

Význam preventivní péče a role sestry v ambulanci praktického lékaře

Alena Buriánková, DiS.

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Alena Buriánková, DiS.**
Osobní číslo: **H17234**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Význam preventivní péče a role sestry v ambulanci praktického lékaře**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti preventivní péče a role sestry v ordinaci praktického lékaře.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr účastníků výzkumu.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam doporučené literatury:

FAIT, T., M. VRABLÍK a R. ČEŠKA. Preventivní medicína. 2. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius., 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010, 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

KLEMENC-KETIS, Z., A. TERBOVC, B. GOMISCEK a J. KERSNIK. Role of Nurse Practitioners in Reducing Cardiovascular Risk Factors: a Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2015, 24(21-22), 3077-3083 [cit. 2019-10-04]. DOI: 10.1111/jocn.12889. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12889>

MÜLLEROVÁ, D. Obezita – prevence a léčba. Praha: Mladá fronta, 2009, 262 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bc. Barbora Plisková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Výzva ke zpracování bakalářské práce v oblasti uměleckého výzkumu
Název práce:
Studijní program:
Studijní obor:
Fakulta:
Ústav:
Vedoucí ústavu:
Místo práce:
Jedno z předmětů:
Odborný jazyk:
Místo vypracování:
Akademický rok: 2019/2020

Zásady pro vypracování

Práce musí být vypracována v rozsahu 120 stran (včetně příloh) a musí být odevzdána v elektronické podobě (PDF) a v tištěné podobě (černobílá, formát A4, 12 bodů, úhledně napsané nebo psané psacími písmi). Práce musí být odevzdána v termínu uvedeném v zadání. Práce musí být odevzdána v originálu a v elektronické podobě (PDF) a v tištěné podobě (černobílá, formát A4, 12 bodů, úhledně napsané nebo psané psacími písmi). Práce musí být odevzdána v termínu uvedeném v zadání. Práce musí být odevzdána v originálu a v elektronické podobě (PDF) a v tištěné podobě (černobílá, formát A4, 12 bodů, úhledně napsané nebo psané psacími písmi).

Práce musí být odevzdána v termínu uvedeném v zadání. Práce musí být odevzdána v originálu a v elektronické podobě (PDF) a v tištěné podobě (černobílá, formát A4, 12 bodů, úhledně napsané nebo psané psacími písmi).

Práce musí být odevzdána v termínu uvedeném v zadání. Práce musí být odevzdána v originálu a v elektronické podobě (PDF) a v tištěné podobě (černobílá, formát A4, 12 bodů, úhledně napsané nebo psané psacími písmi).

[Blank space for signature]

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



[Blank space for signature]

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Preventivní péče je významným aspektem holistické péče o člověka. Tvoří základní pilíř nejen moderního lékařství, ale i ošetrovatelství, kdy přispívá k rozvoji lidského života.

Bakalářská práce se zabývá významem preventivní péče z pohledu sester a rolí sestry v ordinaci praktického lékaře. V teoretické části jsou definovány základní pojmy preventivní péče, jako jsou prevence, její historie a legislativa, dále preventivní programy a organizace, které se prevencí zabývají. Mezi tyto organizace patří i ordinace praktických lékařů, ve kterých mají sestry jedinečnou úlohu právě v možnostech zdravotní osvěty a poradenství v oblasti preventivní péče. Praktická výzkumná část je kvalitativním výzkumem zaměřena na charakteristiku prevence z pohledu sester, specifika práce sester v oblasti preventivní péče a na bariéry v poskytování preventivní péče z pohledu sester. Ve výzkumné části byla použita metoda kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Participanty byly sestry pracující v ordinacích praktických lékařů. Získaná data byla zpracována do kategorií pomocí otevřeného kódování. Závěr práce je věnován diskusi a doporučení pro praxi.

