

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zkušenosti sester primární péče s hojením ran

Bakalářská práce

Vedoucí:
Mgr. Marie Trešlová, R. N.

2007

Autor:
Jana Čejková

Abstract

In this work study “Experiences of nurses of primary care with wounds healing” there are two main relevant questions – primary care of patients and wounds healing.

Process of wounds healing has been for many years in significant attention of some medical branches. According to this interest many useful studies, discoveries and researches have been done. Wounds healing is not according to only affected locality, but also to the whole organism, immune system, metabolism, nourishment and many other aspects referential to this question. Patients with wounds can have more comfortable health care due to interests for tissue defects. However lots of experts try to implement new methods of wounds healing, majority of clients meet still the out of date therapies.

Some kinds of primary health care have been used for a long time, other ones used to be used a long time ago and now are again renovating. All providers of primary health care are under capacity, financial and legislative pressure and so are not able to provide this health care in full extent.

The aim of this study was to find “Experiences of nurses of primary care with different materials for wounds healing”. For this aim the hypothesis “Nurses of primary care have not enough experiences with modern methods of wounds healing” was settled. The second aim was “To discover the interests of nurses of primary care for new experiences of wounds healing”. This aim was encouraged by hypothesis “Nurses have interests about new experiences of wounds healing”.

The information needed for this research were taken by questionnaires given to nurses working by general practitioners in České Budějovice and Benešov. Answers of 50 nurses were used for data processing.

The hypothesis that nurses do not have enough experiences with wounds healing was confirmed. The second hypothesis was also confirmed.

My work study could be useful for nurses of primary health care as summary of actual situation and so could improve the health care for clients.

Prohlášení

Souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce podle ustanovení zákona č.11/1998 Sb. § 47b o zveřejňování závěrečných bakalářských, diplomových, rigorózních a disertačních prací studentů.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zkušenosti sester primární péče s hojením ran“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které zde cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2007

Jana Čejková

Poděkování

Děkuji Mgr. Marii Trešlové R. N. za její čas a cenné rady, které mi pomohly při zpracovávání mojí bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat sestrám, které ochotným vyplněním dotazníků velmi přispěly k výsledkům mojí práce.

Obsah:

Úvod

1. Současný stav.....	4
1.1 Primární péče.....	4
1.1.2 Primární péče dle Zdraví 21.....	5
1.1.3 Historie agentur domácí péče.....	5
1.1.4 Formy agentur domácí péče.....	7
1.1.5 Domácí zdravotní péče a komplexní domácí péče.....	8
1. 1. 6 Role sestry a ošetrovatelské péče v péči primární	9
1.2 Praktičtí lékaři.....	11
1. 3 Funkční anatomie kůže.....	13
1.3.1 Stavba kůže.....	13
1.3.2 Vlastnosti kožního povrchu.....	14
1.4 Hojení ran.....	16
1.4.1 Faktory ovlivňující hojení ran.....	17
1.4.2 Historie obvazových materiálů.....	19
1.4.3 Generické skupiny obvazů.....	19
1.4.4 Nové metody hojení ran.....	23
1.4.4.1 Krytí s obsahem stříbra.....	24
1.4.4.2 V. A. C. terapie.....	24
1.4.4.3 Sterilní larvy.....	26
1.4.4.4 Ozónoterapie.....	27
2. Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29
3. Metodika.....	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4. Výsledky výzkumu.....	30
5. Diskuse.....	30

6.	Závěr.....	51
7.	Seznam použitých zdrojů.....	52
8.	Klíčová slova.....	54
9.	Přílohy.....	55

ÚVOD

V tématu práce, které jsem si vybrala, dochází k prolínání dvou oblastí, oblasti primární péče a problematiky hojení ran. V České republice je primární péče i péče o rány stále ve vývoji. I přes snahu některých odborníků zavádět do praxe nové metody v oblasti hojení ran, se stále řada klientů ještě setkává s „klasickým“ způsobem terapie. Je však zřejmé, že ošetřování ran dostává v dnešní době novou dimenzi. Úhel pohledu, který býval zúžen pouze na péči o postiženou lokalitu na těle nemocného, se v posledních letech rozšiřuje i na další oblasti. Je kladen důraz na celkové faktory ovlivňující hojení ran jako je: stav výživy, mobilita, hydratace, kompenzace chronických chorob, léčba bolesti, emoční stav pacienta, apod. Vyšší znalosti o procesu hojení defektů vyústily v nové postupy a metody léčby. Za zmínku jistě stojí metoda vlhkého hojení ran, terapie pomocí V. A. C. (Vakuum Assisted Closure), která využívá podtlaku s drenáží. Dále lze využít i speciálních sterilních larev a ozónu. Za posledních několik let péče o rány zaznamenala obrovský pokrok a rozvinula se v multidisciplinární a multiprofesní obor. Díky stále novým poznatkům a metodám je léčba defektů stále úspěšnější. Zároveň je kladen vyšší důraz na schopnosti, znalosti a dovednosti sestry, která rány ošetřuje. Kontinuálně se vzdělávající sestra v této oblasti je pro klienty, zvláště s chronickými ranami, velkým přínosem. Je ale bohužel smutné, že těmto novým metodám ještě stále stojí v cestě k běžnému praktickému využití počáteční ekonomická nákladnost a mnohdy i zakořeněnost v konzervativních postupech.

Některé složky primární péče jsou u nás rozšířeny velmi dlouhou dobu, jiné u nás fungovaly dříve a po odmlce jsou obnovovány. Na všechny, kteří jsou poskytovateli této péče, je vyvíjen kapacitní, finanční i legislativní tlak, který znemožňuje poskytovat tuto péči v plném rozsahu. Praktičtí lékaři, kteří jsou považováni za pilíř primární péče, neprovádějí zejména z legislativních a finančních důvodů dostatek preventivních a edukačních programů, jež by společnost potřebovala. (25,26 viz. příloha 2, 3) To se odráží na kvalitě zdraví obyvatelstva a prodražování zdravotního systému vlivem narůstajícího počtu chronických i jinak závažných chorob.

1. Současný stav

1.1 Primární péče

Primární péče je popisována jako koordinovaná, komplexní, zdravotně sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Poskytovateli primární zdravotní péče jsou: praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové. Dále jsou do primární péče zapojeny agentury komplexní domácí péče, lékařská služba první pomoci a lékárenská pohotovostní služba.

Je překvapující, že do poskytovatelů primární péče nebývají sestry zahrnovány. Vždyť zdravotní sestra je, jedním z hlavních pilířů této péče a je s pacientem obvykle více v kontaktu než jiní pracovníci primární péče. I fakt, že agentury domácí péče velmi často zřizují právě zdravotní sestry, by měl vést k jejich automatickému uvádění v literatuře.

Primární péče je výjimečná tím, že služby poskytované klientům, bývají koordinované, komplexní a individuální jak v linii prvního kontaktu tak i na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu. Je obvykle snadno dostupná z bydliště klienta, případně je poskytovaná přímo v jeho domácím prostředí. Výhodou je nepřetržitá dostupnost a úzká návaznost na ostatní složky zdravotnického systému. Uvádí se, že hlavními poskytovateli a zároveň koordinátory primární péče jsou praktický lékař pro dospělé, a praktický lékař pro děti a dorost. Je pozitivní, že není jen souborem péče zdravotní a sociální, ale že je do ní zahrnuta i péče laická. Pro klienty je zapojení jejich blízkých do poskytované péče přínosem a podpůrným faktorem ve všech sférách, především v psychické a sociální (22).

Kvalitní primární péče může být důležitým systémem, který účelně ovlivňuje zdravotní péči. Kvalitní koncepce péče tzv. „prvního kontaktu“, a její provázanost s péčí sociální, může vést ke zlepšení úrovně preventivních opatření a optimalizaci spotřeby následné zdravotní péče. To přirozeně vyústí v lepší úroveň zdraví obyvatelstva a k efektivnějšímu hospodaření s materiálními prostředky (22).

1. 1. 2 Primární péče dle Zdraví 21

„Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu roku 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví je v deklaraci, obdobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje“ (13, str. 1).

Program Zdraví 21 je zaměřen na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva v 21. století. Tento program má 21 cílů a přirozeně se zabývá i oblastí primární péče. Primární péče je řešena v cíli číslo 15, který nese název Integrovaný zdravotnický sektor. To znamená „do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o vhodně reagující nemocniční systém“ (13, str. 88). Tento cíl má 3 dílčí úkoly, jejich přesné znění bude uvedeno v následujícím textu. Dílčí úkol č. 15. 1. zní: „ Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami“ (13, str. 88). Dalším dílčím úkolem, je úkol číslo 15. 2., který má vymezeno „prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity“ (13, str. 89). V úkolu 15. 3 je zakotvena zodpovědnost každého občana za své zdraví a jeho aktivní zapojení do ovlivňování svého zdravotního stavu. Přesná formulace tohoto úkolu zní: „Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spoluvůrců péče o zdraví“ (13, str. 92).

1. 1. 3 Historie agentur domácí péče

Nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice jsou od roku 1990 první agentury domácí péče (ADP). V březnu roku 1990 zahájilo provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. V lednu

1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky tuto činnost legalizovalo a povolilo dvouletý experiment „Domácí ošetrovatelská péče“ (17).

Česká katolická charita začíná v roce 1991 s 25 středisky ošetrovatelské péče. V říjnu tohoto roku vzniká první ADP při nemocnici v Pardubicích, která nese název „Niké“. Na konci roku bylo zřízeno 26 ADP, které poskytují péči 1459 klientům. Efektivita této péče byla dokladována ušetřením 54 843 dnů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních.

V roce 1992 dle zákona č. 160/92 Sb. (viz příloha 3) „O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních“ vznikají ADP zejména v oblastech ohrožených nezaměstnaností. Celkem je u okresních úřadů zaregistrováno 27 ADP zřízených většinou zdravotními sestrami a 41 středisek České katolické charity. V září byla založena „Skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice“, která je složena ze zástupců profesionální i laické veřejnosti. Řeší projekty spojené s problematikou domácí péče. V roce 1992 bylo ušetřeno 425 623 dnů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Bouřlivý rozvoj agentur domácí péče začíná v roce 1993. V tomto období se rozvíjí spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která vytváří svůj metodický pokyn pro poskytování domácí péče. Dne 28. 3. byla založena Asociace domácí péče sdružující sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a další personál poskytující domácí péči. V listopadu se konal první Mezinárodní kongres k problematice komplexní domácí péče v Chrudimi. Byl vydán almanach „Zdravotní péče v obci“. Na konci tohoto roku bylo zaregistrováno 234 ADP. Zřizovatelé jsou např. fakultní nemocnice, Diakonie, řád Maltézských rytířů, sdružení Samaritán, Slezská humanita, Středisko křesťanské pomoci, městské úřady, apod. Bylo ušetřeno 986 423 dnů hospitalizace.

Přibližně 343 ADP je zaregistrováno v roce 1994. Na několika centrech je aplikován model péče formou hospiců domácí péče. V červnu Asociace domácí péče vyhodnocuje průzkumy ke „Spokojenosti klientů“ a k „Postojům agentur domácí péče ke zřízení koordinačního centra domácí péče“. Z průzkumů vyplývá jednoznačná spokojenost klientů všech věkových kategorií s poskytováním komplexní domácí péče.

Dotazník ke vzniku Národního centra přesvědčil o správnosti myšlenky založení Národního centra domácí péče, a proto začaly první kroky k realizaci. V červenci bylo Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče se sídlem v Praze, které poskytuje informace, zajišťuje koordinace a edukaci profesionální i laické veřejnosti (14).

V roce 2000 se počet zaregistrovaných agentur domácí péče pohyboval okolo tří set. Nyní jejich počet na území České republiky vzrostl a pohybuje se přibližně na počtu 515 agentur domácí péče. Jak narůstá počet agentur domácí péče, lze předpokládat, že přímo úměrný je i zvyšující se počet sester v této sféře.

Čísla, která jsou v textu uvedena, jsou zajímavá z hlediska ekonomického a i z důvodu průkazu efektivnosti a potřeby primární péče v našem zdravotním systému.

1.1.4 Formy agentur domácí péče

Agentury domácí péče se dělí dle zřizovatele. ADP jsou státními, či nestátními zdravotnickými zařízeními, která poskytují komplexní domácí péči klientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Agentury domácí péče zřizované státem jsou většinou zřizovány okresními úřady, nebo nemocnicemi. ADP zřizované obcí, která definuje své specifické potřeby a integruje finanční prostředky, jsou perspektivní. Zejména s ohledem na zdravotní a sociální péči a roli obce v ovlivňování úrovně péče a služeb poskytovaných občanům. ADP zřizované fyzickou osobou mají dvě možnosti. Zřizovatelem ADP je laik, který má při registraci agentury odborného zástupce, nebo sestra, která splňuje kritéria zákona č. 160/92 Sb.(viz. příloha 3), tj. minimálně 5 let praxe z toho dva roky u lůžka. ADP zřizované právnickou osobou jsou zakládány humanitárním, církevním nebo občanským sdružením. Postup je stejný jako při registraci fyzických osob. Patří sem například Česká katolická charita, Diakonie, Český červený kříž, Slezská humanita další. Agentury domácí péče mohou být zřizovány obchodními společnostmi. To mohou být některé farmaceutické firmy či sdružení zabývající se obchodováním se zdravotnickým materiálem. ADP jsou jednou z dalších

aktivit, kterou se firma zabývá. Tento model je výhodný výhledově při přesunu finančních prostředků (14).

Agentury domácí péče mají různou délku pracovní doby, čímž přináší 3 formy. První typ je Komplexní domácí péče poskytovaná 24 hodin denně 7 dní v týdnu, Druhá forma je Komplexní domácí péče poskytovaná v limitovaném časovém rozsahu a třetí je Domácí péče poskytovaná v limitovaném odborném i časovém rozsahu.

Agentury domácí péče se liší podle struktury aktivit. *ADP s převahou odborné zdravotní péče*, jsou agentury, kde poměr zdravotní a sociální péče v této agentuře je 80 : 20 (v %). Dominantním zdrojem financování jsou různé typy zdravotních pojišťoven. Další formou je *ADP s převahou sociální péče* ty jsou nejvíce zřizovány charitativními organizacemi, církevními sdruženími, ale i z iniciativy sociálních referátů okresních úřadů. Dominantním zdrojem financování je prostřednictvím sociálních referátů okresních úřadů. Poslední formou je *ADP s orientací na péči formou hospice*, orientují se především na klienty v terminálním stádiu života, na pomoc jejich rodinám před úmrtím i jeden rok po úmrtí člena rodiny. Péče je komplexní. Jednou z významných aktivit je péče spirituální. Je poskytována tak, aby došlo k vyrovnání s osudem, minulostí i budoucností (17).

1. 1. 5 Domácí zdravotní péče a komplexní domácí péče

Lidé se po staletí léčili pouze v kruhu rodiny. Teprve poslední desetiletí přenesla léčbu do ústavů, mimo domov. Dnešní doba se však navrácí k tradičnímu ošetřovatelství a stále více umožňuje dalším a dalším pacientům léčit se doma, kde se o ně starají kvalifikované sestry, které jsou zároveň mentorkami pro klienta samotného i jeho rodinné příslušníky.

Ve vyspělých zemích je domácí zdravotní péče (neboli Home Care) považována za systém zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci. Léčení v nemocnici či v LDN se omezuje pouze na případy, kdy léčba doma není možná. Léčení ve známém prostředí zlepšuje psychický stav nemocných, vylučuje

hospitalismus, urychluje hojení a umožňuje trvalou podporu rodiny. Další výhodou je, že snižuje náklady na zdravotní péči (mimo jiné i díky rychlejšímu uzdravení) (8).

„Komplexní domácí péče je otevřený systém individuální péče, ve kterém jsou integrovány zdravotní, pečovatelské, sociální i laické formy péče“ (20). „Jde o vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomickou, maximálně dostupnou integrovanou formu péče, která je poskytovaná klientům individuálně v jeho sociálním prostředí s podporou rodinných příslušníků. Koordinátorem této péče jsou agentury domácí péče“(17).

1. 1. 6 Role sestry a ošetrovatelské péče v péči primární

Sestra ve všech oblastech ošetrovatelství plní několik základních rolí, je to role ošetrovatelky, do které jsou zahrnovány tradiční činnosti sestry. Zejména se jedná o uspokojování biologických potřeb člověka. Role komunikátorky je velmi důležitá pro veškerý kontakt s klientem i ostatními členy zdravotnického týmu. Správná komunikace má příznivý vliv na spolupráci s klientem i na jeho psychický stav. Roli učitelky, edukátorky a poradkyně vykonává spolu s klientem, rodinnými příslušníky, zdravotnickým týmem, studenty a stážisty. Je obhájkyní práv pacientů a nositelkou změn. Každá sestra v moderním ošetrovatelství má rozbít staré zlovyky a navrhnout efektivnější a flexibilnější postupy péče o klienty. Je stavěna i do role manažerky, kdy je kladen důraz na organizaci práce, správné a účinné delegování pravomocí a dílčích úkolů buď mezi ostatní zdravotnický personál, nebo na rodinné příslušníky či na samotného klienta. Nové pojetí ošetrovatelství si žádá nové poznatky, které lze nejlépe získat od sester v praxi. Tento požadavek ústí v roli sestry výzkumnice (12).

V oblasti primární péče je prioritní postavení zdravotní sestry v prevenci nemocí, ochraně zdraví, edukaci klientů v oblasti životního stylu, poskytování informací o preventivních programech, o očkování, apod.

Ošetrovatelství v primární zdravotní péči je především zaměřeno na prevenci vzniku chorob a ochranu zdraví. Je ho možno popsat jako spojení ošetrovatelské praxe a veřejného zdravotnictví zaměřeného na ochranu a uchování zdraví veřejnosti. Podpora zdraví by se neměla zaměřit jen chorobu, ale především na zvýšení tělesné pohody

každého člověka. Při plnění úkolů primární péče je vhodná spolupráce ošetřovatelství s jinými obory a profesemi.

Ošetřovatelství má několik úloh v upevňování zdraví. Sestry by měly především svým konáním a postoji sloužit jako vzor zdravého způsobu života. Zapojovat klienty, rodinu i komunitu do procesu upevňování zdraví. Pomoci pacientům zvyšovat míru své úrovně zdraví, doporučovat zdravou výživu. Najít vhodné relaxační a uvolňující techniky pro zvládání stresu. Podporovat klienty ve všech jejich činnostech k upevnění zdraví. Podporovat ekologické programy vedoucí ke zlepšení životního prostředí (7).

Sestra svou činností zasahuje do péče o klienta ve třech rovinách. V rovině sebepéče, laické péče a péče profesionální. V sebepéči podporuje klienta při vykonávání jeho každodenních aktivit, jako hygienická péče, stravování, oblékání apod. Sestra hodnotí úroveň sebepéče daného klienta a dle zjištěných výsledků volí další postup ošetřování. Laická péče byla v době rozvoje ústavní péče vytěsněna z povědomí společnosti, přitom se jedná o nejpřirozenější formu pomoci nemocným. V této oblasti má sestra za úkol vést, koordinovat, edukovat a učit nemocného i jeho blízké o způsobu správného ošetřování. Sestra by si měla ověřit zpětnou vazbou efekt rodinně doporučených postupů. Třetí rovinou je péče profesionální. Tato rovina je charakterizována jako oblast vyžadující zvláštní vědomosti. Moderní ošetřovatelství však tvrdí, že potřeba speciálních vědomostí se promítá do všech zmíněných oblastí (19).

