

Historie intenzivní péče v interním ošetřovatelství

Kateřina Holíková DiS.

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Holíková, DiS.**

Osobní číslo: **H14556**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Historie intenzivní péče v interním ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti intenzivní péče v interním ošetrovatelství.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace výzkumu kvalitativní technikou rozhovoru.

Analýza a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetřovatelství. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

PERRIN, Kathleen Quimet a Carrie Edgerly MACLEOD. Understanding the essentials of critical care nursing. 2nd ed. Boston: Pearson, c2013. ISBN 978-0-13-272415-9.

POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ. Vývoj vybraných ošetřovatelských postupů od nejstarších dob po současnost. V Praze: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-824-5.


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

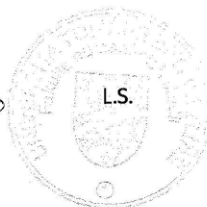
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vladimír Koutecký**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- беру на ве́домии, же бакала́рская пра́це буде уложена в электрониче́ске подобе́ в университетни́м информа́ци́м систе́му доступна́ к на́hlednutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2014

.....
.....
.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporčí-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá historií intenzivní péče v interním ošetřovatelství. Teoretická část se věnuje samotné historii intenzivní péče ve světě, v České republice a v Uherskohradištské nemocnici, a.s. Dále je věnována charakteristice oddělení intenzivní péče a její technické a personální vybavení, obecnými specifikacemi na oddělení intenzivní péče a také je zde zmínka o etických aspektech v intenzivní péči. V praktické části jsou zpracovány rozhovory se staničnými a vrchními sestrami, které pracují nebo pracovaly na oddělení intenzivní péče v Uherskohradištské nemocnici, a.s. Rozhovory jsou také jisté porovnání, jak fungovala intenzivní péče v minulosti a jak funguje nyní.

Klíčová slova: intenzivní péče, intenzivní medicína, historie ošetřovatelství, specifika péče

ABSTRACT

The main content of this bachelor thesis deals with the history of intensive care in internal nursing. The theoretical part is focused on the history of intensive care in the world, in the Czech Republic and in Uherskohradištská hospital a.s. The second part is dedicated to the characteristics of the intensive care department and also technical equipment and workers, the general specifications on the intensive care unit, and also the ethical aspects of intensive care are mentioned here. In the practical part are interviews with ward nurses and nurses who work or worked in the intensive care unit in Uherskohradištská hospital a.s. It is also a comparison of how intensive care has worked and how it works now.

Keywords: intensive care, intensive medicine, history of nursing, specific of care

Děkuji Mgr. Vladimíru Kouteckému za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji všeobecným sestřím Uherskohradištské nemocnice a.s. za ochotu spolupracovat na rozhovorech a za poskytnutí materiálu. V neposlední řadě děkuji mé rodině, která byla mou oporou po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

19. 5. 2017

Kateřina Holíková, v.r.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE INTENZIVNÍ PÉČE	12
1.1 HISTORIE INTENZIVNÍ PÉČE VE SVĚTĚ.....	12
1.2 HISTORIE INTENZIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	13
1.3 HISTORIE INTENZIVNÍ PÉČE V UHERSKOHRADIŠTSKÉ NEMOCNICI A. S.....	13
2 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE	15
2.1 INDIKACE PŘIJETÍ PACIENTA NA INTENZIVNÍ PÉČI	16
2.1.1 Příjem pacienta.....	16
2.2 TECHNICKÉ VYBAVENÍ ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE	16
2.3 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE	18
2.3.1 Historie vzdělávání sester v intenzivní péči.....	18
2.3.2 Současné vzdělávání všeobecných sester v intenzivní péči	19
3 OBECNÁ SPECIFIKACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V INTENZIVNÍ PÉČI	20
3.1 POLOHA.....	20
3.2 HYGIENICKÁ PÉČE	21
3.3 SLEDOVÁNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ.....	22
3.3.1 Monitorace kardiovaskulárního systému	22
3.3.2 Monitorace dýchacího systému.....	22
3.3.3 Monitorace vědomí	23
3.3.4 Monitorace vnitřního prostředí	23
3.3.5 Monitorace tělesné teploty	24
3.4 VÝŽIVA	25
3.5 ZAJIŠTĚNÍ INVAZIVNÍCH VSTUPŮ V INTENZIVNÍ PÉČI	28
3.5.1 Vstupy do krevního řečiště.....	28
3.5.2 Vstup do dýchacích cest.....	30
3.5.3 Zajištění trávicího traktu	32
3.5.4 Zajištění močových cest.....	32
4 ETICKÉ ASPEKTY V INTENZIVNÍ PÉČI	33
4.1 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 METODIKA VÝZKUMU	36
5.1 VÝZKUMNÁ METODA	36
5.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	36
5.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	37
5.4 STRUKTURA ROZHOVORU.....	37
5.5 ZÍSKANÁ DATA.....	38
5.5.1 Rozhovor s Libuší Vopatovou.....	38
5.5.1.1 Shrnutí.....	41
5.5.2 Rozhovor s Bc. Jitkou Vlkovou	42
5.5.2.1 Shrnutí.....	45

5.5.3	Rozhovor s Annou Svobodovou	46
5.5.3.1	Shrnutí.....	48
5.5.4	Rozhovor s Marií Mokošovou	50
5.5.4.1	Shrnutí.....	53
5.5.5	Rozhovor s Alenou Tvrdoňovou	54
5.5.5.1	Shrnutí.....	56
5.5.6	Rozhovor se Zdislavou Jančíkovou	57
5.5.6.1	Shrnutí.....	60
6	DISKUZE	61
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Intenzivní medicína se velmi rychle vyvíjí a s ní ruku v ruce jde i ošetrovatelská péče. V intenzivní péči je rychlý vývoj technického vybavení a stále se modernizuje k vytvoření komfortu pro nemocného. Ošetrovatelská péče v tomto odvětví je velmi specifická a sestra by v této oblasti měla mít specializaci. I když je vývoj nezastavitelný, stále je kladen velký důraz na nemocného a na ošetrovatelskou péči, která je komplexní a osobitá. Lékařská a ošetrovatelská péče musí být v souladu s etickými a právními předpisy, kdy v intenzivní péči je nemocný natolik nemocen, že veškeré jeho rozhodování je závislé na lékařích. Sestra plně saturuje potřeby nemocného, který je odkázán na péči druhých, proto je nesmírně důležité, aby sestra znala potřeby nemocných v daných diagnózách.

Počátek intenzivní péče se velmi těžko určuje, avšak důležitými osobami ve vývoji byli ošetrovatelka Florence Nightingelová a lékař Nikolaj Ivanovič Pyrogov v Krymské válce. V poválečném období ve světě vznikaly první jednotky intenzivní péče a tím vznikl i nový obor intenzivní medicína. Odborníci a lékaři postupem času vytvářeli nové přístroje a metody v léčbě nemocných. Sestry se musely vzdělávat v tomto odvětví, aby udržovaly tempo s vývojem moderních technologií a zároveň se staly rovnocennými partnery s lékaři.

V České republice taktéž vznikaly jednotky intenzivní péče a lékaři se učili od zkušených odborníků z celého světa. Konkrétně v Uherskohradištské nemocnici a.s. vznikla interní jednotka intenzivní péče v roce 1973 za pomoci doc. MUDr. Miloslava Lázničky. Oddělení intenzivní péče procházelo v průběhu let strukturálními změnami a formovalo se do takové podoby, jako je nyní.

Cílem této práce je zmapovat historii intenzivní péče a vznik interní jednotky intenzivní péče v konkrétním zdravotnickém zařízení a to konkrétně v Uherskohradištské nemocnici, a.s., za pomoci rozhovorů s vedoucími a staničními sestrami, které pracovaly nebo pracují na jednotce intenzivní péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE INTENZIVNÍ PÉČE

Tato kapitola se dále rozděluje na historii intenzivní péče ve světě, v České republice a Uherskohradištské nemocnici, a.s.

1.1 Historie intenzivní péče ve světě

Určit vznik intenzivní péče je velmi složité. Ošetřovatelství se vyvíjelo v závislosti na aktuálních událostech ve světě. Zlomové okamžiky se v ošetřovatelství objevovaly v závislosti na probíhající války, ve kterých bylo zraněno mnoho vojáků a civilistů. V intenzivní péči jde především o souhru lékařské a ošetřovatelské péče, která se postupem času velmi mění. V letech 1853 kdy probíhala Krymská válka, byla povolána Florence Nightingelová, aby zorganizovala pomoc raněným vojákům. Florence Nightingelová je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství, a proto pomáhala především v oblasti ošetřovatelské péče. Nejdříve však její práce nenacházela pochopení u lékařů, kteří s ní měli spolupracovat, později však zjistili, že pomocí ošetřovatelské péče, která zahrnovala především hygienickou péči, byla mortalita vojáků snížena ze 42 na 2 %. Nightingelová nechala nastoupit 38 zdravotních sester, které ji pomáhaly plnit ošetřovatelskou péči u raněných vojáků a ony samy bojovaly proti špatným hygienickým podmínkám, únavě či špatné výživě. Ve stejném období se zapřičinil i vojenský lékař Nikolaj Ivanovič Pirogov, který jako první zdůrazňoval, že je důležité třídít a transportovat nemocné do nejbližší polní nemocnice. Po válce napsal dílo *Válečná chirurgie*, ve které zmiňoval použití sádrových dlah či využívání éteru jako anestezii v polních podmínkách. V 50. letech 20. století je považován za prvního intenzivistu vídeňský lékař prof. Peter Safar, který podporoval zdraví u těžce nemocných za pomoci sedace a ventilace. Předcházela tomu náročná studie a práce s dobrovolníky, kteří se nechali povrchně zrelaxovat a následně pomocí umělé plicní ventilace oxygenovat. Vznik první jednotky intenzivní péče byl v roce 1953 v Kodani díky lékaři Bjornu Ibsenovi. Byla to odpověď na vznik epidemie poliomyelitidy, u které vznikala obrna dýchacích svalů. Ibsen za pomoci ruční ventilace a relaxace snížil úmrtnost tohoto onemocnění z 90 na 25%. Intenzivní péče se rozvíjela především díky novým metodám a technickému vybavení. Dále nelze opomenout první implantovaný kardiostimulátor významným kardiochirurgem Åkke Senningem v roce 1958. Při poruchách ledvin vznikla nová metoda čištění krve neboli hemodialýza a to v roce 1960 ve Spojených státech. A v neposlední řadě vznikla monitorace srdeční činnosti v roce 1964, která pomáhala lékařům určit poruchy srdečního rytmu (Bartůňek, Jurásková a kol., 2016, s. 4; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 20).

1.2 Historie intenzivní péče v České republice

Vznik prvního anesteziologického oddělení v České republice se datuje od roku 1948 v Ústřední vojenské nemocnici v Praze za pomoci genmjr. MUDr. Josefa Škvařila a jeho pravou rukou byla první anesteziologická sestra Alena Stárková – Palečková. V roce 1972 vzniklo pětilůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační, v dnešní Všeobecné fakultní nemocnici, ze kterého později vznikla klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní medicíny známa pod zkratkou KARIM. Vznik první jednotky intenzivní péče v tehdejší Československu byla v Pardubicích a to v roce 1967 pomocí MUDr. Hermana. První koronární jednotka vznikla v roce 1969 v Institutu Klinické a Experimentální Medicíny neboli IKEM v Praze. Ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze v roce 1978 vznikla interní obořová jednotka intenzivní péče, která se dále zdokonalovala až na oddělení akutní medicíny. V České republice vznikaly další jednotky intenzivní péče jak interních tak i pediatrických. Velký význam měl i vývoj technického vybavení na těchto odděleních, který dokázal posunout medicínu na takovou úroveň jako je dnes. Významným objevem byl automatický křísící přístroj, kterého vynalezli MUDr. Hugo Keszler, Ing. M. Bohutinský a Ing. J. Bernreit, kteří si nechali přístroj patentovat v roce 1960 (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 4; Kutnohorská, 2010, s. 37; Ševčík, Černá a Vítovec, 2014, s. 20).

1.3 Historie intenzivní péče v Uherskohradištské nemocnici a. s.

Vznik interního oddělení v Uherskohradištské nemocnici a.s. (dále jen UHN) se uvádí od roku 1925, kdy se stala druhým samostatným oddělením vedeným přednostou doc. MUDr. Emilem Zemanem, později s doc. MUDr. Miloslavem Lázničkou a mělo 94 lůžek pro interní a 42 lůžek pro infekční pacienty. Zabývala se hlavně klinickou diagnostikou a postupně se rozšiřovala specifikace laboratorních vyšetření v hematologii, vznik skiaskopických vyšetření a další. Tehdejší sociální a hygienické podmínky si vyžádaly péči o tuberkulózu a jiné infekční choroby, proto v roce 1957 došlo k reorganizaci a vzniklo samostatné plicní a infekční oddělení. Interní oddělení v té době řešilo i neurologické diagnózy, díky tomu na začátku 50. let vzniklo také neurologické oddělení. Interních pacientů přibývalo, a tak v roce 1959 došlo k vytvoření II. Interního oddělení a přednosta se stal MUDr. Bernard Raštica. Nemocných nadále přibývalo, proto vzniklo i III. Interní oddělení, z kterého se postupem času vyvinulo oddělení následné péče. V roce 1973 pomocí doc. MUDr. M. Lázničky vznikla Koronární jednotka, která disponovala nejdříve se čtyřmi později se šesti lůžky. Jednotka procházela postupem času k reorganizaci. V roce 1985

došlo ke spojení dvou jednotek intenzivní péče a to metabolické a koronární. Metabolická jednotka, působila krátkou dobu na III. Interním oddělení. V roce 1991 se interní oddělení přestěhovalo do budovy, kde sídlí do dnes (Obrázek 1.1). Nová jednotka měla 18 lůžek a takto fungovala do roku 2010. Od roku 2010 se lůžka zkorigovaly na dnešní 12 lůžek. Jednotka intenzivní péče (dále JIP) funguje od roku 2010 s dvanácti lůžky do dnes. Staniční sestra, která pomáhala docentu Lázničkovi při vzniku koronární JIP byla Anna Svobodová (od roku 1972 – 2005). Staniční sestra, která posléze nastoupila, byla Marie Mokořová (od roku 2005 - 2010). Nynější staniční sestrou je Bc. Jitka Vlková (květen 2017). Anna Svobodová byla také vrchní sestrou na I. interním oddělení. Další vrchní sestrou byla Paní Parouchová. Po ní následovala Alena Tvrdoňová, u které došlo ke změně postu z vrchní sestry na vedoucí staničních sester. Nynější vedoucí staničních sester (květen 2017) je Libuše Vopatová. S výše uvedenými všeobecnými sestrami probíhá rozhovor v praktické části (UH nemocnice, 2017).

Prvním primářem I. Interního oddělení byl doc. MUDr. Emil Zeman jeho nástupcem se stal doc. MUDr. Miloslav Láznička. Po docentu následoval primář MUDr. J. Slováček, v 80. letech MUDr. Martin Ilčík a po roce 1990 MUDr. Vladimír Okénka. Prvním primářem II. Interního oddělení se stal MUDr. Bernard Raštica, po něm následoval MUDr. Trčka, dalším nástupcem byl MUDr. Eduard Pavlík, poté se stal primářem MUDr. Václav Stránský, který je primářem dodnes. Interní oddělení se na krátkou dobu spojila a primářem se stal pro celou internu MUDr. Stanislav Zemek a jeho nástupce MUDr. Marek Richter, takto interna fungovala od roku 2007 do roku 2013 (UH nemocnice, 2017).