Klíčová slova: edukace, komunikace, prevence, preventivní prohlídka, rizikové faktory, role sestry, screening, zdraví, životní styl

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the importance of preventive care from the point of view of a nurse and the role of the nurse in general practitioners' surgeries. The basic concepts of preventive care, such as prevention, its history, programmes and organizations, are defined in a theoretical part of the bachelor's thesis. The surgeries of general practitioners are included in the surgeries in which nurses have a unique task in medical education of preventive care. A practical research is focused on characteristic of prevention, particularity of the role of nurses and barriers on offering preventive care from point of view of nurses. In a part of the study, the used method of qualitative research is half-structured questionnaire. The participants were set up by six nurses working in surgeries of general practitioners. The received data is divided into categories by using the method of open coding. The end of the bachelor's thesis is devoted to a discussion and recommendation for a practice.

Keywords: communication, education, health, lifestyle, prevention, preventive inspection, risk factors, the role of a nurse

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Mgr. Bc. Barboře Pliskové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné rady a trpělivé vedení.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 PREVENTIVNÍ PÉČE, JEJÍ ZAKOTVENÍ A VÝZNAM.....	14
1.1 DEFINICE PREVENCE A JEJÍ ZAKOTVENÍ V LEGISLATIVĚ	14
1.2 ROZDĚLENÍ PREVENCE	15
1.3 VÝZNAM PREVENTIVNÍ PÉČE	17
2 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PREVENTIVNÍ PÉČÍ	19
2.1 SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE – WORLD HEALTH ORGANIZATION.....	19
2.2 ČESKÁ ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJÍ PROGRAMY	20
2.3 ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....	21
3 TÉMATA V PREVENCI DNES	25
3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU	25
3.2 SCREENINGOVÉ PROGRAMY	28
4 ROLE SESTRY V OBLASTI PREVENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....	31
4.1 VÝZNAM KOMUNIKACE U SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	32
4.2 VÝZNAM EDUKACE U SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	38
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	38
5.2 CÍLE VÝZKUMU	38
5.3 CHARAKTERISTIKA ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU.....	39
5.4 METODA SBĚRU DAT	41
5.5 PRŮBĚH VÝZKUMU	43
5.6 METODA ANALÝZY DAT	44
6 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	46
6.1 CHARAKTERISTIKA PREVENCE DLE NÁZORU SESTER	46
6.2 ROLE SESTRY V PREVENTIVNÍ PÉČÍ.....	50
6.2.1 Definování role sestry v preventivní péči v ordinaci praktického lékaře.....	50
6.2.2 Nosné oblasti preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře.....	52
6.3 PORADENSTVÍ / OSVĚTA.....	55
6.4 BARIÉRY V POSKYTOVÁNÍ PREVENTIVNÍ PÉČE.....	59
7 DISKUSE	62

7.1	LIMITY VÝZKUMU	66
8	ZÁVĚR.....	67
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

„Zdraví není jen prostá nepřítomnost nemoci, je to něco kladného, radostný vztah k životu a ochotné přejímání odpovědnosti, kterou život vkládá na jedince.“

(Henry E. Sigerist)

Prevence je pojmem, se kterým se setkáváme již v dávné minulosti. Vždy si byla společnost vědoma toho, že nemocem je lépe předcházet, než je léčit. Preventivní lékařství klade důraz na preventivní opatření, která zabraňují vzniku onemocnění nebo minimalizují následky nemoci díky časnému záchytu. Právo na zdraví a na kvalitní péči jsou označovány za ukazatele vyspělosti každého státu. Dříve byl pacient pouze pasivním příjemcem lékařské péče. V dnešní době je kladen důraz na snahu o zapojení pacienta do zodpovědné péče o své zdraví. Mezi organizace, které se zabývají preventivní péčí, patří ordinace praktických lékařů. Jsem sestrou s 13letou praxí u praktického lékaře a zajímalo mě, jak sestry v ordinacích praktických lékařů vnímají preventivní péči, co pro ně pojem prevence znamená a jaký kladou důraz právě na preventivní činnost v péči o pacienta.

V ordinacích praktických lékařů se nejen lékaři, ale i sestry snaží o vyhledávání rizikových faktorů a o snahu motivovat pacienty k jejich odstranění. Praktický lékař se snaží při preventivních prohlídkách zapojit pacienta do péče o jeho zdraví a vést ho k zodpovědnosti za sebe samého. Zdravotní politika státu, díky screeningovým preventivním programům, umožňuje v rámci preventivní péče včasný záchyt onkologických onemocnění, což přispívá ke zlepšení efektivity léčby.