1. 2 Praktičtí lékaři

V publikaci Zdraví 21 je uvedeno, že v ČR jsou praktičtí lékaři na začátku roku 2002 stabilní součástí našeho zdravotního systému. Působí nezávisle jako smluvní lékaři zdravotních pojišťoven. Nevýhodou je, že jsou nuceni postavit se do role „strážců zdrojů“ regulačními nástroji a smluvními podmínkami pojišťoven. Tím je velmi vysokou měrou ovlivněno chování praktických lékařů a jejich motivace k upřednostňování některých úkonů. V České republice sice neplatí systém řízeného přístupu ke specialistům, jako je tomu v jiných zemích. Nicméně praktičtí lékaři sehrávají významnou roli i v této oblasti, jsou pacientům nejbližšími partnery a poradci v celém zdravotním systému (13).

Praktický lékař spolu se sestrou jsou ve vlastní péči o nemocné v nejtěsnějším kontaktu s pacientem, a to nejenom při akutním onemocnění, ale i z dlouhodobého pohledu. Výjimkou jsou období ústavní léčby, ale i zde je role praktického lékaře a primární sestry velmi důležitá. Jsou stále na svém místě v daných ordinačních hodinách plně k dispozici a dochází na návštěvy v případech, které to vyžadují. Lékař tu vystupuje sám za sebe a tudíž je plně zodpovědný za každé své rozhodnutí. Klient ho poměrně dobře zná, důvěřuje mu a jsou pro sebe osobami méně anonymními, než ve vztahu s lékaři v lůžkových zařízeních. Je to lékař, který se stará o zdraví svých pacientů v průběhu života dokonce i několika generací (1).

Činnost praktického lékaře je závislá na mnoha faktorech na jeho osobnosti, osobních vlastnostech, zodpovědnosti, vzdělání, tvořivosti, schopnosti jednat s lidmi, schopnosti vyrovnat se se stresem a časovým tlakem, atd. Neodmyslitelnou roli zastupuje v každé ordinaci praktického lékaře sestra, která by měla být zejména komunikativní, empatická, diskretní, vhodně upravená, teoreticky i prakticky vybavená, zkušená, apod., neboť přispívá vysokou měrou k úrovni ordinace a poskytované péče.

Primární preventivní péče je nejzákladnější činností praktického lékaře i sestry. Preventivní prohlídka se provádí od 18 let věku jednou za dva roky. Obsahem preventivní prohlídky je: doplnění anamnézy se zaměřením na změny zdravotního stavu klienta, dále rizikové faktory a profesní rizika. Rodinná anamnéza klade zvláštní důraz

na kardiovaskulární úmrtí, výskyt hypertenze, diabetes mellitus apod. Součástí práce praktického lékaře a sestry je kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru (včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, palpačního vyšetření nitroočního tlaku, změření krevního tlaku, změření hmotnosti). Prováděná preventivní prohlídka zahrnuje také onkologickou prevenci (vyšetření per rektum a vyšetření prsu). Vždy při zjištění hypertenze, pro kterou není pacient dispenzarizován, následuje vyšetření EKG. To se i provádí u osob starších 40 let věku ve čtyřletých intervalech. Sestra provádí odběr biologického materiálu. Nejčastěji ordinovaná jsou tato laboratorní vyšetření: orientační chemické vyšetření moče, vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů (LDL + HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18 letech a dále ve 40 a 60 letech věku, vyšetření glykémie od 45 let věku ve dvouletých intervalech. Rozsah preventivní prohlídky je dán vyhláškou 183/2000 Sb. (viz. příloha 2) (1).

Mezi další činnosti, které praktický lékař vykonává je sledování změn zdravotního stavu, sledování procesu rozvoje nemoci, určování diagnózy, kterou zohledňuje anamnézou a tím ordinovat léčbu a po čase kontrolovat změnu zdravotního stavu a účinnost léčby. V závažnějších případech odesílat pacienta k operacím, výkonům, vyšetřením, ozáření, a pacienti se k němu vracejí s úspěchy i neúspěchy. Celého procesu péče o klienta se účastní sestra.

1. 3 Funkční anatomie kůže

Kůže – curie (derma) – je orgán tvořící povrch těla s četnými funkcemi recepčními, termoregulačními, imunitními, metabolickými a ochrannými. „Plošný rozsah kůže je asi 1,7 – 2,0m², tloušťka kolísá od 0,5 do 4,0mm“(4, str. 634). Nejsilnější kůže se nachází na zádech a na stehnech, nejtenčí na horním víčku. „Hmotnost samotné kůže je asi 3kg, s tukovou tkání může dosáhnout až 20kg“(4, str. 634).

„Kůže je dvojvrstevný projektivní systém na povrchu těla, který je zároveň znakem individuality svého nositele. Každá vrstva kůže má své specifické postavení“(4, str. 634). Pokožka je primární vrstvou, která funguje jako chemická bariéra. Škára plní převážně dynamické funkce – pružnost a tažnost kůže. Je také hlavní metabolickou složkou kůže a tím i zdrojem její regenerační schopnosti. Kožní žlázy a přídatné kožní orgány jsou vývojovými deriváty epidermis“(4, str. 634).

1. 3. 1 Stavba kůže

Kůže se skládá ze dvou vrstev – pokožky – epidermis – a škáry – dermis (corium). Pod kůží je vrstva podkožního vaziva – tela subcutanea, subcutis (4).

Pokožka je sestavena z několika vrstev plochých buněk, které jsou uloženy ve vrstvách těsně na sobě. Hlubší buněčné vrstvy si zachovávají schopnost dělení a nahrazují olupující se odumřelé buňky povrchové vrstvy. Epidermis je bezcévná, ale v jejích hlubších vrstvách jsou volná nervová zakončení, sloužící k vnímání bolesti. Stálá obnova vnějších vrstev pokožky vede k zesílení rohovějící vrstvy všude tam, kde je kůže vystavena mechanickému zatížení – vznikají mozoly, zesílená kůže na dlaních, na ploskách nohou apod. (4).

„Škára vybíhá proti pokožce četnými prstovitými výběžky. Škáru tvoří vazivová tkáň, dosahující tloušťky několika milimetrů. Je uložena mezi korielem na straně jedné a mezi fascií, periostem nebo perichondriem na straně druhé“(4, str. 634). Škára je protkaná sítěmi kapilár, z nichž je difuzí vyživována pokožka. Ve škáře je mnoho

volných nervových zakončení, specializovaných hmatových tělísek a termoreceptorů. Mazové žlázy uložené ve škáře také ústí do vlasových pochev, ke kterým se připojují hladké svaly. Elastická vlákna škáry jsou orientována do určitých směrů, odpovídajících směru mechanického zatížení kůže dané oblasti. Vlákna zajišťují pružnost, roztažitelnost, pevnost a štěpitelnost kůže v určitých směrech. Každý kožní okrsek disponuje specifickou architekturou své škáry, např. specifické ohybové rýhy. Směry štěpitelnosti kůže musí být brány na vědomí při volbě kožních chirurgických řezů a při plastické úpravě ran – jinak dochází k tvorbě rozsáhlé jizvy, která je nepevná, deformuje kožní reliéf a je kosmeticky neestetická. Škára vybíhá proti pokožce řadou výběžků, které na povrchu pokožky vytvářejí lineární vyvýšeniny. Vyvýšeniny, tzv. hmatové lišty, jsou zvláště v oblasti prstových bříšek upraveny zcela charakteristickým a po celý život neměnným způsobem. Pod hmatovými lištami jsou uložena četná hmatová tělíska. Neměnnost a jedinečnost hmatových lišt prstů slouží k nezaměnitelné identifikaci osob a je základem daktyloskopie (4).

Podkožní vazivo – tela subcutanea (subcutis) – je sestaveno ze sítí kolagenních a elastických vláken, mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky. Podkožní vazivo je potenciální tukovou tkání, schopnou shromažďovat v buňkách velké množství tukových kapének. Tuhé vazivo na místech, kde je kůže velmi málo posunlivá, tvoří pruhy kolagenního vaziva, které pevně připojuje kůži k periostu nebo k fascii. V těchto krajinách se na ní objevují sklesliny (např. nad obratlovými trny, nad spina scapulae atd.) (4). „V místech připojení kůže hustým podkožním vazivem dochází při dlouhodobém ležení ke špatnému prokrvení kůže stlačením krevních cév a ke vzniku proleženin – dekubitů. Při permanentním tlaku 40mm Hg se uzavírají arterioly. Stálý tlak přesahující 70mm Hg, který působí po dobu dvou hodin, již vede k ireparabilním změnám kůže, podkoží a svalstva“ (4, str. 635–636).

1. 3. 2 Vlastnosti kožního povrchu

Bariérové vlastnosti kůže jsou zajištěny třemi složkami: ochranným filmem, rohovou vrstvou epidermis a zbytkovými vrstvami pokožky.

V ochranném filmu jsou nejvíce zastoupeny tukové látky, které pocházejí z produkce mazových žlázek a z epidermálních tuků produkovaných buňkami pokožky. Do ochranného filmu dále vstupují látky vznikající diferenciací a rozpadem kožních buněk. Potřebné jsou i látky přinášené potem, s důležitým podílem vody. Lipoidní látky tvoří s ostatními složkami emulzi, pokrývající celý povrch kůže. Emulze snižuje smáčivost kožního povrchu, ale záleží na její stavbě – může své vlastnosti do značné míry měnit.

Rohová vrstva epidermis je tvořena asi dvaceti vrstvami zrohovatělých buněk a má celkovou tloušťku 10 – 20 mikronů. Pevnost této vrstvy je dána jednak vzájemným propojením jednotlivých buněk, jednak poměrně malou šířkou mezibuněčných štěrbin (4). Intercelulární prostory pokožky jsou vyplněny tukovitými látkami a buňky jsou přiloženy poměrně těsně k sobě.

Zbytkové vrstvy pokožky mají na vytváření bariéry nejmenší podíl. Tento stav je podmíněn relativně širšími mezibuněčnými štěrbinami se značným množstvím vody a s kyselými proteoglykany. Jmenované látky dovolují vstup látek kůží z povrchu do hloubky. Vzájemná pevná soudržnost buněk je dána jejich spojením. Kůže jako celek představuje značný rezervoár vody. Je schopna svými vstřebávacími procesy uvolňovat do organismu značné množství tekutiny. Rohová vrstva epidermis obsahuje nejmenší podíl vody z celé kůže (7 – 10 %).

„Látky aplikované na kůži mohou prostupovat kůží několika způsoby: *Transcelulárně* – přes buňky, *intercelulárně* – mezibuněčnými štěrbinami, *transfolikulárně* – vlasovými folikuly, *transglandulárně* – vývody potních žláz“ (4, str. 640).

1. 4 Hojení ran

Jak již je napsáno v úvodu, péče o rány je oblast, která se dynamicky vyvíjí a udělala obrovské pokroky. V následujících kapitolách je uvedena diferenciací ran, proces jejich hojení, metody hojení defektů atd.

Akutně vzniklé rány dělíme podle několika hledisek a to podle poškození kožního krytu (zavřená rána, otevřená rána), podle vztahu k dutinám (pronikající rána, nepronikající rána), podle přítomnosti infekce (rána čistá, rána čistá – kontaminovaná, rána kontaminovaná – znečištěná, rána znečištěná, infikovaná), podle etiologie:

1. Mechanická etiologie (řezná rána, sečná rána, bodná rána, střelná rána, rána kousnutím, tržná rána, zhmožděná rána, tržnězhmožděná rána), 2. Termická etiologie (popáleniny, omrzliny), 3. Chemická etiologie (kyselina – koagulační nekróza, zásada – kolikvační nekróza), 4. Záření (postradiační vřed, nekróza kůže), 5. poranění způsobená elektrickým proudem (5).

„Za chronickou ránu označujeme sekundárně se hojící ránu, která i přes kauzální a adekvátní terapii nevykazuje po dobu 8 týdnů tendenci k hojení“ (10, str.35). Rány chronické se diferencují na nekrotické (povrchová – suchá, povrchová – exsudující, hluboká – exsudující, zapáchající), rány infikované, (rána infikovaná – secernující - povrchová, rána infikovaná – secernující - hluboká, rána infikovaná – suchá). Rány infikované mají specifické projevy a to otok, zarudnutí, zápach, teplotu, bolest. Odlišujeme od sebe rány kolonizované (osazené mikroby) a infikované. Dále se rány, jak uvádí Koutná, rozdělují na rány povleklé (povrchové – silně exsudující, povrchové – slabě exsudující, hluboké – silně exsudující, hluboké – slabě exsudující), granulující (povrchové – silně exsudující, povrchové – slabě exsudující, hluboké – silně exsudující, hluboké – slabě exsudující) a rány epitelizující (suché, mírně secernující) (11).

Rány se hojí dvojím typem v několika stádiích. Rozlišujeme dva typy hojení *primární hojení ran* – sanatio per primam intentionem a *sekundární hojení ran* – per secundam intentionem, to je zpravidla specifické pro infikované rány. Proces hojení ran probíhá v určitých stádiích: 1. *Exsudativní fáze* je takzvanou fází čistící, která trvá přibližně 0 – 3 dny. Poranění tkáně vede k rozvoji lokální zánětlivé reakce, která je

základem hojení. Vytváří se krevní koagulum, které slepuje okraje rány, vytváří bariéru proti další bakteriální kontaminaci. Po 10 minutách dochází k exsudaci z kapilár a tak se do rány dostávají protilátky a leukocyty. Zaniklá tkáň, cizí tělesa, jsou eliminovány a likvidovány fagocytózou a proteolýzou nebo ohraničením fibrózní tkáně. Neutrofilů v ráně dosahují svého maxima v průběhu 24 hodin a jsou následovány makrofágy. Na této reakci se podílí celá řada tkáňových faktorů, které působí proliferčně.

2. *Proliferační fáze* je takovou fází, kdy dochází k tvorbě granulační tkáně, tento proces může trvat od 1 do 6 dnů. Do rány migrují fibroblasty, kde proliferují a vytvářejí extracelulární matrix. Matrix je postupně nahrazena prokolagenem, který zesiluje a formuje se podle směru budoucí zátěže. Současně do nové tkáně vrůstají kapiláry a zabezpečují výživu.

3. *Fáze diferenciací* probíhá zhruba od 6. do 10. dne, kdy dochází k vyhrábnutí, tvorbě jizvy a epitelizaci. Kolagenní vlákna dozrávají, pod vlivem myofibroblastů se rána kontrahuje, z granulační tkáně se vytrácí voda a cévy, vzniká jizevnatá tkáň. Migrací epitelálních buněk z okrajů dochází k epitelizaci rány. Kromě kostí a pojiva se všechny rány hojí neplnohodnotnou tkáně – jizvou. Pevnost jizvy závisí na době uplynulé od zhojení a i na typu tkáně, ve které jizva vznikla. Dále bývá pravidlem, že v průběhu prvních 3 týdnů je pevnost oproti původní tkáni pouze 40%, během 6–7 týdnů 70% a pevnost se může zvyšovat až do 2 let (5).

1. 4. 1 Faktory ovlivňující hojení ran

Než v primární péči přistoupíme k léčbě daného tkáňového defektu, musíme zvážit celkové i lokální faktory, které se podílejí na hojení ran.

Mezi celkové faktory řadíme věk pacienta, kde velkou roli hraje zejména stárnutí, které redukuje buněčnou aktivitu. Důležité je mít na paměti stav mobility a s ním velmi rizikový stav - imobilizační syndrom. Nezbytné je myslet na bilanci tekutin klienta, kdy otoky i dehydratace hojení tkáňových defektů výrazně zpomalují, stejně tak jako stav výživy, konkrétně obezita, malnutrice a avitaminóza. Stav metabolismu je dalším faktorem, který má nepřehlédnutelný vliv na reparaci defektů –

např. dekompenzace onemocnění diabetes mellitus, vede též k výraznému zpomalení hojivého procesu. Poruchy krve (anémie, leukémie, porucha hemokoagulace), stav cévního řečiště (ateroskleróza, přetrvávající vasokonstrikce) a stav kardiopulmonálního systému (ischémie, městnání ve velkém oběhu s periferními otoky) jsou dalšími aspekty v procesu hojení tkáňových defektů. V této problematice také nesmíme opomíjet stav kontinence klienta, farmakologické přípravky, které užívá a stav imunitního systému (poruchy cytokinové sítě, imunodefekty). Důležitou součástí hojivého procesu je psychický stav klienta (demence, sebepoškozování, nedůvěra, špatná spolupráce, abúzus návykových látek) a jeho přístup. Pokud jsou rány léčeny v domácím prostředí, je vhodné myslet i na stav sociálního prostředí, které hojivý proces taktéž ovlivňuje. Jedná se zejména o hygienické a stravovací návyky klienta.

Lokální faktory k procesu hojení raných defektů neodmyslitelně patří. Přirozeně sem řadíme mechanismus vzniku rány, stav jejích okrajů, její lokalizace, přístupnost a stáří. Dále se na hojení podílí přítomnost infekce (bakteriální osídlení, kolonizace, MRSA), následný zánět, povaha exsudátu, přítomnost hematomu, ischémie, nevhodně zvolený způsob ošetření a mechanické vlivy jako je tlak na ránu a traumatizace při převazu.

Velký vliv na proces hojení tkáňových defektů mají chyby vzniklé v souvislosti s jejich léčbou. Často se setkáváme s opomíjením dekompenzovaných stavů klienta (diabetes mellitus) a upírání se pouze na místo defektu. Často je také podceňováno okolí defektu a péče o mezprstí u diabetiků, pacientů s gangrénou dolních končetin, bérčovými vředy a ischémií dolních končetin. Významnou chybou je záměna obvazového materiálu. Správné určení terapeutických pomůcek bývá často ztíženo používáním nevhodných mastí a past, které byly používány klientem bez konzultace s odborníkem, nebo byly odborníkem neadekvátně zvoleny. Tyto masti a pasty snižují přehlednost spodiny defektu a tím i zvyšují riziko nesprávného ohodnocení rány následované špatnou terapií (2, 10, 24).

1. 4. 2 Historie obvazových materiálů

Do šedesátých a sedmdesátých let 20. století se používala k léčbě ran výhradně tzv. klasická terapie, která spočívala v přikládání gázy, obkladů s dezinfekcí, tinktur a past antibiotických mastí. Tyto terapeutické metody mají mnoho nevýhod, neboť suchá či mastmi napuštěná gáza adhezuje ke spodině rány, přisychá k ní. Při snímání obvazu přischlá vlákna způsobují bolest a zároveň také dochází k poškození vznikající granulační tkáň, která vrůstá do struktury gázy. Pokud dojde k vyschnutí obvazu a následně rány, buňky odumírají a vznikají nekrózy, které ránu dále prohlubují a tím zpomalují reparaci. Častá výměna krytí, která je při „klasické metodě“ nezbytností vede ke zvýšenému riziku nasednutí bakteriální superinfekce. Dalším nepříjemným aspektem tohoto způsobu léčby je častá kontaktní alergie na některou ze složek použitých léčebných mastí.