Obrázek 1.1 Budova interního oddělení

Zdroj: autor

2 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE

Oddělení intenzivní péče poskytuje péči pacientům, kteří jsou ohroženi selháním základní životních funkcí anebo u kterých již probíhá selhávání jednoho nebo více orgánů. Péče o pacienty je zajištěna nepřetržitou monitorací základních životních funkcí a nahrazení špatnou funkcí postižených orgánů (plíce, ledviny). Cílem intenzivní péče je překonání kritického stavu a navrácení fyziologické funkce orgánu (Kapounová, 2007, s. 19; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 23).

Intenzivní péče musí být zajišťována plně kvalifikovaným personálem a jednotka musí být zajištěna dostatečným technickým vybavením. Požadavky na technické a personální vybavení je možné dohledat ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb. Nyní je cena péče hrazena zdravotními pojišťovnami, které využívají systém, jejíž hodnota se určuje dle používaných výkonů a technikám v terapii. Metoda se nazývá TISS – Therapeutic Intervention Scoring System (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 6; Kapounová, 2007, s. 19).

Intenzivní péče se rozděluje na 3 stupně, které snáze určují potřebný personál a technické vybavení.

- **Intenzivní péče I. Stupně - nižší – intermediální péče**

Základem je monitorace základních životních funkcí, zahrnuje zvýšenou ošetrovatelskou péči, krátkodobou umělou plicní ventilaci, zahájení neodkladné resuscitace. Nachází se především v malých nemocnicích.

- **Intenzivní péče II. Stupně – vyšší – jednotka intenzivní péče**

Monitorace základních životních funkcí a to i invazivní metodou (měření invazivního krevního tlaku). Je zde zajišťována dlouhodobá umělá plicní ventilace, zvýšená specializovaná ošetrovatelská péče a dostupnost vyšetření statim.

- **Intenzivní péče III. Stupně - nejvyšší – anesteziologicko-resuscitační péče**

Zahrnuje specializovanou péči u kriticky nemocných. Vyžaduje speciální přístrojovou techniku k navrácení funkci postižených orgánů, pacienti jsou plně odkázáni na přístrojovou a farmakologickou pomoc (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 7; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 23; Zadák a Havel, 2007, s. 11).

2.1 Indikace přijetí pacienta na intenzivní péči

Na jednotku intenzivní péče jsou přijímáni pacienti, u kterých hrozí nebo již probíhá selhání jednoho nebo více orgánů. Taky závisí, na který stupeň intenzivní péče bude nemocný přijímán, jelikož jsou k tomu stanoveny kritéria. Lékaři k posouzení závažnosti zdravotního stavu používají skórovací tabulky. Mezi základní ukazatele používané v intenzivní péči jsou Glasgow coma score, APACHE II (viz příloha 1), SOFA score (viz příloha 2) a SAPS II (viz příloha 3) (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 10; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 23).

2.1.1 Příjem pacienta

Především vyšší stupeň intenzivní péče je zajištěn tzv. příjmovou místností, kde je pacient přijímán. U nižšího stupně intenzivní péče je pacient přijímán na lůžko konkrétního oddělení. Dle stavu pacienta jsou zajišťovány postupy, které vedou ke stabilizaci zdravotního stavu nemocného, jako jsou zajištění invazivní monitorace krevního tlaku, zavedení centrálního žilního vstupu a zajištění pomocí katetrizace močového měchýře. Probíhá zde základní monitorace životních funkcí a diagnostika nově vzniklého onemocnění. Oddělení musí mít k dispozici monitor, defibrilátor, pomůcky k zajištění dýchacích cest, pomůcky k zajištění invazivního a neinvazivního vstupu, diagnostické a laboratorní vyšetřovací metody, konsiliární vyšetření (Kapounová, 2007, s. 19).

Všechny intervence se zapisují do dokumentace pacienta. Dokumentace musí obsahovat Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací a s prováděnými výkony. Vypisuje se Denní záznam s ošetřovatelskou a lékařskou dokumentací a další dokumentace dle zvyklostí oddělení (Kapounová, 2007, s. 19).

2.2 Technické vybavení oddělení intenzivní péče

Technické vybavení je přesně dané vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb. Intenzivní péče je rozdělena do tří stupňů. Jako první stupeň je nižší intenzivní péče. Technické vybavení nižší intenzivní péče zahrnuje mobilní polohovací lůžka (Obrázek 2.1), defibrilátor (Obrázek 2.2) a Elektrokardiograf (dále EKG – Obrázek 2.3). Každé lůžko musí mít monitor životních funkcí (Obrázek 2.4), infuzní pumpu (Obrázek 2.5), injekční dávkovač. Do druhého stupně je řazena vyšší intenzivní péče, do které se řadí navíc i nebu-

lizace, resuscitační lůžka, ventilátor transportní (Obrázek 2.6) a mobilní RTG přístroj. Třetí stupeň se nazývá nejvyšší (anesteziologicko-resuscitační péče). Do nejvyšší péče je navíc zařazen přístroj pro extrakorporální eliminaci a přístroj pro měření hemodynamiky. Ventilátor musí být v počtu osm na 10 lůžek, enterální pumpa jedna na 3 lůžka, dále musí být na pracovišti centrální rozvod medicínálních plynů, klimatizační zařízení a centrála. Vyhláška se vztahuje jen na minimální technické vybavení intenzivní péče (Vyhláška č. 92/2012 Sb.).

Obrázek 2.1 Polohovací lůžko

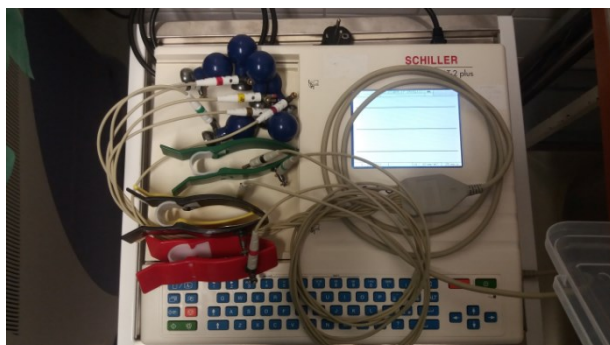


Obrázek 2.2 Defibrilátor



Zdroj: autor

Obrázek 2.3 EKG



Obrázek 2.4 Monitor fyziologických funkcí



Obrázek 2.5 Infúzní pumpy



Obrázek 2.6 Ventilátor



Zdroj: autor

2.3 Personální obsazení oddělení intenzivní péče

Personální obsazení oddělení intenzivní péče je dáno vyhláškou č. 287/2013 Sb. Vyhláška usměrňuje požadavky na personální zabezpečení zdravotních služeb. Znění vyhlášky, které platí na akutní lůžkovou péči intenzivní je v Části II. Intenzivní péče je opět rozdělena do tří stupňů. První stupeň – nižší intenzivní péče zajišťuje lékař se specializační způsobilostí v oboru, dále anesteziolog nebo intenzivista 0,5 úvazku, sestra pro intenzivní péči bez odborného dohledu 1,0 úvazku, všeobecná sestra bez odborného dohledu nebo všeobecná sestra a zdravotnický asistent 1,4 úvazku na lůžko, sanitář nebo ošetřovatel 0,1 úvazku na lůžko. Druhý stupeň – vyšší intenzivní péče, kdy lékařům se navyšuje úvazek na 1,0, všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům na 2,2 úvazku na lůžko a sanitářům či ošetřovatelům na 0,2 úvazku na lůžko. Intenzivní péče třetího stupně – resuscitační péče zajišťuje anesteziolog nebo intenzivista 1,0 úvazku, všeobecným sestřám nebo zdravotnickým asistentům se navyšuje úvazek na 0,4 na lůžko, sanitář nebo ošetřovatel 0,3 úvazku na lůžko (Vyhláška č. 287/2013 Sb.).

2.3.1 Historie vzdělávání všeobecných sester v intenzivní péči

Vznikem nového medicínského odvětví se museli vzdělávat nejen lékaři, ale i všeobecné sestry. Sestra musela znát jak všeobecné vědomosti, tak i vědomosti z oblasti anesteziolo-

gie, resuscitace a intenzivní péče. Sestry se vzdělávaly nejdříve pomocí pravidelných školení. V roce 1957 vzniklo Pomaturitní specializační studium, kde se vzdělávaly sestry v oblasti speciálních vyšetřovacích a léčebných metodách., byl to jakýsi předvoj pro specializaci pro sestry. V roce 1971 vznikla vyhláška č. 72/1971 Sb., díky níž vznikla nová odbornost pro všeobecné sestry, dětské sestry a ženské sestry v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (dále ARIP). Tento typ specializace se formoval a postupně byly doplňovány a novelizovány další vyhlášky. Zvyšováním kvality lékařské péče byly na všeobecné sestry kladeny větší nároky na vzdělávání. V roce 1992/1993 se na střední škole zdravotnické v Praze otevřelo specializované vyšší odborné vzdělání v intenzivní péči, které bylo pro všeobecné a dětské sestry. Vyšší vzdělání trvalo rok a výuka probíhala v bloku. V roce 1996 vznikl obor Diplomovaná sestra pro intenzivní péči, který se studoval na vyšší odborné škole. Od roku 2003 se nižší zdravotnický personál vzdělává v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCO NZO) v Brně, kde všeobecné sestry získávají odbornou způsobilost ARIP. V roce 2004 se vzdělání sester dostalo na akademickou půdu jak v bakalářském, tak i v magisterském studiu vstupem České republiky do Evropské unie (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 21; Kutnohorská, 2010, s. 101).

2.3.2 Současné vzdělávání všeobecných sester v intenzivní péči

Způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče je v zákoně č. 96/2004 Sb. Pokud má všeobecná sestra či zdravotnický asistent střední odborné vzdělání zakončeno maturitní zkouškou a nemá osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, můžou pracovat na oddělení jen pod odborným dohledem. Pokud má sestra ukončené vyšší odborné zdravotnické či vysokoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra, může pracovat bez odborného dohledu, kdy podmínkou pro samostatný výkon práce je registrace všeobecné sestry. Je možné získat specializační vzdělání při absolvování vzdělávacích programů. A to jak v podobě navazujícího magisterského studijního oboru Intenzivní péče (např. Masarykova univerzita v Brně, Ostravská univerzita) nebo ve specializačních vzdělávacích kurzech v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (Zákon č. 96/2004; Vyhláška č. 55/2011).

3 OBECNÁ SPECIFIKACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V INTENZIVNÍ PÉČI

Kvalita péče je na vyšší úrovni, než na standardním oddělení, jelikož se jedná o pacienty s poruchou orgánových systémů a tito pacienti jsou i více náchylní na nozokomiální nákazy (HAI). Personál musí být speciálně vyškolen, protože intenzivní péče požaduje technické, teoretické a moderní medicínské znalosti (Kapounová, 2007, s. 21).

Následující text obsahuje základní informace o specifické ošetrovatelské péči na oddělení intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním.

3.1 Poloha

Poloha při bezvědomí je pasivní, je velmi důležité, aby sestra prováděla pravidelné polohování z důvodu prevence dekubitu. Pro prevenci dekubitu je velmi důležité i lůžko, na kterém je pacient uložen. Lůžka jsou polohovatelná, přístupná ze čtyř stran. Součástí lůžek je antidekubitní matrace, která může být pěnová nebo vzduchová (Pospíšilová a Tóthová, 2014, s. 72).

V intenzivní péči je kladen velký důraz na fyzioterapii. Fyzioterapie je medicínský obor zabývající se pohybovým aparátem a pomocí speciálních postupů působí preventivně proti onemocnění i dalších systémů například respirační, kardiovaskulární, gastrointestinální či kožní. Důležitý aspekt v intenzivní péči je pro kriticky nemocné pravidelné polohování. Polohování zmírňuje bolest a zabraňuje vznik kontraktur nebo dekubitu. Polohování má příznivý vliv na oxygenii. Pravidelné polohování zajišťují nelékařští pracovníci a tato poloha nesmí být nefyziologická či bolestivá. Personál kontroluje veškeré invazivní vstupy, zda nedošlo k extrakci nebo zda pacient neleží na nerovnosti, ze které by se mohl vyvinout dekubitus (Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 53).

Dříve se odlišovala lůžka standardizovaná a specializovaná. Specializovaná lůžka byla vybavena kolečky a mobilními částmi postele. Tyto lůžka se používala u pacientů, kteří byli v ohrožení života a bylo potřeba zajistit zvýšenou ošetrovatelskou a léčebnou péči (Pospíšilová a Tóthová, 2014, s. 69).

3.2 Hygienická péče

Hygienická péče je velmi důležitá pro pacienta a jeho zdravotní stav. Na oddělení intenzivní péče se dodržují běžné standardy postupu hygienické péče. Většinou se jedná o ležící pacienty. V hygienické péči zmiňují pouze specifika intenzivní péče, do které zahrnujeme:

- celková koupel pacienta – slouží k podpoře krevního oběhu a k celkové relaxaci pacienta (koncept bazální stimulace), sestra dodržuje správný postup hygienické péče a eliminuje vznik opruzenin, dekubitu a infekce, sestra s pacientem pracuje šetrně a informuje ho o postupu hygieny,
- péče o kůži – po celkové koupeli sestra kontroluje a promazává predilekční místa,
- péče o dutinu nosní – prevence vzniku dekubitu u zavedení žaludeční sondy, správným čištěním dutiny nosní sestra předchází k vysychání dutiny nosní, péče o dutinu nosní se provádí nejméně třikrát denně,
- péče o dutinu ústní – nekvalitní péče o dutinu ústní může vyvolat infekční procesy, dutinu ústní sestra udržuje vlhkou a používá k tomu určené roztoky, v intenzivní péči se provádí zvláštní péče o dutinu ústní za pomoci ústních štětiček a svítilny,
- péče o oči, péče o uši – preventivním opatřením k vysychání rohovky je pravidelné zvlhčování nejméně třikrát denně, preventivním opatřením u infekce středního ucha je pravidelné čištění uší nejméně dvakrát týdně,
- péče o ruce a nohy – je důležité především stříhání nehtů, což je především prevence zarůstání nehtů a poranění samotného pacienta, nehty na ruku sestra zastříhává do obloučku a na nohou stříhá rovně,
- mytí vlasů a péče o vlasy – slouží k prokrvení pokožky hlavy a její dostatečné promasírování, mytí vlasů se provádí společně s celkovou koupelí na koupacím lůžku anebo pomocí soupravy na mytí vlasů nejméně dvakrát týdně,
- vyprazdňování moče - v intenzivní péči se upřednostňuje cévkování pacientů, sestra postupuje přísně asepticky a nekříží cestu žilního vstupu a permanentního močového katétru,
- vyprazdňování stolice – důležité jsou pomůcky pro inkontinenci pacientů, při průjmu sestra informuje ihned lékaře, u průjmu se využívá pomůcky s názvem Flexi seal, což je dočasné zachytné zařízení pro pacienty s inkontinencí nebo s tekutou stolicí, je to především prevence rozšíření infekce do již vzniklých dekubitu (Pospíšilová a Tóthová, 2014, s. 122; Kapounová, 2007, s. 289).

3.3 Sledování vitálních funkcí

Hlavní role sestry je intenzivní sledování pacienta, aby se co nejdříve postřehly patologické jevy. Jedná se o stálé 24hodinové sledování pacienta především jeho fyziologických funkcí. Pokud dojde k odchýlkám v monitoraci, všeobecná sestra by měla ihned reagovat a pokusit se analyzovat tuto skutečnost. Cílem intenzivní péče je odchýlení stavu bezprostředně ohrožující život (Kapounová, 2007, s. 33).

