziologických metod, měl Spinadel jeho velkou podporu. Z důvodu závažné plicní choroby a dlouhodobé léčby ve Vojenském ústavu pro choroby plicní v Nové Poliance ukončil svoji působnost v ÚVN v polovině září 1955. Zpět se již nevrátil, protože byl ze zdravotních důvodů 28. února 1956 odvolán z armádních služebních povinností.

Těžké onemocnění se mu podařilo zdolat a působil pak na ARO v nemocnici Na Františku v Praze 1. Dosáhl vědecké hodnosti "kandidát lékařských věd" a poslední léta svého plodného života trávil jako vědecký pracovník v laboratoři ČSAV při klinice plastické chirurgie a popálenin. Plk. MUDr. L. Spinadel zemřel v roce 1970. (<https://www.uvn.cz/historie/karim>)

2.4. Historie KARIM v Ústřední vojenské nemocnici Praha

Plk. MUDr. L. Spinadel vedl anesteziologické oddělení od roku 1948 a pracoval zde jako jediný lékař s jednou sestrou. K dispozici měl jeden Oxfordský éterový odpařovač a jeden narkotizační přístroj Heidbrink. Toto si i s dalšími potřebnými pomůckami (laryngoskop, Magillovy kleště) dovezl z Anglie a hradil z vlastních prostředků. Postupem času získal 3 základní přístroje M. LE. Boyle v polní verzi s příslušnými doplňky a pomůckami, které v naší zemi nechala po 2. světové válce zdravotnická služba americké armády. Pracovalo se s nimi až do 70. let 20. století. Dochovaly se z roku 1947 první doklady o činnosti tohoto oddělení, kdy je v anesteziologických záznamech dokumentováno 12

narkóz. Bylo to 11 anestézií pro operace břišní, z toho čtyři operace žlučníku, sedm operací na GIT a posléze jedna apendektomie.

Následného vedení anesteziologického oddělení se po Spinadelovi v roce 1956 ujal do roku 1976 prof. MUDr. Jiří Pokorný, DrSc. Od začátku 60. let do konce let osmdesátých řídil státní výzkumný úkol „Anesteziologie a resuscitace za mimořádných podmínek“. Ten byl rozdělen na několik dílčích úkolů, na nichž pracovali lékaři z ARO ÚVN, ale i z mnoha vojenských a civilních nemocnic včetně techniků z ÚVN, z Montážních závodů Liberec a z Konštrukty Trenčín.

Po více než 20 let byl významným úkolem pod vedením plk. doc. MUDr. V. Trávníčka, CSc., výcvik civilních lékařů na vojenskou funkci „lékař s anesteziologickou erudicí“, anesteziologických záloh pro případ mimořádných podmínek. Lékaři s absolvovaným výcvikem byli s nadpoloviční většinou schopni lépe poskytnout účinnou první pomoc při stavech náhlého ohrožení života selháním základních životních funkcí.

Po odchodu plk. doc. MUDr. Václava Trávníčka, CSc. v roce 1993 do důchodu se stal náčelníkem ARO ÚVN Praha na základě konkurzního řízení pplk. MUDr. Bohumil Limberk. Resuscitační stanice byla z důvodu rekonstrukce pavilonu CH přesunuta do náhradních prostor, kde se podařilo udržet provoz alespoň na čtyřech resuscitačních lůžcích.

Nově zrekonstruovaný pavilon byl koncipován jako chirurgický s nezbytným kompletem v jedné budově – jednotky intenzivní pooperační péče, lůžková resuscitační stanice, radiodiagnostika, emergency s heliportem na střeše budovy. Jeho provoz byl spuštěn v roce 1996. Anesteziologicko resuscitační oddělení zde tvoří tři úseky: anesteziologický, resuscitační úsek, dospávací pokoj a anesteziologická ambulance. Na oddělení byly užívány současné anesteziologické techniky a postupy.

Podobná situace byla v týmu SZP, kde na resuscitačním úseku vybaveném moderní zdravotnickou technikou byla činnost zaměřena na léčbu polytraumat s dominantním poraněním mozku. Byla prováděna i hyperbarická oxygenoterapie v rámci komplexní resuscitační péče.

Emergency byla původně součástí ARO a zajišťovala příjem až dvou polytraumatických pacientů. Schéma hromadného příjmu zraněných, které bylo vypracováno a procvičováno přímo předurčovalo tuto část pavilonu CH 2, spolu se speciálně vycvičeným personálem a zázemím celé ÚVN k vytvoření téměř ideálních podmínek pro vznik vzorového traumacentra.

V roce 1998 bylo ARO rozděleno na dvě části ARO a ICU s celkovou kapacitou až 35 resuscitačních lůžek. Předpokladem byl vznik dvou samostatných primariátů. Primářem ICU se stal pplk. MUDr. Zbyněk Fuksa. Od r. 1998 se primář ARO stal členem konzilia bývalého prezidenta republiky Václava Havla a pro tento úkol byla v případě potřeby určena i část lůžkové stanice ARO nebo vyhrazený pokoj v traktu ARO. Pro včasné zahájení intenzivní péče je ideální rychlý transport leteckou záchrannou službou. Heliport se nachází na střeše CH2, je s nočním osvětlením a odmrazovací přistávací plochou. Výhodou je navíc prosklená temperovaná hala sanite která umožňuje příjem pacientů po celý rok 24 hodin denně. V tomto období se stává Anesteziologicko resuscitační oddělení i výukovou základnou lékařů v neuroanestézii a sester v oboru ARIP.

Od dubna 2002 až do května 2003 byl pplk. MUDr. Limberk dlouhodobě nemocný a po jeho odchodu do roku 2011 vedl ARO pplk. prim. MUDr. B. Jurenka, po kterém od roku

2012 vede oddělení do současnosti MUDr. Tomáš Tyll, Ph.D. (<https://www.uvn.cz/historie-karim>)

3. ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE

Anesteziologická péče zahrnuje léčebně preventivní péči, která je poskytována lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru Anesteziologie a intenzivní medicína, nebo lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dohledem lékaře, který má specializovanou způsobilost v akutní intenzivní medicíně. Tato péče je poskytována během léčebných nebo diagnostických výkonů jak operačních, tak neoperačních. Do anesteziologické péče spadá anestezie celková i regionální, sedace, nebo anesteziologický dohled neboli monitorovaná anesteziologická péče. Anesteziologická péče končí pacientovým zotavením a jeho převzetím pověřeným zdravotnickým pracovníkem, nebo předáním na oddělení typu ARO/JIP. (Cvachovec, Černý, 2012)

3.1. Vymezení základních pojmů anesteziologické péče

Anestézie (zncitlivění) je ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn a podobně.

Anestezie může být důsledkem některých onemocnění a poruch nervů nebo uměle vyvolaná, umožňující provedení chirurgických a jiných bolestivých výkonů. (Málek a kol., 2011)

Anestézie celková je záměrné a řízené vyřazení všech podnětů, které jdou do centrálního nervového systému. Výsledkem je bezvědomí, ze kterého nelze pacienta probudit ani silnými bolestivými podněty.

Anestézie regionální je záměrné a řízené vyřazení vnímání podnětů jen z určité omezené části těla. Regionální anestézie může být vyvolána různými způsoby, jako jsou chlad, tlak, ale nejčastěji jsou použita farmaka – místních anestetika.

Monitorovaná anesteziologická péče (anesteziologický dohled) představuje monitoraci základních životních funkcí anesteziologickým týmem, kdy není použito celkové ani regionální anestézie. Zahrnuje zpravidla postupy jako sedace a analgosedace.

Sedace je obecně stav sníženého vnímání různého stupně. Jedná se o stav, kdy pacient reaguje na výzvu a může být snadno probuzen, nehrozí přímo poruchy vitálních funkcí, zejména ohrožení průchodnosti dýchacích cest a deprese dechu. (Málek, 2011)

Analgezie je zpravidla farmakologicky (ne však výlučně) navozený stav sníženého vnímání bolestivých vjemů.

Analgosedace je postup zahrnující techniky sedace a analgezie dohromady. Je využíván u méně bolestivých výkonů a vyšetření.

Anesteziologické riziko se stanovuje zpravidla pomocí klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists). Má 5 stupňů ASA I - V.

Tyto jsou definovány takto:

ASA I-Zdravý pacient bez patologického klinického a laboratorního nálezů.

ASA II-Mírné až středně závažné systémové onemocnění, beze změn výkonnosti a funkce orgánů.

ASA III-Závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující nemocného a výkonnost a funkci orgánů.

ASA IV-Závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operaci řešitelné. (Larsen, 2004)

ASA V-Moribundní (umírající) pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života. Smrt je pravděpodobná do 24 hodin, ať již s operací, nebo bez ní. Při neodkladné operaci se **přidává písmeno „E“** (z angl. emergency). (Málek, 2011)

Stratifikace výkonů podle chirurgické zátěže:

- **Výkon s malou chirurgickou zátěží** – například excize z prsu, sutura ran, cirkumcize, cystoskopie, kožní či svalová incize nebo excize, drobné ortopedické výkony, artroskopie, repozice, extrakce dobře přístupného kovu, hysteroskopie, konizace, abraze, excize.
- **Výkon se střední chirurgickou zátěží** – například laparoskopické výkony, kýly, varixy, osteosyntézy, laparotomie, většina ortopedických výkonů, výkony na močovém měchýři, prostatě a ledvině, hysterectomie a SC.
- **Výkon se velkou chirurgickou zátěží** – kardiochirurgické výkony, výkony s otevřením dutiny hrudní, dvojduťinové výkony, rozsáhlé laparotomické výkony jako je duodenopankreatomie.

3.2. Zásady bezpečné anesteziologické péče

Anesteziologická péče je poskytována lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru Anesteziologie a intenzivní medicíny nebo lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dohledem specialisty. Lékař je trvale přítomen, anesteziologickou péči a stav vitálních funkcí pacienta v průběhu operačního výkonu zaznamenává do záznamu o anestézii. Záznam o anestézii musí obsahovat minimálně následující údaje:

- identifikaci lékaře
- identifikaci pacienta
- výsledek předanestetického vyšetření
- údaje o stavu fyziologických funkcí pacienta (TK, P) minimálně v 5minutových intervalech v celém průběhu anesteziologické péče
- údaje o použité anesteziologické technice a použitých anestetících
- údaj o způsobu zajištění dýchacích cest a způsobu ověření polohy tracheální rourky
- údaj o veškerých lécích podaných v průběhu anestézie, infuzní a transfúzní léčbě, o použitých pomůckách a prostředcích zdravotnické techniky
- údaj o době anestézie a času předání pacienta do péče jiného zdravotnického pracovníka

3.3. Anesteziologický tým

Poskytování anesteziologické péče je bezesporu práce týmová. V České republice je anesteziologická péče poskytována týmem většinou složeným z anesteziologa a anesteziologické sestry. Anesteziologický tým je přítomen po celou dobu vedení anestézie. Za anestézii je zodpovědný lékař. Lékař rozhoduje o způsobu podané anestézie. Sestra je zodpovědná za přichystání všech potřebných pomůcek a techniky. Sestra asistuje u všech lékařských výkonů a vykonává lékařské ordinace. Existují názory, že stávající český systém vedení anestézie je sice bezpečný a funkční, ale personálně naddimenzovaný, dostatečně se nevyužívá odborného potenciálu nelékařského zdravotnického personálu.

3.4. Základní organizační modely poskytování anesteziologické péče

V poskytování anesteziologické péče se můžeme v zemích, které mají vysoce kvalitní a propracovaný zdravotnický systém setkat se dvěma základními modely. Stále převažuje model „lékařská anestézie“, ale i druhý model „anestézie bez přímé účasti lékaře“ má i v některých zemích Evropské unie své legitimní místo.

Lékařská anestézie „Physician anaesthesia“. Lékařská anestézie znamená, že po celou dobu vedení anestezie je přítomen lékař, kterému asistuje nelékařský zdravotnický pracovník různého vzdělání a úrovně dle zvyklostí konkrétního státu. Tento model funguje v České republice, ale např. i v Německu.

Anestézie bez přímé účasti lékaře „Non-physician anaesthesia“. Anestézie bez přímé účasti lékaře znamená, že jeden lékař je zodpovědný za vedení anestezie u dvou nebo i více pacientů, a tudíž i za dvě nebo více anesteziologických sester. Sestry pracují v průběhu anestézie samostatně pod lékařovým přímým i nepřímým dohledem. Lékař rozhoduje o typu anestezie a volbě anestetika. Úvod do celkové anestézie a probouzení včetně extubace provádějí lékař i sestra společně. V úvodu lékař aplikuje léky do žíly. Sestra intubuje a nastavuje ventilační parametry. V průběhu anestézie sestra sama, bez přímého dohledu lékaře, dává léky lékařem ordinovaná anestetika dle stanovených postupů. Lékař je pro případ potřeby neustále v dosahu. Zodpovědnost za anestézii nese lékař. Sestra nese zodpovědnost do výše svých kompetencí a činností, které sama vykonává během vedení anestézie. U anestézií rizikovějších pacientů je po celou dobu přítomen lékař, stejně tak periferní blokády a svodná anestézie jsou výlučně v kompetenci lékaře.

4. VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČECHÁCH Z HISTORICKÉHO POHLEDU

V 19. století, především v jeho druhé polovině došlo k dalšímu rozvoji medicíny a ošetrovatelské péče. Postupně se zlepšila i přístupnost lidí k lékařské péči. Na přelomu 18. a 19. století se začal zvyšovat počet všeobecných nemocnic. Do povědomí lidí se poprvé dostávají pojmy hygiena a prevence onemocnění. S tímto souvisela touha po poznání a vzdělávání v oblastech péče o druhé osoby. Možnost vzdělávání měly také ženy.

S otevřením nemocnice Na Františku v Praze v roce 1620, kde se poskytovala péče pouze mužům, souvisí i první zmínky o vzdělávání v ošetrovatelství. Byla zde zřízena škola pro mnichy, kteří se vzdělávali v opatrovnické činnosti. Ranhojiči a porodní báby se účastnili pravidelných přednášek na lékařské fakultě v Praze. Vyučování pro opatrovníky se velmi snažil prosadit na lékařské fakultě Václav Joachim Vrabec, který se této problematice věnoval a vedl na fakultě některé přednášky. Přednášky byly převážně zaměřeny na veškeré úkony, které mohli opatrovníci vykonávat. Šlo především o dodržování hygieny pacientů, čistoty jejich lůžka a pokoje a správnou přípravu a servírování stravy. K úkolům opatrovníka patřilo zejména sledování projevů nemoci, zvládnutí podávání léků a stravy. Opatrovník musel dále zvládnout i komunikaci s pacientem, jeho případné polohování a pomoc při rekonvalescenci. Bohužel tyto přínosné přednášky byly v roce 1789 zrušeny dvorským dekretem. (Plevová a kol., 2011)

4.1. Počátky vzdělávání žen v českých zemích

V zemích Koruny české můžeme v 19. století sledovat obdobný vývoj ošetrovatelství jako v ostatních částech Evropy a ve Spojených státech. Významný zlom v přípravě ošetrovatelek u nás přinesla druhá polovina 19. století. Tato změna souvisí s emancipačním hnutím, jehož cíle bylo zrovnoprávnění žen s muži ve všech oblastech života, tudíž i vzdělání. Ženy usilovaly o rovnocenné vzdělání s muži. První ženou, která získala diplom na pražské lékařské fakultě, byla Anna Honzáková (1875-1940). Medicínu začala, přes odpor drtivé většiny lékařů, studovat v roce 1895 a studium úspěšně dokončila v roce 1902. Úspěšné dokončení studia jí umožnil výnos z roku 1900, který povoloval ženám studovat medicínu.

Důležitou roli v rozvoji profesionalizace ošetrovatelek sehrály i ženské spolky, v nichž sehrály významnou roli české spisovatelky Karolína Světlá (1830-1899) a Eliška Krásnohorská (1847–1926). V roce 1865 byl v Praze založen klub amerických dam. Jeho členky navštěvovaly přednášky lékařů. Dalším spolkem, který se zaměřil na vzdělávání žen, byl Ženský výrobní spolek český založený v roce 1872. Součástí spolku byla i škola, která nabízela vzdělání v oblasti praktických předmětů. Zde se mohly vzdělávat dívky, které pocházely z chudých poměrů. Škola se je snažila připravit k samostatnému životu, naučit je pečovat o vlastní domácnost, zdokonalit se v ručních pracích a osvojit si péči o děti a jejich výchovu. (Farkašová a kol., 2006) Díky těmto spolkům a jejich spolupráci se Spolkem českých lékařů, v němž měl významnou roli doktor Vítězslav Janovský (1847–1925), se začala uplatňovat odborná příprava ošetrovatelek. (Kutnohorská, 2010)

4.2. Překonání předsudků

Před otevřením první ošetrovatelské školy v Praze, bylo nutné překonat některé předsudky tehdejší společnosti. Především byla podceňována inteligence žen a všeobecně se objevovaly názory, že ženy nemají právo na vzdělávání a jejich klasické místo je v domácnosti u dětí. Bylo nemyslitelné, že by žena mohla mít jiná přání a touhy, než se všeobecně interpretovalo. Příčinou tohoto smýšlení mohl být částečně i fakt, že společnost obávala ženské konkurence.