Až šedesátá léta začala přinášet nové terapeutické metody, která měla udržovat ránu ve vlhkém prostředí. Nejstaršími prostředky, které toto kritérium splňovaly, jsou hydrokoloidy, postupně přibývaly hydrogely, algináty a další. Za základ lze považovat vědeckou práci Georga Wintera, který dokázal, že vlhké prostředí, tedy fyziologické prostředí má příznivý vliv na reparační procesy. Konec devadesátých let 20. století znamenal objev krytí, která vyhovují aktuálnímu stavu rány a tím pozitivně ovlivňují terapeutický proces. Preparáty tohoto typu vznikaly na základě nových poznatků o biochemických a morfologických souvislostech v procesu hojení (6).

1. 4. 3 Generické skupiny obvazů

Hydrogely

Jsou obvazy složené z amorfních kompaktních gelů, může být čirý, či s obsahem specifické aktivní látky.

Tyto obvazy jsou indikovány při dehydrataci rány k odloučení suchých nektróz a na povleklé či granulující rány s mírnou sekrecí. Například evakuované abscesy, dekubity, povrchové a hluboké defekty. Užívá se alespoň 1/2cm vrstva gelu na spodinu

defektu. Kontraindikováno je mulové krytí přímo na gel. Může se využít kombinace s filmovými obvazy, neadherentními obvazy. Z této skupiny jsou na trhu k dostání např. Nu-gel-hydrogel s alginátem, Normgel, Hypergel, Granugel, Flamigel, Purilon gel, Urgohydroge, Intrasite gel, Hydrosorb (11).

Obvazy s aktivním uhlím

Obsahují především aktivní uhlí, ale i jiné pomocné látky. Tento typ obvazu je používán k léčbě silně a středně secernujících ran, ran zapáchajících a ran se známkami infekce. Jsou to nejčastěji dekubity, exulcerované nádory a bércové vředy. Obvazy lze kombinovat s hydrogely a neadherentním obvazem. Užívá se k vyložení spodiny rány a vytamponování defektu. Užití sekundární krytí musíme vyměnit vždy při prosáknutí s ponecháním krytí primárního na dobu určenou. Tato doba je zhruba 2–5 dnů podle typu defektu. Nejužívanějšími preparáty jsou Carboflex a Actisorb Plus, který obsahuje element stříbra, které má baktericidní vlastnosti (11).

Antiseptické obvazy

Jsou napuštěné antiseptickou složkou, obvykle se jedná o pletenou mřížku napuštěnou Povidon jódem nebo Chlorhexidinem. Indikovány jsou při prevenci i řešení infekce u mírně secernujících ran, jako jsou akutní a chirurgické rány, drenáž, vlhká gangréna. Lze je kombinovat s hydrogely. U jódových preparátů je kontraindikací k použití alergie na jodové přípravky. Sekundárním krytím může být gáza, savé krytí a v některých případech i filmový obvaz. Antiseptické obvazy je doporučeno měnit denně maximálně obden. Klinické zkušenosti však ukázaly, že ideální interval výměny je u některých přípravků jiný. Zjevné odčerpání antiseptické látky je známkou nefunkčnosti obvazu (např. Inadine zbledlá), a tudíž je nutno provést jeho výměnu. Názvy nejznámějších preparátů jsou Inadine, Bactigras, Braunovidon, Betadine mast (11).

Algináty

Jsou suché substance s obsahem natria alginátu, kalcia alginátu. Alginát se vlivem sekrece rozpouští na kašovitou hmotu, podle množství exsudace se postupně změní na gel. Indikací k použití jsou středně či silně secernující rány bez příznaků infekce. Mezi takové defekty patří píštěle, abscesy, dekubity a bércové vředy. Nesmí se užívat u ran infikovaných a ran s malou sekrecí. Můžou se kombinovat s neadherentním obvazem, filmovým obvazem. Využívá se k vyložení spodiny defektu či vytamponování. Obvaz se mění v intervalu od 2 – 5 dnů. Jedná se o obvazy Suprasorb A, Caltostat, Sorbalgon, Tegagen, Urgosorb, Melgisorb, Kalginate, Algisite M, Flaminal – obsahuje i enzymy podporující hojení (11).

Hydrokoloidy

Jsou obvazy skládající se z měkké želatiny, pektinu, karboxymethylcelulózy a polysacharidů. Podporují hojení za nepřístupu kyslíku, jejich nevýhodou je nakyslý zápach, problémem může být i odstraňování ze spodiny rány. Využívají se k terapii mírně secernujících ran ve fázi epitelizace a granulace, bez příznaků infekce, s minimální kolonizací. Což bývají povrchové defekty – exkoriace, dekubity, bércové vředy, sutury. Mohou se kombinovat s hydrokoloidní pastou, hydrokoloidním zásypem, hydrogelem. Sekundární krytí u tohoto typu obvazu není nutné. Při užívání se musí dbát na správné přiložení obvazu, kdy jeho okraje musí přesahovat minimálně o 2cm. Interval převazů je za 3–7 dní. Hydrokoloidy se nesmí užívat u infikovaných ran a ran s vyšší sekrecí. Mezi preparáty bych uvedla Comfeel ulcer dressig, Granuflex, Suprasorb H, Tegasorb, Hydrocoll (11).

Hydropolymer

Hydropolymer se vyrábí jako hydropolymerový pěnový obvaz, který po aplikaci kopíruje reliéf rány, jemně mechanicky masíruje spodinu a absorbuje přebytečný exsudát. Indikován je u ran povrchových i hlubokých bez infekce a větší

kolonizace, mírně secernující k podpoře granulace a epitelizace. Užíváme je u povrchových defektů na odmaštěnou lokalitu, u hlubokých ran vkládáme asi 2/3 obvazu do defektu, kde nabývá na objemu. Kontraindikací jsou infikované rány a silně secernující rány. K sekundárnímu krytí můžeme využít jen u některých obvazů této skupiny. Názvy hydropolymerických obvazů: Tielle, Biataine, Dutinová foam, Suprasorb p, Curafoam, Syspurderm, PermaFoam (11).

Měkké silikony

Měkké silikony se vyrábějí ve formě měkké silikonové vrstvy samotné či obohacené absorpční poduškou. Měkké silikony umožňují výměnu materiálu bez bolesti, traumatizace rány jejího okolí. Přilne dobře k okrajům, čímž zabraňuje pronikání exsudátu na okolní kůži. Je to materiál velmi dobře přizpůsobivý konturám poškozené oblasti těla. Udržuje v ráně vlhké prostředí a může se v ráně ponechat několik dní. Má široké spektrum využití od neseccernujících ran po středně silně secernující rány. Můžeme jimi pokrýt velké plochy, rány s podrážděným okolím a jizvy, popáleniny, traumatické rány, fixace štěpů, dekubity, onkologické rány, bércové vředy. Absorpční krytí využijeme jen u formy bez absorpční podušky. Nesmí se využívat u ran infikovaných. Mezi nejznámější silikonové obvazy patří Mepitel, Mepilex, Mepilex Border, Mepilex Transfer, Mepiform (11).

Neaderentní obvazy

Jedná se o pletené, či tkané mřížky umožňující snadné snímání. Do této skupiny spadají materiály s rozličnými vlastnostmi, některé jsou napuštěny vazelínou, jiné jsou ze silikonu, podporují hypergranulaci, jsou impregnované nelepivé gelové, další obsahují savé jádro apod. Své využití nacházejí hlavně u ran granulujících a epitelizujících s mírnou až střední sekrecí. Příkládáme je na řezné rány, popáleniny, dekubity, bércové vředy, exulcerované nádory. Vhodná je kombinace s hydrogely. Jako sekundární krytí lze využít gáza či jiné savé krytí. Firemní názvy neaderentních

obvazů jsou: Adaptic, Urgotul, Urgotyl, Release, N-A Ultra, Tegapore, Atrauman, Comprigel, Lomatuel (11).

Filmové obvazy

Pojmem filmové obvazy je myšlena polopropustná transparentní fólie, která je celoplošně adhezivní, je prodyšná pro vodní páru a kyslík. Je vhodná na epitelizované rány sutur, na krytí kanyl, odřenin a jako prevence dekubitů. Musí se používat na odmaštěnou pokožku a lze kombinovat s hydrogely. Výměna fólie probíhá dle konkrétní potřeby daného klienta. Zmínila bych Bioclusive, Hydrofilm, Tegaderm, Suprasorb F, Opsite (11).

Bioaktivní preparáty

Jsou zejména kolagen s regenerovanou oxidovanou celulózou. Tento preparát v ráně zgelovává a je plně vstřebatelný, chrání endogenní růstové faktory. Je vhodný k použití na granulující rány se střední a mírnou sekrecí a na rány epitelizující. Léčíme jimi popáleniny, dekubity, bércové vředy, exulcerované nádory a jiné. Na ránu se přikládají po zvlhčení. Lze je kombinovat s obvazy, které obsahují aktivní uhlí a stříbro. Sekundárně se kryjí hydropolymerem nebo neadherentními obvazy. Převaz se provádí každé 2–3 dny. Na našem trhu je k dostání preparát s názvem Promogran (11).

1. 4. 4 Nové metody hojení ran

V posledních několika desetiletích se pozornost odborníků upnula na nehojící se tkáňové defekty. Díky jejich pozorování, zkoumání, experimentování a vynalézání můžeme v dnešní moderní medicíně využívat nových metod urychlujících a usnadňujících hojení. Nevýhodou pro tyto metody je počáteční nákladnost, která budí zábranu před jejich naordinováním lékařem. Ve výsledku jsou ale ekonomičtější,

účinnější a poskytují klientům vyšší komfort. V následujícím textu, jsou uvedeny některé z nich.

1. 4. 4. 1 Krytí s obsahem stříbra

Máme důkazy o tom, že stříbro se používá pro léčebné účely již tři tisíce let. Účinné formy stříbra se využívaly koncem 19. století a došlo tak k extenzivnímu využívání sloučenin stříbra při ošetřování popálenin, infikovaných či chronických ran.

Stříbro v obvazu funguje jako antimikrobiální agens. Ionty stříbra jsou navázány na tkaninu uvnitř krycího materiálu, která je nasycena aktivním uhlím (Actisorb). Ionty stříbra účinně eliminují bakterie vyskytující se v infikované ráně. Účinná antimikrobiální koncentrace iontů stříbra je odhadována na 0,001 až 1,0 ppm. O iontech stříbra je známo, že účinně působí proti řadě mikroorganismů, a to jak proti grampozitivním aerobním bakteriím, dále proti grampozitivním anaerobním bakteriím, gramnegativním anaerobním bakteriím a plísním.

Ionty stříbra tvoří komplexy s řadou složek mikrobiální buňky, které obsahují síru, kyslík a dusík. Tyto prvky jsou přítomny ve sloučeninách, tvořících bakterii, jako jsou např. bílkoviny, enzymy a DNA. Tato široká aktivita znamená, že potenciálních cílů pro působení stříbra je hodně, což umožňuje jeho iontům inhibovat působení mikrobů několika různými způsoby.

Ionty stříbra působí na více místech buňky, a proto si mikroorganismy mohou vypěstovat jen minimální rezistenci (9).

1. 4. 4. 2 Vakuum Assisted Closure - V. A. C. terapie

V. A. C. terapie je metodou zatím v ČR poměrně málo rozšířenou. I když většina zdravotníků má povědomí o principu, na kterém je tato terapie založena, musím zmínit, že se jedná o metodu vlhkou.

V. A. C. systém umožňuje účinné neinvazivní léčení ran s využitím podtlaku a skládá se z přístrojové jednotky, sběrné nádoby, pěny k vytamponování rány a fólie.

Indikací k použití této metody jsou chronické rány (ulcus cruris, diabetická gangréna, dekubitus), akutní rány (traumatická rána, popálenina, compartment syndrom – porucha hojení, dehiscence, lalokové plastiky). Kontraindikací jsou maligní rány, obnažené cévy, osteomyelitis, píštěle zasahující do tělních dutin a k orgánům.

Chod přístroje je nutno zajistit minimálně na 22 hodin ze 24. Pacient musí mít dobrou alimentaci a hodnoty albuminu v normě. Rána musí být před aplikací připravena případným snesením nekrotické tkáně a musí být dostatečně otevřená. Aplikace spočívá v přiložení speciální pěny (houby) na ránu. Vzhledem k tomu, že zdravá tkáň je touto pěnou macerována je vhodné překrýt okolí fólií s otvorem ve tvaru rány, pak se upraví velikost pěny a sterilně se přiloží na ránu. Celé toto prostředí se překryje speciální fólií s ventilem. Fólie musí být připevněna tak, aby se vyloučily veškeré netěsnosti. Poté se napojí odvodní hadice na sběrný kontejner, který se zasune do přístroje. Zkontroluje se otevření všech svorek na hadicích, a přístroj se naprogramuje k terapii. Za několik vteřin již můžeme pozorovat zkolabování (odsátí) pěny na ráně. Pokud tomu tak není, ozve se pískavý zvuk na znamení nedokonalého vakua. Terapeutický program se liší podle typu rány.

Výrobce dodává dva typy pěny, černou – polyuretanovou, která má větší póry a velkou schopnost účinné stimulace granulace a koncentrace rány. Dále je k dostání bílá pěna, ta je z polyvinylalkoholu, je jemnější a doporučuje se tam, kde granulační tkáň nemá vrůstat do pěny, nebo pokud pacient černou pěnu netoleruje (např. vlivem bolesti). Také vakuum je možné pro bolest v počátečním stadiu zmírnit. Sběrný kontejner je třeba měnit vždy, když je plný (přístrojová jednotka upozorní alarmem). Zpravidla 3 – 5 dnů, podle typu sekrece. Je také možno za pomoci Y rozdělovače ošetřit více defektů u jednoho pacienta.

Ukončení terapie se provádí při dosažení stanoveného léčebného cíle (např. uzavření rány), dále pokud rána dospěje do stadia, kdy se již může chirurgicky uzavřít a nebo se do dvou týdnů nedostaví žádný efekt (21).

1. 4. 4. 3 Sterilní larvy

Tato metoda není zcela novou záležitostí, byla již využívána před mnoha lety, ale poměrně nový je její návrat. Ve Velké Británii, USA a Skandinávii se užívá již řadu let. U nás byla poprvé užita v roce 2002, kdy usilovala o registraci pojišťovnami. Důvodem pro uznání registrace by měl být zásadní fakt významného urychlení léčby z týdnů na dny, což logicky vede k úspoře financí, materiálu i lidských sil (15).

Larvy byly poprvé využity během první světové války, zejména pak ve 20. a 30. létech 20. století. Larvy byly k hojení ran využívány v Evropě i Americe do doby vynálezu antibiotik. Po tomto převratném objevu byly larvy vytěsněny, ale v posledních letech se zjistilo, že jejich návrat mezi oficiální léčebné metody by mohl pomoci mnoha klientům s chronickou ránou. Před opětovným zavedením larev do klinické praxe se zjistilo, že tyto organismy působí dezinfekčně a navíc dokážou strávit i stafylokoky rezistentní na antibiotika.

Sterilní larvy se získávají od much v laboratořích. Mouchy jsou krmeny převážně cukrem a vodou, pro kladení vajíček kousky jater. Samičky nakladou vajíčka, která laborant odebere a ponoří do roztoku, který vysterilizuje jejich obaly, díky tomuto úkonu jsou vylíhlé larvy sterilní (3).

Produkt LARV-E jsou sterilní larvy, které se používají v léčbě infekčních nebo nekrotických ran. Larvy jsou schopné odstranit nekrotickou tkáň tím, že jim slouží jako zdroj potravy. Během tohoto procesu produkují silný proteolytický enzym, který podporuje granulaci tkání. Velikost larev se pohybuje okolo 2mm, pokud mají v ráně příznivé podmínky, dorostou až 1cm. Množství larev v jednom balení je určeno pro ránu 5x5cm. V ráně se ponechávají po dobu 3 dnů. To označujeme jako jeden cyklus. Cykly je možné opakovat, nebo použít více balení v cyklu, pokud je rána větší. Larvy by neměly být aplikovány do ran, které mají tendenci krvácet nebo jsou propojeny s tělními dutinami. Ve vzácných případech mohou způsobit krvácení, proto je nutná pravidelná kontrola. Larvy se přepravují ve speciálních kontejnerech, které zajišťují stálé podmínky: teplotu, vlhkost a tmu. Larvy by měly být použity do 8 hodin, jinak klesá jejich efektivita (15).

Aplikace a odstranění larev

K samotné aplikaci je nutné mít připravený sterilní stolek s instrumentariem a sterilní stolek s larvami. Místo aplikace, nejčastěji končetina, musí být před aplikací vydezinfikováno a zarouškováno. Proveďte se oplach fyziologickým roztokem a odstraní se předcházející zbytky krytí a léčiv (masti). Využívá se metoda dressing systému, který udržuje larvy v ráně a zabraňuje jejich úniku do okolí. Do rány se vloží nylonová síťka, která vymezuje prostor. Na ni zvlhčený mul s larvami, vše se zalije roztokem, a tím krytí dokonale přilne ke tkáni. Toto se překryje polopropustnou fólií, kterou je nutno zajistit speciálními proužky náplasti. Rána musí být pravidelně kontrolována a podle potřeby je možno při zvýšené exsudaci krycí fólii vyměnit. Pokud nenastanou komplikace (krvácení aj.), odstraňují se larvy po třech dnech. K odstraňování je opět využíván sterilní stolek s instrumentariem. Odlepí se krycí fólie, vyjme mul s larvami a sítkou, podle potřeby vypláchneme sterilním roztokem, zbytek larev odstraníme pinzetou (15).

1. 4. 4. 4 Ozónoterapie

Ozónoterapie sice nepatří mezi vlhké metody hojení ran, které se těší velké oblíbenosti a úspěchům, přesto je to metoda poměrně nová a zajímavá. Čas ukáže, zda úsilí výzkumníků v této oblasti bude oceněno a ozónoterapie hojně využívána v klinické praxi.