3.3.1 Monitorace kardiiovaskulárního systému

Hlavním typem monitorování v intenzivní péči je sledování kardiiovaskulárního systému. Řadíme zde především monitoraci pomocí kontinuálního EKG grafu, který určuje poruchy srdečního rytmu. Dále se zde řadí měření krevního tlaku invazivní a neinvazivní metodou. Neinvazivní měření krevního tlaku (dále NIBP) se provádí pomocí tlakové manžety a fonendoskopu (auskultačně): Invazivní měření krevního tlaku (dále IBP) se provádí pomocí arteriálního katétru, který je zaveden nejčastěji do arterie radialis a napojen se speciálním systémem s tlakovou komorou. Invazivní monitorace se využívá především u kriticky nemocných, kdy se hodnota krevního tlaku měří kontinuálně a může se velmi rychle měnit. O arteriální katétr pečujeme přísně asepticky a pravidelně se kalibruje. Sledováním centrálního žilního tlaku zjišťujeme žilní náplň, kdy fyziologická hodnota u pacienta, který spontánně dýchá je 3 až 10 cm H₂O. Centrální žilní katétr se nejčastěji zavádí do vena jugularis interna nebo vena subclavia (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 85; Kapounová, 2007, s. 35).

3.3.2 Monitorace dýchacího systému

K sledování dýchání se používá monitor, který snímá dýchací pohyby hrudníku. Pulzní oxymetr (Obrázek 3.1) k měření saturaci hemoglobinu kyslíkem. U pacientů, kteří mají zajištěné dýchací cesty endotracheální intubací a jsou napojeni na umělou plicní ventilaci, lékař sleduje potřebné informace na dýchacím přístroji. Na monitoru dýchacího přístroje lékař posuzuje dechové objemy, minutový objem, dechovou frekvenci, koncentraci kyslíku aj. Parametry si lékař upravuje dle odebraných krevních plynů (ASTRUP). Kapnometrie a kapnografie monitoruje oxid uhličitý během dýchání. Hodnota odpovídá dobrému zajištění dýchacích cest během umělé plicní ventilace (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 81; Kapounová, 2007, s. 35).



Obrázek 3.1 Oxymetr

Zdroj: autor

3.3.3 Monitorace vědomí

Vědomí nemocných se hodnotí dle škál. Nejpoužívanější hodnotící škála se nazývá Glasgow coma scale (viz příloha 4), kde nejvyšší hodnota odpovídá plnému vědomí a to 15 bodům a nejnižší k 3 bodům, což znamená hluboké bezvědomí. Hodnotí se otevření očí, slovní odpověď a motorická odpověď. U sedovaných pacientů se sleduje Richmondská analgosedací škála (viz příloha 5) (Kapounová 2007, s. 42).

3.3.4 Monitorace vnitřního prostředí

Vyšetření vnitřního prostředí se provádí k zjištění metabolického rozvratu nebo určení správné ventilace nemocného. K odběru se používá nejčastěji arteriální a kapilární krev. Na oddělení intenzivní péče mají často možnost vlastního přístroje na měření krevních odběrů – analyzátor (Obrázek 3.2). Odběr krve na vyšetření krevních plynů se provádí tak, že se přímo odebere z aretria radialis nebo arterie femoralis, či z arteriálního katétru, který je zaveden přímo do krevního řečiště (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 124; Kapounová, 2007, s. 248).



Obrázek 3.2 Analyzátor

Zdroj: autor

3.3.5 Monitorace tělesné teploty

Měření tělesné teploty je důležitá činnost v intenzivní péči. Pomůže určit, zda má pacient zvýšenou teplotu anebo je podchlazený. Tělesná teplota se měří pomocí digitálních teploměřů nebo infračerveného senzoru. Lze měřit i invazivní metodou u řízené hypotermie, u stavech po kardiopulmonální resuscitaci, používá se k tomu přístroj pomáhající řízení a kontrolu tělesné teploty pacienta – Blanketrol (Obrázek 3.3). V pooperační péči, kdy pacienti naopak ztrácí teplo, se využívá přístroj k navrácení tepla - Warm air (Obrázek 3.4) (Kapounová, 2007, s. 39).



Obrázek 3.3 Blanketrol

Zdroj: autor



Obrázek 3.4 Warm air

Zdroj: autor

3.4 Výživa

K posouzení stavu výživy se používají měřící techniky. Při příjmu pacienta na intenzivní péči se provede orientační posouzení stavu výživy. V intenzivní péči se využívá Malnutrition Universal Risk Screening (viz příloha 6), který je jednoduchý a zároveň účinný. Indikací nutriční podpory je samotný stav nemocného, kdy není schopen přijímat potravu ústy. Hlavním důvodem je především porucha vědomí a riziko aspirace potravy. Pokud dojde k navrácení perorálního příjmu je to pozitivní vliv jak na psychiku nemocného, tak i na organismus. Výživa nemocných se rozděluje na parenterální a enterální výživu, kdy obě složky se vzájemně doplňují. V intenzivní péči se využívají oba dva způsoby (Kapounová, 2007, s. 45; Zadák, 2008, s. 215).

Enterální výživa je na rozdíl od parenterální výživy přísun živin do zažívacího traktu například do žaludku nebo do střeva. Využívá se u pacientů, kteří mají zachovanou funkci trávicího traktu, ale nejsou schopni přijímat potravu ústy. Podávání stravy přímo do žaludeční sliznice má pozitivní vliv na sekreci žaludečních šťáv v žaludku. Podávají se nutriční definované přípravky a jsou v nich obsaženy základní prvky výživy – lipidy, sacharidy a proteiny (Obrázek 3.5). Do žaludku se strava podává přes nasogastrickou sondu (Obrázek 3.6), do střeva jejunální sondou. V intenzivní péči se využívá bolusové a kontinuální podávání stravy. Enterální pumpy (Obrázek 3.7) zajišťují přesné a kontinuální podávání stravy

a měl by s nimi pracovat vyškolený personál. Komplikace u enterální výživy nejsou časté, ale mohou se objevit. Při zavádění nasogastrické sondy se můžeme setkat s komplikacemi, jako jsou např.: zavedení sondy do dutiny ústní, do dolních dýchací cest a při násilném zavádění se může objevit i krvácení. Další komplikace může způsobit ucpaní nasogastrické sondy. Prevence této komplikace spočívá v pravidelném proplachování sondy vodou. Pro podávání stravy do žaludku, přes stěnu břišní se používá gastrostomie a do střeva jejunostomie, které jsou prováděny endoskopicky a jmenují se perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG a perkutánní endoskopická jejunostomie – PEJ. (Kapounová, 2007, s. 45; Zadák, 2008, s. 293).



Obrázek 3.5 Nutričně definovaná strava

Zdroj: autor



Obrázek 3.6 Nazogastrická sonda

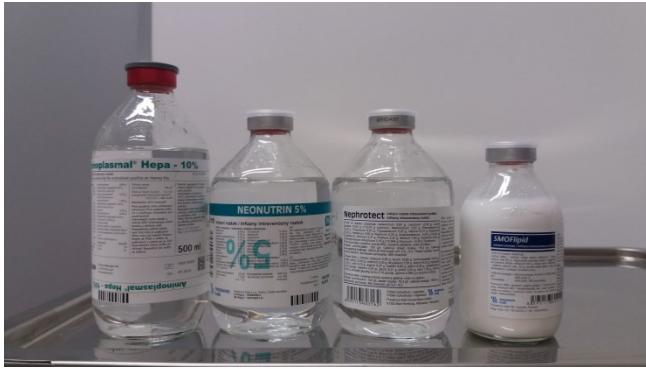
Zdroj: autor



Obrázek 3.7 Enterální pumpa

Zdroj: autor

Parenterální výživa je přísun živin do periferního žilního řečiště. Využívá se v případech, kde není možnost enterální výživy. Parenterální výživu dělíme podle formy, podle místa zavedení a podle složení stravy. Podle formy se využívá výživa, která je obsažená v jednotlivých lahvích (Obrázek 3.8) nebo v systému all – in – one (Obrázek 3.9). Místo podání rozlišujeme podle toho, kde aplikujeme výživu, na periferní výživu nebo centrální výživu. Výživa by měla obsahovat především základní nutriční složky. Infuzní roztoky obsahují cukry, aminokyseliny a lipidy. Úplná parenterální výživa obsahuje i elektrolyty, stopové prvky a vitamíny. Periferní přístup se využívá především v krátkodobé infúzní léčbě, aby se nezatěžovalo krevní řečiště. Periferní žilní katétr se zavádí na předloktí (vena basilica) anebo v loketní jamce (vena cephalica). Pokud nejde aplikovat periferní žilní katétr a je potřeba podávat vysokoprocenní roztoky centrálním žilním katétre, který se může zavést do podklíčkové žíly (vena subclavia) nebo do hrdelní žíly (vena jugularis interna). Komplikace parenterální výživy jsou většinou způsobeny zavedením žilního kanyly, kdy může být poškozena žíla nebo dojde k ucpání žilního katétru. Závažnou komplikací pro pacienta na jednotce intenzivní péče je vznik katérové sepse. Sestra by měla znát péči o žilní katétr. Musí pracovat přísně asepticky a zabránit tak, zánětu žilní stěny (Kapounová, 2007, s. 45; Zadák, 2008, s. 219).



Obrázek 3.8 Parenterální výživa

Zdroj: autor



Obrázek 3.9 Systém all – in – one

Zdroj: autor

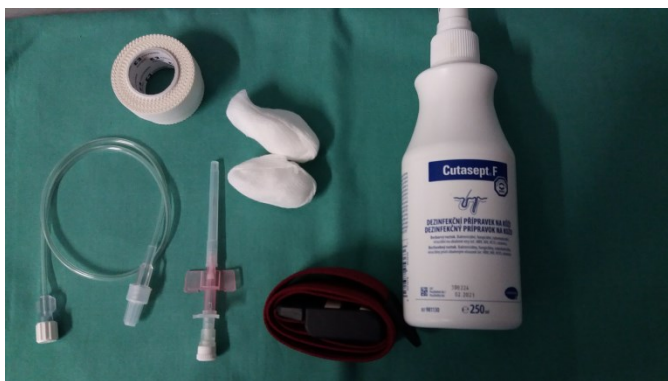
3.5 Zajištění invazivních vstupů v intenzivní péči

3.5.1 Vstupy do krevního řečiště

- *Periferní žilní katétr*

Nejvyužívanější systém zajištění krevního řečiště. Používá se již v před nemocniční péči a pomáhá zdravotnickému personálu ihned aplikovat intravenózní léky, které jsou pro člověka nezbytně nutné. Periferní žilní katétr (Obrázek 3.10) se nejčastěji aplikuje na horních končetinách. Sestra kontroluje funkčnost a nežádoucí účinky zavedeného katétru. Vlastní výkon zahrnuje přiložení Esmarchova zaškrcovadla,

dezinfekci místa vpichu a aplikací periferního žilního katétru s hadičkou s fyziologickým roztokem. Sestra se ujistí, zda je v žíle nasátím krve zpět do hadičky. Katétre překryje sterilním krytím a sleduje místo vpichu (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 161).



Obrázek 3.10 Periferní žilní katétr

Zdroj: autor

- *Centrální žilní katétre*

Pokud je u pacienta potřeba dlouhodobého zajištění krevního řečiště a podávají se léky, které mohou poškodit periferní žíly, lékař přistupuje k zavedení centrálního žilního katétru (dále jen CŽK) do centrální žíly. Tento katétre se využívá k aplikaci podtlakovým infúzím, podání transfúzních přípravků, parenterální výživy a aplikací léků, které mohou způsobit nekrózu periferního řečiště. Místa zavedení CŽK jsou nejčastěji vena jugularis interna, vena subclavia a vena femoralis. Katétre zavádí pouze lékař za pomoci Seldingerovy metody. Komplikace, které mohou doprovázet zajištění centrálního řečiště, jsou punkce arterie, pneumotorax, fluidotorax či arytmie. Správnost zavedení CŽK se kontroluje rentgenovým snímkem srdce a plic, solným můstkem nebo pomocí ultrasonografické zobrazovací metody (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 161).

- *Arteriální katétre*

Používá se především k monitoraci invazivního krevního tlaku nebo k odběru biologického materiálu do laboratoře. Arteriální katétre (Obrázek 3.11) je nejčastěji aplikován do arterie radialis, arterie brachialis a arterie femoralis. Techniky, které se využívají je prosté zavedení arteriálního katétru nebo zavedení katétru pomocí kovového zavaděče (Seldingerova metoda). Na konec arteriálního katétru se zavede

speciální komůrka se systémem monitorace krevního tlaku. Časté komplikace, které se objevují u zavedení arteriálního katétru, jsou hematom, infekce, ischemie nebo dislokace katétru (Bartůněk, Jurásková a kol., 2016, s. 162).



Obrázek 3.11 Arteriální katétr

Zdroj: autor

3.5.2 Vstup do dýchacích cest

- *Vzduchovody*

Rozlišujeme mezi ústním a nosním vzduchovodem. Jedná se o základní pomůcku k průchodnosti dýchacích cest. Vzduchovody (Obrázek 3.12) jsou vyrobeny z PVC materiálu a jsou rozlišeny podle barvy daných velikostí. Velikost ústního vzduchovodu se určuje vzdáleností mezi ústním koutkem a ušním lalůčkem. U nosního vzduchovodu se velikost určuje od špičky nosu po ušní lalůček (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 165).



Obrázek 3.12 Vzduchovody

Zdroj: autor

- *Laryngeální maska*

Slouží k zajištění dýchacích cest naslepo. Laryngeální maska neprochází hlasivkovou štěrbinou a je fixovaná v dýchacích cestách obturační manžetou. Laryngeální maska se používá v před nemocniční péči nebo na operačních sálech u krátkodobé anestezii. Před zavedením je nutno zkontrolovat funkčnost manžety a aplikovat lubrikační gel. Laryngeální masky jsou velikostně rozděleny (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 166).

- *Endotracheální kanyla*

Jedná se o běžný způsob zajištění dýchacích cest v intenzivní péči. Využívá se u rizikových pacientů, u kterých se předpokládá delší hospitalizace v nemocničním zařízení. Endotracheální kanyla (Obrázek 3.13) se zavádí do dýchacích cest pomocí laryngoskopu. Lékař zakloní nemocnému hlavu a otevřou se mu dýchací cesty, zavede laryngoskop a dle potřeby nemocného odsaje, zavede kanylu za hlasivkové vazy a sestra nafoukne obturační balonek vzduchem. Výkon se provádí v analgosedaci. Poté lékař napojí ruční křísící vak a pomocí fonendoskopu určí, zda jsou obě dvě plíce ventilovány. Poté sestra zafixuje endotracheální kanylu k prevenci možné extubace pacienta. Komplikace, které se mohou objevit u intubace, jsou například poškození zubů či měkkých tkání, laryngospasmus nebo intubace do jícnu (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 174).



Obrázek 3.13 Endotracheální intubace

Zdroj: autor

- *Tracheostomie*

Využívá se u pacientů, u kterých se předpokládá delší zajištění dýchacích cest. Je to vyústění průdušnice na povrch těla. Dochází ke zlepšení toalety dýchacích cest a lepší adaptace na odpojování ventilátoru. Tracheostomie se provádí většinou chirurgicky. Lékař provede incizi v oblasti prstencové chrupavky, velikost se určuje podle toho, jaká bude velikost tracheostomické kanyly. Kanyla má taktéž obturační balonek, který se po zavedení kanyly nafoukne vzduchem. Riziko tracheostomie je především krvácení (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 177).

3.5.3 Zajištění trávicího traktu

- *Sengstakenova – Blakemorova sonda*

Sonda se zavádí při krvácení z jícnových varixů. Sonda se zavede do žaludku a zafixuje se pomocí obturačního balonku, poté se provede obturace i v jícnu v oblasti jícnových varixech. Tyto balonky se vzduchem pomáhají tlakem zastavit krvácení. Musí se aplikovat přesné množství vzduchu, aby naopak nedošlo k poškození a následné nekróze jícnu. Sonda se udržuje pod tahem (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 179).