S rozvojem medicíny se začalo uvažovat o potřebě vzdělávání pomocného personálu. Stále však měla být ošetrovatelka podřízená lékaře, nikoliv partnerem, jako v dnešní době. Významným počinem bylo otevření první ošetrovatelské školy v Praze, zásluhou Karolíny Světlé, která požádala o podporu tohoto projektu Spolek lékařů, v jehož čele stál lékař Vítězslav Janovský. Janovský podporu přislíbil a po otevření školy chodil i s některými svými kolegy učit studentky této školy. (Kutnohorská, 2010)

4.3. První česká ošetrovatelská škola

V roce 1874 byla v Praze otevřena česká škola pro ošetrování nemocných, první tohoto druhu v celém Rakousku-Uhersku. Tato skutečnost přispěla k pozvolnému rozvoji ošetrovatelství, jako samostatné profese. Bylo zřejmé, že je potřeba vzdělávat budoucí ošetrovatelky po stránce praktické, ale i teoretické. V ošetrovatelské škole bylo zajištěno bezplatné vzdělání formou kurzů, které měly přesně dané plány a osnovy. Prvního kurzu se zúčastnilo jedenáct ošetrovatelek. Výuka praktických kurzů byla nepravidelná, v délce od tří do sedmi měsíců a probíhala v městském chorobinci na Karlově v Praze. Teoretická část byla zaměřena především na ošetrovatelství, první pomoc, péči o dítě, zdravotědu, chirurgii a péči o náhlá onemocnění. Diplom dostávaly na základě vykonané zkoušky v závěru kurzu. Přestože byl o kurzy velký zájem, byly dostupné i pro chudší dívky, proběhlo na škole pouze několik ošetrovatelských kurzů a škola byla v roce 1881 zrušena. Přesto její existence měla velký význam a ovlivnila další rozvoj ošetrovatelské profese. Navíc i lékaři si začali uvědomovat, jaké výhody přináší v ošetrovatelství profesionál. Škola také umocnila právě probíhající emancipační hnutí žen. (Kutnohorská, 2010)

Mimo jiné byl vypracován Řád ošetrovatelské služby, který stanovil práva a povinnosti ošetrovatelek. Ošetrovatelky, které získaly na škole osvědčení o úspěšném absolvování kurzu, měly šanci získat práci v oboru. Po zániku školy zajišťoval přípravu ošetrovatelek Ústřední spolek českých žen. Odbornou přípravu domácích i nemocničních ošetrovatelek převzal český Červený kříž, který byl autonomní součástí rakouského Červeného kříže. K rozvoji kvalitní ošetrovatelské péči přispěly i řády a zákony. V roce 1866 byl vydán řád pro opatrovnice a ošetrovatelky a v roce 1888 přijat nemocniční zákon Pro Království české. (Vránová, 2017)

4.4. Vliv první české ošetrovatelské školy

V roce 1882, inspirován úspěchem české ošetrovatelské školy, založil chirurg Theodor Billroth ošetrovatelskou školu ve Vídni. V roce 1881 uspořádal již první kurz, ale narazil na nevíli úřadů, které jeho nápad nechtěly podpořit. Billroth se, ale nenechal odradit a vyškolil první profesionální ošetrovatelky, avšak nemocnice je odmítly přijmout. Ke změně došlo až v roce 1882, kdy byli do města dopraveni zranění vojáci. Pouze vyškolené ošetrovatelky byly schopny poskytnout vojákům profesionální péči. O nutnosti vzdělávání ošetrovatelek tak byly nakonec přesvědčeny i úřady a radnice uvolnila Billrothovi peníze, za které nechal postavit ošetrovatelskou školu i s nemocnicí, v níž mohly absolvovat praktickou výuku. Nemocnice se nazývala Rudolfinerhaus a jejím absolventkám se dodnes říká „Rudolfinky“.

4.5. Postavení ošetrovatelek v 19. století

Stejně jako v dnešní době, nebylo povolání ošetrovatelky snadné. Pracovní doba ošetrovatelek byla stanovena prvním čeledním řádem, který vydal císař František Josef, a bylo dané, že ošetrovatelka musí být k dispozici podle potřeb lékaře a pacientů. V praxi to znamenalo neomezeně dlouhou dobu a lékař rozhodoval o možných pauzách během dne. V případě zanedbání péče hrozil ošetrovatelce peněžní postih, zákaz vycházek nebo propuštění. Ošetrovatelky nesměly být vdané, jejich mzda se pohybovala okolo padesáti krejcarů za denní službu a osmdesát krejcarů za noční. V případě, že ošetrovatelky sloužily nepřetržitě celý týden, jejich odměna činila 3-7 zlatých. (Plevová a kol., 2011)

4.6. Ošetrovatelství v období let 1918-1945

Koncem 19. století nastal prudký rozvoj nemocnic, který pokračoval až do konce 2. světové války. Ošetrovatelské školy vznikaly současně s nemocnicemi, často při nemocnicích, na kterých byly finančně závislé. Nemocnice zase poskytovaly ošetrovatelkám uplatnění. (Krausová, 1989) V roce 1918 se rozpadlo Rakousko – Uhersko, naše země získaly nezávislost a byla vyhlášena Československá republika. Republika patřila mezi demokratické státy s rozvinutým hospodářstvím, vědou a školským systémem. Tyto faktory se pozitivně projeví v dalším rozvoji lékařské a ošetrovatelské péče v období do roku 1939 a stagnací v období protektorátu Čechy a Morava v letech 1939–1945.

Po vzniku Československého státu navázala příprava ošetrovatelek na období posledních let existence habsburské monarchie. Česká zemská škola pro ošetrování nemocných navázala prostřednictvím Alice Masarykové (1879-1966), dcery československého prezidenta T. G. Masaryka (1850–1937), kontakty s Červeným křížem USA. Jejich výsledkem byl příjezd amerických ošetrovatelek do Prahy a stáž českých zdravotních sester ve Spojených státech. (Kutnohorská, 2010)

V roce 1920 přešla, do té doby státní ošetrovatelská škola, pod správu Československého červeného kříže a do jejího vedení přišlo několik amerických sester. Jejich příchod se pozitivně projevil na zvýšené kvalitě výuky. Zvýšil se důraz na formy praktické výuky. Na škole byla zřízena učebna ošetrovatelské techniky a na klinikách, které

se podílely na praktické výuce, byly zřízeny tzv. školní stanice. V roce 1931 převzal školu opět stát.

V období mezi válkami vzniklo v Československu několik dalších zdravotnických škol, které připravovaly diplomované sestry. Celkem jich bylo deset a jednalo se o školy české, německé a slovenské. Jejich sídla byla podle doby založení, v Praze, Chomutově, Opavě, Bratislavě, Košicích, Turčanském sv. Martině, Hradci Králové, Brně, ve Znojmě a v Ostravě. Tři z uvedených škol byly civilní ošetrovatelské školy, tj. škola v Praze, Turčanském sv. Martině a v Ostravě, zbylých sedm škol pro výuku budoucích diplomovaných sester bylo řádových (Kafková, 1992). Na školách spravovaných církevními řády mohly postupem času studovat i civilní studentky.

V období první republiky hrály, vedle škol, které připravovaly odborně připravené zdravotní sestry, významnou roli i další instituce, které poskytovaly ošetrovatelskou péči. Byly to především řeholní řády a Československý červený kříž. Ve třicátých letech působily ve zdravotnictví i sociální sestry, které se vzdělávaly na Masarykově státní škole zdravotní a sociální péče. V období 2. světové války se nové školy neotevíraly a ošetrovatelská péče byla pod kontrolou okupační správy. Stejný osud postihl i Československý červený kříž, profesní ošetrovatelské organizace a řeholní řády. Mezi perzekuované řeholní řády patřil např. Řád Milosrdných bratří, který byl v roce 1941 zrušen a jeho majetek okupanty zkonfiskován.

4.7. Pracovní podmínky ošetrovatelek v letech 1918-1945

Po vzniku Československé republiky v roce 1918 byly pro ošetrovatelky v nemocnicích velmi nevyhovující podmínky. Ošetrovatelky měly dlouhou pracovní dobu a plat nízký. Jak řeholní, tak civilní ošetrovatelky zachovávaly povinně celibát. Mzdové ohodnocení se řešilo až později. Padlo rozhodnutí, že diplomované sestře, která má pětiletou praxi, vznikne nárok na definitivu. Sestra bez diplomu měla stejný nárok, ale kromě pětileté praxe musela splnit také přezkoušení znalostí a dovedností. Čelední řád, upravující pracovní podmínky ošetrovatelek, se však nezměnil a představoval jen jakousi úmluvu nebo slib. Obsahem čeledního řádu byl příslib pouze desetihodinové služby, volno trávající jeden měsíc, po dvou odpracovaných letech zvýšení mzdy, příplatek na stravu a obnošenou obuv a také příplatek pro sestry, vykonávající funkci vrchních nebo školících sester. K výhodám patřil nárok na služební byt, bezplatnou péči v době nemoci, pracovní uniformy a jejich praní. Řádové sestry byly ubytovány přímo v areálu nemocnice. (Farkašová a kol., 2006)

Ve skutečnosti tomu bylo však trochu jinak. Pracovní doba sester se běžně pohybovala od šestnácti do osmnácti hodin denně, volno dostávaly většinou pouze v neděli a jen jedenkrát v měsíci. Jejich mzda činila pouze osmdesát korun za měsíc, protože se předpokládalo, že je pacienti a jejich příbuzní obdarovávají, a tudíž nemají nouzi. Pravda však byla taková, že většina sester pracovala jen za byt a stravu. Práce byla náročná fyzicky i psychicky, byl vyžadován také etický přístup k pacientům. Pacienti byli často zanedbaní, vyhublí a zavšivení, protože v té době byla hygiena na špatné úrovni, především u nižších vrstev obyvatel, kterých byla převážná většina. Sestry si musely poradit se vším. Vyžadovala se od nich přísná kázeň a bezchybná péče a za přestupek nebo špatně splněný úkol je stihl

finanční postih, proto si vzhledem k nízkému platu nemohly dovolit sebemenší pochybení. V této době se ve služební hierarchii začínají rýsovat pozice vrchních a hlavních sester. (Kutnohorská, 2010)

4.8. Pracovní podmínky sester po roce 1945

V padesátých letech minulého století zodpovídal za chod celého oddělení vždy vedoucí lékař/primář, kterému pomáhala vést oddělení vrchní sestra. Vrchními sestrami byly zkušené a vzdělané ženy, které měly pod sebou staniční sestry a ty zodpovídaly za dění na jednotlivých odděleních. Staniční sestře bylo vždy přiděleno jedno oddělení, na kterém si sama vedla řadové sestry a dohlížela na provedené úkony a na péči o pacienty. Méně kvalifikovanou práci na oddělení odváděly elévky, jejichž úkolem byla zejména úprava lůžek, úklid kolem lůžka a hygiena nemocných. V případě nedostatku kvalifikovaného personálu, vykonávaly elévky po zacvičení i odbornější výkony. Odbornou práci, jako rozdávání léků, asistence lékaři, aplikace injekcí a příprava nemocných na vyšetření, vykonávaly diplomované sestry. (Kutnohorská, 2010)

Práce v nemocnicích byla těžká, časově velice náročná a s neadekvátním platovým ohodnocením. Pracovní doba byla většinou překračována, ačkoliv bylo zákonem dáno, že směna má být jen osmihodinová. Do poloviny padesátých let bylo zcela běžné, že sestry sloužily dvanáct hodin denně. Během své služby měly nárok na dvě hodiny odpočinku, ale ani ten nebyl dodržován. V nemocnicích totiž nebyly žádné místnosti, kde by si mohly sestry odpočinout. Případné zájemce o studium zdravotnického povolání tyto skutečnosti často odrazovaly. Během studia byly sestry ubytovány na internátních pokojích, které byly určeny pro bydlení většího počtu lidí. Každý z ubytovaných měl jiný denní rytmus, takže odpočinout si po těžké dvanáctihodinové službě bylo náročné a nedostačující. Pacienti si péče a obětavosti sester velmi vážili, což bylo pro sestry jediné zadostiučinění. Do nemocnic docházely také na praxi žákyně studující v přidružených zdravotnických školách u nemocnic. Vždy s dozorem a trénovaly si odborné úkony, kterým se naučily ve škole. V padesátých letech se sestrám přidělovaly umístěnky, takže musely nastoupit do pracovního poměru pouze do určité vybrané nemocnice. Nebylo možné si určit, kdy a kam půjdou pracovat. Do roku 1957 ještě sestry dostávaly vojenské knížky s pokyny, co a jak mají dělat v případě vypuknutí války. (Kutnohorská, 2010)

4.9. Osobnostní vlastnosti sestry

Povolání sestry, dle mého názoru, patří mezi nejnáročnější povolání z hlediska osobnostní výbavy člověka. Být zdravotní sestrou je velice vyčerpávající po fyzické i psychické stránce. Každodenní setkávání s lidským utrpením, bolestí a smrtí je velmi náročné na psychiku každého jedince a vyrovnat se s tím, vyžaduje od sestry velkou duševní sílu. Bez ohledu na vlastní pocity a rozpoložení musí být sestra vždy pozitivní. Pacient očekává vždy od sestry profesionální chování a bezchybné poskytnutí komplexní péče a nezajímá ho, že sestra má také vlastní život a z něho vyplývající osobní problémy. Během let se požadavky na osobnostní výbavu sester téměř nemění, stejně jako se nemění přístup k

pacientům. Stále platí, poskytnout pacientům co možná nejlepší péči. Mezi vlastnosti sester, které popsala již Florence Nightingalová ve své „Knize o ošetřování nemocných“ patřila spolehlivost a svědomitost, počestnost, střídmost, pokora a zbožnost, rozvážnost, klidná povaha, umění dobře pozorovat a odhalit potřeby nemocných, důvěryhodnost, dobrosrdečnost, a především empatický přístup. Nightingalová stavěla vždy do středu dění pacienta. Každý pacient je individuální osobností, které je třeba se přizpůsobit a věnovat individuálně. Pro sestru by mělo být důležité získat si důvěru pacienta, měla by umět vypořádat, jaký pacient je a co od ní očekává a mít úctu a respekt ke svému povolání. Sestra tráví s pacientem nejvíce času a může tak významně ovlivnit proces diagnostiky a léčby a zkrátit dobu hospitalizace. To je také důvod proč se u sester vyžaduje inteligence, spolehlivost, přesnost a odborné znalosti, zejména při popisování příznaků onemocnění. V padesátých letech si lékaři začali uvědomovat významnost sester a obtížnost jejich práce. (Plevová a kol., 2011)

V letech 1948-1989, v období socialismu, neměly sestry mnoho práv, ale i přesto byla profese sestry významnou a získala jistou stabilitu a byla vážená. Přispěla k tomu i postupná nezastupitelná pozice vedle lékaře. S rozvojem medicíny se rozšiřovala a zvyšovala úroveň vzdělání a tím se pomalu rozšiřovaly i sesterské kompetence.

4.10. Významné kroky v ošetřovatelství

V roce 1978 přijala WHO deklaraci, takzvanou Almaatskou, ve které byly jasně vymezené role nelékařského zdravotnického personálu. Lékař měl ve své kompetenci odpovědnost za primární léčbu a diagnostiku a na ošetřovateli pak měla být sekundární ošetřovatelská péče a diagnostika.

Na evropské konferenci ve Vídni v roce 1988 byl vypracován šestiletý plán pro rozvoj ošetřovatelství, který se vztahoval na roky 1990–1995. Kromě rozvoje ošetřovatelství také vyzdvihoval nepostradatelnost sester. Na konferenci v Maďarsku v roce 1991 byl projednáván výzkum v ošetřovatelství a spolu s tím se řešila koordinace změn v ošetřovatelství a mezinárodní spolupráce. Na vzdělávání byla zaměřena konference v Mnichově v roce 2000. Tématem byla kvalitní příprava sester na jejich povolání.

S rokem 1989, kromě politických změn, nastaly také změny v oblasti sociální a zdravotnické. Pohled na zdravotnictví se mění a snahou bylo a stále je zvýšit kvalitu ošetřovatelské péče, aby bylo zajištěno kvalitní zdraví. Vzdělávání sester odpovídající požadavkům EU bylo nutné zajistit po roce 1990. K velké změně došlo v roce 1996, kdy střední a vyšší zdravotnické školy, které doposud spadaly pod správu MZČR, byly převedeny do správy MŠMT. V roce 2000 tyto školy přechází ke spravování pod krajskou samosprávu. (Kutnohorská, 2010)

5. ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA

Anesteziologickou sestrou je sestra pracující v intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. Její činností je poskytování, organizování a metodické řízení ošetrovatelské péče. Anesteziologická sestra poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, průběhu a bezprostředně po ukončení všech možných způsobů celkové a místní anestezie.