Tříatomová molekula kyslíku byla objevena roku 1785. Ozón je prvek, který se běžně vyskytuje v přírodě – dvacet až třicet kilometrů nad povrchem Země, kde se tvoří za působení UV spektra slunečního záření z atmosférického kyslíku. Ze tří molekul O_2 vznikají dvě molekuly O_3 – ozónu. Ukázalo se, že ozon je v likvidaci veškerých virů efektivnější než chlor. Vzhledem k masivnímu okysličení je ozonová terapie samozřejmě nejvíce využívána u všech forem poruch prokrvení tkání. Což zahrnuje například: stavy po cévních mozkových příhodách, ischemickou chorobu srdeční, poruchy prokrvení končetin. Rovněž diabetické komplikace prokrvení jsou velice

vhodné k nasazení této léčebné metody. Nehojící se zlomeniny a chronické bércové vředy reagují na tuto léčbu velice rychle. U starších lidí s celkovými projevy arteriosklerózy dochází k výraznému zlepšení psychické i fyzické kondice. Vzhledem k baktericidním, virucidním a fungicidním vlastnostem ozonu je používán u chronických virových bakteriálních a plísňových onemocnění. Když obohatíme krev pacienta ozónem, má to i další efekty. Ozón ránu sterilizuje, takže není nutné používat antibiotika nebo léky proti infekci. Při jeho rozpadu na kyslík se uvolňuje energie. Ta zlepšuje metabolismus buněk. Zřejmě směs kyslíku a ozónu podporuje také novou tvorbu jemných kapilár, které zlepšují výživu postižených tkání. Tkáň začne dýchat a znovu se vracet k normální funkci. Pak už se hojí sama. Je nutno hlídat jen infekce a případná poranění. Nejdůležitější je však hojení vůbec „nastartovat“. Účinek ozónoterapie je možné zvýšit také laserem a magnetoterapií, které urychlí hojení rány. Tím lze výrazně zkrátit dobu léčby. Její efekty lze zlepšovat také použitím vlhkých obvazů, které v ráně udržují optimální prostředí. Obvazy napuštěné roztokem, nasyceným ozónem, zvyšují dezinfekční a sterilizační účinky. Speciální pěny upravují v ráně pH a tím brání infekcím. Tam, kde je postižení cév rozsáhlé, nepomůže někdy ani ozónoterapie. Většina chirurgů ji zatím vnímá jako léčbu doplňkovou. Ve srovnání s klasickou léčbou kompresivním obvazem a mastmi je dražší. Pacient si ji musí platit sám (23).

2. Cíle práce a hypotézy

2. 1. Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zkušenosti sester primární péče s různými materiály pro ošetřování ran.

Cíl 2: Zjistit zájem sester primární péče o nové zkušenosti v oblasti hojení a ošetřování ran.

2. 2. Hypotézy

H1: Sestry primární péče mají nedostatečné zkušenosti s moderními metodami hojení ran.

H2: Sestry primární péče mají zájem o nové zkušenosti v oblasti hojení ran novými metodami.

3. Metodika

3. 1 Popis metodiky

K výzkumu zkušeností sester primární péče s hojením ran jsem zvolila dotazníkovou metodu. Dotazník byl složen z 22 otázek. Byly použity otázky uzavřené, polouzavřené a jedna otevřená.

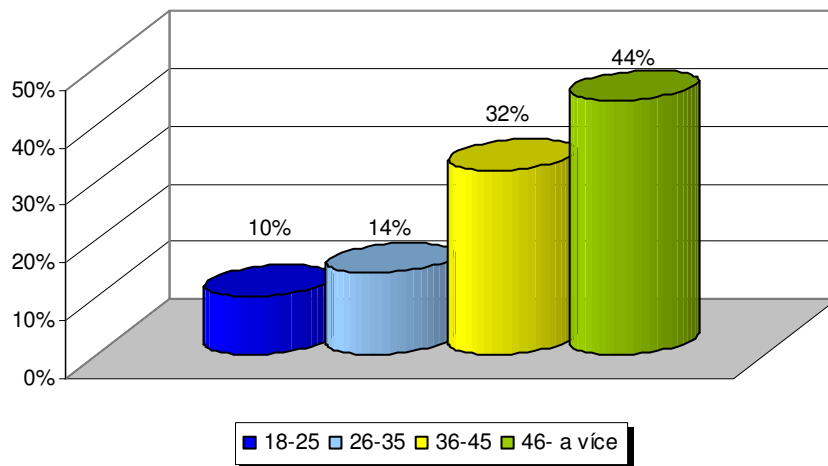
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl rozdáván sestřím, které pracují v ambulancích primární péče v Českých Budějovicích a na Benešovsku. Sběr dat proběhl během měsíce března a dubna roku 2007.

Celkem bylo rozdáno 58 dotazníků, návratnost byla 90% (52) a 2 (3 %) dotazníky byly nedostatečně vyplněny.

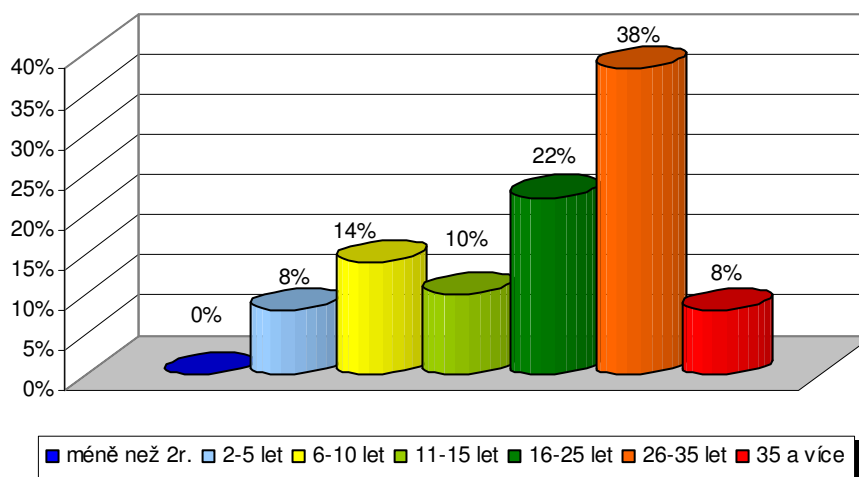
4 Výsledky výzkumu

Graf 1 Věk respondentek



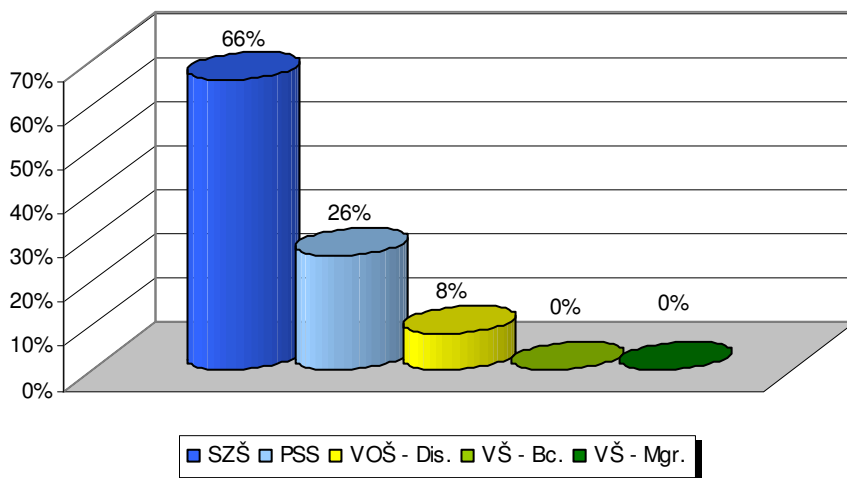
Ve výzkumném souboru 50 sester, je 5 (10 %) ve věku 18 - 25 let, do kategorie 26 - 35 let spadá 7 (14 %) respondentek, kategorie 36 - 45 let byla zastoupena 16 (32 %) sestrami, nejpočetnější kategorií činila skupina nad 46 let – 22 sester (44 %).

Graf 2 Délka praxe



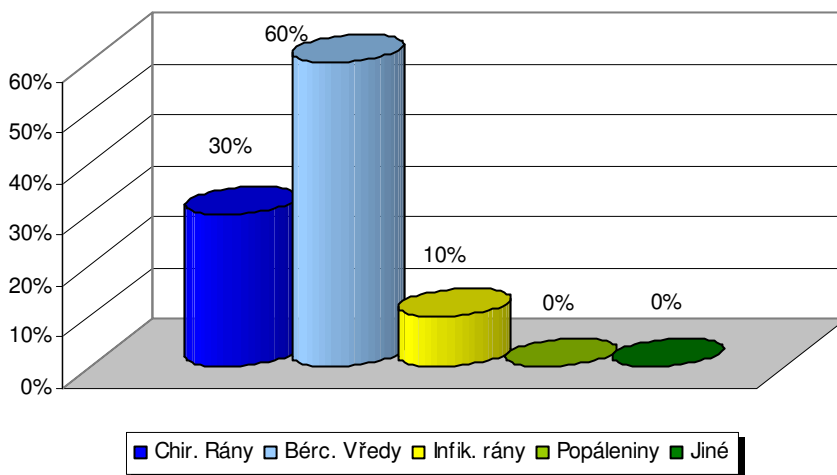
Praxi kratší než 2 roky neuvedla žádná z dotazovaných (0 %), 4 (8 %) sestry mají praxi 2 – 5 let, 7 (14 %) odpovědělo, že jejich praxe je od 6 do 10 let, 5 (10 %) sester má praxi 11 až 15 let, 11 (22 %) označilo délku praxe 16 - 25 let, nepočetnější byla skupina respondentek s praxí 26 - 35 let, praxi 36 a více let uvedly 4 (8 %) sestry.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



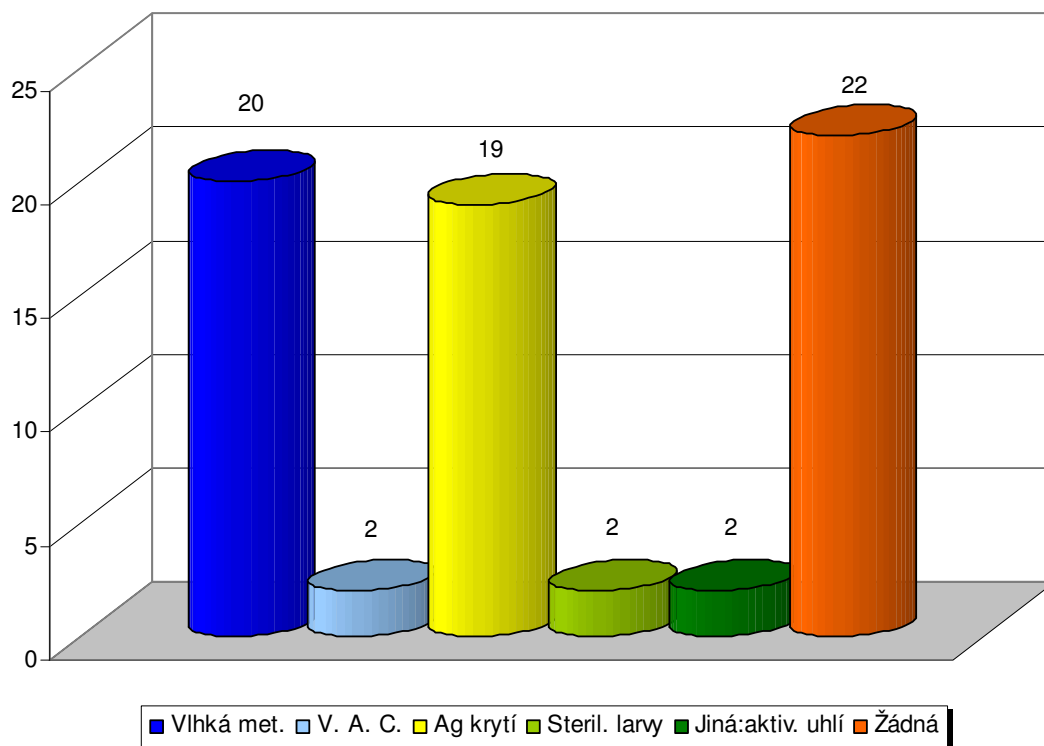
33 (66 %) sester dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitní zkouškou, pomaturitní specializační studium absolvovalo 13 (26 %), vyšší odborné vzdělání ukončené titulem Dis. mají 4 (8 %) sestry, vysokoškolského studia bakalářského (0 %) i magisterského 0 (0 %) typu nedosáhla žádná z oslovených.

Graf 4 Nejčastěji ošetřované tkáňové defekty v primární péči



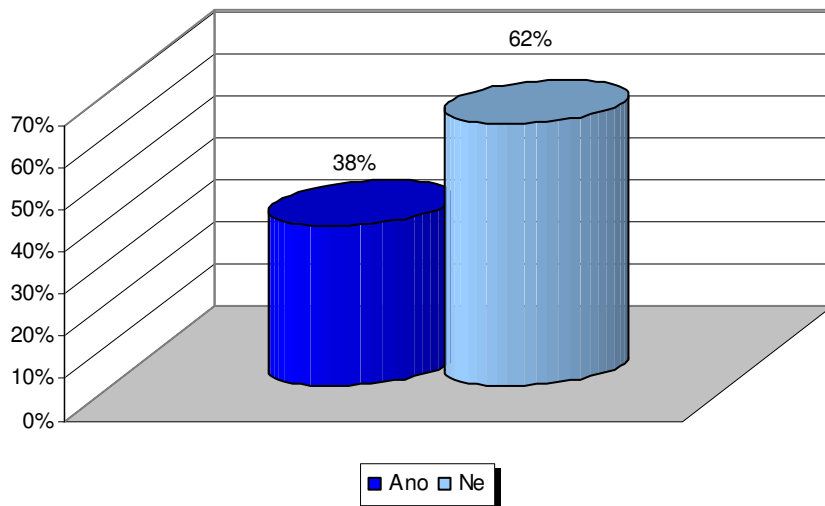
15 (30 %) sester označilo za nejčastěji ošetřovaný defekt chirurgické rány, více zastoupena byla péče o bércové vředy 30 (60%), 5 (10%) sester uvedlo infikované rány, popáleniny a možnost jiné neuvedla žádná z dotázaných (0 %).

Graf 5 Moderní metody, se kterými se respondentky setkaly



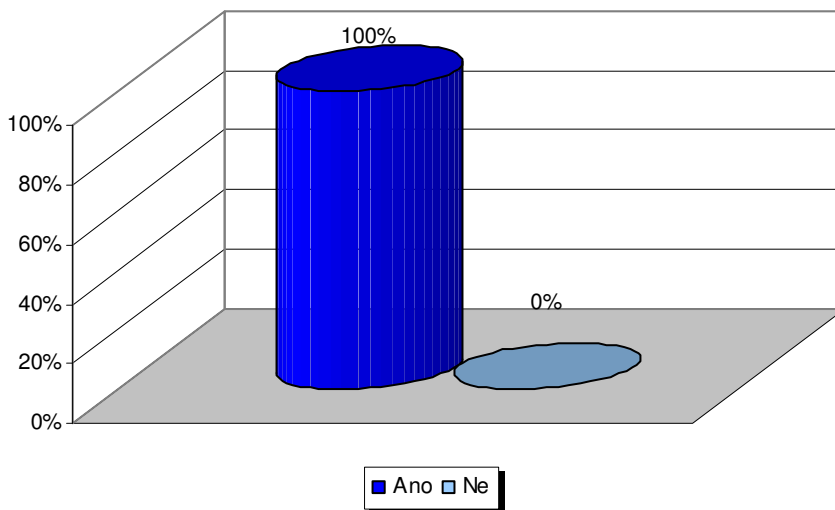
Z nabídnutých možností moderních metod byla nejvíce označována vlhká metoda. S vlhkou metodou se setkalo 20 sester, s V. A. C. terapií se setkaly 2 sestry. Druhou nejvíce zastoupenou moderní metodou bylo využívání krytí s obsahem stříbra – 19 sester, 2 respondentky se setkaly se sterilními larvami a stejný počet (2) v možnosti jiná uvedl krytí s aktivním uhlím. 22 dotázaných nemá s žádnou moderní metodou zkušenost.

Graf 6 Osobní zkušenost s vlhkou metodou



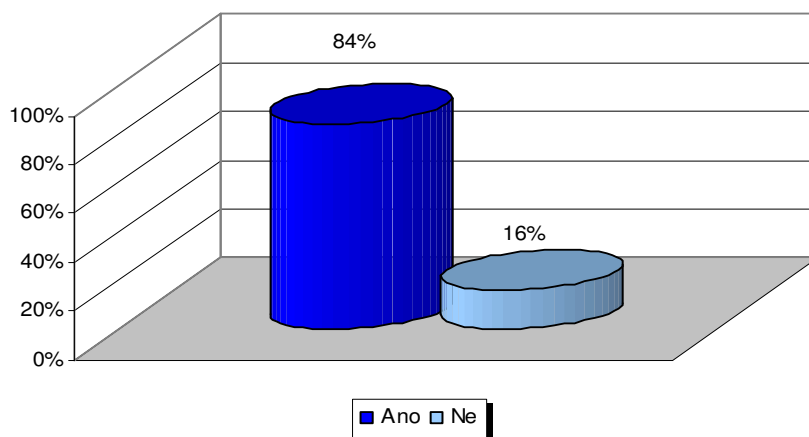
Osobní zkušenost s vlhkou metodou uvádí 19 (38 %) sester, s vlhkou metodou nikdy nepracovalo 31 (62 %) dotázaných.

Graf 7 Efektivita vlhké metody



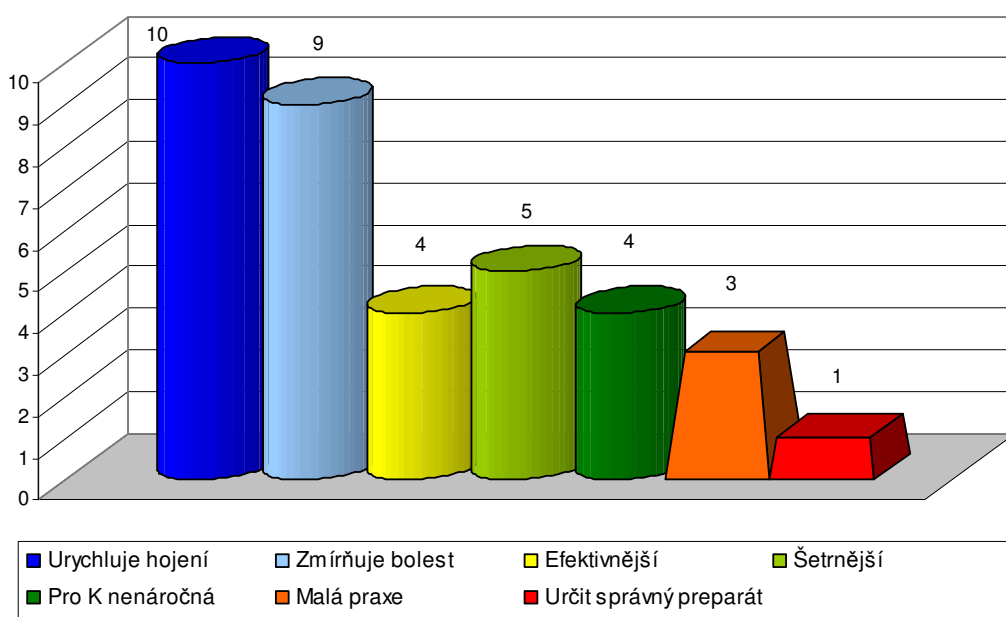
Ze souboru 19 sester, které s vlhkou metodou již pracovaly, ji 19 (100 %) pokládá za efektivní. Žádná (0 %) nehodnotí vlhkou metodu jako neefektivní.