3.5.4 Zajištění močových cest

- *Permanentní močový katétr*

Močový katétr se zavádí z důvodu monitorace diurézy pacienta. Zajištění močového měchýře je pomocí močového katétru, který je napojen na sběrnou nádobu. Množství moče se zapisuje co hodinu nebo i po šesti hodinách dle ordinace lékaře. Močový katétr u žen zavádí sestra, u mužů lékař nebo specializovaná sestra. Komplikace, které může způsobit cévkování je především infekce močových cest, která může být pro pacienty na jednotce intenzivní péče velmi náročná (Bartůněk a Jurásková a kol., 2016, s. 180).

4 ETICKÉ ASPEKTY V INTENZIVNÍ PÉČI

V intenzivní medicíně vzniká mnoho etických otázek, které si kladou odborníci. Lékaři pracují se svými názory a musí určit jaké je pro nemocného nejlepší východisko v jeho kritickém stavu. Pro nemocné a taky pro zdravotnický personál, je nezbytně nutné správně komunikovat v krizových situacích. Být citlivý a naslouchat pacientům, kteří si naši pomoc nepřejí je taky jistá zkušenost jak pro všeobecné sestry, tak pro lékaře. Pokrokem medicíny se nesmí zapomínat na lidský život. Přes všechny rozdílnosti názorů musí být jedna hlavní myšlenka a tou je dosažená kvalita života nemocného (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 58; Heřmanová, 2012, s. 144; Zadák a Havel, 2007, s. 37).

4.1 Základní etické principy

➤ *Princip beneficence – princip prospěšnosti*

Jednáme v zájmu nemocného, je to jistá ochrana života, obnovení zdraví pomocí metod, které určí lékař a především ulehčit nemocnému od bolesti (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 59).

➤ *Princip non - maleficence*

Hlavní myšlenkou je nikdy nemocnému neublížit a nepoškodit ho. Samozřejmě v intenzivní péči se provádí takové postupy, které invazivně zasahují do nemocného, avšak tady jsou myšleny takové postupy, které nemocnému přitíží anebo které provádí nevyškolený pracovník (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 59).

➤ *Princip autonomie*

Lékař by měl léčit pacienta až po podepsání informovaného souhlasu, což je v intenzivní péči velmi složité. Pokud nelze zajistit podpis informovaného souhlasu, tak lékař postupuje dle výše zmíněných principů. Lékař několikrát vysvětluje možné dopady na zdravotní stav nemocného, který odmítá léčbu. Lékař plně respektuje přání nemocného a chápe, že je důležitá spolupráce s rodinou (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 60; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 28).

➤ *Princip spravedlnosti*

Znamená respektovat zákony a zajistit pacientovi takovou péči, na kterou má právo. Lékař spravedlivě rozhodne, jak bude nemocné léčit. Neměly by jisté léčebné úkony být na úkor druhých. (Bartůněk a Jurásková, 2016, s. 60; Ševčík, Černý a Vítovec, 2014, s. 28).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce blíže rozebíráme metodiku práce a specifikujeme kvalitativní výzkum. Dále jsou vypracovány rozhovory s všeobecnými sestrami, které působí nebo působily na jednotce intenzivní péče ve vedoucích pozicích.

5.1 Výzkumná metoda

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru (interview) s danými respondenty. Pod pojmem kvalitativní výzkum rozumíme rozbor věci, která badatele zajímá, a které chce docílit. Kvalitativní výzkumná metoda pomáhá určit širší kontext určité věci, kterou badatel zkoumá. Výzkum probíhá v přirozených podmínkách a je využito jen malé množství respondentů (Kutnohorská, 2009, s. 20; Vévodová, 2015, s. 100).

Polostrukturovaný rozhovor je metoda kvalitativního výzkumu. Je tvořen specifickými otázkami, které badatel připravuje a pro všechny respondenty má stejné otázky. Tazatel během rozhovoru určuje sám, jak budou otázky za sebou následovat. Tazatel se může dotazovaného ptát na případné nejasnosti v odpovědích. U tohoto typu rozhovoru hraje důležitou roli to, v jakém prostředí rozhovor probíhá (Kutnohorská, 2009, s. 40).

5.2 Charakteristika respondentů

Skupina respondentů pro tuto bakalářskou práci byla tvořena staničními a vrchními sestrami, které pracují či pracovaly na interní jednotce intenzivní péče v UHN. Bylo vytvořeno 6 rozhovorů v jednom zdravotnickém zařízení. První rozhovor byl s Libuší Vopatovou, která je nynější vedoucí staničních sester na interním oddělení a pracovala na interní JIP jako všeobecná sestra. Další rozhovor byl uskutečněn se staniční sestrou Bc. Jitkou Vlkovou, která nyní pracuje na interní JIP. O další rozhovor byla požádána Anna Svobodová, která byla jako první staniční sestra na jednotce intenzivní péče a spolupracovala společně s doc. MUDr. Lázníčkovou při zbudování interní JIP v UHN. Další bývalá vrchní sestra byla vybraná Zdislava Jančíková. Poslední dva rozhovory byly uskutečněny s Marií Mokrošovou, která byla staniční sestra na interní JIP a s Alenou Tvrdoňovou, která byla ve stejném období vrchní sestra.

5.3 Organizace šetření

Rozhovor pro všeobecné sestry obsahuje patnáct otázek. Pořadí otázek se neměnilo a pro všechny respondenty byly stejné. Respondenti byli dopředu seznámeni s typem otázek a postupem, jak bude rozhovor probíhat. Rozhovory byly nahrávány na diktafon u těch respondentů, kteří si nepřáli být nahráváni, tak byly psané poznámky. Účastníkům rozhovoru byl vysvětlen účel rozhovoru a byli dotazováni, zda souhlasí s uveřejněním získaných dat. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí respondentů, kde bylo dostatek soukromí a byl přítomen pouze tazatel a dotazovatel. Rozhovory byly dlouhé průměrně 30 minut.

5.4 Struktura rozhovoru

Před samotným rozhovorem bylo zodpovězeno na otázku, zda dotazovaný souhlasí s nahráváním rozhovoru a uveřejněním získaných dat.

Otázky v úvodu rozhovoru jsou zaměřeny na vzdělávání, délka praxe ve zdravotnictví či typy specializačních kurzů. Další otázky pojednávají o chodu oddělení jeho technickém a personálním vybavení. Na závěr rozhovoru se ptáme na osobní vzpomínky z praxe a také padla otázka na téma nynějšího vzdělávání sester.

5.5 Získaná data

5.5.1 Rozhovor s Libuší Vopatovou.

Rozhovor s nynější (květen 2017) vedoucí staničních sester I. Interního oddělení. Paní Vopatová si nepřála být nahrávána na diktafon, ale souhlasila s uvedením jejího jména. Paní Vopatová je vedoucí staničních sester od roku 2007 a zároveň působí na pozici staniční sestry na interním oddělení lůžkové části K. Její praxe trvá 32 let a její první zaměstnání bylo právě na tehdejší koronární jednotce.

• ***Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?***

Ve zdravotnictví pracuji 32 let, nastupovala jsem 1. srpna 1985 na koronární jednotku.

• ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

Pomaturitní specializační studium v oboru Anestezie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP).

• ***Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?***

Jako zdravotní sestra jsem chtěla pracovat od malička. V té době jsem byla nadšená z kurzu první pomoci. (úsměv)

• ***Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?***

Ano. Elektrokardiografie pro sestry, certifikovaný masérský kurz, certifikovaný kurz kanylace periferních žil.

• ***Jak dlouho působíte v pozici vrchní sestry?***

V pozici vrchní sestry působím od roku 2007.

• ***Můžete prosím popsat ošetřovatelskou jednotku a přístrojové vybavení na Vašem oddělení?***

Ošetřovatelská jednotka má 12 lůžek, pokoje jsou vícelůžkové. Máme zde monitory a šest telemetrií k monitoraci srdeční činnosti, tlaku, pulsu a saturaci kyslíku. Další přístrojové vybavení je standardní, Ekg přístroj, odsávačka, defibrilátor, pulsní oxymetr, infuzní pumpy, injekční dávkovač, enterální pumpa.

• ***Jaké je personální obsazení na Vašem oddělení?***

Na oddělení je staniční sestra, já současně vykonávám funkci vedoucí staniční sestry pro interní oddělení K, L a JIP. Dále máme zdravotnického asistenta 1,0, neregistrovanou zdravotní sestru 1,0 a registrované sestry 7,45 úvazku. Dále 4 sanitářky a 2 uklízečky. Lékaři jsou na jednotce 3.

• ***Můžete prosím popsat jaký je denní rituál na Vašem oddělení? Vizita, snídaně apod.?***

Provoz začíná v 6:00 předáním služby, dále se chystají injekce, infuze, odebírají se ranní odběry, poté následuje snídaně a během dne celá škála vyšetření. Od sedmi hodin probíhá malá vizita a následně 3x týdně velká vizita. V deset hodin se odebírají další, doordinované odběry a odchází pochůzka. Po obědě jsou opět odběry, které jsou odváženy svozem, svoz s odběry je následně další pro večerní odběry v 17:00. Večerní ordinace, večere, noční podávání ordinovaných časovaných léků. Noční klid od 22:00.

• ***Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?***

Ano, některé pacienty mám za spoustu let, co jsem v praxi, opravdu neustále uchované v paměti. Rozhodně si pamatuju prvního pacienta, který mi zemřel. Dále jsou to výjimečné diagnózy, pacient pro transplantaci srdce, pacient po resuscitaci, který mi sdělil výjimečné věci. Mohla bych jmenovat spoustu dalších, často smutných příběhů. Ty se většinou pamatují bohužel delší dobu. Mladý chlapec s těžkou cukrovkou, umírající muž na leukémii, který se ani nestihl dozvědět o těhotenství své ženy, dokážu si vybavit i jména i obličej i po desítkách let.

• ***Pořádá Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

Ano.

• ***Můžete prosím odpovědět, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Nynější vzdělávání sester nepovažuji příliš za šťastné, trvá dlouhou dobu, než je schopna sestra samostatně pracovat. Na druhou stranu po peripetii škol jsou připraveny po odborné stránce dobře a praxe se prostě získává časem.

- ***Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?***

Nemyslím si, že by ošetřování pacientů u nás byla na špatné úrovni. To dokazuje také to, že velká část jich uspěje i v zahraničí. Jen často, díky přetížení sester administrativou atd. se nedostává tolik času na pacienty.

- ***Jaké vlastnosti by měla mít vrchní sestra?***

Organizační schopnosti, flexibilita, empatie, slušnost, spolehlivost, zodpovědnost, samostatnost, trpělivost, odborné znalosti, manuální zručnost, schopnost předávat zkušenosti a úkoly, dalo by se pokračovat. (úsměv)

- ***Co tvoří náplň práce vrchní sestry na interním oddělení?***

Kontrola NIS, předávání informací, kontrola a plánování vyšetření na daný den, kontrola ošetřovatelských plánů, sesterská vizita, zajištění provozu oddělení, objednávka prádla, léků, účast na malé a velké vizitě, rozdělení úkolů po vizitách, řešení provozních problémů, propouštění, konzultace s nutričními terapeuty, fyzioterapeuty, sestrou pro hojení ran, diabetickou sestrou, rozpisy služeb, výkazů, porady s primářem a staničními sestrami, obchůzka jednotlivých stanic, zajištění proškolení nově přijatých pracovníků.

- ***Jak byste porovnala postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?***

Myslím, že v minulosti mělo postavení všeobecné sestry mnohem větší prestiž a lidé obecně si ho více vážili. Sestra byla pro ně někdo, kdo byl a určité úrovni, dokázal je vyslechnout, poradit a lidé se na ně s mnohem větší důvěrou obraceli. Nestalo se mi, že by za každou maličkost bylo vyhrožováno stížností, právníky apod. Pacienti brali pokyny sester jako něco, co je důležitého pro jejich zdraví, nyní to mnohdy berou jako příkazy. Samozřejmě záleží i na přístupu sester a jak je pacientův daný problém podaný. S tím souvisí také to, že dříve tuto práci vykonávala děvčata, která o ni opravdu měla zájem. Nyní, když se ptám děvčat na praxi, proč si zvolily toto povolání, tak mnohé odpovídají, že se bez problémů dostaly na školu, je v blízkosti bydliště atd. Málokdo odpoví, že tu práci chtěl dělat, většinou míří někam jinam. Mnohým to pak nevyjde, dostanou se do praxe a pak dělají něco, co je nebaví. V době, kdy jsem já nastupovala do školy to byla škola, kde byla děvčata, kterým se toto povolání líbilo a měly představu, jak jejich práce do budoucna bude vypadat. Ale to už je asi problém školství a společnosti vůbec.

5.5.1.1 Shrnutí

Libuše Vopatová pracuje jako vedoucí staničních sester na I. Interním oddělení v UHN od roku 2007. Současně vykonává funkci staniční sestry na interním oddělení K. Svou praxi začínala na koronární JIP. Její pracovní náplň tvoří jak práce vrchní sestry, tak práce staniční sestry. Během její praxe na interní JIP jednotka disponovala s 18 lůžky. Přístrojové vybavení na interní JIP jsou monitory, telemetrie, EKG přístroje, odsávačky, defibrilátor, pulsní oxymetr, infúzní pumpy, dávkovače, enterální pumpy, přesně jak je dané vyhláškou.

5.5.2 Rozhovor s Bc. Jitkou Vlkovou

Bc. Jitka Vlková je nynější staniční sestra interní JIP. Její praxe ve zdravotnictví je dlouhá 26 let, kdy nejdříve studovala gymnázium a poté vystudovala pomaturitní vzdělávání. Na oddělení interní JIP pracuje od roku 2007 a jako staniční sestra působí od roku 2010. Tím, že pracovala na JIP musela mít specializaci ARIP a další kurzy v oblasti kardiologie. Paní Vlková souhlasila s uvedením jejího jména do této práce.

• ***Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?***

Ve zdravotnictví pracuju od roku 1991, to je 26 let. Začínala jsem na geriatrii jako ošetrovatelka a u toho jsem si dodělávala pomaturitní studium střední zdravotnické školy. A potom jsem nastoupila na III. interní oddělení primáře MUDr. Hoffmanovi a potom z III. interní oddělení udělali následnou péči. Na interní JIP jsem od roku 2007, takže už 10 let.

• ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

Na střední jsem chodila na gympl a poté jsem si dodělala pomaturitní vzdělání. Při práci jsem si dodělávala bakalářské studium v Brně, potom ještě specializaci ARIP.

• ***Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?***

Původní záměr byla medicína a kamarádka měla maminku paní doktorku a to mě inspirovalo k tomu pomáhat lidem a tak mě to nějak drželo už od mala. Prostě ta pomoc těm lidem.

• ***Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?***

Specializaci mám ARIP, a na kurz EKG se chystáme letos s kolegyní. Myslím, že spoutu vědomostí jsem získala při studiu bakaláře. Anebo třeba ARIP jsem měla v oboru kardiologie, plicní ventilaci a přednemocniční péči, tak to mi dalo taky spousty informací.

• ***Jak dlouho působíte v pozici staniční sestra?***

Od roku 2010.