V ordinacích praktických lékařů má sestra v prevenci jedinečnou úlohu. Často mají pacienti bližší vztah k sestře než k lékaři. Lékař budí v pacientovi respekt, zatímco sestra je pro pacienta spíše někým, na koho se obrací pro pomoc a radu. Sestra má pak jedinečnou možnost při komunikaci s pacientem identifikovat rizikové faktory a vhodnou edukací a motivací se ho snažit vést ke zdravému životnímu stylu. Nenásilnou formou zdůrazňovat vážnost preventivní péče a s ní spojené dodržování preventivních prohlídek.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry vnímají význam preventivní péče a jaká je jejich role v preventivní péči v ordinacích praktických lékařů.

Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou definovány základní pojmy preventivní péče, jako jsou prevence a její historie, zakotvení preventivní

péče v legislativě České republiky, preventivní screeningové programy, ale i téma prevence v ne zdravotnických zařízeních. Obsáhlejší kapitola je věnována sestřím v ordinacích praktických lékařů, protože ambulance praktických lékařů při preventivních prohlídkách je nejlepším místem k edukaci pacientů v oblasti zdraví. Zde sestra uplatňuje své komunikační a edukační dovednosti v oblasti léčebně preventivní péče.

Praktická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. Data byla zjišťována technikou polostrukturovaných rozhovorů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PREVENTIVNÍ PÉČE, JEJÍ ZAKOTVENÍ A VÝZNAM

V první kapitole se budeme podrobněji věnovat definici pojmu prevence a jejímu legislativnímu zakotvení v České republice. Následně rozdělíme prevenci na primární, sekundární, terciární, kvartérní, závodní a dispenzární péči. Na závěr rozebereme význam a podstatu prevence jako nezbytné součásti péče o zdraví.

1.1 Definice prevence a její zakotvení v legislativě

Slovo prevence pochází z latinského slova „*praevenire*“ a znamená „*předcházet něčemu*“.

Příruční slovník naučný definuje prevenci jako „*předcházení chorobám a úrazům zvýšenou zdravotnickou péčí o správnou životosprávu, o způsob práce a o nezávadné životní prostředí zdravého člověka*“ (Procházka, 1966, s. 177).

S pojmem prevence se setkáváme již ve 12. století, kdy pojem praktického lékařství je spojován se jmény jako sv. Anežka Česká či sv. Zdislava z Lamberka. Za důležité je považováno období 16. století, kdy byli ustanovováni úřední lékaři, tzv. zemští fyzikové, sídlící v jednotlivých krajích z důvodu opatření proti epidemiím – vznikly tak územní spády, tzv. obvody. Po vzniku první republiky vzniká systém rodinných lékařů, kdy se zvyšuje úroveň poskytované péče a dochází k rozvoji primární péče. Po roce 1948 dochází dle sovětského zdravotního systému k oddělení pediatrického a gynekologického lékařství od lékařství praktického. Na poliklinikách vedle sebe pracují specialisté a praktičtí lékaři. Je zrušena svobodná volba lékaře, o pracující obyvatele se stará závodní lékař. Dochází k degradaci obvodního lékařství. Závodního či obvodního lékaře může vykonávat každý lékař ihned po promoci nebo po krátkém zaškolení. Vzestup oboru je zaznamenán po roce 1978, po konferenci WHO v Alma-Atě. Na této konferenci je zdůrazněn význam praktického lékařství. Následkem toho vzniká samostatný lékařský obor všeobecného lékařství zakončený atestací v oboru. V roce 1989 dochází ke změnám v primární péči, možnost svobodné volby lékaře a privatizaci ordinací (Seifert, Beneš a Býma, c2013).

Prevence a preventivní činnost nezasahuje pouze oblast zdravotnictví, ale dotýká se i řady dalších oblastí, např. školství, dopravy a ekologie. Ve zdravotnictví se prevence zaměřuje především na předcházení nemocem, udržení si zdraví a zlepšení kvality života jedince.