Graf 8 Oblíbenost vlhké metody



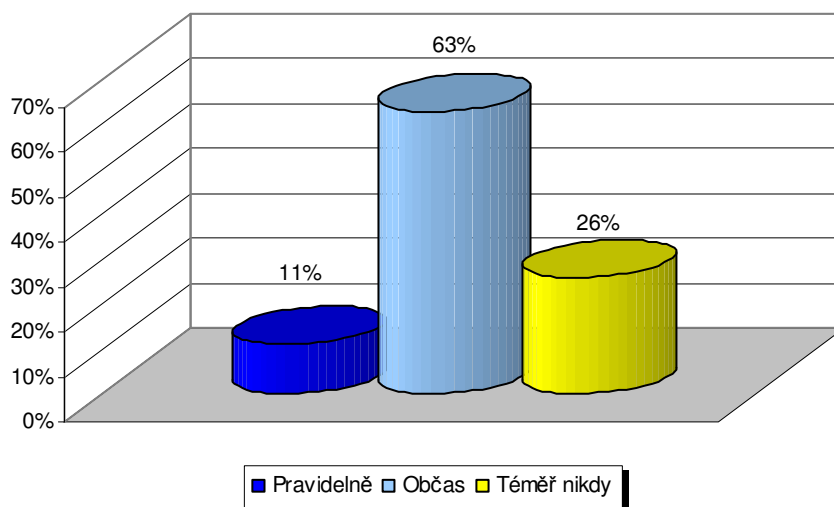
Z výzkumného souboru 19 sester. 16 (84 %) vlhkou metodu používá rádo, 3 (16 %) s ní pracují nerady.

Graf 9 Důvody oblíbenosti a neoblíbenosti práce s vlhkou metodou



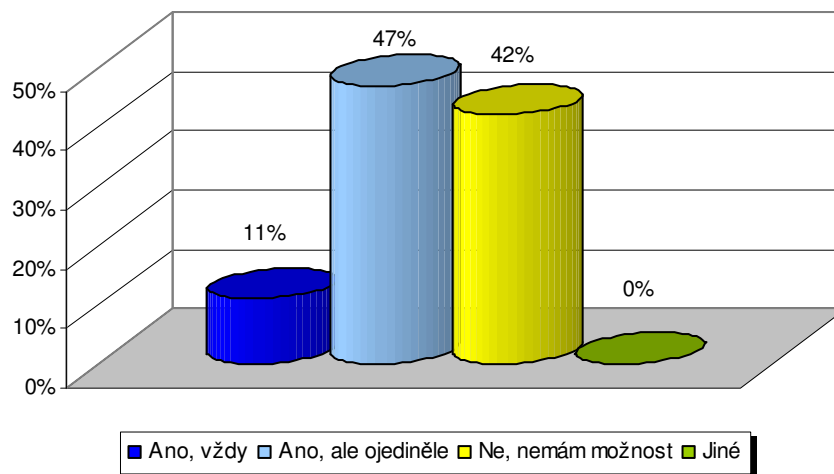
Z výzkumného souboru 19 sester. V kulatých sloupcích jsou důvody oblíbenosti, v hranatých důvody neoblíbenosti. Vlhká metoda je oblíbená pro rychlejší hojení 10 (28 %), menší bolest 9 (25 %), efektivitu 4 (11 %), šetrnost 5 (14 %), menší náročnost pro klienta 4 (11 %). Neoblíbená je pro krátkou praxi s touto metodou 3 (8 %) a pro složitost výběru správného krytí 1 (3 %).

Graf 10 Častost práce s vlhkou metodou



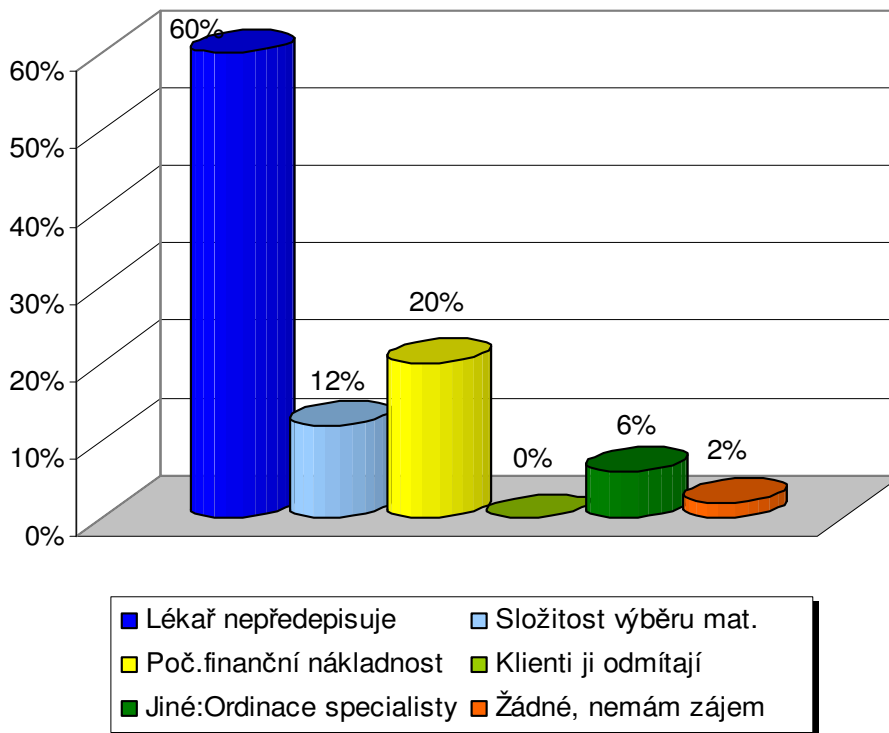
Z výzkumného souboru 19 sester. 2 (11 %) pracují s vlhkou metodou pravidelně, 12 (63 %) má možnost pracovat s vlhkou metodou občas a 5 (26 %) téměř nikdy.

Graf 11 Možnost výběru vhodného materiálu



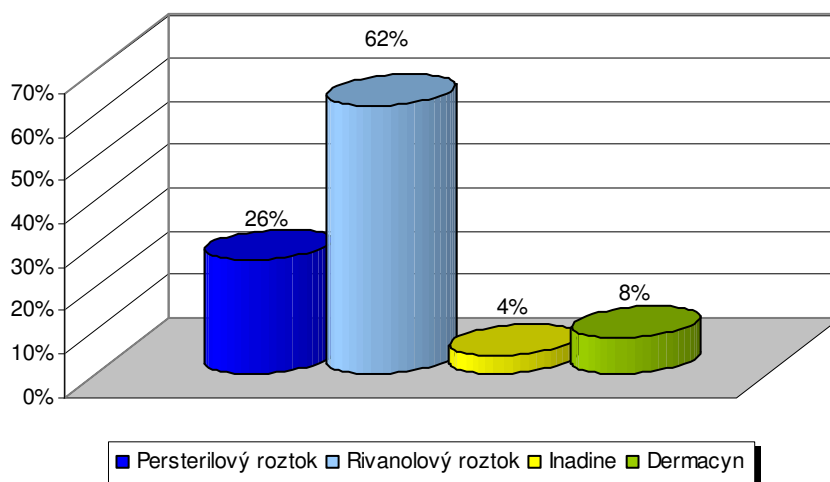
Z výzkumného souboru 19 sester. 2 (11 %) z nich uvádí, že mají možnost vždy vybrat materiál na aktuální fázi hojení, 9 (47 %) má tuto možnost ojediněle, 8 (42 %) respondentek tuto možnost nemá z důvodu striktní ordinace lékařem. Do možnosti jiné (0 %) nebyla zaznamenána žádná odpověď.

Graf 12 Překážky v používání vlhké metody



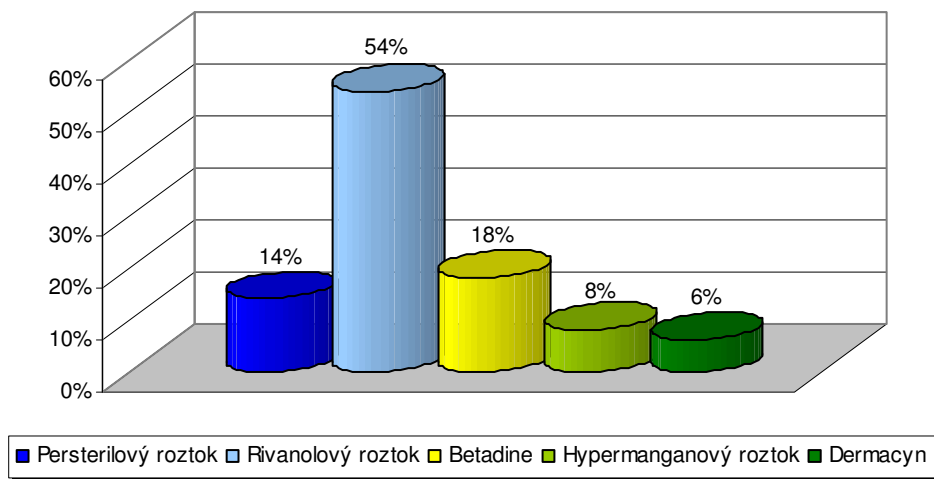
Z celkového počtu 50 sester, 30 (60 %) uvedlo, že hlavní překážkou jsou samotní praktičtí lékaři, kteří vlhkou metodu nepředepisují. Dalšími důvody byly, složitost výběru vhodného krytí 6 (12 %) a počáteční finanční nákladnost 10 (20 %). Možnost, že klienti tuto metodu odmítají, nevedl nikdo (0 %). Překážkou, kterou mohly sestry uvést do možnosti jiné, je přenesení ordinace z praktika na specialistu 3 (6 %). 1 (2 %) sestra uvedla, že překážky bránící ve využívání vlhké terapie nemá a s touto metodou nepracuje pro svůj nezájem.

Graf 13 Používání „klasických“ přípravků k terapii nekrotických ran



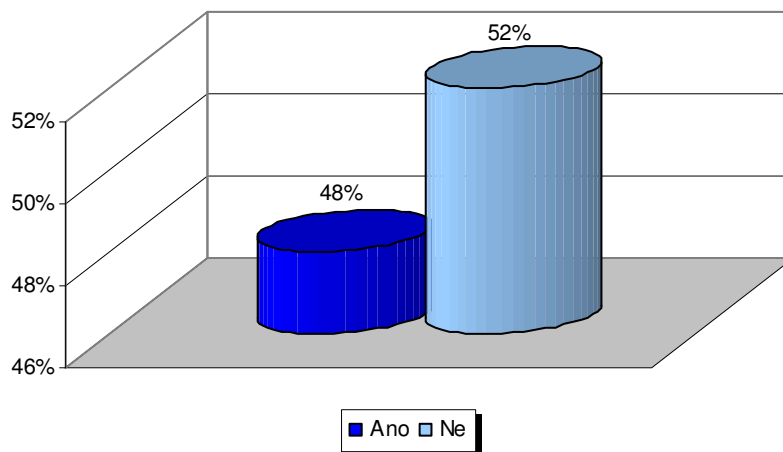
Persterilový roztok používá 13 (26 %), Rivanolový roztok 31 (62 %). Jako jiné uvedly, Inadine 2 (4 %) a Dermacyn 4 (8 %).

Graf 14 Používání „klasických“ přípravků k terapii ran se zvýšenou hnisavou sekrecí



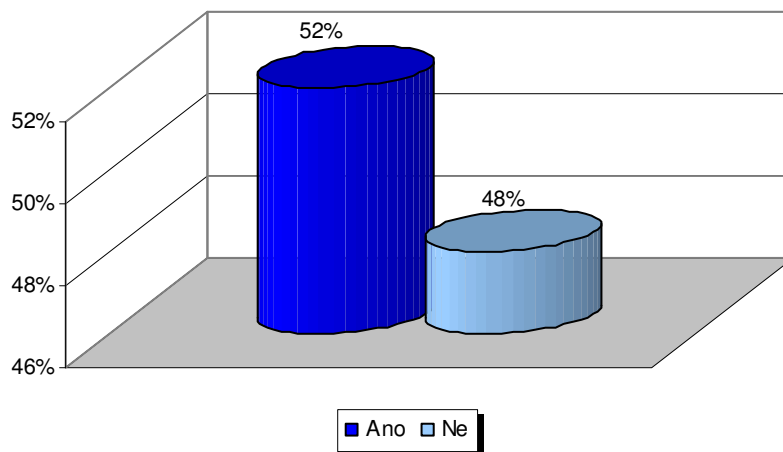
Respondentky uvedly, že na ránu se zvýšenou hnisavou sekrecí by přiložily, Persterilový roztok 7 (14 %), Rivanolový roztok 27 (54 %). Samy uváděly Betadine 9 (18 %), Hypermanganový roztok 4 (8 %) a Dermacyn 3 (6 %).

Graf 15 Hodnocení efektivity léčby standardními přípravky



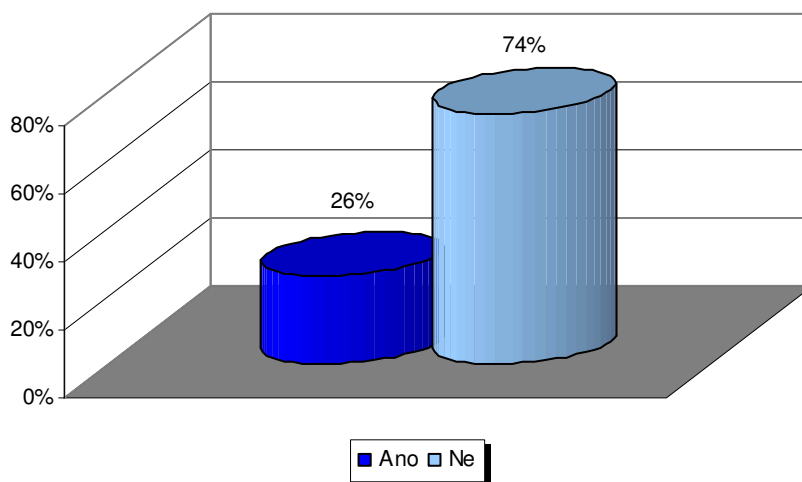
24 (48 %) sester „klasickou“ terapii hodnotí jako efektivní. Za neefektivní ji pokládá 26 (52 %) dotázaných.

Graf 16 Oblíbenost standardních přípravků



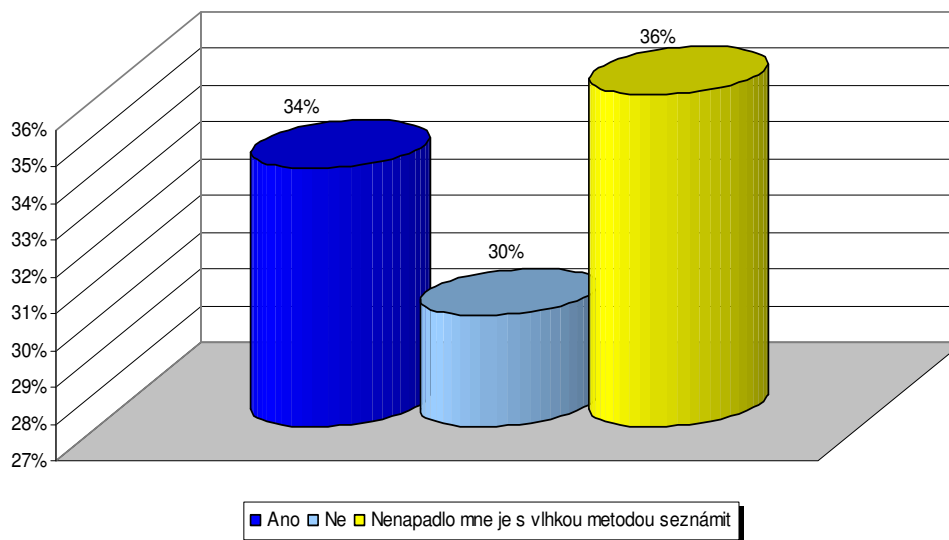
Většina sester 26 (52 %) s „klasickou“ metodou pracuje ráda, 24 (48 %) s ní pracuje nerada.

Graf 17 Dostupnost vlhké metody pro klienty



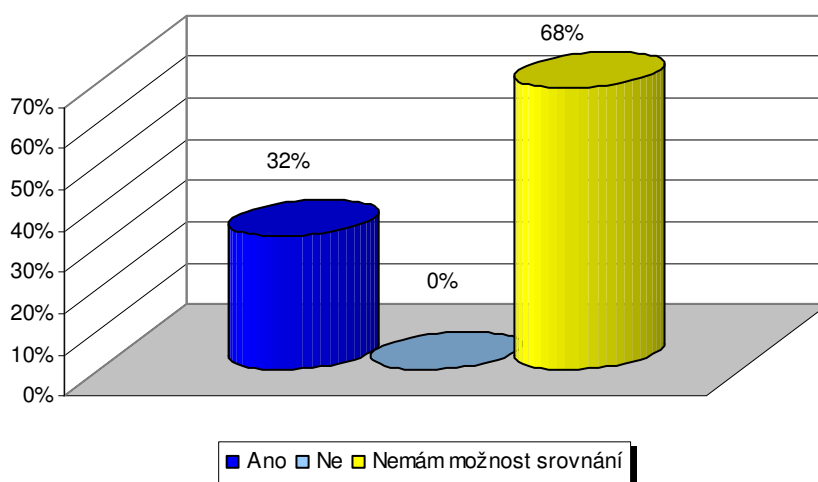
13 (26 %) respondentek uvedlo, že na jejich pracovišti je pro jejich klienty vlhká metoda dostupná, 37 (74 %) uvedlo opak.

Graf 18 Zájem klientů o finanční spoluúčast



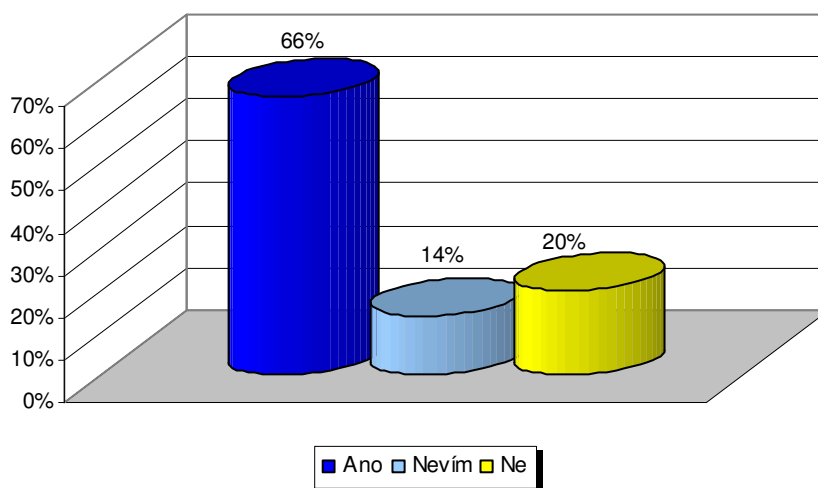
17 (34 %) klientů má o vlhkou metodu zájem i přes jejich finanční spoluúčast, 15 (30 %) dle oslovených sester zájem o vlhkou metodu nemá a 18 (36 %) sester nikdy nenapadlo své klienty s vlhkou metodou seznámit.