• ***Můžete prosím popsat ošetrovatelskou jednotku a přístrojové vybavení na Vašem oddělení?***

Když jsem nastupovala před deseti lety, tak bylo 18 lůžek a počet monitoru bylo 10 a k tomu 4 telemetrie. Takže pořád jsme museli přehazovat monitory. A v době kdy

jsme neměly dostatek infúzních pump, museli jsme to řešit pomocí infúzních setů s kapkovačem. Teď už máme monitory u každého. Máme tady kruhovou jednotku, kde jsou pokoje uspořádány dokola sesterny. Máme centrálu na monitory, vyšetřovny, koupelnu pro pacienty a toaletu, samozřejmě i přípravnu léků. Pokoje jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové. Na jednotce máme taky zákrokový sálek, kde se provádí kardioverze či dočasná kardiostimulace a je zde i rentgenové rameno, abychom nemuseli s pacientem nikam dojíždět. Máme dospávací pokoj, pro pacienty po endoskopických či kardiologických výkonech. Máme 10 monitorů, 2 telemetrie a 2 monitory na dospávacím pokoji. Dále máme 2 defibrilátory na zákrokovém sálku a na resuscitačním vozíku. Ventilátor máme jenom jeden a používáme ho výjimečně. Máme dva Ekg přístroje. A infúzní pumpy a dávkovače, které používáme často.

• ***Jaké je personální obsazení na Vašem oddělení?***

Tak máme dva lékaře plus sloužící lékař. Sester máme 14 úvazků a momentálně 2 úvazky ošetrovatelek. Od letošního roku nám navýšili úvazek na 3 ošetrovatelky, s tím že nám jedna dlouhodobě marodí. Na denní směnu jsme 4 a na noční směně jsme 2 sestry. Od loňského roku máme jednu zdravotnickou asistentku, jinak samé všeobecné sestry. Hodně sester nám odešlo se specializací ARIP a teď půjdou 3 sestry do důchodu, takže si myslím, že začneme přijímat zdravotnické asistenty.

• ***Můžete prosím popsat jaký je denní rituál na Vašem oddělení? Vizita, snídaně apod.?***

Ráno si sestry přeberou pacienty, zkontrolují opiáty, potom odebíráme krve pacientům, potom děláme ranní hygienu. Lékaři si dělají vizitu v 7 hodin. Dopoledne ještě přichází rehabilitační pracovník. Potom jezdíme na vyšetření jako je Sono, Rentgen, nukleární oddělení, dále posíláme pacienty na koronarografii do Zlína. Pak sestry rozvážejí léky, děláme převazy, sice máme převazovou sestru, ale 2 dny v týdnu nedochází. Rozdáváme snídaní, krmí se. Sestry si chystají ordinace od vizity. A tak různě, co doktor zrovna potřebuje. Potom je oběd, berou se glykémie glukometrem a lékař si to vyhodnocuje. Hodně se překládá na oddělení a přijímají se noví pacienti. Odpoledne přicházejí návštěvy. Večer jsou večere, zase odběry a večerka ve 22:00. Časté jsou i kardioverze, které tady provádíme. Na našem oddělení přijímáme pacienty s jaterním selháním, vředové choroby, jícnové varixy, pankreatitidy, nově zjištěné diabetiky, intoxikace. Kolikrát těch srdečních diagnóz je méně, než těch ostatních.

• ***Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?***

Lidi jsou různí a někteří nezapomenutelní, člověk si pamatuje spíš ty mladé. Přijali jsme mladou holku, která zemřela na aneurysma. Dále 19 - ti letý kluk, který měl cirhózu jater a babička s matkou, které se o něho staraly. Dále jsou to pacienti, kteří tu leží dlouhodobě s akutní pankreatitidou. Spíš si člověk pamatuje ty negativní zážitky a to myslím i zážitky s příbuznými. Taky si pamatuju jednoho pacienta, který byl na transplantaci srdce a měli jsme ho tu nedávno s fibrilacemi síní a hned jsem si na něho vzpomněla. Mladý kluk, který čekal na transplantaci plic a umřel. Takoví co jsou tady chvilku, to si člověk nepamatuje, ale co tady leží dlouhodobě, to si člověk zapamatuje velmi dobře.

• ***Pořádá Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

My máme 4x do roka provozní schůzi a k tomu si vždycky uděláme Interní konferenci. Plus ty co pořádá nemocnice, povinné a nepovinné školení sester.

• ***Můžete prosím odpovědět, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Dneska bych řekla, že je zdravka jak nějaký odpad, že se tam hlásí některé holky i se čtyřkama na vysvědčení a jdou to studovat. Já když jsem se hlásila, tak si myslím, že ta výuka byla kvalitní a učili nás doktoři a učitelky byly velmi přísné. V dnešní době se mi to nelíbí, že si holky musí dodělávat bakaláře. Měli to nechat tak, jak to bylo. Protože se zdravotnickým asistentem už neví, co mají vymyslet, už bylo tolik verzí. Kdybych mohla, tak bych to dala tak, jak to bylo původně. Chybí těm holkám hlavně praxe.

• ***Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?***

No asi míň toho papírování. Já vím, že to je hodně tou společností, že lidé se chtějí soudit a nemocnice se chce bránit, ale myslím si, že je to pro sestry moc.

• ***Jaké vlastnosti by měla mít staniční sestra?***

Zodpovědná, měla by se orientovat na oddělení, měla by umět komunikovat a tak dále.

• ***Co tvoří náplň práce staniční sestry na interním oddělení?***

Je to jiné jak práce u lůžka, raději bych dělala tu práci u lůžka. Objednávám materiály, kontrola sester a papírů, něco se pokazí a musím komunikovat s technickým oddělením. A samozřejmě, když někdo potřebuje podat podložní mísu, tak mu jí samozřejmě podám.

Od manažerky abychom dělali různé změny, které musíme pak všem vysvětlovat. A taky vytvářím rozpis služeb, které mě v současné době nejvíc zaměstnává.

• ***Jak byste porovnal postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?***

Něco se zlepšilo, něco se zhoršilo a ty lidi tu sestru berou pořád stejně si myslím. U zmatečných a intoxikovaných, tak je velmi náročné pracovat v takovém prostředí. Pořád je to ošetrovatelská péče. Velký problém je, že ty holky nejsou motivované. Sestra je v takové ne moc dobré pozici, kdy dostane vynadané od pacientů, od doktorů až skoro od uklízeček.

5.5.2.1 Shrnutí

Bc. Jitka Vlková pracuje na interní JIP od roku 2007 a od roku 2010 je staniční sestra tohoto oddělení. Struktura oddělení se za její působení stále měnila. Když nastoupila jako sestra, tak interní JIP měla 18 lůžek, které se postupně snížili až na 12 lůžek. Zmodernizovalo se technické vybavení jednotky. Obměnila se i struktura onemocnění pacientů, kteří byli na oddělení přijati. Nyní se převážně přijímají pacienti s metabolickým onemocněním, než s kardiologickým.

5.5.3 Rozhovor s Annou Svobodovou

Anna Svobodová stála u zrodu interní JIP a byla její první staniční sestrou od roku 1972. V roce 1991 – 2005 byla také vrchní sestrou interního oddělení. Délka její praxe ve zdravotnictví je 50 let. Studovala střední zdravotnickou školu a dodělávala si i nutnou specializaci v intenzivní péči. Nyní je v důchodu a vypomáhá v revmatologické ambulanci. Paní Svobodová si nepřála být nahrána na diktafon, ale souhlasila s uvedením jejího jména do této práce.

• ***Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?***

Ve zdravotnictví pracuji 50 let. Začínala jsem na interním oddělení, poté jsem dělala staniční sestru na interní JIP, také jsem dělala vrchní sestru interního oddělení, jezdila jsem na záchranné službě a nyní pracuji v denzitometrické ambulanci.

• ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

Mám maturitu ze zdravotnické školy, dále jsem si dodělávala vzdělávání SIP – sestra pro intenzivní péči, pedagogické minimum pro vyučování sester pomaturitního studia.

• ***Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?***

Tak na to mám jednoduchou odpověď, moje starší sestra byla zdravotní sestra, tak jsem k tomu „přičuchla“. Měla jsem sociální citění pro lidi, kteří potřebovali pomoc.

• ***Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?***

Ano. Jezdili jsme na semináře do Prahy, Olomouce, Ostravy či Brna a velmi na to ráda vzpomínám do dnes. Předávali jsme si zkušenosti z různých koutů republiky. Nevynechala jsem ani jeden seminář.

• ***Jak dlouho jste působila v pozici vrchní a staniční sestra?***

Jako staniční sestra jsem působila od roku 1973, kdy se zakládala intenzivní jednotka a takto jsem působila do roku 2005. Od roku 1991 jsem zároveň vykonávala post vrchní sestry interního oddělení.

• *Můžete prosím popsat, jaká byla ošetrovatelská jednotka a přístrojové vybavení na Vašem oddělení?*

Když jsme to s MUDr. Lázníčkou zakládali, tak měla jednotka nejdříve 4 lůžka a 2 monitory, které byly velmi hlučné. Poté jsme měli jiné monitory, které byly o mnohem komfortnější. V roce 1977 jsme už měli 6 lůžek a jipka se několikrát transformovala. Na III. Interním oddělení byla metabolická JIP, která se sloučila s koronární JIP a stala se z nich interní JIP. Byli jsme jednu dobu rozdělení i na týmy kardiologické a metabolické. Když potřeboval někdo pomoci, tak jsme šli buď z koronárky nebo právě z metabolky. Přístroje byly velmi omezené. Neměli jsme k dispozici tolik zařízení jako dneska.

• *Jaké bylo personální obsazení na Vašem oddělení?*

Byla jsem já jako staniční a k tomu 4 sestry a jeden lékař. Já jsem musela ještě pracovat na pohotovosti. Anebo když se jelo s pacientem na dočasnou kardiostimulaci do Zlína, tak jsem s ním taky musela jet já jako doprovod. Byla to pro mě velká zkušenost a ve Zlíně na kardiologickém sále jsme se už znali jak z těchto případů, tak právě z těch kardiologických konferencí. Tak jsem tam i potom ráda jezdila a nebrala jsem to jako břemeno.

• *Můžete prosím popsat, jaký byl denní rituál na Vašem oddělení? Vizita, snídaně apod.?*

Předání služby bylo v 7 hodin ráno. Noční směna už měla odebrané krve, změřené krevní tlaky, udělanou ranní hygienu. Sestry na denní rozdávaly snídaně a po ní následovaly léky. Vizita byla o půl 10, takže se všechno krásně stihlo do té doby. Poté se plnily ordinace lékaře a vyšetření. Následoval oběd, krmení pacientů a tak dále. Sestry dělaly jen osmihodinové služby. Jinak ten chod oddělení byl podobný jako dnes.

• *Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?*

Ano nedávno jsem potkala paní, která za dob kdy jsem pracovala na koronární jednotce, tak tam byla přijata. Měla nemocné srdce a zjistili ji ve 20 - ti letech, že má Foramen ovale. Tehda jela na výkon do Olomouce, a pak jsem o ní už neměla zprávy. A zrovna nedávno jsem ji potkala. Tak to pro mě mělo velmi pozitivní vliv.

• ***Pořádala Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

Ano pořádala. Jezdili jsme na dny srdce a konference či semináře. Ráda na to do teď vzpomínám. Poznala jsem mnoho diagnóz, se kterými se tolik neseťkávám a hlavně jsem tam našla nové přátele a známé.

• ***Můžete prosím odpovědět, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Ano. Nelíbí se mi nynější vzdělávání sester. Sestry říkají, že se nestihnou naučit za tři roky na víc to, na co nám stačilo jen čtyři roky. A stejně budou dělat tu samou práci.

• ***Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?***

Méně papírové práce a více práce u pacienta. To je to co by se mohlo změnit.

• ***Jaké vlastnosti by měla mít vrchní a staniční sestra?***

Přesně ty co mám já (smích). Já jsem byla přísná, ale spravedlivá. To mi i teď říkají mé bývalé kolegyně.

• ***Co tvoří náplň práce vrchní a staniční sestry na interním oddělení?***

Ono je to stále stejné a myslím, že se to nezměnilo. Stále musí dohlížet na chod oddělení, komunikovat s primářem, hlavní sestrou prostě s vedením nemocnice. Dále zajišťovat chod oddělení, aby bylo dostatek pomůcek a materiálu.

• ***Jak byste porovnala postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?***

Když jsem nastupovala já, tak to byly všechny sestry ze staré školy. Člověk si musel dát pozor na to, jak pracuje, aby ho vedoucí sestra „nezdupala“. Nás napomínala za to, jak máme postavenou zkumavku na sedimentaci. Ale jsem za to ráda a nelituji, že jsem si vybrala obor zdravotní sestry.

5.5.3.1 Shrnutí

Anna Svobodová stála u zrodu interní JIP v UHN, která vznikla v roce 1972. S docentem Lázníčkovou nejdříve vytvořili 4 lůžka, s tím že pouze 2 byly monitorované. V roce 1977 se navýšil fond lůžek na 6. Došlo i ke změně typu monitorů. Jednotka se skládala ze dvou pokojů, které měly prosklené stěny a mezi nimi byla sesterna. Sloužila jedna sestra a měly

osmihodinové služby. V roce 1985 došlo ke sloučení koronární a metabolická JIP a vznikla interní JIP. Do roku 2010 měla jednotka 18 lůžek.

5.5.4 Rozhovor s Marií Mokrošovou

Marie Mokrošová byla staniční sestra na oddělení interní JIP v UHN od roku 2005 do roku 2010. Její praxe ve zdravotnictví je skoro 40 let. Prošla několika odděleními a od roku 1980 pracovala na koronární jednotce. Nyní už je v důchodu. Odbornou způsobilost získala na střední zdravotnické škole a poté na specializačním vzdělávání na 3 roky ARIP v Brně. Paní Mokrošová souhlasila s uvedením její osoby do této práce.

• ***Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?***

Nyní už nepracuji, jsem v důchodě. Moje praxe ve zdravotnictví byla skoro 40 let. Začínala jsem na chirurgii, po mateřské jsem šla na gynekologickou chirurgii, po druhé mateřské jsem byla v jeslích a potom jsem šla od roku 1980 na koronárku a tam jsem byla až do důchodu.

• ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

Mám střední zdravotnickou školu a nástavbové studium intenzivní péče - ARIP, které jsem se učila v Brně.

• ***Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?***

Chtěla jsem vždycky dělat toto a navíc se mi to moc líbilo.

• ***Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?***

Mám specializaci ARIP, dále jsem musela mít kurz na práci s dětmi v jeslích, kdy to nebyla škola ale jenom kurz, který trval rok.

• ***Jak dlouho jste působila na pozici staniční sestra?***

Staniční sestru jsem dělala 5 roků. Od roku 2005 do roku 2010.

• ***Můžete prosím popsat ošetrovatelskou jednotku a přístrojové vybavení, které bylo na Vašem oddělení?***

Skládalo se to ze dvou pokojů, tam se vešlo a byly obě dvě stěny prosklené a viděli jsme ty pacienty. Na každém pokoji byli tři pacienti. Takže dohromady šest pacientů. Nad hlavami měli monitory, které byly malé a velmi těžko z nich šlo něco číst. Defibrilátor, který byl těžký jak hrom, na každé straně jeden. Ventilátory jsme vůbec neměly, až potom jak jsme se stěhovali tak byl jeden. Potom jsme měli velký monitor i na sesterně, kde se ukazovaly

křivky pacientů. Byli to většinou opravdu kardiologičtí pacienti, dnes na jipce jsou přijímání převážně pacienti s metabolickým onemocněním. A polohovací lůžka, které jsou dnes zcela nevyhovující. Rukavice jsme vůbec neměly, všechno jsme musely umývat, sterilizovat, dělaly jsme tamponky, štětičky. Chodily nám z prádelny oprané obinadla a ty jsme musely smotávat. Dnes už je to všechno na jedno použití. Krev jsme braly do skleněných stříkaček, jehly se musely brousit. Infúze jsme dávaly na jehlu a pacient nemohl hýbat s rukou, aby si to nevytáhl. Centrální žilní katétr se dával málo a byla tam ta velká jehla, která se přišila a my jsme se bály, aby nezajela do těla. Byly to takové polní podmínky. My jsme se potom stěhovali na novou budovu, tak tam to zázemí bylo už úplně jiné.