Machová (2015) uvádí, že podpora našeho zdraví spočívá především v eliminaci rizikových faktorů, které se význačně podílejí na vzniku různých onemocnění. Tato onemocnění pak

mohou omezovat člověka na vedení kvalitního způsobu života, někdy ho mohou až invalidizovat. Mezi rizikové faktory patří především nadměrné užívání alkoholu a drog, obezita, kouření, nadměrný stres a inaktivita (Machová, 2015).

„Zdraví je stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady.“ (WHO, 1946)

Základním předpokladem pro ochranu zdraví je sebezpěče. Zdraví, jeho udržení, zájem právě o sebezpěči a snaha o odstranění negativních determinant zdraví, jako jsou špatný životní styl, zhoršené životní a sociální prostředí, by měly patřit mezi základní priority zdravotní politiky každého vyspělého národa. V České republice je právo na zdraví zakotveno v Listině základních práv a svobod. Určitou záruku poskytuje veřejné zdravotní pojištění a zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků (Listina základních práv a svobod, 1998).

V České republice je preventivní péče legislativně zakotvena v platné vyhlášce o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb. Tato vyhláška definuje poskytovatele preventivní péče a definuje obsah a časové rozmezí preventivní prohlídky. Mezi poskytovatele preventivní péče patří registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecného praktického lékařství, oboru praktického lékařství pro děti a dorost, poskytovatel ambulantní péče v oboru zubní lékařství, poskytovatel péče v oboru gynekologie a porodnictví, závodní lékař (Sbírka zákonů, 2016).

1.2 Rozdělení prevence

Preventivní péči, jako základní pilíř současného moderního lékařství, dělíme dle skladby pacientů, způsobu poskytování péče a hodnocení výstupů na primární, sekundární, terciární a kvartérní (Seifert, Beneš a Býma, c2013).

Primární prevence se zaměřuje na období, kdy ještě nemoc nevznikla. Její činnost je směřována k ochraně zdraví pomocí preventivních prohlídek, screeningových programů, zdravotní osvěty a prenatální péče. Primární péče je péčí kontinuální a působí nejen na jedince, ale i na celou populaci. Tato péče je poskytována hlavně zdravotníky a působí v oblasti podpory zdraví na základě holistického přístupu k jedinci. Tato péče se uplatňuje převážně v ordinacích praktických lékařů, kde dochází k prvnímu kontaktu lékař-pacient a je zde prostor k řešení problémů týkajících se právě zdraví a životního stylu. Praktický lékař v rámci preventivních prohlídek posuzuje rizikové faktory a vedením edukační intervence se snaží k ovlivnění životního stylu jedince. Lékař, ale i sestra, se snaží o zapojení pacienta, kdy toto

zapojení by mělo podněcovat k aktivnímu zájmu o prevenci, ke zdravému životnímu stylu a způsobu života (Fait a kolektiv, 2011).

Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení komplikací již vzniklé nemoci. Snaží se o správnou diagnostiku a včasnou léčbu. Detekce onemocnění se uskutečňuje právě pomocí screeningových programů. Tyto programy můžeme zařadit i do preventivní péče primární, kdy díky těmto programům probíhá včasný záchyt forem onkologického onemocnění. Další formou sekundární prevence je prevence kardiovaskulárního rizika u jedinců s vysokým rizikem vzniku kardiovaskulárních chorob. Patří sem jedinci s hypertenzí, hyperglykemií, dyslipidemií. Sekundární prevence řeší dílčí problémy zdraví pacientů, které nebyly řešitelné v primární péči (Seifert, c2013).

Terciární prevence se zaměřuje na opatření po již proběhlé atace. Mezi tyto ataky řadíme například stav po infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě či po onkologických onemocněních. Terciární preventivní péče pomáhá minimalizovat negativní účinky nemoci tím, že se snaží o znovuzískání soběstačnosti a o co možná nejmenší závislosti na druhé osobě. Tento druh prevence se úzce prolíná se sekundární prevencí (Fait a kolektiv, 2011).

Kvartérní prevence je spojována s diagnostikou nevy léčitelných chorob, kdy se lékař snaží svým etickým přístupem minimalizovat nadměrnou medikalizaci a zbytečná invazivní vyšetření (Fait a kolektiv, 2011).