Graf 19 Míra spokojenosti klientů z pohledu sestry



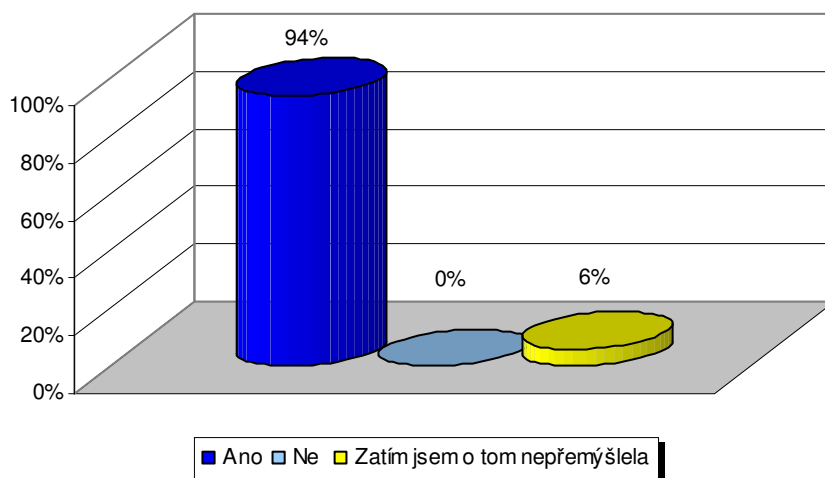
16 (32 %) sester zaznamenává u klientů léčených vlhkou metodou vyšší míru spokojenosti, než u klientů léčených „klasickými“ přípravky. Nikdo (0 %) nevedl nespokojenost svých klientů s vlhkou metodou. 34 (68 %) sester nemohlo oba materiály porovnat.

Graf 20 Potřeba dalších zkušeností s novými metodami



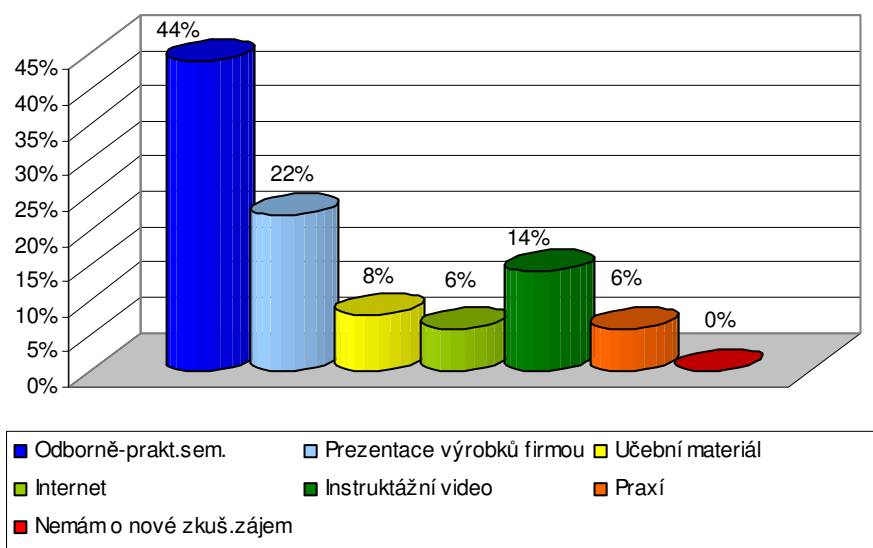
Nadpoloviční většina 33 (66 %) sester má pocit, že by potřebovaly více zkušeností s používáním nových metod při léčbě tkáňových defektů. 7 (14 %) neví, zda potřebuje více zkušeností s novými metodami a 10 (20 %) potřebu většího množství zkušeností nepocítuje.

Graf 21 Zájem sester o nové zkušenosti v oblasti ošetřování ran



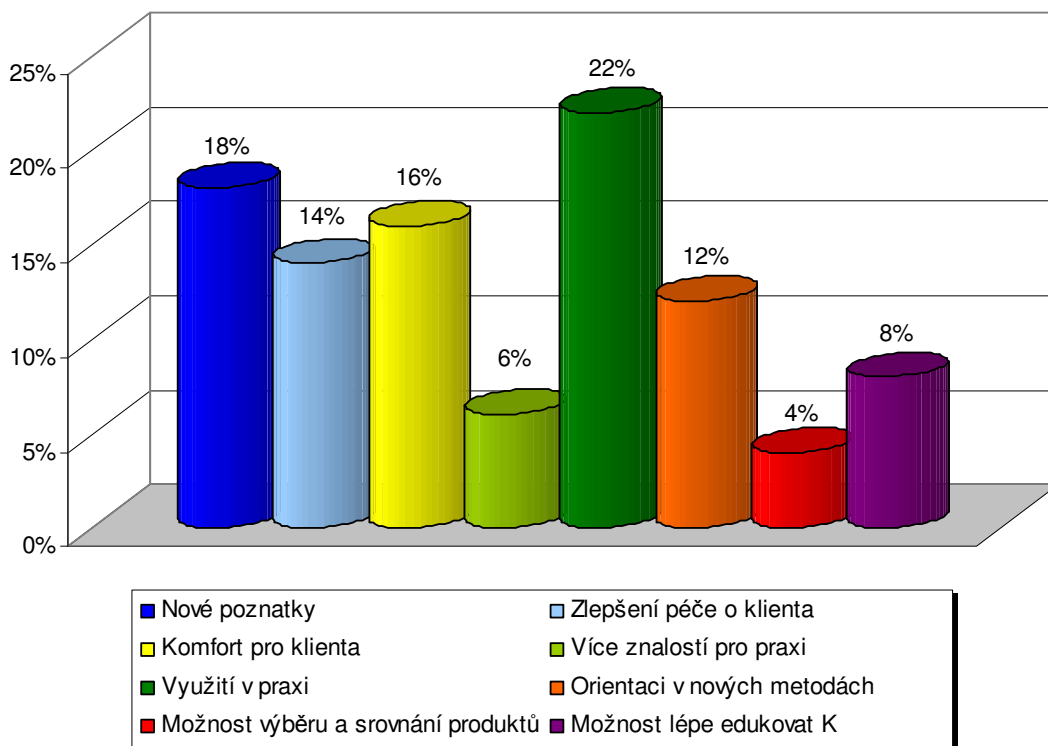
Zájem o nové zkušenosti uvádí 47 (94 %) respondentek, nezájem (0 %) a 3 (6 %) dotázané o zisku nových zkušeností nikdy nepřemýšlely.

Graf 22 Způsob získání nových zkušeností



Nejoblíbenějším způsobem získávání nových zkušeností je odborně-praktický seminář - 22 (44 %) sester. Prezentace výrobků firmou zaujala 11 (22 %) respondentek, učební materiály by využily 4 (8 %), internet preferují 3 (6 %). Získat zkušenosti pomocí instruktážního videa upřednostňuje 7 (14 %) dotázaných a jako jiný způsob uvedly 3 (6 %) sestry praxi. Možnost, že nemají zájem o nové zkušenosti nevedla žádná (0 %).

Graf 23 Očekávání od vzdělání



9 (18 %) sester očekává od vzdělávání nové poznatky, 7 (14 %) zlepšení péče o klienta, 8 (16 %) sester vyšší komfort pro klienty, 3 (6 %) více znalostí pro praxi. Nejvíce respondentek 11 (22 %) by chtělo nové zkušenosti využít v praxi. 6 (12 %) se chce zorientovat v nových metodách, 2 (4 %) očekávají možnost výběru a srovnání nových produktů a 4 (8 %) by na základě nových zkušenosti chtěly lépe edukovat klienta.

5. Diskuse

Ke zmapování zkušeností sester primární péče s hojením ran bylo za výzkumnou metodou zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník byl pro výzkumný soubor nejjednodušším způsobem sběru dat. K získání údajů byly zvoleny sestry z ambulancí praktických lékařů pro dospělé. Šetření probíhalo během měsíce března a dubna v Českých Budějovicích a na Benešovsku. Osloveno bylo 63 sester, 5 odmítlo dotazník vyplnit, 6 dotazníků se nevrátilo a 2 byly nevyhovující pro hodnocení. K hodnocení výzkumu byl použit konečný soubor 50 dotazníků. V dotazníku převažovaly otázky uzavřené, dále otázky polouzavřené a pouze jedna byla koncipována jako otevřená. Dotazník čítal 22 otázek.

Úvodní otázky byly koncipovány jako identifikační. Dotazovaly jsme se na věk, vzdělání a délku sesterské praxe. Nejvíce respondentek bylo starší 46 let (44 %) nejméně zastoupenou věkovou skupinou v primární péči byly sestry od 18 – 25 let (10 %). Délka sesterské praxe je znázorněna v grafu 2, z něj je patrné, že nepočetnější skupinou jsou sestry s praxí 26 – 35 let. Když se zamyslíme nad výše uvedenými skutečnostmi, je evidentní, že mladé sestry se v primární péči objevují zřídka. Důvodů, proč tomu tak je, můžeme nalézt několik. Mladé sestry mají málo praktických zkušeností, obvykle netouží po práci spíše administrativního charakteru a důsledkem toho volí spíše klinické ošetrovatelství. I sám praktický lékař raději spolupracuje se sestrou, která má praxi u lůžka. Při výzkumu bylo dále zjišťováno, jakého vzdělání sestry v primární péči dosáhly. Jak se předpokládalo, u praktických lékařů převážně pracují sestry se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou (66 %). Dále mívají pomaturitní specializační vzdělání (26 %) a vyšší odborné vzdělání ukončené titulem Dis. (8 %). I když se očekávalo velmi nízké procento vysokoškolsky vzdělaných sester v ambulantní péči, překvapivé bylo, že vzdělání tohoto typu nedosáhla žádná z nich. Je otázkou, zda je to tím, že vysokoškolsky vzdělanou sestru praktici nepotřebují, nebo by ji nebyli ochotni dle dosaženého vzdělání ohodnotit. Zdá se nám, že sestrám v ambulancích praktiků chybí motivace profesního růstu. Faktorů demotivace sester k celoživotnímu vzdělávání může být mnoho. Lze jen uvažovat, které

to konkrétně jsou. Může se jednat o stagnaci platu i při kontinuálním zvyšování odbornosti, nebo se sestry nemohou uvolňovat ze zaměstnání na vzdělávací akce. Dalším důvodem může být daný stereotyp ordinace, který může vyústit v neochotu využívat nové poznatky v praxi, apod.

Následující otázky se týkaly zkušeností sester s novými i klasickými metodami ošetřování ran. Nejprve se zjišťovalo, které tkáňové defekty sestry v primární péči ošetřují. Ukázalo se, že v 60 % se jedná o bércové vředy. Druhým nejčastěji ošetřovaným defektem jsou chirurgické rány – 30 %, 10 % sester pokládá za jimi nejčastěji ošetřované tkáňové defekty infikované rány. Předpokládaný důvod, proč se v primární péči nejvíce ošetřují bércové vředy, je, že tyto defekty jsou chronického charakteru a nutně nevyžadují hospitalizaci.

Práce byla zaměřena na zkušenosti sester s moderními metodami hojení ran a tak bylo zkoumáno, se kterými moderními metodami se již osobně setkaly. V této otázce mohly uvést více možností. Nebylo pro nás překvapením, že 20 respondentek uvedlo vlhkou metodu. Za ní následovalo krytí s obsahem stříbra, se kterým se setkalo 19 dotázaných. S V. A. C. terapií se setkaly 2 dotázané. Stejný počet, tedy 2, uvedl sterilní larvy a 2 krytí s aktivním uhlím. Nízký počet sester, které se setkaly se sterilními larvami, bude pravděpodobně způsoben krátkou dobou, kdy je tato metoda u nás dostupná. V časopise *Sestra M.* Müllerová u kasuistiky z roku 2002 uvádí, že snad bude terapie larvami v budoucnu hrazena pojišťovnou (15). Z tohoto sdělení vyplývá, že v současné době je terapie sterilními larvami stále ještě málo rozšířená, neboť pojišťovna ji hradí krátkou dobu a klienti nejsou na tento druh léčby zvyklí. Alarmujícím číslem byla odpověď 22 sester z celkového počtu 50, které se s žádnou moderní metodou nesetkaly. Stejně tak počet 20 sester, které se setkaly s vlhkou metodou, není moc optimistický. Je zajímavé, že 20 sester se setkalo s vlhkou metodou a 19 z nich s ní uvádí praktickou zkušenost. Z toho lze vyvodit, že 1 respondentka vlhkou metodu může znát zřejmě z nějaké vzdělávací akce. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že 31 (62 %) sester s vlhkou metodou nemá žádnou pracovní zkušenost. Několik dotazů bylo specifikovaných právě pro sestry, které s vlhkou metodou zkušenosti mají. Dotazovali jsme se na efektivitu vlhké metody, častost práce s touto

metodou, a zda mají možnost vybrat takový materiál, který je vhodný na aktuální fázi hojení. Co se týká efektivity, došlo u všech 19 sester k jednoznačné shodě, že vlhká metoda je efektivní. Dále jsme se od 16 sester dozvěděli, že s vlhkou metodou pracují rády. Zbytek, tedy 3 uvedly opak. Důvody, proč s ní pracují rády či nerady, jsou znázorněny v grafu 9. Jedná se zejména o výhody, jako je rychlejší hojení, menší bolestivost, efektivita, šetrnost, nižší náročnost pro klienta, jak uvádí Sárköziová a Kanive (16). Z výše uvedených odpovědí dotázaných sester, vidíme správný přístup v ošetrovatelském procesu, který je orientovaný na potřeby klienta (12). Z nevýhod byla uvedena malá praxe s touto metodou a složitost při vybírání vhodného krytí. Z počtu 19 sester, jich 5 (26 %) s vlhkou metodou nepracuje téměř nikdy. To znamená, že z celkového počtu 50 sester jich 14 s touto metodou pracuje alespoň občas (uvedlo 12 sester) nebo pravidelně (uvedly 2 sestry). Sestry, které uvedly, že s vlhkou metodou pracují pravidelně, taktéž mají možnost vybrat k hojení rány materiál, který odpovídá aktuální fázi hojení. Tuto možnost ojediněle dostává 9 sester a 8 možnost výběru materiálu vůbec nemá, neboť materiál striktně určí lékař. Srovnáme-li sestry přímo proškolené pro hojení ran, které pracují v ústavních a klinických zařízeních se sestrami primární péče, zjistíme, že sestry pro rány, mají širší kompetence ve smyslu výběru vhodného materiálu na konkrétní ránu a aktuální fázi hojení.

Předmětem zájmu bylo zjistit, jaké překážky brání sestram v ambulancích praktiků ve využívání vlhké metody. Jak je patrné z grafu 12, největší překážkou v užívání vlhké metody jsou praktičtí lékaři (60 %), což cítíme nejen jako snížení kvality péče o klienta, ale i překážku pro získávání praktických zkušeností sester. Faktem je, že některé sestry uváděly, že se v oblasti hojení ran vzdělávají, ale nemají nové poznatky šanci v praxi využít zejména kvůli problémům s preskripcí. Nabízí se několik otázek, proč lékaři nepředepisují tuto léčbu a také, zda semináře absolvované sestrami mají nějaký význam pro jejich praxi. Možná jsou lékaři pod tlakem pojišťoven, které nechtějí na první pohled drahou metodu plošně uhrazovat. Ve strategických dokumentech pro všeobecné sestry a porodní asistentky 5 (17) je popsán dánský projekt doporučených postupů péče o rány v primární péči. Je zde kladen důraz na cíle vládní politiky snižování potřeby nemocniční péče, což začíná být v posledních letech trendem

i u nás. Domníváme se, že saturace potřeb kvalitní ambulantní a domácí péče není ještě dostatečná. Součástí cíle dánského projektu je zavádění nákladově efektivních ošetrovatelských zásahů a prostředků se zaměřením na kvalitu života člověka. Aplikujeme-li tento cíl na ošetřování ran, tak je jasné, že se jedná o zavedení vlhké metody, která je z dlouhodobého hlediska pro pacienta komfortnější, efektivnější a i levnější pro pojišťovnu. Výhody vlhké metody popsané respondentkami nalezneme v grafu 9, jak bylo již uvedeno výše. Za další překážky užívání vlhké metody byla označena složitost při vybírání vhodného preparátu (12 %), počáteční finanční nákladnost (20 %), přenesení ordinace na specialistu (6 %). Jedna sestra (2 %) uvedla, že nemá o vlhkou metodu zájem. V návaznosti na výše uvedené překážky, musíme uvést výsledek šetření dostupnosti vlhké metody. Pro klienty praktických lékařů je vlhká metoda v 13 (26 %) případech dostupná a v 37 (74 %) nedostupná. Při zjišťování zájmu klientů o vlhkou metodu i za cenu jejich finanční spoluúčasti, respondentky uvedly v 17 (34 %) případech zájem klientů o vlhkou metodu i přes jejich finanční spoluúčast. Nezájem klientů uvedlo 15 (30 %) sester a nejvíce z nich, tedy 18 (36 %), ještě nenapadlo klienty s vlhkou metodou seznámit. MUDr. Běský píše v článku *Postavení praktického lékaře* (1), že běžný pacient nezná cenu léčby, vyšetření a není motivován tyto informace sledovat, neuvědomuje si vypovídající hodnotu vyšetření. Domníváme se, že s tím souvisí i situace v péči o rány. Můžeme se zamýšlet nad tím, jakou má sestra možnost v primární péči aplikovat péči aktivní, tj. nabízet možnosti péče v rámci ošetrovatelského procesu. Usuzujeme-li, že nemocní nejsou dostatečně informováni o možnostech moderní léčby, o aktuální situaci, o poměru cen moderní a standardní léčby, můžeme vyvodit, že proto nevyvíjí tlak na lékaře a nebo nemají o tuto metodu takový zájem, neboť jsou zvyklí všechny zdravotní služby přijímat zdarma. Z výzkumu je totiž patrné, že se stále v popředí péče o rány drží preparáty jako je Persterilový roztok, Rivanolový roztok, Betadinové přípravky apod. Bližší informace jsou k nalezení v grafech 13 a 14. Jako jsme se zajímali o efektivitu a oblíbenost vlhké metody, taktéž jsme se na tyto skutečnosti dotazovali u standardních přípravků. Za efektivní pokládá „klasickou“ léčbu 24 (48 %) sester. Většina, kterou činí 26 (52 %) sester se s tímto názorem neztotožňuje. V hodnocení oblíbenosti práce s „klasickou“

metodou bylo dospěno k opačným výsledkům. Z celého výzkumného souboru 26 (52 %) respondentek s „klasickou“ metodou pracuje rádo a 24 (48 %) oblíbenost práce s těmito přípravky hodnotí negativně. Bylo by zajímavé vědět, z jakých důvodů pracují sestry s „klasickou“ metodou rády, ale to nebylo předmětem výzkumu.

Závěrečné otázky byly zaměřeny na zájem respondentek o nové poznatky v problematice péče o tkáňové defekty. Musíme říci, že jsme byli příjemně překvapeni zjištěním, že 94 % respondentek má zájem o nové zkušenosti v oblasti ošetřování ran. Mezi nejoblíbenější způsoby, jak nové zkušenosti získat, byla účast na odborně praktickém semináři 22 (47 %), prezentaci výrobků firmou upřednostňuje 11 (22 %) dotázaných. Pouze 3 (6 %) se chtějí vzdělávat z internetu a 4 (8 %) z učebních materiálů. Instruktažní video by vyhovovalo 7 (14 %) respondentkám a 3 (6 %) by chtěly zkušenosti získat přímo praktickou činností. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že každá sestra je individuální a proto by bylo vhodné pořádat na daná témata různé typy vzdělávacích programů, nebo zpracovat názorné vzdělávací materiály určené přímo sestrám v primární péči.