• ***Jaké bylo personální obsazení na Vašem oddělení?***

Bylo nás pět sester a plus staniční sestra (paní Svobodová). Na denní a na noční jsme sloužily po jedné sestře, ale tehda to byly osmihodinové služby. Dopoledne nám třeba pomáhala staniční, ale potom už jsme si musely všechno dělat samy. Neměly jsme k ruce ani sanitárku nebo ošetřovatelku, takže jsme i utíraly stolky s dezinfekcí. Ale dřív byla JIP součást oddělení, a když jsme potřebovaly pomoc, tak jsme si řekly o pomoc sestřičkám na oddělení. Měli jsme stále plné oddělení. A když byl akutní výkon ve Zlíně, tak jsme s pacientem musely jet jako doprovod samy bez lékaře, potom už naštěstí jezdily záchran-ky, ale do té doby jsme to dělaly my sestry. A většinou nás musely odvolat z domu.

• ***Můžete prosím popsat, jaký byl denní rituál na Vašem oddělení? Vizita, snídaně apod.?***

My jsme začínaly v 6 ráno, s tím že jsme dělaly ranní hygienu, uklízely jsme a dezinfikovaly. Poté byla snídaně, tak jsme krmily. Vizita byla kolem 9 hodiny a po ní jsme plnily ordinace lékaře. Chodili jsme na vyšetření s pacienty, odběry jsme si vozily samy, takže nás to zdržovalo od práce, jelikož byla laboratoř na opačné straně nemocnice. Pak jsme pacienty přijímaly a propouštěly – no podobné jako dnes, s tím že my jsme dělaly osmihodinové služby.

• ***Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?***

Ale jo jednu si vybavuji. Paní měla bradykardii a musela se stimulovat. Dřív se to dělalo na Rentgenu a tam jsme s ní museli jet. Brali jsme všechny pomůcky pro lékaře a nic jsme nemohly zapomenout. A ta paní mě tehdy řekla, že nikam nepůjde, že si to nenechá udělat. Pak se teda rozhodla, že na to půjde a řekla mi: „Jestli se to nepovede, tak Vás budu strašit, až umřu.“ No bylo to šílené, ale naštěstí to dobře dopadlo.

• ***Pořádala Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

Ano pořádala. Já jsem tolik moc nejezdila, protože jsem si začala dělat školu až mi bylo kolem 40ti roků, jelikož jsem musela mít odpracovanou nějakou praxi na JIP abych to mohla studovat. Byly to kardiologické semináře a chodila jsem, když to bylo tady v blízkosti. Ale na konference do větších měst jsem nejezdila.

• ***Můžete prosím odpovědět, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Myslím si, že je to holý nesmysl co s tím udělali. Stačilo dřív jen čtyřletý obor. Ale pokud člověk nemá zkušenosti, tak je to zbytečné se učit další tři roky. Ale myslím si, že dřív to stačilo a nás učitelé drezúrovali a byli hodně přísní. My jsme si potom mohly dodělat nástavby, když jsme chtěly mít nějakou specializaci. A když sestra pracovala na oddělení, tak jí bohatě stačila střední škola.

• ***Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?***

Sice jsem už teď v důchodu, tak se v tom už moc neorientuji. Ale vím, že ke konci mě vadila papírová práce. Sestra jen sedla a honem rychle psala, aby to měla rychle napsané a mohla jít domů, místo toho aby byla u lůžka pacienta. Myslím, že by bylo lepší, kdyby sestra byla radši u lůžka, než aby psala papíry do nekonečna.

• ***Jaké vlastnosti by měla mít staniční sestra?***

Být spravedlivá, nikomu nenadržovat. Ale aby byla jako velký vítr, taky není dobře. Aby bylo všechno, jak má být, aby si sestry uměly zorganizovat práci. Aby byl na pracovišti pořádek, klid a mír.

• ***Co tvořila náplň práce staniční sestry na interním oddělení?***

Chodila jsem s holkami ráno na hygienu. Tím jsem si i zkontrolovala pacienty, co jsou na oddělení. Pak jsem objednávala léky, materiál, psala jsem služby, chodila jsem na vizity, chystala jsem papíry pacientů, kteří měli jet na výkon třeba do Brna. Nebo když měli jet pacienti na druhý den domů, tak jsem objednávala a vypisovala sanitky. Toho bylo tolik. Snažila jsem se holkám pomoci s tou papírovou prací, když jsem měla čas. Ale spíš mě bavila práce u lůžka, ze začátku jsem si nemohla na práci staniční sestry zvyknout.

• *Jak byste porovнала postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?*

Dřív jsme se snažili držet při sobě a kolektiv byl trochu lepší. Jak jsem odešla ze zdravotnictví, tak mě to spíše přišlo, že každý bojuje za sebe a nepomůžou si sestry mezi sebou, což se mě absolutně nelíbilo. Dřív jsem se do práce velmi těšila, ale nevím, jestli se teď těší holky do práce.

5.5.4.1 Shrnutí

Od roku 1980 pracovala na jednotce intenzivní péče jako zdravotní sestra, po vystudování specializace byla jmenována staniční sestrou od roku 2005 do roku 2010. Jednotka se během její praxe přestěhovala z budovy, kde vznikala do budovy, kde sídlí nyní. Technické a materiální vybavení se v té době taky velmi měnilo. Paní Mokrošová vzpomíná na to, jaké byli dřívější podmínky a materiální vybavení. Dříve sestry musely jezdit, jako doprovod na dočasné kardiostimulace do okolních nemocnic bez doprovodu lékaře.

5.5.5 Rozhovor s Alenou Tvrdoňovou

Alena Tvrdoňová pracovala v roce 1986 na interní JIP a poté ji byla nabídnuta funkce vrchní sestry, kterou vykonávala do roku 2006. Její praxe ve zdravotnictví je kolem 45 let a většinu praxe má právě z interního oddělení. Nyní vypomáhá v kardiologické ambulanci. Paní Tvrdoňová souhlasila s uvedením její osoby pro uvedení do této práce.

• ***Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?***

Ve zdravotnictví pracuji 45 let. Začínala jsem na interním oddělení K a to bylo v roce 1972. Po mateřské v roce 1978 jsem šla na dětské oddělení. A v roce 1983 jsem se vrátila zpátky na internu. Na interní jipce jsem pracovala od roku 1986 asi jen jeden rok. Poté mi nabídli pracovat jako staniční sestra na interně K a nakonec jsem dělala i vrchní sestru pro celou internu do roku 2006. Nyní ještě vypomáhám v kardiologické ambulanci.

• ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

Absolvovala jsem střední zdravotnickou školu s maturitou. A poté pomaturitní vzdělávání typu ošetrovatelství, to jsem tehda měla všeobecné.

• ***Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?***

Bylo to tak ve mně. Jsem vždycky chtěla dělat tuto práci. Mě to zaměstnání jako takové naplnilo. Ten pocit, že je pacient spokojený to Vás hřeje u srdíčka. Vždycky mě ti pacienti nabili energií a já jsem se snažila nabít je. Samozřejmě někdy jsou i špatné situace, ale s tím se musí počítat. A možná se s tím člověk asi narodí a poznáte, když sestřička to dělá s radostí nebo jestli to dělá jako generál. Pokud sestřičky nemají empatii, tak to se už asi nenaučí.

• ***Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?***

Ne nic se po mě nevyžadovalo. Ale sestry jsem posílala na ARIP podobně.

• ***Jak dlouho jste působila v pozici vrchní sestry?***

Jako staniční sestra jsem byla od roku 1987. Poté jsem byla vedoucí staničních sester. A vrchní sestra celého interního oddělení jsem byla od roku 2006.

• ***Můžete prosím popsat ošetrovatelskou jednotku a přístrojové vybavení na jednotce intenzivní péče?***

Jak jsem začala dělat vrchní sestru, tak jsme se staniční Marií Mokrašovou objednaly lůžka pro celé oddělení. Když jsem nastoupila, tak nebyly vůbec postele na kolečkách a matrace jsme musely vyklepávat od prachu, 2x do roka jsme gruntovali oddělení. Vybavenost je nesrovnatelná s dnešní dobou. Měli jsme defibrilátor, monitory, ale stačilo to. V roce 1993 byla taková vlna, kdy jsme získali nové přístroje díky tehdejšímu řediteli nemocnice. Byli jsme rádi, že máme nové EKG, defibrilátor a to byla obměna od toho roku 1973.

• ***Jaké bylo personální obsazení na jednotce intenzivní péče?***

Sloužil se třísměnný provoz a byly vždy minimálně 2 sestry plus staniční sestra. Dohromady tak 6 sester.

• ***Můžete prosím popsát, jaký byl denní rituál na oddělení?***

Vizity byly kolem 9 hodiny. Dříve se dělaly vizity na všech oddělení každý den. Poté se dělaly vizity každý den na jipce a pak co den to jiné oddělení. Ráno jsme začínali sedánkem, kolik bylo příjmu co se dělo v noci a zda je potřeba něco řešit akutně.

• ***Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?***

Pamatuji si mnoho pacientů. Třeba takové pacientky, které nám hádaly z ruky naši budoucnost tzv. Žitkovské bohyně. Pak si pamatuji pacienta s leukémií, bylo to hrozně smutné. Kluk diabetik, který nám sbíral šišky na zdobení vánočního stroměčku. Pacienti tady na lavičkách, které potkávám a zdraví mě.

• ***Pořádala Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

My jsme chodili na semináře a měli jsme plnohodnotné semináře. Jezdila jsem i do Třince na semináře třeba na hojení ran. Já jsem vždycky upřednostňovala vzdělávání a chtěla jsem aby moje sestřičky jezdili na semináře. Pokud nemocnice něco pořádá i nyní, tak se jich taky zúčastním. Já jsem taky organizovala různé přednášky a chodily mi na ně i děvčata z jiných nemocnicí.

• ***Můžete prosím napsat, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Potřebovali bychom ty nižší zdravotnické pracovníky, tím myslím zdravotnické asistenty. Oni by dělali veškerou odbornou práci, na kterou mají kompetence a všeobecné sestry by hodnotily pacienta pomocí škál a ošetřovatelských diagnóz a dohlížela by nad asistentama. Sice kdyby to nechali tak jak to bylo, tak by to bylo jednodušší. Je to paskvil, bohužel.

• *Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?*

Já myslím, že za 45 let co jsem v praxi se nezměnilo vůbec nic jenom to vybavení. Sestře zůstává stejná práce, stejný přístup k nemocnému. Nemám pocit, že by si nás někdo vážil.

• *Jaké vlastnosti by měla mít vrchní sestra?*

Vrchní sestra by měla být objektivní, měla by mít přirozený respekt, neměla by být zbrklá či unáhlená. Měl by jít příkladem svým zaměstnancům, nebýt laxní a přistupovat ke všem stejně. Vedoucí pracovník by měl být přátelský a měl by vytvářet příjemnou atmosféru. Důležitá vlastnost je i umět dobře hospodařit. Já jsem ještě zpracovávala standardy pro ošetrovatelskou péči.

• *Co tvořila náplň práce vrchní a staniční sestry na interním oddělení?*

Já jsem byla zároveň staniční sestra a vedoucí staničních sester, tudíž vrchní sestra. Jeden člověk sedí na dvou pozicích a je jasné, že tu jednu nebudu dělat poctivě, to prostě nejde. Bylo to velmi náročné. Ale člověk si to musel umět zorganizovat. Snažila jsem se celou internu renovovat.

• *Jak byste porovнала postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?*

Postavení sester se nezměnilo. To mě trápí léta, že si to neumíme vybojovat svými vědomostmi a kvalitami. Lékař nemá nic společného s ošetrovatelskou péčí. První tu byla ošetrovatelská péče a až potom se rozvinula medicína. Ať si každý pochopí, že jsme starší. Řeholnice dávaly obklady a masti a potom vznikli lékaři. My máme svoje ošetrovatelské diagnózy a nepotřebujeme k tomu lékaře. Pacienty si sestra dokáže pohlídat sama. Sice si myslím, že dříve si sester víc vážili lékaři.

5.5.5.1 Shrnutí

Od roku 1972 začínala pracovat na interním oddělení. Na jednotce intenzivní péče jako zdravotní sestra pracovala jen krátkou dobu. Poté byla staniční sestra na interním oddělení K a následně na to byla vrchní sestra pro I. Interní oddělení. Díky paní Tvrdoňové byly modernizovány lůžka pro pacienty na celém interním oddělení včetně interní JIP. Sjednotila dvanáctihodinové služby. Za její působení jako vrchní sestra došlo k modernizaci technického vybavení.

5.5.6 Rozhovor se Zdislavou Jančíkovou

Zdislava Jančíková pracovala v roce 1978 jako staniční sestra na interním oddělení S a vrchní sestru od roku 1994 na II. Interním oddělení. Také vykonávala funkci vedoucí staničních sester po personální změně. Od roku 2012 vypomáhá v ambulanci denziometrie. Paní Jančíková souhlasila s uvedením jejího jména do této práce.

• *Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?*

Pracovala jsem na interně od roku 1971, kdy jsem tam nastoupila po zdravotnické škole. Nejprve jsem nastoupila pod panem primářem Rašticou. Po dvou letech jsem šla na mateřskou. Po mateřské jsem se vrátila a dělala jsem rok jako zdravotní sestra a po roce mě pan primář udělal staniční sestrou ve 25 letech. A potom jsem dělala vrchní sestru. Poté došlo ke změně a to k takové, že stávající pan ředitel zrušil vrchní sestry a nahradil jí funkcí vedoucí staničních sester. Já jsem měla na starosti celou II. Internu – muži, ženy a interní ambulance a k tomu jsem měla své oddělení internu S, kde jsem dělala staniční sestru. Takže 2 funkce v jedné osobě.

• *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

Mám střední zdravotnickou školu pomaturitní vzdělávání, které jsme musely mít všechny staniční sestry. Za nás jsme nemusely mít vysokoškolské vzdělání, jak to musí mít nynější staniční sestry, potažmo vrchní. Myslím si, že je to pro ty holky ale výhoda.

• *Co Vás vedlo k výkonu tohoto zaměstnání?*

Já jsem vždycky, hrozně chtěla být zdravotní sestřičkou. Nás bylo 5 dětí, takže moje maminka byla dlouho doma sama. Chodila uklízet jednomu panu doktorovi a já jsem jí tam chodila pomáhat. A mě se tam u něho strašně líbilo. Když jsem šla ze základní školy, tak jsem chtěla jít na chemickou školu a najednou jsem si uvědomila, že se mi líbilo povolání sestřičky. Můj tatínek si to nepřál, jelikož mě vždycky říkal, že budu vždy jen služka.

• *Absolvovala jste nějaké specializační kurzy?*

Nemám žádnou specializaci.

• ***Jak dlouho jste působila v pozici vrchní a staniční sestra?***

Od roku 1978 jako staniční sestra a vrchní sestra od roku 1994 – 1998 na II. Interním oddělení. Také jsem vykonávala funkci vedoucí staničních sester po personální změně.

• ***Můžete prosím popsat ošetrovatelskou jednotku a přístrojové vybavení na Vašem oddělení?***

Co si pamatuju tak tam byly monitory, defibrilátory, Ekg přístroj, infúzní pumpy nebyly to měli speciální infúzní set.

• ***Jaké bylo personální obsazení na Vašem oddělení?***

Záleží, které období to bylo buď dělaly sestry po jedné na směně anebo jak bylo víc lůžek tak dělaly už tak po třech.