Dispenzární péče je prováděna u pacientů, jejichž chronické onemocnění vyžaduje pravidelné kontroly specialistou či všeobecným praktickým lékařem. Tyto kontroly jsou nejčastější metodou sekundární prevence a pomáhají omezit vývoj některých onemocnění. Vyhláškou č. 318/2016 Sb. o dispenzární péči se mění vyhláška č. 39/2012 Sb. Ministerstvo zdravotnictví stanovuje poskytovateli zdravotní péče v oboru všeobecného praktického lékařství onemocnění, u kterých se dispenzární péče poskytuje. Dispenzární prohlídky se provádějí v časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav, nejméně však jedenkrát ročně (Sbírka zákonů ČR, 2016).

Závodně preventivní péče zabezpečuje ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání. Cílem této péče je prevence nemocí, které vznikají nebo souvisejí s výkonem práce a dále pracovní úrazy a nemoci z povolání. Této prevence lze také využít k edukační kolektivní intervenci ohledně rizikových faktorů, prevence onemocnění a zdravému životnímu stylu (Fait a kolektiv, 2011).

1.3 Význam preventivní péče

To nejcennější, co člověk má a co druhému při nejrůznějších příležitostech přeje, je zdraví. Zdraví patří na první příčky v žebříčku hodnot. Pokud se člověk necítí zdrav, není schopen pracovat, starat se o rodinu, aktivně se zapojovat do společenského života a realizovat své životní plány.

Křivohlavý (2009) uvádí ve své publikaci několik teorií zdraví. Tyto teorie definují zdraví jako zdroj vnitřní síly, schopnost přizpůsobení se životnímu prostředí, schopnost dobrého fungování či schopnost člověka zdolávat různé těžkosti. Všechny tyto teorie spojuje představa „*jako něčeho, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví*“ (Křivohlavý, 2009, s. 33).

Zdraví patří mezi základní práva každé bytosti a k jeho udržení je nutná snaha každého jedince. K získání a udržení zdraví výrazně přispívá preventivní péče. Význam preventivní péče nespočívá pouze v odhalování příznaků onemocnění, ale především v edukaci a výchově k péči o své vlastní zdraví. Formou osvěty se preventivní péče zaměřuje na životní styl a vyhledávání rizikových faktorů u jednotlivce nebo celé populace. Dříve byl pacient spíše pasivním příjemcem zdravotní péče. Dnešní medicína se snaží pacienta aktivně zapojit do péče o své zdraví, do účasti na preventivních prohlídkách, motivovat ho a podporovat ve zdravém životním stylu.

Křivohlavý (2009) uvádí, že na člověka působí rizikové faktory, tzv. determinanty zdraví, které ovlivňují jeho kvalitu života a přispívají ke vzniku různých onemocnění. Tyto determinanty dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné (Křivohlavý, 2009).

Odborná literatura (Seifert, Beneš a Býma, c2013) uvádí, že chceme-li vyjádřit působení determinantů v procentech, tak způsob života ovlivňuje zdraví člověka z 50 až 60 %, životní prostředí a prostředí sociální z 20 % a genetika z 5 až 10 % (Seifert, Beneš a Býma, c2013).

Z tohoto tvrzení vyplývá, že právě životní styl má rozhodující postavení v preventivní péči. Prvními poskytovateli péče, se kterými pacient přijde do kontaktu, je praktický lékař. Ve své činnosti se snaží o identifikaci individuálních rizik u pacienta, poskytnutí srozumitelných informací a nabídnutí pomoci, která by vedla k odstranění negativních faktorů, a tím ke zlepšení způsobu života. Péče praktického lékaře představuje první linii kontaktu člověka se zdravotnictvím. Tento kontakt by měl mít holistický přístup a vnímat jedince jako bio-psycho-sociální jednotu (Košta, 2013).