Přistoupíme-li ke stanoveným cílům a hypotézám této práce, zjišťujeme, že prvním cílem práce bylo zjistit „Zkušenosti sester primární péče s různými materiály pro ošetřování a hojení ran“. Cíl byl splněn na základě odpovědí znázorněných v grafech 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16 a 19. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, že „Sestry primární péče mají nedostatečné zkušenosti s moderními metodami hojení ran“. Než se dostaneme k vyhodnocení, musíme blíže specifikovat slovo *nedostatečně* pro jednoznačné určení pravdivosti či nepravdivosti stanovené hypotézy. Pro tento výzkum slovo *nedostatečně* znamená, že v níže uvedených otázkách pozitivně odpoví 49 % a méně respondentek. Na otázku (č. 6), zda mají osobní zkušenost s vlhkou metodou, uvede odpověď ano méně než 50 % sester a v otázce č. 9, která se dotazuje na častost práce s vlhkou metodou, označí méně než 50 % z celkového počtu respondentek odpověď pravidelně a občas.

Ve výsledku zkoumání vyšlo, že pouhých 38 % sester má praktickou zkušenost s vlhkou metodou a pravidelně, či občas s ní pracuje 28 % dotázaných sester. Na podkladě těchto odpovědí musíme označit tuto hypotézu za potvrzenou. Dalším

kritériem pro vyhodnocení této hypotézy byl graf 5. V tomto grafu jsou uvedeny moderní metody, se kterými se respondentky již setkaly. Zde mohly uvést více možností. Ze všech oslovených sester 56 % uvedlo, že se již setkaly s moderními metodami hojení ran, což činí 67 % ze 100 % získaných odpovědí. Tento výsledek šetření nelze použít jako fakt k vyvrácení nebo potvrzení hypotézy, neboť nevíme, v jakém rozsahu jsou zkušenosti respondentek s uváděnými moderními metodami.

Dalším stanoveným cílem bylo zjistit zájem sester primární péče o nové zkušenosti v oblasti hojení ran novými metodami. Tento cíl byl splněn na základě odpovědí znázorněných v grafech 20, 21, 22 a 23. Hypotéza vztahující se k výše uvedenému cíli zní: Sestry primární péče mají zájem o nové zkušenosti v oblasti hojení a ošetřování ran. Hypotéza byla jednoznačně potvrzena. Na otázku, zda mají o nové zkušenosti zájem, sestry uvedly v 94 % kladnou odpověď. Potvrzení této hypotézy bylo očekáváno, ale příjemnou skutečností je velmi vysoké procento sester, které uvedly zájem se profesně rozvíjet.

Skutečnosti, jež byly předpokládány, výzkum potvrdil. Je smutné, že aktivním a vzdělávajícím se sestrám v pokroku brání jejich zaměstnavatel. V tomto bodě kreditní systém celoživotního vzdělávání středních zdravotnických pracovníků bohužel ztrácí na významu. Z počtu 50 sester 8 napsalo poznámku k dotazníku, že ony samy navštěvují semináře, vzdělávají se, ale že praktici je brzdí tyto nově získané zkušenosti uplatňovat a rozvíjet v praxi. Mimo dotazník sestry uváděly, že se začínají cítit unavené neustálým tlakem, který je kontinuálně nabádá k využívání moderních metod a tlakem lékaře, který jim to neumožňuje. Tato situace vede k zamyšlení, že změnu je třeba provádět i na jiných místech než u sester. Uvažování nad touto situací nás vede k domněnce, že reformu by bylo vhodné postupně provádět u pojišťoven, revizních lékařů a praktiků. Sestry k takovému kroku bohužel nejsou kompetentní. Jak z výzkumu vyplývá, tak zejména díky překážkám v užívání moderních metod nemají sestry v primární péči dostatečné zkušenosti. V práci bylo zmíněno mnoho skutečností o současném stavu péče o rány, byly to jak negativní, ale i pozitivní informace. Domníváme se, že až se praktičtí lékaři dostanou do situace, kdy tyto metody budou moci běžně ordinovat, tak

v návaznosti na to se sestry stanou zkušenějšími a pokrokovějšími nejen v oblasti péče o rány, ale i v dalších sférách péče o člověka.

6. Závěr

Tématem moderního hojení ran, se již zabývalo mnoho autorů. Studie, jimi publikované čerpaly převážně z poznatků v klinické či ústavní praxi. Tato práce však nahlíží na tuto problematiku z pohledu sester primární péče.

Informace, potřebné pro realizaci výzkumu zkušeností sester primární péče s hojením ran, byly získány prostřednictvím dotazníkového šetření u sester v ordinacích praktickým lékařů v Českých Budějovicích a na Benešovsku. Ke zpracování dat byl použit výzkumný soubor 50 sester.

Vytyčené cíle práce byly splněny. Ke stanoveným cílům se vztahovaly hypotézy: H1: Sestry primární péče mají nedostatečné zkušenosti s moderními metodami hojení ran. H2: Sestry primární péče mají zájem o nové zkušenosti v oblasti hojení a ošetřování ran. Stejně jako cíle i hypotézy byly potvrzeny.

Výsledky práce mohou být použity jako informační materiál pro sestry i lékaře působící v primární péči. Zjištěné informace by měly vést k zamyšlení pracovníků, na nichž závisí výběr materiálu léčby ran, jakou cestou půjdou dál. Zda se budou držet stále stejných postupů, nebo se pokusí jít cestou k moderním metodám. Dále by tato práce mohla posloužit sestřím primární péče jako přehled aktuální situace v ošetrovatelském procesu v péči o rány a obvazovém materiálu k tomu určeném a měla motivovat sestry ke zkvalitnění péče o klienty.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. BĚRSKÝ, K.: *Postavení praktického lékaře*. Zdravotnické noviny. Praha: 2005, roč. 54, č. 23, s. 25–27. ISSN 0044–1996.
2. BUREŠ, I., DRAPÁKOVÁ, E., BUREŠOVÁ, J., HANZLÍKOVÁ, D.: *Ekonomické aspekty při terapii moderními obvazovými materiály*, Hojení ran, Praha: Mladá Fronta a. s., 2007
3. ČT2 – *Svět zázraků: Člověk a technika (5/13)*, Britský dokumentární cyklus, 3. 3. 2007, 9:25 hod.
4. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O.: *Funkční anatomie člověka*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2000. 644 s. ISBN 80 – 7169 – 681 – 1.
5. FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J.: *Chirurgie v kostce*, Praha: Grada Publishing, 2002, 596 s. ISBN 80 – 247 – 0230 – 4.
6. GÜNTER, G.: *Kompendium ran a jejich ošetřování*. 2. vydání: Hartmann Rico, a. s., 2002, 123 s. ISBN 3 – 929870 – 18–5.
7. HANZLÍKOVÁ, A.: *Komunitné ošetrovatelstvo*, Martin: Osveta, 2004, 279 s. ISBN 80- 8063-155-7
8. Home Care services. <http://www.homecare.cz/czech/index.html>, 12. 2. 2007
9. KADLECOVÁ, P.: *Stříbro nad zlato – pohádka nebo skutečnost?* Sestra. Praha: Strategie Praha s. r. o., 2000, roč. 10, č. 8, s. 9 ISSN 1210 – 0404
10. KAŇA, R., KOČÍ, A.: *Roční zkušenosti s využitím vlhkého hojení chronických ran*. Sestra. Praha: Mladá Fronta a. s., 2006, roč. 16, č. 3, s. 36 ISSN 1210 – 0404
11. KOUTNÁ, M.: *Péče o rány – manuál*, Praha 2004, Sanoma Magazines, 30 s. ISSN neuvedeno
12. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatelstvo I*, Martin: Osveta, 1995, 836 s., ISBN 80 – 217 – 0528 - 0
13. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: *Zdraví 21*, 1. vyd. Praha 2003, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 124 s. ISBN 80 – 85047 – 99 – 3
14. MISCONIOVÁ, B.: *Komplexní domácí péče 94*. Praha: Asociace domácí péče – Národní centrum domácí péče, rok vydání neuveden. 95 s. ISBN neuvedeno

15. MÜLLEROVÁ, M.: *Využití larev v léčbě defektů po faciotomii*. Sestra. Praha: Sanoma Magazines Praha s. r. o., 2004, roč. 14, č. 4, s. 6 ISSN 1210 - 0404
16. SERBUSOVÁ, M.: *Bakalářská práce: Spolupráce praktických lékařů s agenturami domácí péče*, České Budějovice, 2006, 85s. ZS-DP-1941.
17. *Strategické dokumenty pro VS a PA 5*, 1. vyd., Praha: MZČR, 2000, 319 s., ISBN 80 – 85047 – 25 - X
18. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE: *Lemon 1*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 184 s. ISBN 80 – 7013 – 234 – 5
19. ŠAMÁNKOVÁ, M. HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K.: *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80–246-0477–9.
20. ŠIMŮNKOVÁ, J.: *V. A. C. terapie*. Sestra. Praha: Mladá Fronta a. s., 2005, roč. 15, č. 2 ISSN 1210 – 0404
21. ŠTEFLOVÁ, A.: *Program PHARE – rozvoj primární péče* (on-line) 26. 9. 2006 na www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1704i-steflova-azdr.htm
22. VESELÝ, M., NOVÁKOVÁ, I.: *Ozon – plyn, který ubližuje, ale i léčí* (on-line) 24. 2. 2007 na <http://www.ozonzlin.cz/ozonova-terapie.php#2>
23. VLHOVÁ, H.: *Chyby prodlužující hojení*, Sestra – Hojení ran. Praha: Mladá Fronta a. s., 2006, roč. 16, č. 6, s. 10 ISSN 1210 – 0404
24. *Vyhláška č. 183/2000 Sb. Ministerstva zdravotnictví o obsahu a časovém rozmezí preventivních prohlídek*, 19. 6. 2000
25. *Zákon 160/1992 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*, 19. 3. 1992

8. Klíčová slova

Hojení

Praktický lékař

Primární péče

Rána

Sestra primární péče

Vlhká metoda

9. Přílohy

Seznam:

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Vyhláška 183/2000 Sb.

Příloha 3 Zákon 160/1992 Sb.

Příloha 1

Vážené a milé sestry, jmenuji se Jana Čejková a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Nyní píším závěrečnou bakalářskou práci na téma „Zkušenosti sester primární péče s hojením ran“. Abych mohla zmapovat aktuální situaci v této problematice, chtěla bych vás poprosit o spolupráci ve formě vyplnění tohoto dotazníku a to označením odpovědi skutečné, či skutečnosti velmi blízké. Chtěla bych jen podotknout, že dotazník je zcela anonymní.

Velmi vám děkuji za váš čas i spolupráci.
S pozdravem Jana Čejková

1. Kolik je vám let?
 - a) 18 – 25
 - b) 26 – 35
 - c) 36 – 45
 - d) 46 – a více

2. Kolik let vykonáváte povolání zdravotní sestry?
 - a) méně než 2 roky
 - b) 2 – 5 let
 - c) 6 – 10 let
 - d) 11 – 15 let
 - e) 16 – 25 let
 - f) 26 – 35 let
 - g) 36 – a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví?
 - a) středoškolské s maturitou
 - b) pomaturitní specializační
 - c) vyšší odborné ukončené titulem Dis.
 - d) vysokoškolské – bakalářské
 - e) vysokoškolské – magisterské

4. Který z těchto tkáňových defektů nejčastěji ošetřujete?
 - a) chirurgické rány
 - b) bércové vředy
 - c) infikované rány
 - d) popáleniny
 - e) jiný.....

5. Osobně jsem se setkala s touto, níže uvedenou moderní metodou? (*můžete zakroužkovat více možností*)

- a) vlhká metoda (krytí pro vlhkou terapii)
- b) V. A. C. terapie (využití podtlaku s drenáží)
- c) krytí s obsahem stříbra
- d) sterilní larvy
- e) s jinou (*uved'te*)
- f) s žádnou

6. Osobně mám (měla jsem) možnost ošetřovat tkáňové defekty vlhkou metodou:

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste zaškrtnla v otázce č. 6 odpověď **ne**, pokračujte prosím až otázkou č. 11.*

7. Hodnotíte léčbu vlhkou metodou jako efektivní?

- a) ano
- b) ne

8. Pracujete ráda s vlhkou metodou?

- a) ano, proč.....
- b) ne, proč

9. Jak často se pracujete s vlhkou metodou?

- a) pravidelně
- c) občas
- d) téměř nikdy

10. Mám možnost vybrat takový moderní materiál, který je vhodný na aktuálně probíhající fázi hojení rány:

- a) ano, vždy
- b) ano, ale ojediněle
- c) ne, nemám možnost (*uved'te proč?*).....
- d) jiné.....

11. Jaké překážky vám brání v běžném používání vlhké metody?
- a) lékař vlhkou metodu nepředepíše
 - b) složitost při vybírání vhodného preparátu
 - c) počáteční finanční nákladnost
 - d) klienti ji odmítají
 - e) jiné.....
 - f) žádné, nemám o tuto metodu zájem
12. Pokud s vlhkou metodou nepracujete, jaké přípravky k léčbě nekrotických ran nejčastěji využíváte?
- a) Persterilový roztok
 - b) Rivanolový roztok
 - c) jiný.....
13. Pokud s vlhkou metodou nepracujete, jaké přípravky k léčbě rány se zvýšenou hnisavou sekrecí nejčastěji využíváte?
- a) Persterilový roztok
 - b) Rivanolový roztok
 - c) jiný.....
14. Hodnotíte vámi uvedené přípravky (*otázka 12 a 13*) jako efektivní léčbu?
- a) ano
 - b) ne
15. Pracujete s vámi uvedenými přípravky ráda?
- a) ano
 - b) ne
16. Je pro klienty na vašem pracovišti vlhká metoda dostupná? (*předepisovaná lékařem*)
- a) ano
 - b) ne
17. Mají klienti o vlhkou metodu zájem i přes jejich případnou finanční spoluúčast?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nikdy mě nenapadlo je s vlhkou metodou seznámit
18. Zaznamenáváte u klientů léčených vlhkou metodou vyšší míru spokojenosti než u klasicky léčených klientů?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nemám možnost srovnání

19. Máte pocit, že byste potřebovala více zkušeností s použitím nových metod při léčbě tkáňových defektů?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

20. Máte zájem o nové zkušenosti v oblasti hojení ran?

- a) ano
- b) ne
- c) zatím jsem o tom nepřemýšlela

21. Kde, nebo jakým způsobem byste chtěla nové zkušenosti získat?

- a) na odborně praktickém semináři
- b) na prezentaci nových výrobků pořádaných určitou firmou
- c) z učebních materiálů
- d) z internetu
- e) z instruktážního videa
- f) jiným způsobem.....
- g) nemám zájem o nové zkušenosti

22. Co očekáváte od zkušeností získaných způsobem, který jste uvedla v otázce č. 21?

.....

.....

Příloha 2

183/2000 Sb.

VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví

ze dne 19. června 2000,

kteřou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., kteřou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 29 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů:

Čl. I

Vyhláška č. 56/1997 Sb., kteřou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, se mění takto:

1. § 1 včetně nadpisu zní:

"§ 1

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí od doby dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíce po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je

- a) doplnění anamnézy se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardio-vaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění,
- b) kontrola očkování proti tetanu,
- c) kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti; povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a vyšetření testes a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování; vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze, pro kteřou není pacient dispenzarizován, vždy,
- d) laboratorní vyšetření, jehož obsahem je
 1. orientační chemické vyšetření moče, vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů
 2. včetně triacylglycerolů (LDL+HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18 letech a dále ve 40, 50 a 60 letech věku,
 3. vyšetření glykemie od 45 let věku ve dvouletých intervalech,

4. stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech."

2. V § 2 odst. 1 se na konci písmene b) doplňují tato slova: "kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování,¹⁾".

Poznámka pod čarou č. 1) zní:

„1) § 9 odst. 4 písm. a) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 48/1991 Sb., o očkování proti přenosným nemocem, ve znění pozdějších předpisů."

Dosavadní poznámka pod čarou č. 1) se označuje jako poznámka č. 1a) včetně odkazu na poznámku pod čarou.

3. V § 2 odst. 1 písm. c) bodu 1 se slovo "zjištění" nahrazuje slovem "změření".

4. V § 2 odst. 1 písm. c) se na konci bodu 7 tečka nahrazuje čárkou a za bod 7 se doplňuje bod 8, který zní:

"8. psychoterapeutický rozhovor, jde-li o dítě s poruchami zdravotního stavu nebo o dítě ohrožené poruchami zdravotního stavu včetně poruch zdravotního stavu v důsledku vlivu nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí."

5. V § 2 odst. 2 písm. a) bod 1 zní:

"1. posouzení sociální úrovně rodiny, rodinná anamnéza, osobní a těhotenská anamnéza matky, prenatální, perinatální a postnatální anamnéza a zhodnocení lékařské zprávy o novorozenci,".

6. V § 2 odst. 2 se na konci písmene f) středník nahrazuje čárkou a doplňují se tato slova: "poučení rodičů o potřebě návštěvy dětského stomatologa v druhém půlroce života dítěte;".

7. V § 2 odst. 2 se na konci písmene i) středník nahrazuje čárkou a doplňují se tato slova: "včetně doporučení stomatologického vyšetření;".

8. V § 2 odst. 3 se na konci písmene a) doplňují tato slova: "kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování,¹⁾".

9. V § 2 odst. 3 se na konci písmene i) doplňují tato slova: "popřípadě doporučení stomatologického vyšetření,".

10. V § 2 odst. 4 písm. d) se slova " , triglyceridů a HDL cholesterolu" nahrazují slovy "a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů".

11. V § 2 odst. 5 se na konci písmene a) doplňují tato slova: "kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování,¹⁾".

12. V § 2 odst. 5 písmeno b) zní:

"b) fyzikální vyšetření, včetně antropometrického měření,".

13. V § 2 odst. 5 se na konci písmene h) doplňují tato slova: "popřípadě doporučení stomatologického vyšetření,".

14. V § 2 odst. 5 písm. k) se slova "v odstavci 3 písm. d)" nahrazují slovy "v odstavci 4 písm. d)".

15. V § 2 odst. 6 se na konci písmene a) doplňují tato slova: "kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování,¹⁾".

16. V § 2 odst. 6 písmeno b) zní:

"b) fyzikální vyšetření, včetně antropometrického měření,".

17. V § 2 odst. 6 se na konci písmene g) doplňují tato slova: "popřípadě doporučení stomatologického vyšetření,".

18. V § 2 odst. 6 se na konci písmene i) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se tato slova: "u dívek doporučení preventivního gynekologického vyšetření podle § 4.".

19. V § 2 odst. 7 se na konci písmene a) doplňují tato slova: "kontrola, popřípadě doplnění chybějícího očkování dítěte,¹⁾".

20. V § 2 odst. 7 písmeno b) zní:

"b) fyzikální vyšetření, včetně antropometrického měření,".