5.1. Historický vývoj profese anesteziologické sestry

Historický vývoj ošetrovatelské péče v ČR v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (dále jen ARIP) je důležitou a podstatnou součástí historie evropské i světové. Musím v této práci zmínit první anesteziologickou sestru v Československu – d. s. Alenu Stárkovou-Palečkovou, která se zasloužila o vznik oboru ARIP v naší zemi. Z historického hlediska ji lze považovat za zakladatelku tohoto oboru, protože pracovala na prvním anesteziologickém oddělení ÚVN v Praze pod vedením primáře L. Spinadela. Velice se zasloužila o rozvoj ošetrovatelství v anesteziologii a intenzivní péči, poukázala na její vliv při vzdělávání a výchově sester s touto specializací. Narodila se 22. ledna 1925. Studovala Ošetrovatelskou školu kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v roce 1946 ukončila studium diplomovou zkouškou. Následně byla přijata na lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, ale musela po dvou letech z rodinných důvodů odejít. Protože se musela začít starat sama o sebe, nastoupila do odborné knihovny Spojených farmaceutických závodů. Zde ji oslovil primář L. Spinadel a nabídl jí spolupráci. Pod primářovým odborným vedením získávala od 1. 11. 1949 v ÚVN znalosti a učila se pracovním technikám anesteziologické sestry. Byla to praxe náročná, přes přípravu materiálu, instrumentačního stolku, anesteziologického přístroje s anestetickými plyny a roztoky až po asistenci při intubaci i dalších terapeutických technikách. Nechyběla ani osvojení technik celkové i místní anestezie, laryngoskopie a endotracheální intubace. Na anesteziologickém oddělení ÚVN však Stárková nepracovala jako jediná sestra. Historicky je považována za první stálou anesteziologickou sestru na pracovišti tohoto typu. Ostatní sestry se totiž střídaly pouze na výpomoc z různých jiných oddělení ÚVN. Byla velice schopná a pracovitá. Nastala i situace, kdy primář Spinadel na delší dobu onemocněl a ona byla schopna odborně i prakticky provádět celkovou anestezii dle potřeb chirurgů. Po zapracování a ověření jejích kvalit pověřil ji prim. Spinadel školením několika vybraných sester v anesteziologické instrumentaci. Zároveň učila na střední zdravotnické škole předmět ošetrovatelská technika. Prim. Spinadel ji také poskytl adresu a sestra Palečková požádala o zasílání odborného časopisu Asociace amerických anesteziologických sester v Chicagu. Vedení asociace jí vyhovělo, i když tehdy nebyla možnost předplatného. Časopis *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* odebírala od roku 1950. V americkém časopise byl každoročně zveřejňován seznam členek zmíněné asociace a mezi nimi byla po řadu let uváděna paní Alena Stárková – Palečková jako jediná sestra nejen za Československo, ale i za celou Evropu. V roce 1952 se tato sestra poznala na ARO v ÚVN

s MUDr. Jiřím Pokorným, který se rozhodl na konci 50. let napsat příručku popisující technické aspekty anesteziologického provozu a požádal sestru Stárkovou o spolupráci. První vydání z roku 1961 s názvem Anesteziologická technika bylo po velmi krátké době vyprodáno, a tak došlo v roce 1964 k rozšířenému a přepracovanému vydání, kde sestra Stárková napsala samostatnou kapitolu o zvláštích práce anesteziologické sestry pod názvem Ošetřovatelství v anesteziologii. Toto vydání se stalo na dlouhou dobu první a jedinou učebnicí pro sestry, které se chtěly specializovat v oboru ARIP. Tato publikace sestry Stárkové zcela jistě napomohla k úspěšnému prosazování odborné přípravy na středních zdravotnických školách v oboru „anesteziologická instrumentárka“. Paní Alena Stárková se tak stala první uznávanou odbornou sestrou oboru anesteziologie a resuscitace u nás.

Na základě Vyhlášky MZ ČSR č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, došlo v roce 1971 k významnému rozšíření oboru anesteziologie a resuscitace. To také napomohlo k uznání odbornosti u zdravotníků, ženských a dětských sester na úseku práce „anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče – ARIP“. Tato skutečnost výrazně ovlivnila ošetřovatelskou péči v tomto oboru. V tomto období a dále se ARO v ÚVN rozrůstalo o lékaře a sestry a vrchní sestrou tohoto oddělení se stala sestra Palečková, provdaná Stárková. 1. ledna 1970 vystavila Americká asociace anesteziologických sester paní Aleně Stárkové diplom „Certified Registered Nurse Anesthetist“ – Diplomovaná registrovaná anesteziologická sestra. Roku 1974 byla zřízena komise sester, později sekce, pod hlavičkou Československé společnosti anesteziologie a resuscitace (ČSAR), kde byla sestra Stárková její dlouholetou aktivní členkou. Na VI. celostátním sjezdu Československé společnosti anesteziologie a resuscitace v roce 1981 v Ostravě dvakrát přednášela v sesterské sekci. (Pokorný, 2007)

5.2. Historický vývoj vzdělávání anesteziologické sestry

5.2.1. Historie specializačního vzdělávání v Československu do roku 1993

Základem a předpokladem pro poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče je dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu. Celoživotní vzdělávání (dále CŽV) je název pro následné vzdělávání po absolvování odborného studia a získání kvalifikace v určitém oboru. Pro každého zdravotnického pracovníka je nutné, aby se CŽV účastnil, protože je nezbytné jít s dobou, a navíc nám zákon ukládá udržovat si a aktuálně doplňovat profesní znalosti podle současných vědeckých poznatků. Vzhledem k tomu došlo po 2. světové válce ke vzniku koncepce „Organizované formy soustavného dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví“ a po ní k založení Ústavu pro doškolení lékařů v Praze a Trenčíně. Ten byl později přestěhován do Bratislavy. O několik let později byly oba tyto ústavy přejmenovány na Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF). Ukázalo se však, že je velmi třeba vzdělávat nejpočetnější skupinu – střední zdravotnický personál, jenž je nenahraditelný v poskytování zdravotnické péče. Ve druhé polovině 50. let se začaly objevovat konkrétní požadavky na zřízení střední odborné školy, která by zajišťovala další systematické vzdělávání výše zmíněné skupiny. V roce 1960 bylo výnosem Ministerstva

zdravotnictví ČSR založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, které bylo v roce 1965 přejmenováno na Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V roce 1986 tak došlo k další změně názvu organizace, a to na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (dále IDVZP).

Pro sestru pracující na oddělení ARO a JIP bylo možné získat specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči /ARIP/ poprvé od roku 1972, kdy bylo zahájeno v Brně v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků/IDV SZP/ pomaturitní specializační vzdělávání sester v tomto oboru. V 90. letech byl otevřen obor sestra intenzivní péče na Vyšší odborné škole /VOŠ/, který byl zakončen absolutoriem, a sestry získaly titul DiS. V současnosti je též možné získat specializaci na vysoké škole v magisterském studiu navazujícím na předchozí studium bakalářské v oboru všeobecná sestra. V prvních letech se do specializačního studia /ARIP/ přijímaly především sestry na vedoucích pozicích na odděleních ARO, tj. staniční a vrchní sestry, eventuálně vedoucí sestry ve směnách. Pro sestru pracující u lůžka se stalo specializační studium dostupnější vydáním vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví č.77/1981 Sb. Tato vyhláška také výrazně přispěla k rozvoji tohoto studia. Podmínkou přijetí ke studiu byla tříletá praxe v oboru a po dobu studia musela sestra pracovat na daném specializovaném oddělení. Výuka, na které se podíleli především lékaři, vycházela z učebnice Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči od MUDr.Jarmily Drábkové a MUDr. Vladimíra Lema, která měla dva díly.

Délka studia byla 1,5 roku a byla rozdělena do tří výukových bloků, kdy na konci každého z nich se skládala dílčí zkouška. Před závěrečnou zkouškou bylo nutné napsat ještě všeobecný test, který obsahoval otázky týkající se sterilizace, dezinfekce a hygieny. První výukový blok, kde se kromě psychologie a organizace zdravotnictví přednášel i marxismus – leninismus, byl společný pro všechny specializační studia. Druhý výukový blok byl věnován anesteziologii a třetí blok byl zaměřen na jednotlivé diagnózy na resuscitačních odděleních a ostatních jednotkách intenzivní péče a samotné resuscitaci.

5.2.2. Historie NCO/NZO Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO)

Již v padesátých letech minulého století se začínaly ozývat hlasy požadující kontinuální vzdělávání a zvyšování úrovně vzdělávání všeobecných sester. V této době bylo soustředěno kvalifikační vzdělávání středně zdravotnických pracovníků pouze na úroveň středních škol a neexistovala žádná návaznost dalšího vzdělávání. Možností byl pouze individuální přístup např. Studium odborných článků ve Zdravotnických novinách nebo Zdravotnické pracovníci či účastí na odborných konferencích.

Byla velká touha po zřízení systematického a celoživotního vzdělávání. Z tohoto důvodu bylo založeno v roce 1960 Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Poté středisko zahájilo činnost na tehdejší střední zdravotnické škole, na ulici Merhautově v Brně. Zde byly ustaveny 3 komise, z nichž se později stávají katedry. Byly to:

Komise pro zdravotní sestry se subkomisí pro dietní sestry Komise pro dětské sestry a porodní asistentky Komise pro technické obory

V červenci 1962 je v Praze založeno detašované pracoviště tzv. Metodicko-pedagogický kabinet.

V roce 1963 v něm na základě nového statutu vznikly 4 katedry:

pro zdravotní sestry, dietní sestry a rehabilitační pracovníky

katedra pro dětské a ženské sestry

katedra pro technické obory (sanitáře, zdravotní laboranty, lékárenské laboranty a oční optiky)

katedra společenských věd

V tomto roce byl také položen základ první spolupráce s terénem vydáním Pokynů pro zřizování odborných základen a používání dalších pracovišť ke skupinovému i individuálnímu výcviku posluchačů

1967 – vznikly katedry dětských sester, ženských sester, zdravotních laborantů a zubních laborantů. Součástí střediska byly i dva pomocné kabinety, a to péče o nemocné a detašovaný metodicko-pedagogický v Praze.

V září v roce 1968 bylo přestěhováno již jako Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků do nově postavené budovy na Vinařské ulici. Slavnostně byl otevřen 4.10.1968 a měl čtrnáct kateder a dva kabinety. Postupným rozšiřováním odborností a specializací v nelékařských profesích se vzdělávací institut v průběhu své existence mění. Rozšiřuje se jeho působnost a ze strany MZ ČR jako zřizovatele jsou na něho delegovány stále důležitější a odpovědnější úkoly a kompetence.

1978 – byl na základě závazného opatření MZ schválen organizační řád ústavu

1986 – ústav přejmenován na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků

14. 12. 1991 - byla vydána zřizovací listina Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, jehož náplní je i vzdělávání jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví, následné vzdělávání vysokoškolských zdravotnických pracovníků včetně lékařů

V roce 2003 – vzniklo Národního centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, které je činné doposud. (<https://www.nconzo.cz>)

6. SESTRA 21. STOLETÍ

Kromě všech osobnostních vlastností, uvedených v předešlém textu, se dále od sester v dnešní době vyžaduje laskavé jednání a chování, přívětivost a nekonečná míra pochopení. Samozřejmostí je přitom vysoká odbornost a celoživotní vzdělávání.

„Sestra je srdcem a duší každého oddělení či ambulance. Převážně ona vytváří prostředí a atmosféru tam, kde se pacienti léčí. Podílí se na vytváření zázemí a má možnost upravovat prostředí tak, aby co nejlépe působilo na pacienty a co nejvíce vyhovovalo jejich individuálním potřebám. Aktivně komunikuje se členy rodiny a zapojuje je do péče o nemocného člena. Je významným článkem navození a udržení dobrých mezilidských vztahů nejen ve vztahu pacient sestra, ale i sester mezi sebou. Dobrý pracovní kolektiv ve zdravotnickém zařízení má pozitivní vliv i na pacienty.“ (Plevová a kol., 2011)

Sestra by měla být kreativní a diskrétní ve všech záležitostech, které se týkají pacienta. Všechny jeho problémy s ním konzultuje a teprve poté je řeší s jeho souhlasem. V péči o pacienta je preferován individuální přístup ke každému pacientovi. Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, je aktivně zapojován do péče. Sestra dodává pacientovi odvalu, působí jako podpora při komunikaci s lékařem, pomáhá doplnit informace nebo popsat příznaky. Poskytuje psychickou podporu nejen pacientovi, ale i jeho blízkým. Mezi důležité činnosti sester patří edukace pacienta, které jeho stav vyžaduje. K edukaci je potřeba mít dostatek času, vysvětlovat vše srozumitelně s ohledem na pacientovy možnosti pochopit danou problematiku. Vždy by měla mít zpětnou vazbu, jestli pacient všemu rozuměl a vysvětlovaný úkon správně pochopil.

O zvyšování své kvalifikace by se sestry měly zajímat aktivně, samy by si měly vyhledávat a navštěvovat různé odborné kurzy a semináře, měly by mít zájem o nové poznatky a trendy v ošetrovatelství a následně je přenést do své praxe a v neposlední řadě se podílet na výzkumné či publikační činnosti, (Kutnohorská, 2010)

6.1. Ošetrovatelství v současnosti

V současnosti patří ošetrovatelství k prestižním povoláním. Sestry pracují jako manažerky, ale nepůsobí pouze na území nemocnice. Pracují například i na ministerstvu a v různých zdravotnických organizacích. Veřejností je ošetrovatelství velmi ceněno, stejně jako v dobách minulých.

6.1.1. Změny v ošetrovatelství ve 21. století

Zde bych ráda zmínila několik významných změn, které se v ošetrovatelství udály na přelomu dvacátého a dvacátého prvního století a vedly k vyzdvižení ošetrovatelství a ke zlepšení péče. Z hlediska kvality ošetrovatelské péče, první pozitivní záležitostí jsou přesně vymezené kompetence, které zaručují, že nelékařský zdravotnický personál bude provádět péči jen v rozsahu svého dosaženého vzdělání a tím by nemělo docházet k poškození pacienta. Tyto kompetence vychází z dokumentů o vzdělávání regulovaných nelékařských profesí z Evropské strategie WHO z roku 1998. (Farkašová a kol., 2006) Ošetrovatelství se zaměřuje zejména na prevenci zdraví, což přispívá ke snížení počtu nemocných.

Nelze opomenout také ošetrovatelský proces, který se neustále vyvíjí a zdokonaluje a je založen na ošetrovatelských diagnózách, které se rovněž neustále doplňují a rozšiřují. Snahou je co nejlépe vystihnout potřeby klienta. (Herdman, 2011)

Kvalita ošetrovatelství neustále narůstá spolu s rozvojem medicíny. Řadí se mezi vědní disciplíny a každý nelékařský zdravotnický pracovník by se měl nějakým způsobem na výzkumu v ošetrovatelství podílet, například vyhledáváním nových informací a jejich aplikací v praxi. Součástí ošetrovatelské péče je, již zmíněná, edukace, která má nezastupitelné místo. Pomáhá klientům zorientovat se v nové životní situaci a nějakým způsobem se s ní vyrovnat. Informovaný pacient je méně ve stresu a je s ním lepší spolupráce. (Šamánková a kol., 2003)

6.1.2. Regulace ve zdravotnické profesi

Zdravotnická profese patří mezi takzvaná regulovaná povolání. „*Podstatou regulace je sjednotit podmínky pro vzdělávání nelékařského zdravotnického povolání pro všechny státy Evropské unie.*“ (Kutnohorská, 2010) Zdraví a život patří k nejcennějším věcem, které každý z nás má, a proto je nezbytné, aby vzdělání bylo důsledné, sjednocené a neustále se obnovovalo. Ve zdravotnické profesi, daleko více než v jiných profesích, je velice důležité celoživotní vzdělávání a neustálé seznamování se s novými postupy a metodami. Vše je dáno zákonem, spolu s dalšími podmínkami, které vedou k získání oprávnění výkonu zdravotnické profese. Z tohoto oprávnění vyplývají dané kompetence, které určují, jaké činnosti sestra smí a nesmí sestra vykonávat v rámci svého povolání. (Kutnohorská, 2010)

„*V současné době se regulace na národní úrovni řídí následujícími normami. Zákonem č. 105/2011Sb., kterým dochází ke změně zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách pro získání a uznání způsobilosti k výkonu NLZP a k výkonu dalších činností, které souvisí s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Věstník MZ ČR č. 9/2004, o koncepci ošetrovatelství. Vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se stanovuje kreditní systém pro vydání potřebného osvědčení pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu nebo přímého vedení. Vyhláška č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborníků. Vyhláška č. 413/2006 Sb., která stanovuje seznam nemocí, vad či stavů, které vylučují způsobilost k práci zubního lékaře, lékaře, farmaceuta a dalších zdravotnických pracovníků. Určuje také obsah, četnost a druhy lékařských prohlídek. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., které stanovuje obory specializačního vzdělání. Vyhláška č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky, které musí splňovat studijní programy pro získání způsobilosti pro výkon povolání nelékařského zdravotnického pracovníka. Centrální registrace porodních asistentek a všeobecných sester, která je prováděna prostřednictvím České asociace sester již od roku 2001. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve správě a veřejných službách.*“ (Kutnohorská, 2010)

6.2. Etický kodex

Etický kodex stanovuje pravidla vyjadřující, jaká morální pravidla a hodnoty by měly sestry s ostatními NLZP uznávat a řídit se jimi při své práci. Představuje určitý standard chování a vystupování NLZP ve vztahu k pacientům, jejich rodinám a příbuzným. Stejně tak platí pro chování ve vztahu s komunitou, či veřejností. (Ivanová, 2006)

6.2.1. Etický kodex mezinárodní rady sester

V roce 1973 byl speciálně pro obor všeobecná sestra přijat etický kodex mezinárodní radou sester. Tento kodex představoval předlohu i pro kodexy českých sester. (Bártlová, a kol., 2011) V České republice platí dnes etický kodex, který vychází ze schváleného kodexu ICN. V naší republice byl schválen Českou asociací sester a Etickou komisí. Je možné ho najít ve Věstníku MZ částka 7/2004. Sestry mají ve vztahu k pacientům, mimo jiné, čtyři hlavní úkoly. Patří sem péče o zdraví, prevence zdraví a předcházení nemocem, navrácení zdraví a v neposlední řadě zmírnění utrpení pacienta. Sestra musí při své práci respektovat lidská práva, zejména právo na život, soukromí a důstojnost. Ošetřovatelská péče musí být bez rozdílu poskytnuta každému člověku, který ji potřebuje. Kvalita ani dostupnost péče by neměla být ovlivněna věkem, pohlavím, národností, barvou kůže, mírou vzdělání, společenským postavením nebo společenským přesvědčením. Ošetřovatelská péče je určena pro jednotlivce, rodiny i pro komunity. Důležitá je mezioborová spolupráce s jinými obory, jako například s obory v sociální oblasti. Etický kodex byl důležitý pro vytvoření kompetencí sester, které jsou budovány na podkladě zachování lidských práv a úctě k člověku a jeho životu. (Bártlová, a kol., 2011)

6.2.2. Části kodexu

Etický kodex má čtyři základní části. Každá z jeho částí se věnuje jiné specifické oblasti.