Podle Americké asociace sester je nedílnou součástí práce sestry vedle zajištění ošetrovatelské péče i účast v oblasti vzdělávání a poradenství v oblasti preventivní péče. Preventivní zdraví se týká souboru strategií, kterými sestry povzbuzují snahu pacientů, aby zůstali zdravými a snížili riziko budoucích onemocnění. Když si člověk představí zdravotní péči, představí si léčbu již vzniklých nemocí. Hlavní částí zdravotní péče by však nemělo být nemoci léčit, ale předcházet jim. Preventivní medicína tím, že se snaží snížit míru onemocnění, snižuje i náklady společnosti vynaložené na léčbu (The positive role nurses can play in preventative health care, Bradley University).

Zdravotní výchova k podpoře zdraví, zdravotní systémy a evropská zdravotní politika se hromadně nazývají zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost je jedním z nepostradatelných aspektů péče o zdraví a váže se nejen k základním informacím o zdraví, ale týká se všech okolností se zdravím souvisejících. Jednou z metod, která posiluje zdravotní gramotnost, je zdravotní výchova. Zdravotní gramotnost umožňuje nejen jedinci, ale i populaci, získávat a využívat informace tak, aby byli schopni příznivě ovlivňovat svoje zdraví. Proto se stává jednou ze základních součástí výchovy ke zdraví (Holčík, 2010).

Shrnutí: Tato kapitola se věnovala preventivní péči a jejím formám. Preventivní péče je základní součástí moderního lékařství. Právo na zdraví patří mezi základní práva člověka. Nejenže člověk má právo na zdraví, ale měl by mít i povinnost se o něj starat. Preventivní opatření v sobě obsahují výchovu ke zdravému životnímu stylu a snahu udržet jedince v aktivním způsobu života.

2 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PREVENTIVNÍ PÉČÍ

V této kapitole se blíže zaměříme na organizace, které se ve svých programech specializují na preventivní péči, podporu a ochranu zdraví. Základním pilířem je Světová organizace zdraví, která má zastoupení i v České republice. Poté se budeme věnovat české zdravotní politice, jejím aktivitám a dlouhodobým cílům ve zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. V závěru kapitoly se zaměříme na poskytovatele preventivní péče, kam patří ordinace všeobecného praktického lékaře, nemocnice a v neposlední řadě školy.

2.1 Světová zdravotnická organizace – World Health Organization

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), vznikla 7. dubna 1948 v New Yorku, kde 61 států podepsalo Zakládací smlouvu Světové zdravotnické organizace. Tento den byl vyhlášen jako Mezinárodní den zdraví. WHO je organizací, ve které působí odborníci sdružených členských států, kterým však není nadřazena. Tato organizace spolupracuje s ministry zdravotnictví globálních partnerů, vládními úřady a nadacemi. Nejvyšším orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění se sídlem v Ženevě. Toto shromáždění schvaluje rozpočet a volí členy výkonného výboru, který sleduje plnění programu WHO. Organizace působí v oblastech Evropy, Ameriky, Afriky, východního Středomoří, západního Tichomoří a jiho-východní Asie. V čele každé oblasti stojí oblastní ředitel. Sídlo oblastního úřadu pro Evropu je v Kodani. Hlavním cílem Světové zdravotnické organizace je snaha o získání a udržení zdraví lidí na celém světě, bez rozdílu rasy, náboženství a sociálního postavení. Organizace dodržuje zásady stanovené v preambuli její ústavy.

Hlavní zásadou WHO je získání nejvyšší úrovně zdraví. Zdraví všech národů je závislé na plné spolupráci jednotlivce a státu. Každý stát tak přejímá kontrolu nad infekčními chorobami a zdravím populace. Ve svých programech klade důraz na dostupnost primární péče, finanční ochranu, podporu účasti lidí na národních politikách v oblasti zdraví a zpřístupnění léků a zdravotních prostředků všem (WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution).

Kancelář Světové zdravotnické organizace v České republice ovlivňuje tvorbu zdravotní politiky na národní a regionální úrovni. Jejím úkolem je pod vedením WHO zlepšovat úroveň zdravotnictví v České republice. Smlouvou mezi naší republikou a WHO se stanovují prioritní oblasti v podpoře zdraví, kam patří pokrytí zdravotní péčí, management a dohled nad epidemickými a pandemickými onemocněními (Světová zdravotnická organizace, 2014).