• ***Můžete prosím popsat, jaký byl denní rituál na Vašem oddělení? Vizita, snídaně apod.?***

Vizity byly kolem půl 10 hodiny. Dříve se dělaly vizity na všech oddělení každý den. Poté už bylo mnoho pacientů, tak to museli střídat, s tím, že jeden den byly na jednom oddělení třeba úterý a ve čtvrtek zase na jiném. Každopádně na JIP byly vizity s panem primářem každý den. Pak holky dělaly hygienu, chystaly si léky, plnily ordinace lékaře, jezdily na různá vyšetření po celé nemocnici.

• ***Pamatujete si na nějakého konkrétního pacienta, kterého jste ošetřovala?***

To bylo moc pacientů. Pamatuju si, když jsem byla první rok v práci a tenkrát třicetiletý pacient, který měl těžký infarkt srdíčka a to na tu dobu byl opravdu mladý. Jeden pán mi i dal takovou dózičku na kafe, kterou sám vyráběl a mám ji dodnes schovanou.

• ***Pořádala Vaše nemocnice vzdělávací semináře a certifikované kurzy?***

Ano pořádala a zúčastnila jsem se jen pár z nich.

• ***Můžete prosím odpovědět, co si myslíte o nynějším vzdělávání sester?***

Možná, že mám špatný názor, ale co oni teď vymýšlí nevím. Třeba změna zdravotní sestry na zdravotnického asistenta, kteří nesmí pracovat samostatně a musí pracovat pod vedením sestry, je s prominutím blbost. Jelikož dřívější studium zdravotní školy bylo dle mého názoru dostačující, a když jsme vyšly ze školy, tak jsme věděly všechno. A nynější zdravotní asis-

tenti musí taky dělat všechno. A ještě po nich chtějí, aby měli další tříleté vysokoškolské studium. To si myslím, že pro sestru je to zbytečné studovat 7 let. Víím, že teď se to nějak mění, že bude stačit jen jeden rok to si myslím, že bohatě by stačilo.

• ***Je něco co byste ráda změnila v systému ošetřování pacientů?***

Je strašně moc papírové práce pro sestry. Já myslím, že to je špatně a mělo by být právě k ruce hodně ošetřovatelek. My když jsme začínaly, tak jsme neměly tolik papírové práce. A myslím si, že to není dobře, poněvadž ty sestřičky nemají vůbec čas na pacienty. Mají jenom hrůzu z toho, kdy přijde nějaká kontrola na ty papíry a na tu dokumentaci. Jen sedí u dokumentace a píše a píše. Za nás pod primářem Rašticou, který po nás chtěl, abychom znaly celé oddělení a všechny pacienty. Nyní mají děvčata rozdělené oddělení na tři části, kdy každá zná tu svoji skupinu. A když se náhodou rodina zeptá sestřičky, která nemá jejich příbuzného ve skupině, na zdravotní stav tak ona neví o tom pacientovi vůbec nic.

• ***Jaké vlastnosti by měla mít vrchní či staniční sestra?***

Musí být přísná, musí veškerou práci dokonale ovládat, musí si velice dobře rozumět se svými podřízenými a i když je přísná, může poručit samozřejmě, ale jestliže teď poručím a budu někdy křičet, tak vzápětí na to se s tou sestřičkou budu bavit zcela normálně. Vedoucí sestra by se neměla cítit být jako nadřazená, je stejný člověk jak ta podřízená sestra. Nikdy jsem se nepovyšovala.

• ***Co tvořila náplň práce vrchní a staniční sestry na interním oddělení?***

Vykonávala jsem zároveň staniční sestru a vedoucí staničních sester. Takže jako staniční sestra jsem se musela starat o to svoje oddělení. Psala jsem služby, objednávala materiály. Jako vrchní jsem se starala o celou internu.

• ***Jak byste porovнала postavení všeobecných sester v době, kdy jste začínala a nyní?***

Jak už jsem říkala, zdravotní sestra je takříkajíc taková služka pro ty staré lidi, jelikož oni si sami některé věci už nejsou schopni udělat. My těm lidem musíme pomoci se vším a pokud ta sestřička toto nechce a nerada to dělá tak tam nemá co dělat. Poněvadž v nemocnici jsou především staří lidé, kteří potřebují pomoc.

5.5.6.1 Shrnutí

Zdislava Jančíková pracovala v roce 1978 jako staniční sestra na interním oddělení S a vrchní sestru vykonávala od roku 1994 na II. Interním oddělení. Také vykonávala funkci vedoucí staničních sester po personální změně na celém interním oddělení. Bohužel na interní JIP nepracovala, ale jako vedoucí staničních sester měla informace o tom, jak jednotka vypadala.

6 DISKUZE

Libuše Vopatová pracuje jako vedoucí staničních sester na I. Interním oddělení v UHN od roku 2007. Současně zaštiťuje funkci staniční sestry na interním oddělení K. Svou praxi ve zdravotnictví začínala na koronární JIP. Její pracovní náplň tvoří jak práce vrchní sestry, tak práce staniční sestry. Během její praxe na interní JIP jednotka disponovala s 18 lůžky. Přístrojové vybavení na interní JIP jsou monitory, telemetrie, EKG přístroje, odsávačky, defibrilátor, pulsní oxymetr, infúzní pumpy, dávkovače, enterální pumpy, přesně jak je dané vyhláškou.

Bc. Jitka Vlková pracuje na interní JIP od roku 2007 a od roku 2010 je staniční sestra tohoto oddělení. Struktura oddělení se za její působení stále měnila. Když nastoupila jako sestra, tak interní JIP měla 18 lůžek, které se postupně snížili až na 12 lůžek. Zmodernizovalo se technické vybavení jednotky. Obměnila se i struktura onemocnění pacientů, kteří byli na oddělení přijati. Nyní se převážně přijímají pacienti s metabolickým onemocněním, než s kardiologickým.

Anna Svobodová stála u zrodu interní JIP v UHN, která vznikla v roce 1972. S docentem Lázníčkou nejdříve vytvořili 4 lůžka, s tím že pouze 2 byly monitorované. V roce 1977 se navýšil fond lůžek na 6. Došlo i ke změně typu monitorů. Jednotka se skládala ze dvou pokojů, které měly prosklené stěny a mezi nimi byla sesterna. Sloužila jedna sestra a měly osmihodinové služby. V roce 1985 došlo ke sloučení koronární a metabolická JIP a vznikla interní JIP. Do roku 2010 měla jednotka 18 lůžek.

Marie Mokošová od roku 1980 pracovala na jednotce intenzivní péče jako zdravotní sestra, po vystudování specializace byla jmenována staniční sestrou od roku 2005 do roku 2010. Jednotka se během její praxe přestěhovala z budovy, kde vznikala do budovy, kde sídlí nyní. Technické a materiální vybavení se v té době taky velmi měnilo. Paní Mokošová vzpomíná na to, jaké byli dřívější podmínky a materiální vybavení. Dříve sestry musely jezdit, jako doprovod na dočasné kardiostimulace do okolních nemocnic bez doprovodu lékaře

Alena Tvrdoňová od roku 1972 začínala pracovat na interním oddělení. Na jednotce intenzivní péče jako zdravotní sestra pracovala jen krátkou dobu. Poté byla staniční sestra na interním oddělení K a následně na to byla vrchní sestra pro I. Interní oddělení. Díky paní Tvrdoňové byly modernizovány lůžka pro pacienty na celém interním oddělení včetně in-

terní JIP. Sjednotila dvanáctihodinové služby. Za její působení jako vrchní sestra došlo k modernizaci technického vybavení.

Zdislava Jančíková pracovala v roce 1978 jako staniční sestra na interním oddělení S a vrchní sestru vykonávala od roku 1994 na II. Interním oddělení. Také vykonávala funkci vedoucí staničních sester po personální změně na celém interním oddělení. Bohužel na interní JIP nepracovala, ale jako vedoucí staničních sester měla informace o tom, jak jednotka vypadala.

Otázky byly kladeny i na nynější systém vzdělávání. Všechny sestry odpověděly, že by ponechaly systém, tak jak byl nastaven. Podle nich by stačila střední zdravotnická škola s maturitou a další vzdělávání podle toho, kde by chtěla určitá všeobecná sestra pracovat. Taky byl podán dotaz, co by měnily v systému ošetřování nemocných. Většina odpověděla, že by snížily papírovou práci, pouze jedna odpověděla, že papírová práce je taky důležitá část práce sestry.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Intenzivní péče je řazena mezi mladší obor medicíny, než anesteziologie. Doporučila bych další zpracování historie intenzivní péče a anesteziologie ve větším měřítku. Mohly by být uskutečněny specifické rozhovory s lékaři a všeobecnými sestrami, kteří stáli u zrodu intenzivní péče. Téma se může aplikovat i na větší nemocnice, ve kterých právě začínala intenzivní a anesteziologická péče.

Výstupem této práce je vytvoření časové osy událostí, které byly důležitým mezníkem pro transformaci celého interního oddělení, včetně interní JIP v Uherskohradištské nemocnici, a.s. (viz příloha 9). Informace jsou čerpány z rozhovorů, které proběhly s všeobecnými sestrami a některé informace jsou doplněny z literárních a internetových zdrojů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na historii intenzivní péče v interním ošetřovatelství. Pro získání dat byla vybrána Uherskohradištská nemocnice a.s. Cílem této práce bylo zmapování historie a vývoj interní jednotky intenzivní péče, která byla založena v roce 1973 doc. MUDr. Miloslavem Lázničkou. Jednotka prošla řadu let mnohými strukturálními, technickými a samozřejmě personálními změnami. Informace jsme získávali za pomoci rozhovorů sester, které pracují nebo pracovaly na interní jednotce intenzivní péče. Byly vybrány všeobecné sestry ve vedoucích pozicích jak staniční, tak i vrchní sestry. Některé z nich stály přímo u zrodu interní jednotky intenzivní péče. Dochází k porovnání jednotky za dob, kdy začínala a jak se dále formovala. Rozhovory byly velmi přínosné pro zpracování historie interní intenzivní péče. Sestry vzpomínají nejen na docenta Lázničku, ale také na to jak sloužily na oddělení samy a co vše měly k dispozici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada, 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
2. BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ a kolektiv, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BUŽGOVÁ, Radka, Ilona PLEVOVÁ a Martina CICHÁ, 2011. *Ošetrovatelství I: od starověku po současnost*. Praha: Grada, 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
4. DUINOVÁ, Nancy, Jenny SUTCLIFFOVÁ, 1997. *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. Londýn: Morgan Samuel Edition, 256 s. ISBN 80-85871-04-1.
5. HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
6. JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha: Triton, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
7. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada, 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
12. PERRIN, Kathleen Ouiment a Carrie Edgerly MACLEOD, 2013. *Understanding the essentials of critical care nursing*. 2nd ed. Boston: Pearson, 527 s. ISBN 978-0-13-272415-9.
13. POKORNÝ, Jiří a Ondřej BOHUŠ, 1996. *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k oborové samostatnosti*. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 184 s. ISBN 80-85369-36-2.
14. POKORNÝ, Jiří, et al., 2004. *Urgentní medicína*. 1. Vyd. Praha: Galén, 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
15. POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-824-5.

16. PORTER, Roy, 2013. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*. 2. Vyd. Londýn: HarperCollinsPublishers, s. 812. ISBN 978-80-7260-287-2.
17. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC, et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. rozšř. vyd. Praha: Galén, s. 1150. ISBN 978-80-7492-066-0.
18. UH nemocnice: *Historie I. Interního oddělení* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/interna-i/historie-i-interniho-oddeleni>
19. UH nemocnice: *Konference patřila Roku srdce* [online]. [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/konference-patrila-roku-srdce>
20. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina, IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
21. VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUDVÍK a Jana NOVÁKOVÁ, 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
22. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
23. Vyhláška č. 92/2012 Sb. ze dne 26. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
24. Vyhlášky č. 287/2013 Sb. ze dne 5. září 2013 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-287>
25. WOODROW, Philip, 2012. *Intensive care nursing*. Oxon:Rotledge, 484 s. ISBN 978-0-415-58451-7.
26. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
27. ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada, 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5
28. Zákon 96/2004 Sb. ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

I.	první
II.	druhý
III.	třetí
aj.	a jiné
APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
ARIP	Anestezie, resuscitace a intenzivní péče
ASTRUP	vyšetření krevních plynů
Bc.	bakalář
CŽK	centrální žilní katétr
č.	číslo
doc.	docent
EKG	elektrokardiogram
genjmr.	generálmajor
HAI	hospital acquired infections – nozokomiální nákazy
IBP	invasive blood pressure – invazivní měření krevního tlaku
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
Ing.	inženýr
JIP	Jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
MUDr.	lékař
např.	například
NIBP	noninvasive blood pressure – neinvazivní měření krevního tlaku
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie

PVC	polyvinylchlorid
RTG	Rentgen
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
Sb.	Sbírka
SOFA	Sequential organ failure assessment
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
tzv.	Takzvaně
UHN	Uherskohradištská nemocnice

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1.1</i> Budova interního oddělení	14
<i>Obrázek 2.1</i> Polohovací lůžko	17
<i>Obrázek 2.2</i> Defibrilátor	17
<i>Obrázek 2.3</i> EKG.....	17
<i>Obrázek 2.4</i> Monitor fyziologických funkcí.....	17
<i>Obrázek 2.5</i> Infúzní pumpy	18
<i>Obrázek 2.6</i> Ventilátor.....	18
<i>Obrázek 3.1</i> Oxymetr.....	23
<i>Obrázek 3.2</i> Analyzátor	24
<i>Obrázek 3.3</i> Blanketrol	24
<i>Obrázek 3.4</i> Warm air.....	25
<i>Obrázek 3.5</i> Nutričně definovaná strava.....	26
<i>Obrázek 3.6</i> Nazogastrická sonda.....	26
<i>Obrázek 3.7</i> Enterální pumpa	27
<i>Obrázek 3.8</i> Parenterální výživa	28
<i>Obrázek 3.9</i> Systém all – in – one	28
<i>Obrázek 3.10</i> Periferní žilní katetr.....	29
<i>Obrázek 3.11</i> Arteriální katétr	30
<i>Obrázek 3.12</i> Vzduchovody	30
<i>Obrázek 3.13</i> Endotracheální intubace	31

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I:	APACHE II.
PŘÍLOHA P II:	SOFA SCORE
PŘÍLOHA P III:	SAPS II
PŘÍLOHA P IV	GLASGOW COMA SCALE
PŘÍLOHA P V:	RASS SCORE
PŘÍLOHA P VI:	MALNUTRITION UNIVERSAL RISK SCORE
PŘÍLOHA P VII	ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ
PŘÍLOHA P VIII	ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM
PŘÍLOHA P IX:	ČASOVÁ OSA

PŘÍLOHA P I: APACHE II.