První část popisuje vztah sestry a občana. Sestra poskytuje ošetřovatelskou péči, při které respektuje práva pacientů. Dodržuje mlčenlivost, je diskrétní a uznává morální hodnoty. Měla by na své okolí působit preventivně ve všech oblastech týkajících se zdraví, zapojovat se do preventivních programů pro občany a rizikové skupiny. Také by se měla snažit ovlivňovat veřejnost ke zlepšení životního prostředí a snažit se zabránit jeho dalšímu ničení.

Druhá část zahrnuje sestry a poskytování ošetřovatelské péče. Sestra je zodpovědná za poskytování péče na co možná nejlepší úrovni. Formou celoživotního vzdělávání si musí stále doplňovat své vzdělání a je povinna pečovat o sebe tak, aby byla v celkové psychické a fyzické pohodě a mohla poskytovat ošetřovatelskou péči nemocným. Sestra jedná pouze v rámci slušného chování. Reprezentuje tak svoji profesi a dodává jí image. Při poskytování ošetřovatelské péče, která je založená na nových poznatcích formou nových technik, dbá na to, aby nebyla porušena některá lidská práva. (Ivanová, 2006)

Třetí část se týká vztahu sestry a její profese. Sestra zajišťuje zavádění nových poznatků v ošetřovatelství do praxe a podílí se na výzkumu. Při utváření norem a jejich zavádění do praxe se stala významným článkem tohoto procesu. Podporuje spravedlivé zachování

pracovních sociálních a ekonomických podmínek v oblasti ošetrovatelství, ať již samostatně, nebo ve spolupráci s příslušnou organizací.

Čtvrtá část zahrnuje vztah sestry a ostatních pracovníků. Sestra denně spolupracuje při výkonu své profese s různými specialisty, kteří nejsou pouze z oboru ošetrovatelství. V páté části se jedná o vztah sestry a společnosti. Sestra by měla působit na své okolí informativně ohledně prevence a životního stylu a měla by jít příkladem. Její povinností je zakročít, pokud někdo ohrožuje péči o pacienta a nemusí se jednat pouze o NLZP. (Ivanová, 2006)

6.2.3. Postup podle lege artis

Zájem na kvalitně prováděné zdravotní péči má jak pacient a poskytovatel péče, ale i celá společnost. Z tohoto důvodu jsou stanoveny postupy, které kvalitu péče zaručují a nazývají se postupem lege artis, tedy podle zákona. Tento zákon vychází ze základních předpisů, které upravují poskytování zdravotní péče, ale spadají sem však i předpisy nižší právní síly, jako například interní předpisy konkrétních zdravotnických zařízení a ošetrovatelské standardy. *„V širším slova smyslu pojem lege artis značí poskytnutí péče v souladu s odbornými pravidly, nebo také v souladu s dostupnými poznatky z lékařství. Pokud chceme provést výkon lege artis, je důležité, aby byl postup proveden na základě správné indikace, s přihlédnutím ke všem okolnostem, proveden u pacientů, kteří jsou o daném výkonu poučeni a souhlasí s ním. Postup by nebyl lege artis, pokud by ke všem výkonům nebyla vedena řádná dokumentace.“* (Vondráček, Wirthová, 2009) Veškeré činnosti prováděné u pacienta musí být zaznamenány v jeho dokumentaci.

Postupem non lege artis se označuje postup, při kterém došlo k poškození pacienta, především nedbalostí personálu. Spadají sem také případy, kdy nebyl pacient řádně poučen a informován o provedeném výkonu, nebo pokud s ním nesouhlasil. V tomto případě je výkon označován za špatný, i když může být dobrý výsledek. (Vondráček, Wirthová, 2009)

7. VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Na počátku 90. let 20. století došlo k dalším změnám ve vzdělávání pracovníků v ošetrovatelské péči. V roce 1996 byly při lékařských fakultách otevřeny vyšší zdravotnické školy, jejichž absolventi získávali kvalifikaci Diplomovaný Specialista (DiS). Současně existovaly ošetrovatelské programy na lékařských fakultách. Studium bylo zakončeno bakalářskou zkouškou a udělením vysokoškolského titulu bakalář (Bc). Vyšší zdravotnické školy postupně vznikaly i při středních školách a jako školy soukromé. V polovině prvního desetiletí 21. století byly obory Diplomovaná dětská sestra a Diplomovaná sestra intenzivní péče a nahrazeny oborem Diplomovaná všeobecná sestra, který byl akreditován na Vyšších odborných školách nebo na lékařských fakultách.

Významným posunem v oblasti vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví se stal rok 2004. V tomto roce byl vydán Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání č. 561/2004 Sb. (<http://sbirka.aspi.cz>) Tento školský zákon stanovil pravidla pro všechny typy a stupně škol a kompetence, které jejich absolventi získají. Na základě tohoto zákona došlo i k změnám došlo na středních zdravotních školách. Od školního roku 2004/05 byl místo oboru Všeobecná sestra otevřen obor Asistent zdravotní sestry. Od školního roku 2005/06 začala výuka na zdravotnických lyceích, jejichž úkolem je příprava žáků ke studiu na vyšších odborných a vysokých školách.

7.1. Specializační vzdělávání sester v České republice po roce 1993

Zásadním mezníkem ve struktuře vzdělávacího i zdravotního systému u nás byl rok 1993. Tím, že se rozdělilo Československo na dva samostatné státy – Česká republika a Slovenská republika, došlo ke změně Ústavy včetně zákonů a dalších vyhlášek upravujících jednotlivé vzdělávací programy.

Začátkem 90. let 20. století byl pilotně vypracován v IDVPZ v Brně modulový systém výuky pro studium ARIP ve spolupráci s holandskými odborníky, který byl určen pro sestry pracující na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, jednotkách intenzivní péče jednotlivých oborů a záchranné služby. Tento systém dal později základ pro výuku specializačního vzdělávání všech ostatních oborů a je používán dodnes. Ve druhé polovině 90. let 20. století se významně na výuce začaly podílet i sestry. Kromě postgraduálního studia, bylo sestrám umožněno získat specializační vzdělání v navazujícím magisterském studiu Intenzivní péče poprvé na 1. LF UK v roce 2007, ale pouze v prezenční formě. Kombinovanou formu magisterského studia otevřela poprvé LF Ostravské Univerzity v Ostravě a v roce 2014 také 1. LF UK v Praze a Masarykova Univerzita v Brně.

Kombinovaná forma studia, vzhledem k požadavkům klinické praxe, se ukazuje jako optimální. Od absolventů navazujícího magisterského studia Intenzivní péče se kromě hlubokých znalostí a pochopení intenzivní medicíny a s tím související farmakologie, patofyziologie a klinických souvislostí očekává, že budou vykonávat také kontrolní a koordinační činnosti, které patří k povinnostem vedoucích pracovníků. U absolventů se proto také předpokládá, že si osvojili schopnost pracovat v týmu, psychologicky jej podporovat a řídit.

V roce 2003 se IDVZP mění na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). To se stává flexibilním centrem, které zajišťuje odbornou úroveň v široké oblasti poskytování zdravotní péče. Z hlediska organizace struktury NCO NZO se k pedagogickému a hospodářsko-ekonomickému úseku nově zřizuje úsek regulace nelékařských povolání a výzkumu. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) úzce spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) a řeší společně aktuální problémy, ve zdravotnictví, které se týkají především nelékařských zdravotnických povolání. Vzhledem k tomu je nutné sjednotit řád a nastavit regulaci struktury zdravotnických povolání. Z tohoto důvodu dochází k tomu, že 1. 5. 2004 vzniká Registr nelékařských zdravotnických pracovníků. (<https://www.nconzo.cz>)

7.2. Magisterské navazující studium Ošetrovatelství – specializace ve zdravotnictví

V současné době je umožněno nelékařským zdravotnickým pracovníkům získat specializaci ve vybraných oborech na vysokých školách v magisterském navazujícím studiu. Tuto možnost poskytuje osm fakult různých Univerzit. Standardní doba studia uvedeného studijního oboru je 2 roky. Úspěšným složením státní zkoušky, jejíž součástí je obhajoba diplomové práce, získává absolvent titul "magistr" - ve zkratce Mgr., uváděné před jménem.

Kde studovat specializaci ve zdravotnictví

Univerzita Karlova

V akademickém roce 2019/2020 i 2020/2021 je možné studovat specializaci Intenzivní péče pouze na 3. lékařské fakultě, která otevřela toto magisterské studium poprvé v roce 2019. Studium probíhá pouze v prezenční formě. Podmínkou přijetí je ukončené VŠ vzdělání v akreditovaném bakalářském studijním programu Ošetrovatelství, studijním oboru Všeobecná sestra nebo bakalářském studijním programu Všeobecné ošetrovatelství a prokázání odborné způsobilosti všeobecné sestry ve smyslu ustanovení §5 odst. 1 písm. a) zákona č. 96/2004 Sb. Dále je podmínkou úspěšné vykonání dvoukolové přijímací zkoušky. V prvním kole probíhá písemný test z anatomie, fyziologie, patofyziologie, ošetrovatelství a základů intenzivní péče. Druhé kolo zahrnuje ústní pohovor. Ostatní fakulty Univerzity Karlovy naopak Studijní program Intenzivní péče ukončily.

Masarykova Univerzita v Brně na lékařské fakultě nabízí studium Intenzivní péče v prezenční i kombinované formě. Uchazeči o studium musí vykonat úspěšně zkoušku formou písemného testu, který má ukázat znalosti studentů získané v bakalářském studiu.

Ostravská Univerzita umožňuje studium Intenzivní péče v kombinované formě na lékařské fakultě a požaduje úspěšně absolvovat odborný písemný test a ústní pohovor. Kromě Intenzivní péče nabízí fakulta studium Ošetrovatelská péče v geriatрии a Ošetrovatelská péče v pediatrii. Na Fakultě sociálních studií je možné vystudovat obor Zdravotně-sociální péče a rehabilitace.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd připravuje studenty k užší specializaci v programu Intenzivní péče v porodní asistenci, a to jak v prezenční formě, tak i kombinované.

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích nabízí v prezenční i kombinované formě studium Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - pediatrie, chirurgie, interna.

Na **Západočeské Univerzitě** v Plzni na Fakultě zdravotnických studií je možné vystudovat Ošetřovatelskou péči v chirurgických a interních oborech v obou formách studia.

Univerzita J. E. Purkyně na Fakultě zdravotnických studií nabízí obě formy studia v programu Organizace a rozvoj zdravotnických zařízení. (<https://vysokeskoly.cz>)

7.3. Postkvalifikační možnosti studia

Po absolvování vysoké školy mohou sestry pokračovat ve studiu specializačním vzděláváním nebo navštěvovat certifikované kurzy. Zde má sestra šanci získat specializaci v určitém akreditovaném studijním programu, či projít přípravou ve specializovaném akreditovaném kurzu. Tyto kurzy stanovují příslušné legislativní předpisy pro způsob dalšího vzdělání zdravotnického personálu. (Farkašová a kol., 2006)

7.4. Povinné celoživotní vzdělávání

Povinné celoživotní vzdělávání je důležitou součástí sesterské profese, bez kterého by nemohla být poskytována péče na nejvyšší možné úrovni. Celoživotní vzdělávání seznamuje sestry s novinkami ve zdravotnictví. Rozšiřováním vzdělání je možné snížit výskyt pracovních pochybení a rizik spojených s poskytováním ošetřovatelské péče. (Kapounová, 2007)

V současné době je za celoživotní vzdělávání zodpovědný zaměstnavatel, který musí nastavit systém vzdělávání, umožnit zaměstnanci vzdělávání absolvovat v rámci pracovní doby. S tím jsou spojené i náklady na vzdělávání. Pokud toto zaměstnanec neakceptuje, je na každém zaměstnavateli, jaké sankce vůči personálu nastaví.

8. KOMPETENCE

8.1. Charakteristika pojmu kompetence

Kompetence znamená v obecném pojetí způsobilost nebo oprávnění. Předpokládá se úspěšný výkon nějaké činnosti, práce nebo funkce. Kompetence je chápána jako schopnost výkonu určité činnosti a k této mít náležité vzdělání, kvalifikaci nebo předpoklad. V našem případě jde o kompetence odborné (z hlediska personalistického) či kompetence jako svěřené pravomoci (z hlediska právního). Jinak můžou chápat kompetence odborníci a jinak laici. Pro odborníky představují kompetence jistý soubor znalostí, zkušeností, dovedností, postupů, metod, které využívají při své práci a jsou pro ně závazné, z hlediska práva. Veřejnost laická si kompetence nejčastěji spojuje s mocí a vlivem, které bývají často připisovány významné autoritě. Kompetence vyjadřují určitá kritéria, podle kterých se posuzuje schopnost daného člověka vykonávat dobře svoji činnost. (Koutná, 2010)

„Kompetence v ošetrovatelství, které jsou formulovány jako souhrn vědomostí a dovedností, mohou být chápány dvojím způsobem. Jedná se o způsob chápání ve smyslu materiálním nebo ve smyslu formálním. Kompetence ve smyslu materiálním nám umožňuje vykonávat kvalifikovaně určitou činnost na základě našich skutečných znalostí a dovedností. Kompetence ve smyslu formálním znamenají pravomoc či oprávnění určitou činnost vykonávat v souladu s platnou legislativou. To znamená, že je nutné odlišit kompetence dané skutečnými znalostmi a dovednostmi a činnosti (kompetence) regulované profesí, které jsou stanovené právní úpravou“ (Prošková, 2010)

8.1.1. Účel stanovení kompetencí

Hlavním účelem stanovení kompetencí je závazné určení obsahu určité profese, které je podkladem pro tvorbu vzdělávacích programů. Často tomu bývá naopak, protože kompetence nejsou nikde výslovně stanoveny. Za důvod je považováno zpracování vzdělávacích programů na základě názorů odborníků na potřebný obsah profese. Stanovení kompetencí je důležité i pro kvalitní a bezpečné poskytování ošetrovatelské péče, kdy není možné se řídit jen právními předpisy státu, ale je nutné kontinuálně posuzovat a ověřovat skutečné znalosti a dovednosti konkrétního pracovníka a podle nich stanovovat pracovní náplň práce. (Prošková, 2010)

8.1.2. Stanovení kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků

Ošetrovatelství prošlo během 20. století výraznou proměnou. V pojetí ošetrovatelství došlo k radikálním změnám jak v obsahu pracovní náplně sester, tak v jejich společenském postavení. Sesterská úloha se změnila v samostatnou profesi s přesně definovanými kompetencemi přes pomocnici a asistentku lékaře. K plnění svých úkolů postupně potřebovala a stále potřebuje všeobecná sestra mnohem více odborných znalostí a kompetencí. To je samozřejmě spojeno s vyššími nároky na její vzdělání. Od sestry se očekává schopnost přizpůsobení a reagování na změny ve vývoji léčby.

8.1.3. Důvody vytvoření kompetencí

Nutností vytvořit kompetence pro všeobecné sestry bylo otevření celosvětového trhu práce a volný pohyb pracovních sil všech profesí po celém světě, tedy i zdravotníků. Kompetence přesně definují oprávnění k činnostem sestry po ukončení určitého stupně vzdělání a následného nástupu do praxe. Se vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutné vypracovat právní předpisy, které by upravily kompetence všeobecných sester. Účelem bylo především nastavení a sjednocení vzdělávacích systémů, vymezení profesních kompetencí, specifikace jednotlivých profesí, formulace etických standardů a standardů způsobilosti k dané profesi. Povolání všeobecných sester zásadně ovlivnily nové legislativní normy. V současnosti je zcela běžné a nezbytné systematické sebevzdělávání a rozšiřování kvalifikace každé sestry. Dále bylo nutné vytvořit systém vzdělávání, způsobilosti k výkonu specificky regulovaných zdravotnických povolání a byla nutnost a potřeba vzájemného uznávání kvalifikací v zemích Evropské unie. Podle doporučení a požadavků týmu evropských poradců byla vypracována legislativní norma, která upravuje právní formu, která se zabývá studijními programy, kompetencemi jednotlivých profesí, celoživotním vzděláváním, kritérii pro získávání odborné způsobilosti a požadavky pro určitou kvalifikaci pro výkon povolání nelékařského zdravotnického pracovníka. (Forbes, Runciman, 2003)

8.1.4. Historický vývoj kompetencí – legislativa od roku 1950

První zákon o zdravotnických povoláních, který se podařilo vyhledat, je z roku 1950. Zákon je velmi krátký, všeobecný a ideově zaměřený. Sestra měla kompetence v rozsahu, ve kterém studovala a měla odbornou výuku, ale směla je vykonávat pouze na základě indikace lékaře a většinou i pod jeho vedením. Odborníky byla její kompetence vnímána jako návštěvní služba, provedení jednoduchých ošetrovateľských úkonů a minimálních výkonů. Na druhou stranu byla sestra v terénních službách vnímána jako vysoce erudovaný pracovník, který si musel umět poradit v dané situaci a provést i neodkladný zákrok nebo výkon.

Dalším zákonem je 77/1951, kde je již rozdělení zdravotních sester do jednotlivých odborných kategorií. Je již definována bezúhonnost a další předpoklady, které výkon povolání omezovaly. Pracovní místa byla přidělována na základě rozdělovníku a požadavků terénu. Jednotlivé kompetence nejsou vymezeny, nicméně zákon specifikuje nepodkročitelné parametry, kdy převaha její práce je v edukační oblasti, dispenzarizaci jednotlivých skupin obyvatelstva a provázení od narození přes dospělost až vedení stárnutí obyvatel a s tím vyplývající potřeby jednotlivých skupin.