21. V § 2 odst. 7 písm. g) se za slova "zařazení do" vkládají slova "současného nebo".

22. V § 2 odst. 7 se na konci písmene h) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se tato slova: "u dívek doporučení preventivního gynekologického vyšetření podle § 4.".

23. V § 3 odst. 1 písm. b) se slova "na věk" nahrazují slovy "ve věku".

24. V § 3 odst. 1 písm. d), odst. 2 písm. b) a odst. 3 písm. b) se slovo "tkání" nahrazuje slovem "tkáních".

25. V § 3 odst. 2 písmeno d) zní:

"d) poučení budoucí matky o nutnosti zajistit stomatologické preventivní prohlídky svého dítěte, a to první mezi 6. až 12. měsícem jeho věku.".

26. V § 4 odst. 1 písm. c) se slovo "prohmatání" nahrazuje slovy " , palpační vyšetření".

27. V § 4 odst. 1 písm. d) se slova "(u virgo žen vaginoskopie)" nahrazují slovy "(neprovádí se u virgo žen)".

28. V § 4 odst. 1 se na konci písmene e) zrušuje čárka a doplňují se tato slova: "(neprovádí se u virgo žen)".

Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem vyhlášení.

Ministr:
prof. MUDr. **Fišer**, CSc. v. r.

Příloha 3

System ASPI - stav k 1.11.2005 do částky 150/2005 Sb. a 51/2005 Sb.m.s.

Obsah a text 160/1992 Sb. - poslední stav textu

160/1992 Sb.

ZÁKON České národní rady

ze dne 19. března 1992

o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Změna: 161/1993 Sb.

Změna: 258/2000 Sb.

Změna: 285/2002 Sb.

Změna: 320/2002 Sb.

Změna: 96/2004 Sb.

Změna: 121/2004 Sb.

Změna: 480/2004 Sb.

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

ČÁST PRVNÍ

Základní ustanovení

§ 1

Předmět úpravy

Tento zákon upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních (dále jen "nestátní zařízení") a podmínky provozování nestátních zařízení.

§ 2

Nestátní zařízení

(1) Nestátním zařízením se rozumí jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení státu. 1)

(2) Provozovat nestátní zařízení může fyzická nebo

právnícká osoba, která má oprávnění podle tohoto zákona (dále jen "provozovatel").

ČÁST DRUHÁ

Poskytování zdravotní péče

§ 3

Rozsah poskytované zdravotní péče

(1) V nestátních zařízeních lze poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, rehabilitační, lázeňskou, léčebnou a lékárenskou. V nestátních zařízeních lze poskytovat péči ambulantní i ústavní, včetně poskytování prostředků zdravotnické techniky a dopravní zdravotnické služby sloužící k přepravě nemocných.

(2) V nestátních zařízeních nelze poskytovat zdravotní péči vyhrazenou podle zvláštních předpisů státu. 2)

Podmínky poskytování zdravotní péče

§ 4

(1) Nestátní zařízení musí být pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybaveno a musí splňovat požadavky kladené na jeho provoz.

(2) Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanoví vyhláškami

- a) hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení,
- b) technické a věcné požadavky na vybavení zdravotnických zařízení.

§ 5

Povinnosti nestátních zařízení

(1) Není-li v tomto zákoně stanoveno jinak, vztahují se na poskytování zdravotní péče v nestátních zařízeních, včetně povinností těchto zařízení, zákony o zdravotní péči 3) a předpisy vydané k jejich provedení.

(2) Nestátní zařízení je dále povinno:

- a) poskytovat zdravotní péči jen toho druhu a v tom rozsahu, v jakém je poskytování zdravotní péče stanoveno v rozhodnutí o registraci,
- b) spolupracovat s jinými zdravotnickými zařízeními, pokud je toho třeba při poskytování zdravotní péče,
- c) předem informovat, jaký druh zdravotní péče, v jakém rozsahu a za jakých podmínek poskytuje,
- d) vést provozní a zdravotnickou dokumentaci a plnit úkoly pro všeobecnou a zdravotnickou informační soustavu, 4)
- e) uzavřít smlouvu s krajem příslušným k vydání rozhodnutí o oprávnění, jestliže o to požádá z důvodu zajištění zdravotní péče v obvodu své působnosti, a na jejím základě se v únosné míře 5a) podílet na zajištění potřebných zdravotnických služeb, zejména pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci, zdravotní péče při hromadných nehodách, otravách a přírodních katastrofách, nařízených šetření, prohlídek a opatření v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, prohlídek a posuzování zdravotní způsobilosti osob (např. v odvodním řízení, na vyžádání státních orgánů apod.).

§ 6

Odborná způsobilost

Zdravotní péči v nestátních zařízeních jsou oprávněni poskytovat v rozsahu a způsobem odpovídajícím jejich odborné způsobilosti zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů. 6)

§ 7

Způsob úhrady zdravotní péče

(1) Zdravotní péče v nestátních zařízeních se poskytuje:

- a) bez přímé úhrady od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta 1. na základě všeobecného zdravotního pojištění nebo na základě smluvního zdravotního pojištění, 7)
2. jsou-li náklady poskytnuté zdravotní péče uhrazeny jiným

zdravotnickým zařízením nebo jinou právnickou nebo fyzickou osobou na základě smluvního vztahu uzavřeného s provozovatelem nestátního zařízení,

3. pokud od ní provozovatel nestátního zařízení upustí, nebo

b) za přímou úhradu od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta, anebo

c) kombinací způsobu úhrady podle písmen a) a b).

(2) Ceny zdravotní péče za přímou úhradu se sjednávají podle zvláštních předpisů. 8)

ČÁST TŘETÍ

Provozování nestátního zařízení

§ 8

Oprávnění k provozování

(1) Oprávnění k provozování nestátního zařízení vzniká rozhodnutím o registraci krajského úřadu příslušného podle místa provozování nestátního zařízení.

(2) Oprávnění k provozování nestátního zařízení, jehož provozovatelem je v hlavním městě Praze fyzická osoba nebo jiná právnická osoba než městská část nebo hlavní město Praha, vzniká rozhodnutím o registraci obvodním úřadem. Oprávnění k provozování nestátního zařízení, jehož provozovatelem je v hlavním městě Praze městská část, vzniká rozhodnutím o registraci Magistrátním úřadem hlavního města Prahy. Oprávnění k provozování nestátního zařízení, jehož provozovatelem je hlavní město Praha, vzniká rozhodnutím o registraci ministerstvem zdravotnictví České republiky.

§ 9

Obecné podmínky registrace

(1) Je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba, musí být plně způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a mít odbornou způsobilost a zdravotní způsobilost 6) odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované

nestátním zařízením.

(2) Je-li provozovatelem nestátního zařízení právnická osoba nebo fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované nestátním zařízením, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí splňovat podmínky uvedené v odstavci 1. Odborný zástupce musí být v pracovním poměru nebo v obdobném pracovněprávním vztahu k provozovateli nestátního zařízení, pokud není společníkem obchodní společnosti, která je provozovatelem, a odpovídá za odborné vedení nestátního zařízení.

(3) Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin, ani nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Žádost o registraci

§ 10

(1) Krajský úřad, Magistrát hlavního města Prahy nebo ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen "orgán příslušný k registraci") provede registraci na základě žádosti provozovatele nestátního zařízení.

(2) Žádost musí obsahovat:

a) jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo, je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba; je-li provozovatelem nestátního zařízení právnická osoba, název, sídlo, právní formu, jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo osoby nebo osob, které jsou statutárním orgánem a jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo odborného zástupce,

b) druh a rozsah poskytování zdravotní péče,

c) místo provozování nestátního zařízení včetně uvedení vlastnického nebo nájemního vztahu,

d) den zahájení provozování nestátního zařízení.

(3) K žádosti o registraci je provozovatel nestátního zařízení povinen připojit tyto doklady:

a) doklad o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti a

doklad o bezúhonnosti, který nesmí být starší tří měsíců, 9)

b) souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zařízením jde-li o provozování lékárny, vydává osvědčení o věcném a technickém vybavení Státní ústav pro kontrolu léčiv,

c) souhlas Ministerstva zdravotnictví, jde-li o zřízení transplantačního centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk, 9a)

d) osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky podle zvláštního právního předpisu, 9b)

e) provozní řád, schválený příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví, 10)

f) souhlas Státního ústavu pro kontrolu léčiv s věcným a technickým vybavením, jde-li o provozování výdejny zdravotnických prostředků, 9c)

g) souhlas Českého inspektorátu lázní a zřídelských zařízení, jde-li o provozování nestátního zařízení lázeňské péče, 12)

h) souhlas ministerstva zdravotnictví České republiky, jde-li o provozování nestátního zařízení zahraniční právnickou nebo fyzickou osobou, s výjimkou státních příslušníků členských států Evropské unie nebo právnických osob splňujících podmínky čl. 48 Smlouvy o založení Evropského společenství,

i) smlouvu se státním zdravotnickým zařízením nebo nestátním zařízením, jejíž účinnost je podmíněna rozhodnutím o registraci, jde-li o poskytování zdravotní péče na základě nájemní smlouvy. Smlouva o nájmu nebo o podnájmu nesmí omezovat nájemce či podnájemce ve svobodném výkonu povolání.

(4) Je-li provozovatelem právnická osoba nebo fyzická osoba uvedená v § 9 odst. 2, týkají se doklady uvedené v odstavci 3 písm. a) nebo b), jakož i písmenech c) a i) jejího odborného zástupce.

(5) Neobsahuje-li žádost údaje uvedené v odstavci 2 nebo k ní není připojen některý z dokladů požadovaných podle odstavce 3, vrátí ji orgán příslušný k registraci žadateli k doplnění. Nedojde-li k doplnění, žádost o registraci zamítne.

§ 11

Rozhodnutí o registraci

(1) Rozhodnutí o registraci obsahuje náležitosti uvedené v § 10 odst. 2.

(2) Orgán příslušný k registraci zašle opis rozhodnutí o registraci příslušnému orgánu vykonávajícímu správu daně, orgánu státní statistiky, příslušné stavovské profesní organizaci ustavené zákonem (dále jen "Komora") 10) a která vydala osvědčení podle § 10 odst. 3 písm. d). Je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba, zašle orgán příslušný k registraci opis rozhodnutí o registraci též orgánu, který provádí její sociální zabezpečení.

Změny a zrušení registrace

§ 12

(1) Provozovatel nestátního zařízení je povinen do 15 dnů oznámit orgánu příslušnému k registraci všechny změny týkající se údajů obsažených v rozhodnutí o registraci a dokladů, které je povinen k žádosti o registraci připojit.

(2) Dojde-li ke změnám týkajícím se údajů obsažených v rozhodnutí o registraci nebo dokladů, které je povinen provozovatel nestátního zařízení připojit k žádosti o registraci, orgán příslušný k registraci rozhodne o změně, popřípadě zrušení registrace. Týkají-li se změny údajů uvedených v § 10 odst. 3 písm. a), b), c), d), e), f), g) a h), vyžádá si před vydáním rozhodnutí vyjádření Komory nebo orgánů, jichž se změna týká.

§ 13

(1) Orgán příslušný k registraci zruší registraci, jestliže

a) provozovatel nestátního zařízení pozbyl osvědčení nebo

souhlas nebo způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů 6) nebo povolení; registraci zruší i při závažném nebo opakovaném porušení hygienických a protiepidemických zásad na provoz zdravotnických zařízení, zjištěném orgánem ochrany veřejného zdraví,

b) o to provozovatel nestátního zařízení požádal.

(2) Podat žádost o zrušení registrace je provozovatel nestátního zařízení povinen tři měsíce přede dnem, od něhož žádá registraci zrušit.

(3) Orgán příslušný k registraci může registraci zrušit, jestliže provozovatel porušuje podmínky nebo povinnosti vyplývající z rozhodnutí o registraci, z tohoto zákona, ze zákona o péči o zdraví lidu, 3) zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, 12a) popřípadě požaduje v rozporu s obecně závaznými právními předpisy finanční úhradu za zdravotní péči nebo za přijetí pacienta do péče.

(4) Orgán příslušný k registraci zašle opis rozhodnutí o změně nebo zrušení registrace orgánům uvedeným v § 11 odst. 2 a též zdravotní pojišťovně, s níž je zdravotnické zařízení ve smluvním vztahu.

(5) Pro zrušení registrace nestátních zařízení podle odstavce 1 písm. b) platí dále zvláštní předpis. 13)

ČÁST ČTVRTÁ

Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

§ 14

Pokuty

(1) Orgán příslušný k registraci může provozovateli uložit pokutu za porušení povinnosti vyplývající z tohoto zákona, s výjimkou povinnosti podle § 13 odst. 2, ze zákona o péči o zdraví lidu, 3) ze zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky 12a) a dále v případě, že provozovatel požaduje v rozporu s obecně závaznými právními předpisy finanční úhradu za zdravotní péči nebo za přijetí pacienta do péče.

(2) Pokutu lze uložit do tří měsíců ode dne, kdy se orgán příslušný k registraci dověděl o porušení povinnosti, která opravňuje k uložení pokuty, nejpozději však do jednoho roku ode dne, kdy ji provozovatel nestátního zařízení porušil.

(3) Správu pokut vykonává orgán příslušný k registraci, který pokutu uložil. Pokuty jsou příjmem rozpočtu orgánu příslušného k registraci.

Pojištění odpovědnosti za škodu

§ 15

Zaměstnává-li provozovatel nestátního zařízení alespoň jednoho pracovníka, je povinen uzavřít smluvní pojištění odpovědnosti za škodu vzniklou jeho zaměstnancům při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s nimi, za kterou provozovatel odpovídá. Provozovatel nestátního zařízení je povinen uzavřít smluvní pojištění vždy tak, aby smlouva o pojištění byla účinná ke dni vzniku pracovního poměru.

§ 16

Provozovatel nestátního zařízení je povinen před zahájením činnosti uzavřít smlouvu s pojišťovnou vykonávající činnosti na území České republiky o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Toto pojištění musí trvat po celou dobu, po kterou provozovatel nestátního zařízení poskytuje zdravotní péči.

§ 17

Odbornost poskytované péče

(1) Na odbornost poskytované zdravotní péče dbají u svých členů příslušné Komory. 14)

(2) Na odbornost poskytované péče v ostatních případech dbá orgán příslušný k registraci podle místa provozování nestátního zařízení. Přitom spolupracuje s ministerstvem zdravotnictví České republiky, s profesními organizacemi a profesními občanskými sdruženími. 15)

§ 18

Rozhodování

Na rozhodování podle tohoto zákona se vztahují obecné předpisy o správním řízení. Tyto předpisy se vztahují i na rozhodování podle § 10 odst. 3 písm. b), f), g) a h).

§ 19

Pracovněprávní vztahy mezi provozovatelem nestátního zařízení a jeho pracovníky se řídí zvláštními předpisy. 16)

§ 20

Do 31. prosince 1993 zasílá orgán příslušný k registraci opis rozhodnutí podle § 11 odst. 2 též Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

§ 21

Zdravotnická zařízení, která byla ke dni účinnosti tohoto zákona zřízena nebo spravována obcemi, 17) se považují za nestátní zařízení ve smyslu tohoto zákona. Tato nestátní zařízení musí splnit podmínky stanovené tímto zákonem nejpozději do 31. prosince 1992.

§ 21a

Působnosti stanovené krajskému úřadu podle tohoto zákona jsou výkonem přenesené působnosti.

§ 21b

Provozovatelé nestátních zdravotnických zařízení, kteří jsou fyzickými osobami a ke dni 31. prosince 2003 účtovali v soustavě jednoduchého účetnictví, splní svoji zákonnou povinnost stanovenou v § 5 odst. 2 písm. e) zákona č. 160/1992 Sb. , ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti zákona č. 121/2004 Sb. , pokud k 1. lednu 2004 vedou daňovou evidenci nebo účetnictví podle zvláštního právního předpisu.

§ 22

Zákon České národní rady č. 220/1991 Sb. , o České

lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, se mění a doplňuje takto:

1. V § 2 odst. 2 písm. c) za slova "svých členů" se doplňují slova "a k výkonu funkce odborných zástupců podle zvláštního předpisu a vedoucích lékařů a primářů v nestátních zdravotnických zařízeních".

2. V § 2 odst. 2 písm. d) se slova "soukromé praxe svých členů" nahrazují slovy "podle písmena c) ".

§ 23

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 15. dubna 1992.

Burešová v.r.

Pithart v.r.

Příl.

zrušena

Vybraná ustanovení novel

Čl.III zákona č. 121/2004 Sb.

Přechodné ustanovení

Platnost osvědčení k výkonu soukromé praxe vydaného přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona Komorou podle § 2 odst. 2 písm. c) a d) zákona č. 220/1991 Sb. , o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů, zůstává nedotčena.

1) § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb. , o péči a zdraví lidu, ve znění zákona ČNR č. 548/1991 Sb.

2) Např. § 34 , 71 a 75 zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona ČNR č. 425/1990 Sb. a zákona ČNR č. 548/1991 Sb.

3) Zákon č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona ČNR č. 210/1990 Sb. , zákona ČNR č. 425/1990 Sb. , zákona č. 548/1991 Sb. a zákona ČNR č. 550/1991 Sb.

4) § 22 zákona č. 21/1971 Sb. , o jednotné soustavě sociálně ekonomických informací, ve znění zákona č. 128/1989 Sb.

5a) § 16 nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb. , kterým se vydává Zdravotní řád a provádějí některá ustanovení zákona České národní rady č. 550/1991 Sb. , o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění nařízení vlády ČR č. 50/1993 Sb.

6) Zákon č. 95/2004 Sb. , o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

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

7) Zákon ČNR č. 550/1991 Sb. , o všeobecném zdravotním pojištění.

8) Zákon č. 526/1990 Sb. , o cenách.

9) § 3 zákona č. 95/2004 Sb.

§ 3 zákona č. 96/2004 Sb.

9a) § 70 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 285/2002 Sb. , o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

9b) Zákon č. 96/2004 Sb.

9c) Vyhláška č. 49/1993 Sb. , o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

10) § 15 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb. , o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

10) § 15 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb. , o ochraně

veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

12) Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 26/1972 Sb. , o ochraně a rozvoji přírodních léčebných lázní a přírodních léčivých zdrojů.

12a) § 26 zákona ČNR č. 551/1991 Sb. , o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

13) Čl. II zákona č. 548/1991 Sb. , kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb.

14) § 2 odst. 1 písm. a) zákona ČNR č. 220/1991 Sb.

15) § 10a zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona č. 548/1991 Sb. Zákon č. 83/1990 Sb. , o sdružování občanů, ve znění zákona č. 300/1990 Sb. a zákona č. 513/1991 Sb.

16) Zákon č. 65/1965 Sb. , zákoník práce, v platném znění, a předpisy jej provádějící.

17) § 14 odst. 2 písm. b) zákona ČNR č. 367/1990 Sb. , o obcích (obecní zřízení). § 10 zákona ČNR č. 418/1990 Sb. , o hlavním městě Praze. § 5 odst. 1 písm. b) zákona ČNR č. 172/1991 Sb. , o přechodu některých věcí z majetku České republiky do vlastnictví obcí.