The APACHE II Severity of Disease Classification System

Physiologic Variable	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperature - rectal (°C)	≥41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9
Mean Arterial Pressure (mm Hg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Heart Rate	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
Respiratory Rate (nonventilated or ventilated)	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Oxygenation (mmHg) a. FiO ₂ > 0,5 use A-aDO ₂ b. FiO ₂ < 0,5 use PaO ₂	a ≥500 b	350-499	200-349		<200				
					> 70	61-70		55-60	<55
Arterial pH	≥7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15
Serum Sodium (mmol/l)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110
Serum Potassium (mmol/l)	≥7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5
Serum Creatinine (mg/dl, Double point score for acute renal failure)	≥3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Hematocrit (%)	≥60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
White Blood Count (in 1000/mm ³)	≥40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Glasgow-Coma-Scale (GCS)	Score = 15 minus actual GCS								
Serum HCO ₃ (venous, mmol/l, use if no ABGs)	≥52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9	<15
A = Total Acute Physiology Score APS	Sum of the 12 individual variable points								
B = Age Points	C = Chronic Health Points								
≤44 years 0 points 45-54 years 2 points 55-64 years 3 points 65-74 years 5 points ≥75 years 6 points	If the patient has a history of severe organ system insufficiency or is immunocompromised assign points as follows: a. For nonoperative or emergency postoperative patients – 5 points b. For elective postoperative patients – 2 points								
APACHE II Score = Sum of A (APS points) + B (Age points) + C (Chronic Health points)									

(From: Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13(10):818-29)

Zdroj: <http://www.cardiac-icu.org/APACHE.html>

PŘÍLOHA P II: SOFA SCORE

THE SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT (SOFA) SCORE

SYSTEM	0	1	2	3	4
Respiration PaO ₂ /FIO ₂ mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation Platelets ×10 ⁹ /uL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver Bilirubin mg/dL (umol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular	MAP ≥70mmHg	MAP <70mmHg	Dopamine <5 or Dobutamine (any dose)	Dopamine 5.1 - 15 or Epinephrine ≤ 0.1 or Norepinephrine ≤ 0.1	Dopamine >15 or Epinephrine >0.1 or Norepi- nephrine >0.1
CNS GCS Score	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinine, mg/dl (umol/L) Urine Output, ml/d	<1.2 (110)	1.2 -1.9 (110-170)	2.0 - 3.4 (171- 299)	3.5 - 4.9 (300 -440) <500	> 5.0 (440) <200

Catecholamine Doses = ug/kg/min for at least 1hr

Zdroj: <http://epmonthly.com/article/sepsis-gets-an-upgrade/>

PŘÍLOHA III: SAPS II

SAPS II Score							
Parameter	Value (score)						
HR			<40 (11)	40-69 (2)	70-119 (0)	120-159 (4)	>160 (7)
SBP			<70 (13)	70-99 (5)	100-199 (0)	>200 (2)	
Temp					<39°C (0)	>39°C (3)	
PaO ₂ /FIO ₂	<100 (11)	100-199 (9)	>200 (6)				
UO (ml)		<500 (11)	>500 (4)		>1000 (0)		
S. Urea					<28 (0)	28-83 (6)	>84 (10)
TLC (10 ⁹ /cc)				<1 (12)	1-20 (0)	>20 (3)	
K				<3 (3)	3-4.9 (0)	>5 (3)	
Na				<125 (5)	125-144 (0)	>145 (1)	
Bicarb			<15 (6)	15-19 (3)	>20 (0)		
Bil					<4 (0)	4-5.9 (4)	>6 (9)
GCS	<6 (26)	6-8 (13)	9-10 (7)	11-13 (5)	14-15 (0)		

Age -score	Chronic disease:	Type of admission:
<40 → 0	Metastatic cancer → 9	Sched. Surgical → 0
40-59 → 7	Hemat.malign → 10	Medical → 6
60-69 → 12	AIDS → 17	Emer.surgical → 8
70-74 → 15		
75-79 → 16		
≥80 → 18		

JAMA 1993;270(24):2957-2963
fppi.com

Zdroj: <https://www.slideshare.net/drimangalal/icu-scoring-systems>

PŘÍLOHA IV: GLASGOW COMA SCALE

Table 3. Glasgow Coma Scale³⁴

Eye Opening (E)	Verbal Response (V)	Motor Response (M)
4 – Opens spontaneously*	5 – Alert and oriented	6 – Follows commands
3 – Opens to voice	4 – Disoriented or confused	5 – Localizes to pain†
2 – Opens to pain	3 – Incoherent words	4 – Withdraws from pain
1 – None	2 – Incomprehensible sounds, moaning	3 – Flexion posturing
	1 – None	2 – Extension posturing
	"T" or "I" – if patient is intubated or has tracheostomy	1 – None

* Patient should attend to the examiner in order to score a 4 on the eyes.

† Patient should cross midline to address the noxious stimulus in order to score a 5 on the motor score.

Reprinted from *The Lancet*, 304:7872, Teasdale, G and Jennett, B, Assessment of Coma and Impaired Consciousness: A Practical Scale, Pages 81-84, Copyright (1974), with permission from Elsevier.

Zdroj:https://www.ebmedicine.net/topics.php?paction=showTopicSeg&topic_id=357&seg_id=6221

PŘÍLOHA V: RASS SCORE

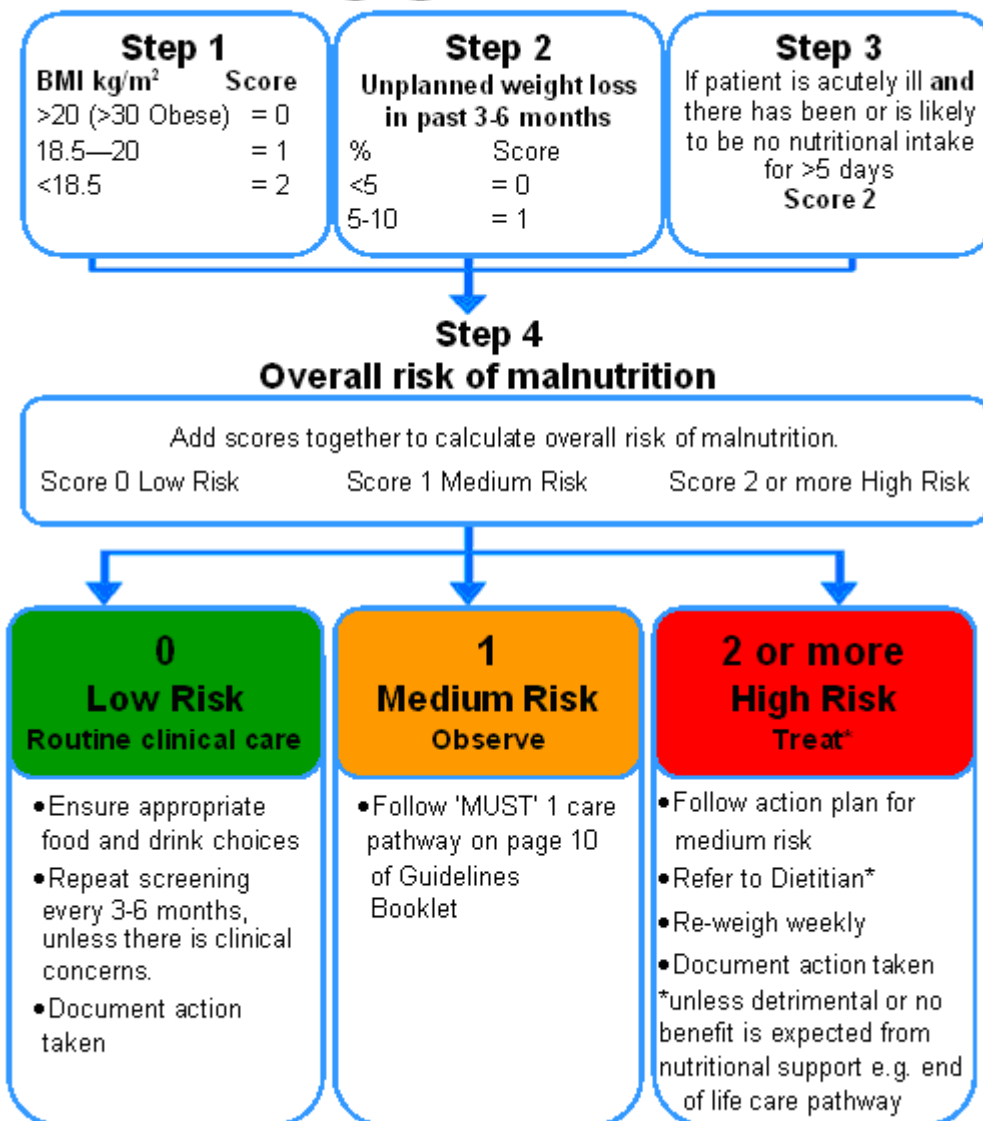
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Target RASS	RASS Description
+ 4	Combative, violent, danger to staff
+ 3	Pulls or removes tube(s) or catheters; aggressive
+ 2	Frequent nonpurposeful movement, fights ventilator
+ 1	Anxious, apprehensive , but not aggressive
0	Alert and calm
- 1	awakens to voice (eye opening/contact) >10 sec
- 2	light sedation, briefly awakens to voice (eye opening/contact) <10 sec
- 3	moderate sedation, movement or eye opening. No eye contact
- 4	deep sedation, no response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation
- 5	Unarousable, no response to voice or physical stimulation

Zdroj: <http://www.resus.com.au/2014/05/13/how-deeply-should-we-sedate-our-patients-post-intubation/>

PŘÍLOHA VI: MALNUTRITION UNIVERSAL RISK SCREENING

'MUST' Tool



This tool is to assist your assessment. If in doubt, use your professional judgement



Zdroj: <http://www.elmmb.nhs.uk/policies-and-guidelines/sip-feed-guidelines-food-first-resources/food-first-assessment/>

PŘÍLOHA VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORU

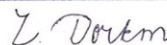
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Holíková	
Téma bakalářské práce	Historie intenzivní péče v interním ošetrovatelství	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	 podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28-02-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
636 68 Uherské Hradiště
hlavní sestra



.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Holíková	
Téma bakalářské práce	Historie intenzivní péče v interním ošetrovatelství	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	 podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjadření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28-02-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd





.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskoohradská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
330 08 Uherké Hradiště
hlavní sestra




.....
razítko a podpis zástupce zařízení


PŘÍLOHA IV: ČASOVÁ OSA

Přednostové a vrchní/staniční sestry	Intenzivní péče	Rok/ Datum	Interní obory	Přednostové a vrchní/staniční sestry
		15. 1. 1924	Zahájení provozu nemocnice v Uherském Hradišti	
		1925	Otevřen primariát pro nemoci vnitřní a infekční - 94 lůžek interních, 42 infekčních	doc. MUDr. E. Zeman
		1928	Otevřen pavilon interního oddělení	
		1937	Otevřen pavilon infekčního oddělení	
		1940		doc. MUDr. Miloslav Láznicka 
		1947	Vznik dermatovenerologického oddělení	
		1951	Vznik neurologického oddělení	
		1953	Nemocným je k dispozici onkolo-	




			gická poradna, Nemocnice začíná s odebráním dárcovské krve	
		1954	Vznik samostatného infekčního oddělení a oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění	<p>Přednosta oddělení tuberkulóz a respiračních nemocí MUDr.E.Tihon</p>  <p>Primář infekčního oddělení MUDr. R. Váňa</p>
		1957	Odloučení plicního a infekčního oddělení z původního interního oddělení	
		1959	Vznik II. a III. Interního oddělení (součástí III. Interního oddělení byla i metabolická JIP)	Přednosta II. Interního oddělení MUDr. B. Raštica
		1964-1966	Rekonstrukce Interního oddělení	
		1970	Zahájení provozu	

			oddělení nukleární medicíny	
Staniční sestra Anna Svobodová	Otevření oddělení Kardiologické JIP se 4 lůžky (2 lůžka s monitorací) v rámci I. Interního oddělení	1973		Vrchní sestra Libuše Parouchová
		1976	Dostavěn nový pavilon tuberkulózy a respiračních nemocí	
	Zvýšení počtu lůžek intenzivní péče na počet 6	1977		
		1978		MUDr. J. Slovák
		1980		Počátek 80. let přednosta I. Interny MUDr. Martin Ilčík Přednosta II. Interního oddělení MUDr. Trčka
		1983	Zahájen provoz nukleární medicíny v nových prostorách	
	Sloučení Kardiologické a metabolické JIP a	1985		

	vzniklo oddělení pod současným názvem Interní JIP			
		1989		1989-1999 přednosta II. Interny MUDr. Eduard Pavlík
		1990		Přednosta I. Interny MUDr. Vl. Okénka 
	Přestěhování Interních oddělení do nové budovy 	1991		Vrchní sestra Anna Svobodová 
	Počet lůžek intenzivní péče se vyšplhal na 18 Zahájení provozu dialyzačního			

	střediska			
	Zajištění nové přístrojové tech- niky pro oddě- lení intenzivní péče	1993		
		Léto 1997	Povodně v Uherském hradišti, došlo k zatopení přízemí interního pavilonu včetně koronární jed- notky	
		1999	Vznik oddělení ná- sledné péče z III. In- terního oddělení zalo- žení	1999-2007 přednosta II. Interny MUDr. Václav Strán- ský 
		2004	Modernizace izolač- ního pavilonu, do kterého byla přesunu- ta dialýza a infekční oddělení	
Staniční sestra Marie Mokro- šová		2005		

		2006		Vrchní sestra Alena Tvrdoňová 
		Březen 2006	Povodně, vystěhování přízemních oddělení	
		Květen 2006	Rekonstrukce bývalého dětského pavilonu s nastěhováním rehabilitačního oddělení a oddělení X z následné péče	
		Červen 2007	Přestěhování neurologického oddělení do 2. a 3. patra plicního pavilonu	
		2007	Spojení I. a II. interního oddělení	2007-2011 Přednosta MUDr. Stanislav Zemek  2007 Vrchní sestra Libuše Vopatová

				
<p>Staniční sestra Bc. Jitka Vlko- vá</p> 	<p>Snížení počtu lůžek oddělení intenzivní péče z 18 na 12</p>	2010		
		2011		<p>2011-2013 přednosta MUDr. Marek Richter</p>  <p>Dochází ke změně pozice vrchní sestry na vedoucí staničních ses- ter</p>
		2013	Rozdělení interního oddělení na původní I. a II. interní oddělení	<p>Přednosta I. Interního oddě- lení MUDr. Vladimír Okénka</p>

				Přednosta II. Interního oddě- lení MUDr. Václav Strán- ský
	Za rok 2016 na interní JIP <ul style="list-style-type: none"> • hospitalizová- no 713 pacientů • na dospáva- cím pokoji 195 pacientů • 118 EKG zá- znamů • 130 kardi- overzí • 10 pacientů s dočasnou sti- mulací • 13 pacientů přeloženo k zavedení trva- lé stimulace • zavedeno 122 (z toho 22 dialy- začních) cen- trálních žilních katétrů 	2016		
		2017		

Zdroje pro časovou osu:

ADAMÍK, Zdeněk a Zdeněk, HLOBIL, a kol, 2015. *50 let Mezioblastních seminářů*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Zlín, 2015. 1. vyd. ISBN 978-80-7454-492-7.

ODS UH. *Podporují nás*. Copyright © 2014 ODSUH. [online]. [cit. 2017-05-18]. Dostupné z: <http://www.ods-uh.cz/podporuji-nas/page/2/>

Slovácký deník.cz *Kdo jsou noví hradišští primáři? Seznamte se* [online]. [cit. 2017-05-18]. Dostupné z: http://slovacky.denik.cz/zpravy_region/kdo-jsou-novi-hradiststi-primari-seznamte-se.html

UH nemocnice: *Historie I. Interního oddělení* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/interna-i/historie-i-interniho-oddeleni>.

UH nemocnice: *Konference patřila Roku srdce* [online]. [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/konference-patrila-roku-srdce>.

UHERSKÉ HRADIŠTĚ 2015. *Historie zdravotnických škol v kontextu s rozvojem zdravotnictví v regionech Moravské Slovácko a Záhorie*. Joker s.r.o. 2015. 500 ks. Uherské Hradiště.

Výroční zpráva Uherskohradištská nemocnice, a.s. 2012 [online]. [cit. 2017-05-18]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/16077946-Fotografie-na-titulni-strane-promeny-v-case.html>