Zákon 20/1966 O péči o zdraví lidu, specifikuje povinnosti zaměstnavatelů a občanů v péči o zdraví, jejich povinnost a výchovu ke zdraví, na které se podílí nejen rodina, ale všechny složky státu. Již je specifikována rehabilitační péče, lázeňství, vše je dostupné zdarma a v celém spektru. V zákoně je specifikováno právo pacienta na všechny informace týkající se jeho zdravotního stavu a navrhované léčby. Je zde již i pomýšleno na péči bez souhlasu nemocného, a to zejména ve prospěch společnosti. Zákon specifikuje povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, kdy je i nadále zmiňována povinnost zdravotníků plnit je dle

svého vzdělání, podílet se na edukační činnosti, vzdělávat se. Je i nadále kladen důraz na preventivní programy pro populaci. Kompetence ještě stále tento zákon podstatně neformuluje. Jsou i nadále dané spektrem a charakterem dosaženého studiem.

Zákon 44/1966 upravuje už i pomaturitní specializační studium u středních zdravotnických pracovníků. Je zde první informace o specializaci pro instrumentářky na operačních sálech a pro pracovníky v sociální službě. Již je specifikována nástupní praxe na pracovišti, kam střední zdravotnický pracovník nastupuje. Je dána na šest až dvanáct měsíců a hodnotí jí vedoucí pracoviště. Pro specializační vzdělávání si zaměstnanec typuje zaměstnavatel – ředitel a ten také zodpovídá za jejich odbornou přípravu. Trvá zpravidla tři roky a je zakončeno závěrečnou odbornou zkouškou před odbornou komisí, kterou určuje Ministerstvo zdravotnictví. Tento zákon již rozlišuje i vzdělávání nižších nebo ostatních pracovníků ve zdravotnictví.

Zákon 72/1971 o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Střední zdravotnický pracovník získává svou kvalifikaci na střední zdravotnické škole, a je zakončena maturitní zkouškou. Dále je zde uvedena nástupní praxe ve stejném rozsahu, jako byla již uvedena v předchozím zákoně. Specializační vzdělávání je umožněno až po tříleté praxi v daném oboru. Šíře spektra je velice bohatá a vyjmenuji jen malou část z nich (Zdravotní sestra ošetrovatelská péče, instrumentování na operačním sále, psychiatrická péče, anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie, sociální služba, zdravotní výchova obyvatelstva, nukleární medicína a péče o chrup). Studium trvalo zpravidla dva roky a bylo zakončeno odbornou zkouškou před zkušební komisí Ústavu. Kompetence vycházejí ze specializačního vzdělávání a nejsou konkretizovány.

Vyhláška 77/1981 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví umožňuje získání kvalifikace na vojenských zdravotnických školách. Specializační vzdělávání je ve shodě s předešlým zákonem 72/1971. Také zde nejsou kompetence přesně vyjmenovány. Vychází pouze z dosaženého vzdělání jednotlivých pracovníků.

Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která jako první rozděluje poskytování péče na bio-psycho-sociální potřeby nemocných. Zavádí ošetrovatelský proces, získává podrobné informace o pacientech a plánuje jeho následnou ošetrovatelskou péči. Už přesně specifikuje jednotlivé odborné kompetence dle dosaženého vzdělání.

8.2. Legislativní normy, platné v současné době, pro výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků

„U zákona číslo 96/2004 Sb. bylo nutné zajistit novelizaci. Hovoří se o takzvané malé a velké novelizaci. Dne 22. 4. 2011 vstoupil v platnost a nabyl účinnosti zákon číslo 105/2011 Sb., kterým se mění zákon číslo 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání nelékařských zdravotnických pracovníků a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon je označován jako malá novela. Cílem bylo zvýšení kompetencí NLZP, zajištění stability jejich profesí ve zdravotnictví, zjednodušení administrativní náročnosti, například při podávání žádosti o prodloužení registrace. Záměrem bylo také snížení poplatků při podání žádosti o

vydání osvědčení k výkonu povolání nebo jeho prodloužení. Změny se týkají zejména výkonu zdravotnického povolání, dále pak registrace a celoživotního vzdělávání. Došlo ke změně podmínek pro výkon povolání sanitáře, zdravotnického asistenta a zdravotnického záchranáře. Platnost registrace byla prodloužena na období deseti let. Došlo také k upřesnění norem, týkajících se celoživotního vzdělávání.“ (Šmídová, 2011)

„Při přípravě velké novely se nejdříve počítalo s tím, že bude stačit pouze novelizace dosavadního zákona. V průběhu novelizace se však ukázalo, že změny budou tak rozsáhlé, že bude lepší vytvořit zákon nový. Ve velké novele se připravují změny, týkající se změn podmínek odborného dohledu, úpravy podmínek pro výkon povolání NLZP, přehodnocení podmínek pro kvalifikační i specializační vzdělávání. Novelizace v registraci a stanovení určitého počtu nelékařských povolání. Tento zákon se však ještě připravuje. V platnost by měl vejít během roku 2014.“ (Škubová, 2012)

Činnost zdravotnických pracovníků je dána vyhláškou č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Specializační způsobilost je náplní nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností. Specializační vzdělávání lze získat pouze v akreditovaných zařízeních. Nové vzdělávací programy nabízejí rozšíření znalostí například v oblastech intenzivní péče, perioperační péče, ošetrovatelské a intenzivní péče v chirurgických a interních oborech. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., online)

Celoživotním vzděláváním se zabývá vyhláška č. 4/2010, která stanovuje kreditní systém pro možnost vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání, bez odborného dohledu, ve znění vyhlášky č. 321/2008. Kreditní systém zajišťuje celoživotní vzdělávání sester. To, aby studijní a vzdělávací programy splňovaly potřebné normy, zajišťuje vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou jsou stanovené minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.

Standardy pro vzdělávací programy všeobecných sester a porodních asistentek jsou podrobně zpracovány ve Věstníku č. 6/2008 pro všeobecné sestry a pro porodní asistentky jsou sepsány ve Věstníku č. 3/2009. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., online)

Dále je tu vyhláška č. 413/2006 Sb., kterou je stanoven seznam nemocí nebo stavů, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání farmaceuta, zubního lékaře, zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Stanovuje podmínky pro lékařské prohlídky, jako je druh a četnost prohlídek, sloužících k určení způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Zdravotnická zařízení jsou povinna mít určitý minimální počet zaměstnanců. Tato podmínka je uvedena ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., online)

Pro všechny NLZP je na národní úrovni závazný Etický kodex, který se nachází ve Věstníku MZ částka 7/2004. V poslední době proběhlo mnoho novelizací daných dokumentů až do nynější podoby. Z toho je zřejmé, že ošetrovatelství je velmi dynamický obor, neustále se stále vyvíjející.

8.3.Kompetence sester se specializovanou způsobilostí a sester se zaměřením na intenzivní péči

V této kapitole bych se ráda podrobněji zaměřila a rozebrala sesterské kompetence. Chtěla bych zmínit, jaké jsou kompetence všeobecných sester, které mají specializovanou způsobilost a dále také sester, specializovaných přímo na intenzivní péči.

8.3.1. Kompetence všeobecných sester se specializovanou způsobilostí

Tyto kompetence lze najít ve čtvrté části vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 54. Paragraf se vztahuje ke všem oborům, uvedených v § 55 až § 67, pokud sestry získají specializovanou způsobilost pro výkon činností, uvedených v § 4. Specializované sestry pak poskytují a organizují ošetrovatelskou péči, mimo jiné i vysoce specializovanou péči v oboru specializace. Zejména mohou vykonávat následující činnosti, které budou rozděleny podle toho, zda je u nich potřeba indikace nebo odborný dohled lékaře.

„Bez indikace a odborného dohledu jsou sestry kompetentní k tomu, aby edukovaly a informovaly klienty, a případně i jejich rodinné příslušníky, o specializovaných ošetrovatelských výkonech. Mohou také vytvářet informační materiály ohledně daných výkonů. Dále mohou sledovat a hodnotit stav pacienta, předcházet komplikacím a zhoršení stavu a napomáhat při řešení případných problémů. V rámci své specializace jsou kompetentní ke koordinaci práce členů týmu. Mohou hodnotit kvalitu, s jakou je ošetrovatelská péče poskytována, vykonávat ošetrovatelský výzkum a podílet se na tom, aby byly výsledky využité v praxi. Mohou vytvářet specializované standardy, v rozsahu své kvalifikace nebo se podílet na vzdělávací činnosti, v rámci své specializace.

Další oblastí jsou činnosti, které smí sestra vykonávat na základě indikace lékaře. Sem patří například úkony, spojené s přípravou pacienta na specializovanou léčebnou a diagnostickou vyšetření. Během nich je sestra oprávněna asistovat lékaři. Poté vykonává potřebnou monitoraci stavu a potřebnou péči o klienty po vyšetřeních. Je také oprávněna edukovat klienty, i jejich rodinné příslušníky, o specializovaných léčebných a diagnostických postupech.“ (Vyhláška č. 55/2011, online)

8.3.2. Kompetence všeobecných sester pro intenzivní péči

Tyto kompetence vycházejí z § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb., a vztahují se k sestřím pro intenzivní péči v rámci intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Sestry, vykonávají příslušné činnosti podle § 54 při poskytování péče u klientů starších deseti let, u kterých hrozí selhání základních životních funkcí, nebo k takovému selhání již došlo.

„Sestra je oprávněna provádět níže uvedené úkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Patří sem sledování stavu a analýza údajů o zdravotním stavu pacienta, sledování a zaznamenání základních životních funkcí, hodnocení celkového stavu pacienta, sledování výsledků elektrokardiogramu.

Sestra je kompetentní zahájit a provést kardiopulmonální resuscitaci, spolu se zajištěním dýchacích cest, s využitím veškerého potřebného a dostupného technického vybavení. Rovněž je oprávněna použít elektrický výboj k defibrilaci srdce, po kontrole

srdeční činnosti. Může také pečovat o dýchací cesty klientů, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci, což zahrnuje i odsávání z dolních cest dýchacích. U klientů, se zajištěnými dýchacími cestami, je kompetentní provádět tracheobronchiální laváže. Sestra je také oprávněna zajistit technický chod oddělení, ve smyslu funkčnosti lékařských přístrojů. Sestra je povinna pravidelně kontrolovat funkčnost přístrojů (defibrilátor, laryngoskop) a zajišťovat dostatek ošetrovatelského materiálu a léků na pracovišti. Případné poruchy přístrojů je povinna hlásit, aby byla zajištěna náhrada či oprava. Samozřejmostí je schopnost umět číst a hodnotit záznamy, které poskytují přístroje, zajišťující péči o klienta.“ (Vyhláška č. 55/2011, online)

Na základě indikace lékaře, bez odborného dohledu, je sestra oprávněna používat specializovanou přístrojovou techniku i invazivní metody při měření a analýze fyziologických funkcí u pacientů. Může zavádět žaludeční sondy, jak gastrické, tak duodenální, u pacientů, kteří jsou v bezvědomí, smí zavádět močový katétr mužům. U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami je kompetentní provést výplach žaludku. Pokud je pacient postižen akutním nebo chronickým selháním ledvin, může uplatnit dostupné prostředky pro dosažení vyčištění jeho krve. Pečuje o dlouhodobou umělou plicní ventilaci, která může být aplikována pacientům i v domácím prostředí. Zde je nutné zajistit poučení pacienta a jeho rodiny o zacházení s přístrojem. Podílí se také na léčbě bolesti. Má na starost přípravu, průběh a ukončení kroků, které jsou k léčbě bolesti potřebné. Provádí přípravu na anestezii, je přítomna během jejího průběhu, asistuje lékaři při všech výkonech, a po jejím ukončení dohlíží na pacienta. Je oprávněna provádět invazivní výkony jako odběry krve, i kanylaci k invazivnímu měření tlaku krve, kromě arterie femorális.

Pod odborným dohledem lékaře může podávat transfuzní přípravky, extubovat tracheální kanylu, či vykonávat externí kardiostimulaci.

„V rámci přednemocniční neodkladné péče nebo letecké záchranné služby poskytují sestry specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17. Ten se vztahuje ke kompetencím zdravotnického záchranáře.“ (Vondráček, 2006)

V zaměstnání není tolik podstatné, jaké má sestra dosažené vzdělání, a z něj vyplývající kompetence, ale zda je určité kompetence způsobilá provádět. Rozhodující je i pracovní náplň v pracovní smlouvě. Tedy, na jakou pozici je sestra do zaměstnání přijata. Někdy se totiž stává, že například sestra s magisterským vzděláním, je přijata na pozici sestry bakalářky. S pracovní náplní v pracovní smlouvě se musí plně seznámit a dodržovat její obsah. (Vondráček, 2006)

9. POUŽITÉ METODY

Cíl práce

Cílem diplomové práce, která je teoreticko – historická, je zmapovat vznik a postupný vývoj anesteziologické sestry.

Hlavním cílem práce je však zmapovat a informovat o vývoji anesteziologické sestry, jejího vzdělávání a jejích kompetencí od první anesteziologické sestry až po současnou dobu. V rámci České republiky je sjednocené specializační vzdělávání a je závazné pro všechny vzdělavatele. Jelikož pracuji v ÚVN, kde vzniklo první anesteziologické oddělení, dala jsem si jako další cíl zmapovat vývoj tohoto oddělení a jeho vliv na vzdělávání a vývoj kompetencí anesteziologických sester.

Výzkumné otázky

V rámci své práce jsem si stanovila 12 výzkumných otázek. Některé otázky jsem zodpověděla při hledání v historických pramenech a dokumentech. Na ostatní otázky mi pomohli odpovědět pamětníci a jejich odpovědi jsem shrnula do jednotné odpovědi.

Jak se vyvíjelo vzdělání v anesteziologické péči v Československé a následně v České republice v časovém horizontu od roku 1950 po současnost?

Jak se vyvíjela anesteziologická ošetrovatelská péče a požadavky na vzdělávání anesteziologických sester?

Rešerše

Před začátkem psaní své diplomové práce jsem si nechala zpracovat rešerši v Národní lékařské knihovně. Výsledkem bylo vyhledání odborných periodik, knižních publikací a Internetových zdrojů. Z těchto zdrojů jsem čerpala a uplatnila je při psaní své diplomové práce.

Metodika výzkumu

Použité metody a techniky sběru dat

Práce je teoreticko – empirická. Byla použita metoda kvalitativního výzkumu, studiem dokumentů, analýzou primárních pramenů archivních zdrojů MZ, NLK, ÚVN, legislativy, dobových periodik, odborných knih a článků. Také byly vedeny rozhovory s pamětníci počátků anesteziologie jako samostatného oboru.

10. ROZHOVORY S ANESTEZIOLOGICKÝMI SESTRAMI

10.1. Charakteristika vzorku pamětníků a současných sester

V této kapitole jsou uvedeny výsledky rozhovorů s třemi anesteziologickými sestrami, které započaly svou profesní dráhu zdravotní sestry před více jak šedesáti lety a na anesteziologickém oddělení strávily většinu svého profesního života. Mnoho let jsem měla čest s nimi spolupracovat. Sestrám – pamětnicím bylo v průběhu volného rozhovoru, který byl veden metodou sněhové koule, položeno dvanáct otázek. Další tři rozhovory proběhly se sestrami současnými, kterým byly otázky položeny na jejich dosavadní praxi a zkušenosti.

10.2. Otázky

Co Vás vedlo k rozhodnutí stát se zdravotní sestrou?

V kterém roce jste začala studovat na zdravotní škole a čím bylo podmíněno přijetí ke studiu?

Mohla jste si po absolvování školy vybrat nemocnici a oddělení, kde jste chtěla pracovat?

Na kterém oddělení jste začala pracovat?

Kdy a proč jste nastoupila na anesteziologické oddělení?

Co bylo náplní Vaší práce?

V kterém roce jste ukončila specializační studium?

Bylo pro Vás specializační studium přínosem?

Jak byste porovнала možnost vzdělávání z Vaší éry se současnými možnostmi?

Domníváte se, že by anesteziologická sestra měla mít větší rozsah kompetencí?

Jaké kompetence?

Znala jste se s Alenou Stárkovou? Co byste o ní mohla říci?

10.3. Rozhovory

Sestra Marie V.

Sestra Marie se narodila v roce 1939 v rodině podnikatele. Toužila se stát úřednicí, proto chtěla studovat na obchodní škole. Protože se však psal rok 1953, pro špatný kádrový posudek jí jiná střední škola, než zdravotní nepřijala. Obřečela to. Během praktického výcviku zjistila, že jí tato práce baví a že to je to, co chce v životě dělat.

Na střední zdravotní školu se sestra Marie hlásila v roce 1953 do Hradce Králové, kam jí přijali bez přijímacích zkoušek pro dobrý prospěch na základní škole.

Maturitu složila v roce 1956, protože v té době byla délka studia tři roky. Dostávaly umístěnky. Chtěla pracovat na chirurgii. Na doporučení třídní profesorky mohla zůstat v nemocnici v Hradci Králové.

Začínala na oddělení traumatologie. Po roce praxe jí vybrali na operační sál dělat instrumentárku. Zde pracovala čtyři roky u profesora Procházky. V roce 1959 se vdala a v roce 1960 odešla za manželem do Prahy. V Praze nastoupila do Vinohradské nemocnice na oddělení hrudní chirurgie. Po velmi krátké době přešla na operační sály, V roce 1963 otěhotněla a celé těhotenství dále instrumentovala. Téměř do porodu.