Mezi další organizace zabývající se podporou zdraví patří například organizace Magna se zaměřením na prevenci AIDS, dále Mamma HELP na podporu prevence nádoru prsu a Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí.

2.2 Česká zdravotní politika a její programy

Zdravotní politika každého státu představuje důležitý rámec preventivních programů. Pomocí těchto programů se pak podílí na informovanosti obyvatelstva a zvyšuje jeho zájem o zdraví. Zdravotní politika se neorientuje pouze na zdravotnický resort, ale pojem zdraví zasahuje do celkové politiky státu, kde zdraví zastává důležitou roli.

Na 30. shromáždění v květnu 1977 stanovuje Světová organizace zdraví program *Zdraví pro všechny do roku 2000*. Cílem toho programu bylo dosažení zdraví na úrovni, která by umožnila vést kvalitní společenský a ekonomický život. Jelikož tento cíl nebyl naplněn, dochází k vytvoření nového programu s názvem *Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století*. Tento program byl přijat na 51. shromáždění WHO v roce 1998. V roce 2002 se k tomuto programu hlásí i Česká republika, která se zavazuje k jeho plnění (*Zdraví pro všechny v 21. století*, 2008).

„Program ZDRAVÍ 21 se týká všech členů společnosti, kteří mohou přispět k jeho zlepšování jako jednotlivci nebo svojí profesionální činností. Nejdůležitějším účastníkem aktivit pro zdraví je vláda. Jejím posláním je vytvářet osnovu cílů péče o zdraví a pravidel, která vymezují prostor ostatním partnerům a vytvářet jim co nejlepší podmínky pro aktivitu a uplatnění zájmu o zdraví“ (*Zdraví pro všechny v 21. století*, 2008).

Ministerstvo zdravotnictví přijalo v roce 2019 program *Zdraví 2030*. Tento program navazuje na *Zdraví 2020* a je rozdělen do třech dílčích cílů. Jedním z cílů je rozvoj primární a sekundární prevence. Tento cíl chce zvýšit zdravotní gramotnost obyvatelstva České republiky, čímž si slibuje lepší účast obyvatelstva na preventivních programech a snížení vlivu rizikových faktorů na českou populaci (*Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*, 2019).

Ve zdravotní politice je zabezpečení a kontrola péče o zdraví jednotně zpracována ve zdravotních programech, jejichž smyslem je zlepšení zdraví obyvatelstva. Hlavním cílem těchto programů je stanovit prioritní problém, zjistit územní oblast či komunitní skupinu, zlepšit systém péče o zdraví a naučit zdravotníky a veřejnost myslet systémově. Tyto programy pak dělíme dle délky, dle celkového působení a dle použitých metod (Holčík, 2010).

Na zdravotní politice se podílejí občanské iniciativy, sociální skupiny, rodiny a jednotlivci. Česká republika je zapojena do tzv. komunitních projektů WHO. Tyto projekty se blíže zaměřují na určité komunity a cílové skupiny, kde působí v oblasti primární prevence s podporou zdraví. Projekty jsou podporovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Patří sem programy: Podpora zdraví na pracovišti, Zdraví podporující školy, Zdravá města, Nemocnice podporující zdraví a jiné. V bakalářské práci se zaměřujeme na ty nejdůležitější.

Nemocnice podporující zdraví je program, do kterého jsou zapojeni zaměstnanci a pacienti nemocnic. Byla vytvořena Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví. Tyto nemocnice se zapojily do dlouhodobých programů podporujících prevenci a zdravý životní styl. Zaměřují se na podporu zdraví zaměstnanců, pacientů, a snaží se o podporu zdraví veřejnosti ve spádové oblasti dané nemocnice (Program podpory zdraví, 2010).

Nemocnice zapojené do tohoto programu se snaží spojit lékařské a ošetrovatelské služby s edukací pacientů ohledně dlouhodobé podpory zdraví. Na posilování zdraví a schopnosti ovlivňovat faktory působící na životní styl člověka vyvíjejí nemocnice konkrétní aktivity. Tyto aktivity jsou pak zaměřeny na ovlivnitelné determinanty zdraví, jako jsou zdravá strava, pohybová aktivita, nekuřáctví, dobré zvládnání stresu a omezení konzumace alkoholu. Cílovou skupinou jsou zaměstnanci nemocnice, pacienti a jejich rodinní příslušníci.