Po mateřské dovolené, která trvala jeden rok, nastoupila v roce 1964 na anestézii, protože se tam v té době nesloužily noční směny. V noci to dělala sálová sestra. Za což je neměly rády. V té době uspávali chirurgové. Většinou v inhalační anestézii nebo Thiopentalem, ale nic jiného, protože neuměli zaintubovat. Teprve v roce 1966 bylo ve Vinohradské nemocnici zřízeno samostatné anesteziologické oddělení, které vedl MUDr. Dvořáček a od té doby i sloužily. MUDr. Dvořáček měl v “týmu“ k dispozici pouze jednu lékařku, která byla vyškolená v anestézii. Sestry byly pouze tři. Po odchodu vrchní sestry chtěl MUDr. Dvořáček jako vrchní sestru, sestru Marii. Vrchní sestrou byla až do roku 2007, kdy odešla do důchodu. Po srpnu 1968 MUDr. Dvořáček emigroval do Holandska a po něm nastoupil jako šéf MUDr. Počta. Do roku 1974 se počet sester a lékařů navýšil na pět. Tým byl vždy lékař a sestra.

Náplní práce byla především příprava pracoviště, zajištění provozu, asistence lékaři a doškolování nových sester. V té době mohly již také provádět intravenózní aplikaci.

V roce 1972 byla sestra Marie donucena hlavní sestrou jít studovat právě otevřené dvouleté pomaturitní specializační studium /ARIP/ v Brně. Ukončila ho v roce 1974.

ARIP byl pro ni velkým přínosem. Velmi si rozšířila vědomosti v oboru, poznala jiný provoz na jiném pracovišti. Poznala se sestrami z celé republiky, s kterými si vyměňovaly své zkušenosti z provozu.

Po dokončení střední zdravotnické školy, v té době, kdy maturovala, nebylo žádné další vzdělávání v oboru možné. První možné bylo až od roku 1972 – ARIP. Marii je líto, že během její dlouholeté praxe neměla možnost získat vyšší vzdělání. Pro ni ta možnost přišla pozdě.

Domnívá se, že dnešní sestry se specializací a dostatečnou praxí, by měly mít větší rozsah svých kompetencí. Např. samostatné vedení anestézie u jednoduchých výkonů.

Od roku 1975, kdy vznikla sesterská anesteziologická sekce při Odborné lékařské anesteziologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně, této sekci až do jejího rozpadu po roce 1989 předsedala. V té době se blíže seznámila s první anesteziologickou sestrou, Alenou Stárkovou. Byla to zkušená anesteziologická sestra, s velkou zodpovědností a byla perfektní ve své práci. Všechny náročné situace zvládala v pohodě a klidu. V sekci anesteziologických sester, po celou dobu její existence, dělala jednatelku. Několikrát spolu přednášely na odborných kongresech. Byla velmi vzdělaná, hovořila velmi dobře anglicky a její vystupování bylo velmi noblesní a kamarádké. Marie na ni má ty nejlepší vzpomínky. Když se ohlédne šedesát let zpět, je ráda, že řízením osudu vystudovala zdravotní školu a celý život mohla dělat práci, která jí bavila a uspokojovala. Kdyby se dnes měla znova rozhodovat o svém budoucím povolání, nevolila by jinak.

Sestra Eva M.

Sestra Eva se narodila v roce 1938 v dělnické rodině a povolání zdravotní sestry jí lákalo. Měla vždy pečovatelské sklony. Když byl v rodině někdo nemocný, ráda se o něj starala. Takže jít studovat zdravotní školu byla jediná a jasná volba.

Studovat na zdravotní škole začala v roce 1952 v Praze a byla přijata bez přijímacích zkoušek na základě dobrého prospěchu.

Maturitu složila po třech letech studia v roce 1955 a dostala umístěnku k obvodnímu lékaři v Praze na Smíchově. Nejprve byla zklamaná, ale později zjistila, že jí to vyhovuje. Mohla

zůstat bydlet doma, měla to blízko do práce a měla spoustu volného času pro sebe. Když se v roce 1962 vdala a o rok později porodila dceru Evu, byl pro ni jednosměnný provoz velkou výhodou. Doma dlouho nezůstala, malou Evičku dávala do jeslí a později do mateřské školky, protože bez práce nemohla být.

Později jí práce již neuspokojovala, potřebovala více peněz, dcera byla již téměř dospělá a chtěla konečně pracovat v nemocnici. Neměla představu, na jakém oddělení by se jí líbilo pracovat. V roce 1979 se ucházela o místo ve Vinohradské nemocnici, protože byla nejbližší jejímu tehdejšímu bydlišti. Volné místo bylo tehdy pouze na anestézii. V podstatě vůbec nevěděla, do čeho jde, trochu měla obavy, protože si práci na anestézii neuměla představit. Náplní práce bylo připravit si pracoviště před začátkem programu, naředit léky, připravit narkotizační mašinu, převzít pacienta, zajistit žílu, plnit pokyny lékaře a být mu k ruce. Po skončení programu uklidit a doplnit pracoviště. Ve službách se chodilo po celém areálu k akutním výkonům. V roce 1979, kdy nastoupila na anesteziologické oddělení, byl počet sester již deset.

V roce 1982 po ní chtěla vrchní sestra, aby zahájila pomaturitní specializační studium/ARIP/. Moc se jí nechtělo, ale nakonec byla ráda, že se nechala přemluvit. V Brně kromě učení byla i legrace, odpočinula si od běžných domácích starostí a poznala nové lidi. Specializaci ARIP ukončila v roce 1984. Více ambicí k dalšímu studiu neměla. Stačilo jí to. Kompetence jí vyhovovaly a neměnila by je.

Sestru Alenu Stárkovou neznala, nevěděla, kdo to je.

Práce jí bavila, ale měla v plánu odejít do důchodu, jakmile dosáhne důchodového věku. Manžel byl nemocný a chtěli si užívat chaloupku za Prahou. V jejich nejbližší rodině však došlo náhle k tragické události, a tak zůstala na anestézii ještě dalších deset let.

Sestra Jarka S.

Sestra Jarka se narodila v roce 1933 v úřednické rodině, v malém městečku kousek za Prahou. Maminka byla v domácnosti. Rozhodla se pro profesi zdravotní sestry po válce, kdy díky hrůzám války chtěla pomáhat a ošetřovat nemocné.

Na ošetřovatelskou školu se hlásila brzy po válce. Příjímací zkoušky tehdy neskládala – bylo málo uchazeček. V roce 1948 absolvovala ošetřovatelskou školu s maturitou, v Praze.

Protože byla vzornou studentkou a osvědčila se i prakticky, byla doporučena jako instruktorka do zdravotnické školy. Po několika letech zatoužila více se věnovat ošetřovatelství v praxi. Nastoupila na oddělení popálenin Vinohradské nemocnice v Legerově ulici, kde pracovala tři roky. V roce 1955 se vdávala a v roce 1957 se jí narodila dcera. Na popáleniny se vrátila až po deseti letech, kdy se plně věnovala dceři a manželovi. V té době, kdy pracovala na popáleninách, se setkala s prací anesteziologických sester, které docházely do Legerovy ulice z anesteziologického oddělení Vinohradské nemocnice. Práce anesteziologické sestry se jí moc zalíbila a přešla tedy v roce 1971 pracovat na anesteziologické oddělení Vinohradské nemocnice.

Má ráda pořádek, proto jí vyhovovalo, že si za svěřené pracoviště zodpovídá sama. Ráno chodila na operační sály před plánovaným operačním programem s předstihem, aby bylo vše perfektně připravené a na konci dne vždy dokonale uklidila a doplnila pracoviště. Byly jsme lékařům tzv. k ruce, mohli jsme se na sebe vzájemně spolehnout.

Pomaturitní specializační studium (ARIP) zahájila v roce 1976 v Brně a závěrečné zkoušky složila o dva roky později, v roce 1978. Specializační studium bylo fajn, jen kdyby se nemuselo jezdit na týden do Brna. Poznat se s jinými sestrami z jiných pracovišť bylo také ku prospěchu. Dozvěděla se, jak se dělá anestézie jinde.

O dalším vzdělávání nikdy neuvažovala. Měla rodinu a starala se o nemocnou maminku. Své znalosti a zkušenosti se snažila uplatnit ve spolupráci s vrchní sestrou v rámci odborných seminářů na klinice, účastnila se aktivně – formou přednášek na odborných akcích anesteziologické společnosti. Uplatňovala se také jako školitelka nově nastoupivších sester. Měla bohaté zkušenosti a praxi z mladších let, kdy učila na zdravotní škole. Jaké jsou dnešní možnosti, neví. Pamatuje si, že po revoluci některé kolegyně studovaly vysokou školu.

Kompetence sester by asi neměnila. Přílišnou zodpovědnost za pacienta by mnoho sester neuneslo.

Sestru Alenu Stárkovou znala pouze z odborných akcí anesteziologické společnosti, ale blíže ji neznala. Pamatuje si, že její přednášky i samotný přednes byly výborné.

Na anestézii pracovala jako anesteziologická sestra až do důchodového věku, ale nezůstala sedět doma, a ještě několik let, na přání vrchní sestry, zastávala práci hospodárky na této klinice.

Sestra Michaela P.

Sestře Michaela je 31 let, chtěla se věnovat psychologii, ale nevěděla, kam a co jít studovat. Nakonec se rozhodla studovat Střední zdravotnickou školu. Po maturitě, v roce 2007, nastoupila na bakalářské studium – Ošetrovatelství, které úspěšně ukončila v roce 2010. Nastoupila na standardní chirurgické odd., po roce praxe přešla na JIP chirurgické kliniky, protože jí zajímala intenzivní péče a měla zájem o specializační studium v oboru IP – ARIP. Během studia, kdy praktikovala na anesteziologickém odd., se rozhodla pro tuto práci a přestoupila na toto odd. ARIP ukončila v roce 2017. Specializačním studiem byla nadšená, protože si velmi rozšířila své vědomosti v IP.

Možnosti současného vzdělávání sester, především v IP, považuje za dostačující a vyhovující.

Na operačních sálech si musí připravit a zkontrolovat anesteziologický přístroj, pomůcky k ETI, naředit farmaka potřebná k vedení anestézie, zajistit žilní přístup a asistovat lékaři. Nedílnou součástí její práce je i psychická podpora pacienta.

Michaela se domnívá, že současné kompetence sester na anestézii jsou vyhovující, ale současně si myslí, že u malých a jednoduchých výkonů by mohla anestézii vést zkušená anesteziologická sestra samostatně.

V současnosti navštěvuje magisterské studium na pedagogické fakultě, Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Ráda předává své znalosti a vědomosti, a proto by ráda v budoucnu učila budoucí sestřičky.

Sestra Jitka V.

Sestra Jitka se narodila v roce 1995. Její maminka je zdravotní sestrou a Jitka po ní zdělala pečovatelské sklony. O jiné možnosti než se stát zdravotní sestrou, neuvažovala. Po maturitě

na Střední zdravotnické škole v roce 2014, pokračovala ve studiu na Vyšší zdravotnické škole, kterou absolvovala v roce 2016.

První rok po absolutoriu pracovala na JIP v místě svého bydliště, kde také absolvovala nástupní praxi. Intenzivní péči se chtěla věnovat i nadále a ve větším rozsahu. Nastoupila proto do fakultní nemocnice, na lůžkové odd. ARO. Zde jí bylo umožněno zahájit specializační studium ARIP, které ukončí v letošním roce. Na anestezii se dostala během povinné stáže a nyní jako záskok za gravidní kolegyni. Práce na operačních sálech jí přijde zajímavá a vzrušující. Někdy až moc.

Mezi její pracovní povinnosti patří příprava, úklid a doplnění pracoviště, komunikace s pacienty, asistovat lékařům při všech prováděných výkonech, zajištění správného nařazení a podání anestetik.

Specializační studium ARIP považuje za určitou prestiž, znamená to i postoupit do vyšší platové třídy a na ARO to považuje za nutnost.

Vzhledem ke krátkému působení na anestezii považuje Jitka své kompetence sestry za dostačující.

Sestra Martina D.

Sestra Martina se narodila před 40 lety. Na Střední zdravotnickou školu se hlásila, protože ji povolání zdravotní sestry zajímalo, ale také proto, že na zdravotnické škole se nematurovalo z matematiky, která jí moc nešla. Odmaturovala v roce 1999 a nastoupila na resuscitační oddělení, kde jí to bavilo, i když to byla náročná práce a byla tam super parta. Vydržela tam až do svatby v roce 2009. Otěhotněla a po mateřské dovolené již nemohla a nechtěla zpět do třísměnného provozu. V té době se uvolnilo místo na anestezii, kde pracovala její kamarádka, a tak si řekla, že to zkusí.

Práce anesteziologické sestry se jí zalíbila, vyhovuje jí systém pohotovostních služeb a vykonává jí dodnes.

ARIP absolvovala po tříleté praxi, v letech 2002–2004. Specializační studium jí navrhla vrchní sestra, která si zakládala na vzdělání svých sester. Moc se jí nechtělo, ale nakonec byla ráda.

Její každodenní náplní práce je příprava a kontrola pomůcek, přístrojů, potřebných farmak, dokumentace, asistence lékařům, vše okolo pacienta, a nakonec nezbytný úklid a doplnění pracoviště.

Kompetence, které dnes má jí přijdou dostatečné.

Domnívá se, že dnes mají sestry mnoho dobrých a různých možností dalšího vzdělávání. Jak na vysokých školách, tak specializačního studia.

11. DISKUSE

Téma práce jsem si vybrala nejen proto, že se v oboru anesteziologie a intenzivní péče pohybují celou svou praxí, ale i z důvodu stále diskutovaného tématu vzdělávání a navyšování kompetencí u nelékařského zdravotnického personálu. Rychlý vývoj oboru intenzivní medicíny s velkým množstvím odborných informací si vyžaduje dostatečně vzdělané sestry specialistky v oboru intenzivní péče. Je zřejmé, že sestry pracující v oboru anesteziologie a intenzivní péče provádí řadu svých činností nad rámec svých kompetencí. V rámci specializačního vzdělávání sester není anesteziologii věnováno dostatek času, aby byla zajištěna dostatečná příprava sester pro klinickou praxi s ohledem na činnosti, které vykonávají. Adekvátně připravení pracovníci by umožnili efektivnější využití anesteziologického týmu v podmínkách klinické praxe.

Hlavním cílem práce je zmapovat a informovat o vývoji anesteziologické sestry, jejího vzdělávání a jejích kompetencích od první anesteziologické sestry až po současnou dobu. Na některé otázky jsem našla odpovědi při hledání v historických pramenech a dokumentech, na ostatní otázky mi pomohli odpovědět pamětníci.

První anesteziologickou sestrou byla Alena Stárková – Palečková. Svou dráhu anesteziologické sestry začala na anesteziologickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze na přímé pozvání tehdejšího primáře MUDr. Lev Spinadela. Postupně přešla od spolupráce s lékařem podávajícím anestezii i do samotného podávání celkové anestezie včetně laryngoskopie a endotracheální intubace po podání svalového relaxancia. V případě nepřítomnosti primáře prováděla celkové anestezie sama dle požadavků chirurgů. Primář jí pomohl s osvojením zvláštností a celým rozsahem anesteziologické práce. Po zapracování byla Alena Stárková pověřena primářem Spinadalem k proškolení několika sester v anesteziologických metodách, které zahrnovaly celkovou i lokální anestezii. Vzhledem k tomu, že před rokem 1971 neměly sestry možnost dalšího vzdělávání, učily se jedna od druhé. Toto mi potvrdily i sestry pamětnice. Zkušenosti v oboru anesteziologie byly předávány z služebně starší sestry na ty mladší. V té době byla možnost specializačního vzdělávání pouze v instrumentování na operačních sálech a v sociální péči. Jediným způsobem, jak získat potřebné znalosti a zkušenosti, byla pouze nástupní praxe, různé semináře a další školicí akce.

Následný rok 1971 byl změnou v legislativě odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků. Ministerstvo Zdravotnictví Československé Socialistické Republiky vydalo vyhlášku č. 72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Vyhláška zahrnovala doplnění vzdělání zdravotních sester, ženských sester a dětských sester pracujících na specializovaných odděleních intenzivní péče. Jednalo se o odbornost „anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče – ARIP“. Touto vyhláškou byly dány podmínky k pomaturitnímu specializačnímu vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie. Do specializačního studia byli tehdy zařazeni střední zdravotničtí pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost a splňovali tříletou praxi v oboru, v kterém se chtěli specializovat. Pracovníci byli v té době vybíráni řediteli zdravotnických zařízení ve spolupráci s vedoucími odborných pracovišť. Délka studia byla dva roky. V prvním roce studia musely studentky absolvovat obecnou část, která zahrnovala kromě základů marxismu a leninismu, psychologii, hygienu a epidemiologii, dále byla nutná i

pasivní znalost jednoho světového jazyka). Další částí studia byla i část speciální, kde se již přistupovalo k teoretickým základům resuscitace a intenzivní péče. Během druhého roku studia přibyla k odborným předmětům i praxe na ARO či JIP. Další část byla věnována speciálním léčebným výkonům v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Studium bylo zakončeno závěrečnou zkouškou před zkušební komisí. Zkouška byla praktická i teoretická. Po úspěšném vykonání zkoušky, absolventi obdrželi osvědčení o specializaci. Na jeho základě mohli pracovat na kterémkoliv oddělení anesteziologickém, resuscitačním nebo na jednotce intenzivní péče. Toto specializační vzdělání absolvovaly i všechny tři sestry pamětnice. Dle jejich výpovědí, bylo pro ně toto vzdělání velkým přínosem. Velmi si rozšířily vědomosti v oboru a poznaly i jiné provozy na jiných pracovištích. Mimo to se poznaly i s jinými sestrami z celé republiky, se kterými si vyměňovaly své zkušenosti z praxe. Dvě sestry pamětnice vypověděly, že byly ke specializačnímu vzdělání donuceny, ať již hlavní či vrchní sestrou. (Vyhláška 72/1971 Sb., online)

Pro sestru pracující na oddělení ARO a JIP bylo možné získat specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP) poprvé od roku 1972, kdy bylo zahájeno v Brně v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (IDV SZP) pomaturitní specializační vzdělávání sester v tomto oboru. V 90. letech byl otevřen obor sestra intenzivní péče na Vyšší odborné škole (VOŠ), který byl zakončen absolutoriem, a sestry získaly titul DiS. V současnosti je též možné získat specializaci na vysoké škole v magisterském studiu navazujícím na předchozí studium bakalářské v oboru všeobecná sestra. V prvních letech se do specializačního studia (ARIP) přijímaly především sestry na vedoucích pozicích na odděleních ARO, tj. staniční a vrchní sestry, eventuálně vedoucí sestry ve směnách. Pro sestru pracující u lůžka se stalo specializační studium dostupnější vydáním vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví č.77/1981 Sb. Tato vyhláška také výrazně přispěla k rozvoji tohoto studia. Podmínkou přijetí ke studiu byla tříletá praxe v oboru a po dobu studia musela sestra pracovat na daném specializovaném oddělení. Výuka, na které se podíleli především lékaři, vycházela z učebnice Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči od MUDr. Jarmily Drábkové a MUDr. Vladimíra Lema, která měla dva díly.

Zásadním mezníkem ve struktuře vzdělávacího i zdravotního systému u nás byl rok 1993. Tím, že se rozdělilo Československo na dva samostatné státy – Česká republika a Slovenská republika, došlo ke změně Ústavy včetně zákonů a dalších vyhlášek upravujících jednotlivé vzdělávací programy. Začátkem 90. let 20. století byl pilotně vypracován v IDVPZ v Brně modulový systém výuky pro studium ARIP ve spolupráci s holandskými odborníky, který byl určen pro sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotkách intenzivní péče jednotlivých oborů a záchranné služby. Tento systém dal později základ pro výuku specializačního vzdělávání všech ostatních oborů a je používán dodnes. Ve druhé polovině 90. let 20. století se významně na výuce začaly podílet i sestry.

Kromě postgraduálního studia bylo sestram umožněno získat specializační vzdělání v navazujícím magisterském studiu Intenzivní péče poprvé na 1. LF UK v roce 2007, ale pouze v prezenční formě. Kombinovanou formu magisterského studia otevřela poprvé LF Ostravské Univerzity v Ostravě a v roce 2014 také 1. LF UK v Praze a Masarykova Univerzita v Brně. Kombinovaná forma studia, vzhledem k požadavkům klinické praxe, se

ukazuje jako optimální. Od absolventů navazujícího magisterského studia Intenzivní péče se kromě hlubokých znalostí a pochopení intenzivní medicíny a s tím související farmakologie, patofyziologie a klinických souvislostí očekává, že budou vykonávat také kontrolní a koordinační činnosti, které patří k povinnostem vedoucích pracovníků. U absolventů se proto také předpokládá, že si osvojili schopnost pracovat v týmu, psychologicky jej podporovat a řídit.

Roku 2003 se mění IDVZP na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). To se stává flexibilním centrem, které zajišťuje odbornou úroveň v široké oblasti poskytování zdravotní péče. Z hlediska organizace struktury NCO NZO se k pedagogickému a hospodářsko-ekonomickému úseku nově zřizuje úsek regulace nelékařských povolání a výzkumu. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) úzce spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) a řeší společně aktuální problémy, ve zdravotnictví, které se týkají především nelékařských zdravotnických povolání. Vzhledem k tomu je nutné sjednotit řád a nastavit regulaci struktury zdravotnických povolání. Z tohoto důvodu dochází k tomu, že 1. 5. 2004 vzniká Registr nelékařských zdravotnických pracovníků.

V současné době je umožněno nelékařským zdravotnickým pracovníkům získat specializaci ve vybraných oborech na vysokých školách v magisterském navazujícím studiu. Tuto možnost poskytuje osm fakult různých Univerzit. Standardní doba studia uvedeného studijního oboru je 2 roky. Úspěšným složením státní zkoušky, jejíž součástí je obhajoba diplomové práce, získává absolvent titul "magistr" - ve zkratce Mgr., uváděné před jménem. Specializaci ve zdravotnictví umožňuje studovat Univerzita Karlova. V akademickém roce 2019/2020 i 2020/2021 je možné studovat specializaci Intenzivní péče pouze na 3. lékařské fakultě, která otevřela toto magisterské studium poprvé v roce 2019. Studium probíhá pouze v prezenční formě. Podmínkou přijetí je ukončené VŠ vzdělání v akreditovaném bakalářském studijním programu Ošetrovatelství, studijním oboru Všeobecná sestra nebo bakalářském studijním programu Všeobecné ošetrovatelství a prokázání odborné způsobilosti všeobecné sestry ve smyslu ustanovení §5 odst. 1 písm. a) zákona č. 96/2004 Sb. Dále je podmínkou úspěšné vykonání dvoukolové přijímací zkoušky. V prvním kole probíhá písemný test z anatomie, fyziologie, patofyziologie, ošetrovatelství a základů intenzivní péče. Druhé kolo zahrnuje ústní pohovor. Ostatní fakulty Univerzity Karlovy naopak Studijní program Intenzivní péče ukončily. Další studium nabízí Masarykova Univerzita v Brně na lékařské fakultě. Nabízí studium Intenzivní péče v prezenční i kombinované formě. Uchazeči o studium musí vykonat úspěšně zkoušku formou písemného testu, který má ukázat znalosti studentů získané v bakalářském studiu. Ostravská Univerzita umožňuje studium Intenzivní péče v kombinované formě na lékařské fakultě a požaduje úspěšně absolvovat odborný písemný test a ústní pohovor. Kromě Intenzivní péče nabízí fakulta studium Ošetrovatelská péče v geriatrii a Ošetrovatelská péče v pediatrii. Na Fakultě sociálních studií je možné vystudovat obor Zdravotně-sociální péče a rehabilitace. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd připravuje studenty k užší specializaci v programu Intenzivní péče v porodní asistenci, a to jak v prezenční formě, tak i kombinované. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích nabízí v prezenční i kombinované formě studium Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech-pediatrie,

chirurgie, interna. Na Západočeské Univerzitě v Plzni na Fakultě zdravotnických studií je možné vystudovat Ošetrovatelskou péči v chirurgických a interních oborech v obou formách studia. Univerzita J. E. Purkyně na Fakultě zdravotnických studií nabízí obě formy studia v programu Organizace a rozvoj zdravotnických zařízení.

Pokud chceme vykonávat ošetrovatelské povolání, představuje to pro nás naplňování pracovních kompetencí a výkon činností, které jsme získali na základě vzdělání a jsme zodpovědní za jejich standardní provedení. Dle Mikšové v praxi nastávají situace, i přes právně vymezené kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků, že jednotliví členové ošetrovatelského týmu vykonávají činnosti mimo rámec svých povinností a kompetencí. Dokončeným vzděláním a rozvojem získané kompetence tak nenachází vždy tu správnou odezvu v realizaci ošetrovatelské péče. (Mikšová et al., 2014) Z tohoto důvodu často dochází k nedorozuměním a někdy až k fatálním důsledkům, protože dojde k situaci, že lékař pověří sestru úkonem, který není v jejích kompetencích. Dle mého názoru sestry po nástupu do praxe zapadnou do zajatých kolejí na pracovišti a dělají věci tak, jak to od nich vyžadují spolupracovníci. Ne všude je již znát nový trend, a hlavně možnost dělat vše tak, jak kompetence dané zákonem vyžadují. Roli hraje nedostatek personálu na odděleních, finanční důvody a také například vyčerpání lékařů. To vše ruku v ruce brání tomu, aby se nastolil nový a lepší systém rozvržení práce mezi zaměstnance dle jejich kompetencí.

Kompetence sester se specializovanou způsobilostí jsou uvedeny ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. a dále ve Vyhlášce č. 391/2017 Sb., kterou se v určitých bodech mění Vyhláška č. 55/2011 Sb. Čtvrtá část se věnuje činnostem zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti. Konkrétně činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí definuje hlava I, § 54. Všechny sestry se specializací vykonávají činnosti podle § 4 a poskytují vysoce specializovanou péči dle svého zaměření a dané specializace, tedy v tomto případě specializace v intenzivní péči. Přitom sestra může bez indikace lékaře a bez odborného dohledu edukovat pacienty o specializovaných ošetrovatelských postupech a poskytuje jim informační materiály. Sleduje a hodnotí stav pacientů, kontroluje případný vznik komplikací a podílí se na jejich řešení. Měla by být schopna koordinovat práci členů ve specializovaném týmu a hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Podílí se a realizuje ošetrovatelský výzkum a aplikuje jeho výsledky do klinické praxe na vlastním pracovišti. V rámci své způsobilosti připravuje standardy specializovaných postupů a vede specializační vzdělávání ve svém oboru. Na základě indikace lékaře pak mezi její povinnosti patří příprava pacientů na diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat u výkonů a ošetřovat po výkonu. Dále může edukovat pacienty ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. (Vyhláška č.55/2011 Sb., Vyhláška č. 391/2017 Sb., online)

Kompetence sestry pro intenzivní péči v rámci intenzivní a akutní péče, a také v rámci péče anesteziologicko-resuscitační, jsou uvedeny ve Vyhlášce č.55/2011 Sb. v § 55 a ve Vyhlášce č. 391/2017 Sb., kterou se v určitých bodech mění Vyhláška č. 55/2011 Sb. Je důležité upozornit na to, že tato specializace se nevztahuje na ošetřování pacientů mladších 10 let. U pacientů starších 10 let má sestra oprávnění poskytovat ošetrovatelskou péči, když dochází nebo už došlo k selhání základních životních funkcí. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může hodnotit závažnost stavu, fyziologické funkce, celkový stav pacienta a také křivku EKG. Může zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest, včetně defibrilace srdce pomocí elektrického výboje po předem

zhodnoceném záznamu z elektrokardiogramu. Pečuje o dýchací cesty pacienta napojeného na umělou plicní ventilaci, provádí u těchto pacientů tracheobronchiální laváže a odsává z dolních cest dýchacích. Zajišťuje, aby bylo oddělení stále připravené a materiální vybavení i přístroje vždy plně funkční. Sleduje a analyzuje údaje na speciálních přístrojích a umí řešit technické komplikace. Dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře měří a analyzuje specializovanými postupy včetně invazivních metod fyziologické funkce pacientů. Může provádět katetrizaci močového měchýře u mužů a u pacientů v bezvědomí může zavádět gastrickou i duodenální sondu. U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami provádí výplach žaludku a u pacientů s akutním i chronickým selháním ledvin vykonává činnosti spojené s očišťovacími metodami krve. Vykonává činnosti spojené s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči a poučuje pacienty včetně jeho blízkých osob o používání pomůcek a zdravotnických prostředků. Provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti, dále při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení anestezie všech způsobů, jak místní, tak i celkové. (Vyhláška č.55/2011 Sb., Vyhláška č. 391/2017 Sb., online)

Kompetence sester se dle výpovědi sester nijak zvlášť nezměnily. I náplní práce sester pamětnic bylo připravit si pracoviště před začátkem programu, naředit léky, připravit narkotizační přístroj, převzít pacienta, zajistit žílu, plnit pokyny lékaře a být mu k ruce. Po skončení programu uklidit a doplnit materiál na pracovišti.

Náplň práce anesteziologické sestry je odlišná od náplně práce sestry pracující u lůžka nemocného. Velký důraz je kladen na dokonalé ovládání přístrojové techniky, zručnost, pohotovost při práci a na psychickou odolnost. Zdánlivě klidné prostředí operačního sálu se může rychle změnit v místo, kde se bojuje o pacientův život. Anesteziologická sestra musí být vždy připravená na záchranu pacientova života. Anesteziologické sestry většinou nepracují na jednom pracovišti, ale přecházejí na různá odborná pracoviště. Rozmanitost pracovního prostředí klade velké nároky na znalosti z mnoha oborů medicíny. Jednotliví členové multidisciplinárního týmu operačních sálů se často střídají, proto se musí anesteziologická sestra umět přizpůsobit změnám v personálním obsazení týmu. Komunikační dovednosti jsou pro anesteziologickou sestru nezbytné.

Anesteziologická sestra zajišťuje spolu s anesteziologem péči o pacienta během operačního výkonu nebo vyšetření, která probíhají v celkové nebo místní anestezii. Asistuje při všech druzích anestezie. Stará se o pacienta po edukační, somatické, psychologické i farmakologické stránce. Edukační činnost anesteziologické sestry spočívá v předání informací pacientovi před operačním výkonem. V rámci edukace se pacient dozví o činnostech, které mu bude anesteziologická sestra provádět. Pacient je informován o tom, co se s ním bude dít před i během operace, jak bude probíhat probouzení z narkózy a co jej čeká v bezprostředním pooperačním období. Všechny informace anesteziologické sestry jsou podané z pohledu anestezie. Cílem edukační činnosti anesteziologické sestry je psychologická podpora pacienta. Vhodnou edukací pomáhá anesteziologická sestra pacientovi zvládnout strach a úzkost před operačním výkonem i v době bezprostředně po výkonu. Péče o pacienta po somatické stránce zahrnuje eliminaci rizik pádu, eliminaci poruch termoregulace, poruch kožní integrity a prevence vzniku infekce. Dle Lacinové klade anesteziologická sestra velký důraz na kontrolu identifikačních údajů pacienta a spolupracuje s ostatními členy týmu při prevenci vzniku stranové záměny. Dalším úkolem

anesteziologické sestry je příprava anesteziologického pracoviště včetně přípravy farmak a přístrojů používaných v anestezii. Anesteziologická sestra pracuje podle norem ošetrovatelského procesu a provádí o své činnosti záznamy do dokumentace. (Lacinová, 2007)

Práce anesteziologické sestry začíná v dostatečném časovém předstihu před příjezdem pacienta na operační sál. Je nutné nachystat všechny pomůcky k provedení bezchybné anestezie. Musí být připraven anesteziologický přístroj, na kterém anesteziologická sestra provede vždy test těsnosti okruhu a další testy funkčnosti podle typu přístroje a podle doporučení techniků. Podle pokynů anesteziologa připravuje léky k anestezii. Velkou pozornost věnuje anesteziologická sestra přípravě pomůcek k intubaci a kontrole funkčnosti všech dalších přístrojů důležitých pro hladký průběh anestezie. Mezi tyto přístroje patří monitory, odsávačka a defibrilátor. Anesteziologická sestra po dohodě s anesteziologem telefonicky vyzývá sestru z operačního oddělení k aplikaci premedikace pacientovi. Premedikaci pacient dostává většinou 45 minut před začátkem operace.

Při příjezdu pacienta na operační sál si anesteziologická sestra přebírá pacienta od doprovázející sestry z oddělení. Spolu kontrolují celkový stav pacienta – jeho lačnost, odstranění šperků a zubních protéz, pacientovu dokumentaci, aplikaci premedikace. Velký důraz je kladen na pacientovy identifikační údaje. Anesteziologická sestra se přesvědčí, pokud to operační výkon vyžaduje, zda jsou na laboratoři připravené krevní konzervy. Anesteziologická sestra asistuje sálovému sanitáři při ukládání pacienta na operační stůl a zajišťuje tak správnou polohu pacienta. Po uložení pacienta zavede periferní žilní katétr nebo asistuje anesteziologovi při zavádění kanylu do centrální žíly, případně do arterie. Připraví všechny pomůcky nezbytné k monitoraci pacienta. Spolupracuje a asistuje s anesteziologem při úvodu do anestezie, při intubaci, při vedení i ukončení anestezie.

Dle Larsena lékař pověřuje anesteziologickou sestru aplikací injekcí, infuzí a odběrem krve. Lékař je zodpovědný za typ léčiva, jeho dávkování, koncentraci, za čas, za způsob jeho podání. Anesteziologická sestra je odpovědná za vlastní výkon, kterým jí anesteziolog pověřil. (Larsen, 2004)

Po skončení operace, po probuzení pacienta a po jeho extubaci předává sestra pacienta spolu s anesteziologem na dospávací pokoj, oddělení JIP nebo oddělení ARO podle pooperačního stavu pacienta a povahy operačního výkonu. Předáním pacienta práce anesteziologické sestry nekončí, ale pokračuje úklidem použitých pomůcek, dezinfekcí použitých součástí přístrojů, doplněním pomůcek a léků. Po každé anestezii se musí přezkoušet funkčnost anesteziologického přístroje a připravit si vše k další případné anestezii. Po skončení celého operačního programu sestra vypne monitory, odpojí anesteziologický přístroj od přívodu plynů a provede úklid všech pomůcek. Na závěr zkontroluje počet omamných látek a zápisy, které provedla do Evidenční knihy o spotřebě omamných látek. V případě lokální anestezie, analgosedace, epidurální anestezie, epidurální i subarachnoidální anestezie, anesteziologická sestra připravuje pomůcky, polohuje pacienta před výkonem a asistuje lékaři při provádění technik lokální anestezie.

Problematika kompetencí sester byla v poslední době poměrně často diskutována. Vyšší a vysokoškolské vzdělání sester významným způsobem přispívá k reflexi role anesteziologických sester i sester intenzivní péče, postavení sester v týmu, i k formulování vlastních stanovisek, k výzvám, které praxe přináší. Nárůst kompetencí se očekával od

zákona č. 105/2011 Sb., který vešel v platnost 25. března 2011 jako tzv. malá novela zákona č. 96/2004. Kompetence ale malá novela nenavýšila, pouze umožnila nelékařským zdravotnickým pracovníkům vykonávat některé činnosti do získání specializované způsobilosti pod dohledem nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. V klinické praxi se však standardně setkáváme se situacemi, kdy se anesteziologická sestra ocitá v situaci, která vyžaduje řešení při aktuální nepřítomnosti lékaře anesteziologa.

Je ovšem otázka, jestli o změnu stojí české sestry. Odpověď je, že velká část ano, ale zdaleka ne všechny – pro toto tvrzení existují již první data. Hovořil o nich Mgr. Mario Pytel, zdravotník s kvalifikací sestry, který pracuje na ARO ve FN Brno. Zasadil se o výzkum, kterého se zúčastnilo na 500 anesteziologických sester (což je mimořádně vysoké číslo). „Z oslovených sester se 38 procent vyjádřilo, že by přijaly vyšší kompetence a vyšší zodpovědnost, uvědomují si, že by se musely vzdělávat, a chtějí za to vyšší plat,“ shrnul M. Pytel. Je však podle něj alarmující, že současné specializační studium ARIP je možné úspěšně završit po absolvování pouhých patnácti hodin teoretické výuky anesteziologie, aniž by byla stanovena povinnost jakékoli praxe. (Ondřichová, 2013)

Odpovědi sester pamětnic i nynějších sester z praxe jsou podobné. Některé považují nynější kompetence za dostačující, jiné si myslí, že u malých a jednoduchých výkonů by mohla anestézií vést zkušená anesteziologická sestra samostatně.

K úpravě vzdělávání sester pracujících v oboru anesteziologie vznikla pracovní skupina pověřená Ministrem zdravotnictví ČR optimalizací vzdělání a přípravou návrhu kompetencí anesteziologických sester. Pracovní skupina je tvořena hlavní sestrou ČR, třemi zástupci odborných lékařských organizací ČSARIM a ČSIM, jedním zástupcem Národního centra ošetrovatelství pro vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů, jedním zástupcem z České asociace sester, dvou zástupců z lékařských fakult, další zástupci jsou vrchní sestry a lékaři resuscitačních klinik fakultních a městských nemocnic. Cílem pracovní skupiny je na základě analýzy činností anesteziologických sester v klinické praxi zhodnotit potřebu změny ve specializačním vzdělání sester v souvislosti s možným rozšířením rozsahu jejich praxe. V této souvislosti pracovní skupina připravila a k akreditaci předložila návrh pilotního projektu certifikovaného kurzu pro anesteziologické sestry, absolventky navazujícího magisterského programu Intenzivní péče. Činnosti, ke kterým by absolventi tohoto kurzu získali zvláštní odbornou způsobilost, sestry v praxi do jisté míry již delší dobu realizují, ale nemají k tomu oprávnění. Jedná se například o monitorování pacienta v průběhu anestezie, vyhodnocování potřeby a farmakologické intervence v mezích stanovených ordinací lékaře, odebrání části anamnézy podle předepsaného algoritmu u pacientů v anesteziologické ambulanci, které pomohou lékaři zacílit své dotazy a urychlí celý proces předanestetického vyšetření, případně odstraňování epidurálních katétrů v rámci činnosti sester APS. Pokud bude certifikovaný kurz akreditován, otevře se možnost pro pilotní ověření možnosti oficiálního rozšíření rozsahu praxe anesteziologických sester v České republice. Pracovní skupina si je vědoma toho, že se jedná o zásadní změnu v chápání role sester v České republice, a proto se zaměřuje na důkladnou přípravu a prověření této možnosti. Paralelně s touto aktivitou se pracovní skupina bude zaměřovat na zkvalitňování obsahu klasického specializačního vzdělání v oboru Intenzivní péče, kdy k žádnému posunu kompetencí nedojde. Je to nutné zejména z toho důvodu, že se týká velkého množství sester, které sice

o rozšíření činností zájem nemají, ale pro výkon své práce potřebují dostatečné znalosti a dovednosti z oboru anesteziologie. Stávající obsah a rozsah výuky anesteziologie (15 hodin) ve specializačním vzdělávání nezaručuje, že se tak děje.

Vzdělávání v intenzivní péči probíhá více než 40 let a za tu dobu si prošlo značnými změnami, které kopírovaly dynamický vývoj zdravotnictví. Specializační vzdělávání na vysokých školách je adekvátní odpovědí na stále se zvyšující nároky na znalosti a dovednosti sester v intenzivní péči. V nedávné minulosti, kdy ještě neexistovalo vysokoškolské studium, mohli zaměstnavatelé očekávat jen minimální rozdílnost ve znalostech a dovednostech sester, které absolvovaly pomaturitní specializační studium. V dnešní době, kdy se rozvíjí vysokoškolské studium, podobná očekávání mít nemohou. Sestry „specialistky“ jsou vzdělávány odlišným způsobem. Domnívám se, že by bylo vhodné, kdyby se specializační studium sjednotilo a dosahovalo by se tak stejné úrovně v oblasti teoretických vědomostí a praktických dovedností absolventů.

Motivací sestry k celoživotnímu vzdělávání by neměl být zákon, který toto nařizuje, ale měla by to být vnitřní touha, která sestru vede k tomu, aby se dále sebevzdělávala a dokázala pak lépe pečovat o své pacienty.

12. ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila a zmapovala vývoj vzdělávání anesteziologické sestry, a to od roku 1950 až po současnost. Prostudovala jsem jednotlivé Zákony a Vyhlášky Československé socialistické republiky a České republiky. V nich až do roku 2011 není přesná zmínka o jednotlivých kompetencích anesteziologických sester. První zákon z roku 1950 je velmi krátký, všeobecný a ideově zaměřený. Sestra měla kompetence v rozsahu, ve kterém studovala a měla odbornou výuku, ale směla je vykonávat pouze na základě indikace lékaře a většinou i pod jeho vedením. Odborníky byla její kompetence vnímána jako návštěvní služba, provedení jednoduchých ošetrovatelských úkonů a minimálních výkonů. Na druhou stranu byla sestra v terénních službách vnímána jako vysoce erudovaný pracovník, který si musel umět poradit v dané situaci a provést i neodkladný zákrok nebo výkon. Další zákony jsou již obsáhlejší a ukazují tehdejší podmínky a povinnosti sester, které ze zákonů vyplývají. Sestry měly dle požadavků přidělená pracovní místa – umístěnky. Převahou jejich práce byla dispenzarizace, edukace, výchova ke zdraví a jiné povinnosti. Pracovaly pod odborným vedením lékařů. V zákoně 44/1966 se upravuje už i pomaturitní specializační studium u středních zdravotnických pracovníků. Je zde první informace o specializaci pro instrumentářky na operačních sálech a pracovníky v sociální službě. Již je specifikována nástupní praxe na pracovišti, kam střední zdravotnický pracovník nastupuje. Je dána na šest až dvanáct měsíců a hodnotí jí vedoucí pracoviště. Pro specializační vzdělávání si zaměstnanec typuje zaměstnavatel – ředitel a ten také zodpovídá za jejich odbornou přípravu. Trvá zpravidla dva roky a je zakončeno závěrečnou odbornou zkouškou před odbornou komisí, kterou určuje Ministerstvo zdravotnictví. Tento zákon již rozlišuje i vzdělávání nižších nebo ostatních pracovníků ve zdravotnictví. Zákon 72/1971 již plně specifikuje specializační vzdělávání a jeho náležitosti. Je zde definováno již velké spektrum specializačních oborů.

Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která jako první rozděluje poskytování péče na bio-psycho-sociální potřeby nemocných. Zavádí ošetrovatelský proces, získává podrobné informace o pacientech a plánuje jeho následnou ošetrovatelskou péči. Již přesně specifikuje jednotlivé odborné kompetence dle dosaženého vzdělání.

Vedla jsem rozhovory se třemi bývalými anesteziologickými sestrami. Dvě z nich by své odborné kompetence již nechtěly mít rozšířené, ale jedna, a to nejmladší z nich, si toto představit dovede a zvýšení kompetencí by uvítala.

Od roku 2016 se Ministerstvo zdravotnictví zabývá otázkou možného rozšíření odborných kompetencí. Diskutuje o tom s odbornými společnostmi, hlavními sestrami a členskou základnou České asociace sester. Myslím si, že ne všechny sestry specialistky pracují na tak vysoké profesionální úrovni, aby byly schopny svou případnou chybu odhalit včas a zřídit její nápravu. Muselo by se jednat o pracovní úkony, které sestra běžně a pravidelně vykonává, zná je, umí je a dovede řešit případné možné komplikace. Podmínkou by mělo být celoživotní vzdělávání se v oboru. V současné době je za celoživotní vzdělávání zodpovědný zaměstnavatel, který musí nastavit systém vzdělávání, umožnit zaměstnanci vzdělávání absolvovat v rámci pracovní doby. S tím jsou spojené i náklady na vzdělávání.

Pokud toto zaměstnanec neakceptuje, je na každém zaměstnavateli, jaké sankce vůči personálu nastaví.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, HAVELKOVÁ, Hana, JIČÍNSKÁ, Kateřina a kol., *Role sestry specialistky*, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 2 vyd. ISBN 978-80-7013-488-7
2. BOHUŠ, Ondřej a kolektiv. *Anestéziologia, resuscitologia a intenzívna starostlivosť*. Vydanie 1. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1987. 796 s. ISBN 70-049-87
3. CVACHOVEC, Karel, ČERNÝ Vladimír. *Zásady bezpečné anesteziologickej péče: Doporučené postupy a stanoviska ČSARIM*. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP. 2012
4. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Základy anesteziologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1981. 548 s. ISBN 08-011-81
5. FARKAŠOVÁ Dana a kol., *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Osveta, Martin 2006. ISBN 80-8063-182-4
6. HERDMAN, Heather. *NANDA Ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3423-1
7. FORBES, Alexander, RUNCIMAN, Margaret. Phillis. *Struktura kompetenci všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9
8. HUBOVÁ, Vilma. Historie vzdělávání všeobecných sester, *Sestra*. 2012, 22 (2), 20-22. ISSN 1210-0404
9. Informace o akreditacích. *Specializační vzdělávání*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ©2010. [cit. 16. 01. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_2999_3.html)
10. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9
11. KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství: Pro SZŠ [stř.zdrav.školy], PSS [pomaturitní specializační stud.]*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-123-3
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9

13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy resuscitace*. Vyd.1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1982.472 s. ISBN 08-049-82
14. KOUTNÁ, M. *Kompetence sester v hojení ran*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. 2010, roč. 6, č. 3, s. 28-37. ISSN 1801- 464X
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4
16. KRAUSOVÁ, Kateřina. *Historie českého ošetrovatelství do roku 1989, Florence*. 2010, 6 (3), 11-13. ISSN 1801-464 X
17. LACINOVÁ, M. *Dokumentace anesteziologických sester v UVN Praha*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2007. Roč. 17. Č. 7-8. Str. 59
18. LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. Vyd. 2. české. Praha: Grada, 2004, 1376 s. ISBN 80-247-0476-5
19. MÁLEK, Jiří., DVOŘÁK, A. a kol. *Základy anesteziologie*. Copyright © 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, 2009-2014 [online]. [cit. 2019-12-15]. Dostupné z: <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-781.html>
20. MÁLEK, Jiří. a kol., *Praktická anesteziologie*, 2. Přepřacované a doplněné vydání, 2016, 208 s., ISBN 978-80-247-5632-5
21. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie: časopis České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Praha: Grada, 2011, 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6
22. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. Vyd. Praha Grada. 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
23. MZCR. *Nové vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Vzdělávací programy specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. © 2010. [cit. 18. 03. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_941_3.html)
24. MZČR. *Vzdělávací programy 2019 – lékaři*. [online]. © 2010. [cit. 18. 04. 2020]. Dostupné z: Http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vzdelavaci-programy-2019-lekari_16799_3992_3.html

25. NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 31/2010 Sb., O oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020. [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>
26. NCO NZO. *Organizace*. [online]. © 2020. [cit. 18. 06. 2020]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/profil-organizace-nconzo/profil-organizace-menu>.
27. NULAND, Sherwin, B. *Lékařství v průběhu staletí*. Knižní klub Columbus. 2000. 720 s. ISBN 80-242-0205-0
28. ONDŘICHOVÁ, L. *Kdy by anesteziologická sestra mohla pracovat samostatněji?* MedicalTribune. 2013. [online]. [cit. 19. 06. 2020]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/31195-kdy-by-anesteziologicka-sestra-mohla-pracovat-samostatneji>
29. PLEVOVÁ, Ilona a kol., *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
30. POKORNÝ, Jiří a Ondřej BOHUŠ. A KOLEKTIV. *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k odborné samostatnosti*. Praha 3: Pražská vydavatelská společnost, 1996. ISBN 80-85369-36-2
31. POKORNÝ, Jiří, jr. *První anesteziologická sestra v Československu - d. s. Alena Stárková-Palečková*. Anesteziologie & intenzivní medicína, [online]. [cit. 18. 06. 2020]. 2007, Roč. 18, č. 4, s. 241-243. ISSN: 1214-2158. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2007-4/prvni-anesteziologicka-sestra-v-ceskoslovensku-d-s-alena-starkova-paleckova-2733>
32. PROŠKOVÁ, E. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence 10/2010. Praha: 2010, roč.6, č. 10, s. 3-4. ISSN 1801- 464X
33. SOUKUP, David. *Oslavy 10 let fungování soukromé nemocnice v Ostrově* [online]. 15.3.2005 [cit. 2020-01-17]. Dostupné z: http://www.nemostrov.cz/data/soubory/tiskove_zpravy/zpravodaje/lz1-05.pdf
34. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, HUŠKOVÁ, Martina, MATOUŠOVIC, Karel. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0477-9
35. ŠEDÝ, Jiří. Historie vzniku ARO. *Statim – odborná příloha časopisu Infolisty*, 2014, (1), 2-5. ISSN 1803-1072

36. ŠKUBOVÁ, Jarmila. *Zdravotníci nelékaři se obávají nového zákona*. [online]. Publikováno 22. 11. 2012. [cit. 11. 04. 2020]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28510>
37. ŠMÍDOVÁ, Alena. „*Malá novela*“ zákona č. 96/2004. [online]. Publikováno 13. 6. 2011. [cit. 18. 03. 2020]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-novela-zakona-c-96-2004-sb-460336>
38. THATCHER, Virginia Sarah. *History of anesthesia: with emphasis on the nurse specialist*. New York: Garland, 1953. ISBN 08-240-6525-5
39. TON. *Zajištění anesteziologické péče lékařem je naší výhodou-rozhovor*. [online]. Medical tribune. 2012. [cit. 18. 06. 2020] ISSN 1214-8911
40. Vládní nařízení 77/1951 Sb., O středních zdravotnických pracovnících. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020. [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>
41. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 1. vyd. ISBN 80-247-1919-3
42. VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3132-2
43. Všeobecná sestra – Intenzivní péče. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče*. [online]. Fakultní nemocnice v Motole. © 2012. [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/804/vs_-_intenzivni_pece.pdf
44. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Vyhláška č. 55/2011*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2011. [cit. 22. 04. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-csb_4763_949_3.html
45. Vyhláška MZ č. 44/1966 Sb., O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020. [cit. 03. 06. 2020]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>
46. Vyhláška MZ č. 391/2017 Sb., *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č.*

2/2016 Sb. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187.. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

47. Vyhláška MZ č. 72/1971 Sb., O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

48. Vyhláška MZ č. 77/1981 Sb., O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

49. Vyhláška MZ č. 55/2011 Sb., *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

50. Vzdělávací akce. *Specializační vzdělání v oboru Intenzivní péče*. [online]. Odbor vzdělávání VFN. ©2012 [cit. 18. 03. 2020]. Dostupné z: http://www.vzdelavani-vfn.cz/intenzivni_pece.html

51. Zákon 170/1950 Sb., O zdravotnických povoláních. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

52. Zákon 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu. In: Systém ASPI - stav k 15.3.2018 do částky 21/2018 Sb. a 11/2018 Sb.m.s. - RA1187. [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 . [cit. 03. 12. 2019]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz>

Seznam zkratek

APS – Acute Pain Service

ARIP – anestezie, resuscitace, intenzivní péče

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

CNS-centrální nervová soustava

CŽV – celoživotní vzdělávání

ČSAR – Československá společnost anesteziologie a resuscitace

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

ČSAV – Československá akademie věd

ČSIM – Česká společnost intenzivní medicíny

ČSLA – Československá lidová armáda

EKG - elektrokardiogram

ETI – endotracheální intubace

EU – Evropská unie

FN – Fakultní nemocnice

GIT – gastrointestinální trakt

ICN – International Council of Nurses

ICU – Intensive Care Unit

IDVPZ – Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

ILF – Institut vzdělávání lékařů a farmaceutů

IP – intenzivní péče

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LF – lékařská fakulta

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLK – Národní lékařská knihovna

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

SC – sectio Cesarea

SZP – střední zdravotnický pracovník

TK, P – tlak, puls

UK – Universita Karlova

ÚVN – Ústřední Vojenská nemocnice

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

WHO – World Health Organization

Seznam příloh

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byla jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem kvalitativního výzkumu pro sepsání diplomové práce Bc. Stanislavou Grégrovou s názvem „Historický vývoj anesteziologické sestry“. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytla, použila za účelem sepsání diplomové práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumnicí a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:.....

PODPIS:.....

DATUM:.....