Program **Škola podporující zdraví** je projektem WHO, do kterého se aktivně zapojila také Česká republika. Globální iniciativa WHO pro zdraví škol byla zahájena v roce 1995. Usiluje o posílení aktivit na podporu zdraví a vzdělávání na místní, celostátní, regionální a globální úrovni. V České republice je tento projekt založen na holistickém pojetí zdraví, který se aktivně snaží začlenit do školních aktivit. Jeho základní cíle jsou zaměřeny na zdravý životní styl u všech členů, tzn. učitelů, žáků a rodičů, na kultivaci vztahů uvnitř školy, na spolupráci s rodiči a obcí a na zavádění metod, které podporují zdravý rozvoj dítěte. Spolupráce mezi zdravotnickými a vzdělávacími agenturami pak zlepšuje strategii podpory zdraví prostřednictvím škol (What is a health promoting school? World Health Organization).

2.3 Ordinace praktického lékaře

Všeobecné praktické lékařství je oborem, který zajišťuje léčebně preventivní péči. Je otevřené všem problémům, které se zdravím souvisejí, s ohledem na prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

Základním rysem oboru praktické lékařství je dlouhodobá péče s možností ovlivnění způsobu života jedince. Tento obor se uplatňuje i v roli výchovné, kdy edukuje a pomáhá vést pacienta k odpovědnosti za své zdraví (Košta, 2013).

Lékařem doporučená preventivní opatření pak vycházejí z vědeckých důkazů a závisí na vzájemné spolupráci zdravotník – pacient. V dnešní době, kdy dochází k nárůstu onemocnění lipidového metabolismu, nádorových onemocnění a kardiovaskulárních, nabývá preventivní medicína na důležitosti. Praktický lékař v rámci prevence poskytuje informace ohledně smyslu primární péče a nabízí pomoc při změnách životního stylu jak pacientovi, tak i rodinným příslušníkům.

Základním bodem preventivní péče v ordinaci praktického lékaře je preventivní prohlídka. Preventivní prohlídky jsou v České republice plně hrazeny zdravotním pojištěním. Obsah a časové rozmezí prohlídky je dáno legislativou, a to vyhláškou č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. Tato vyhláška vychází ze zákona Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 372/2011 Sb.

Všeobecná preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

Obsahem preventivní prohlídky je doplnění anamnézy. Tato anamnéza se skládá z anamnézy osobní, sociální, rodinné, profesní, alergické a farmakologické. Důraz je kladen na rizikové faktory, jako jsou kouření, užívání drog a alkoholu. Z rodinné anamnézy se lékař zaměřuje na výskyt onkologických a kardiologických onemocnění, dále na výskyt DM a poruch lipidového metabolismu.

Dále lékař hodnotí celkový stav pacienta se zaměřením na orientační vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a pulzu, vyhodnocení BMI, dále na orientační vyšetření kůže pohledem, vyšetření per rektum. Dále lékař provádí zhodnocení onkologických rizik: u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů, klinické vyšetření varlat, u žen od 25 let při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů, klinické vyšetření prsů. U osob, které dosáhly 40 let, je prováděno EKG vyšetření ve čtyřletých intervalech.

Praktický lékař kontroluje povinné očkování proti tetanu a o očkování vede záznamy v dokumentaci. Přeočkování se provádí po 10 až 15 letech. Pokud je interval delší, provádí se přeočkování ve třech dávkách, kdy se aplikuje I. dávka, II. dávka po 6 týdnech, III. dávka

po 6 měsících po II. dávce. Dojde-li k úrazu, provádí se přeočkování v případě, že doba od posledního očkování je delší pěti let.

U osob nad 50 let se jednou ročně provádí vyšetření stolice na okultní krvácení. Od 55 let je tento interval prodloužen na dva roky. Toto vyšetření je možno nahradit doporučením k provedení screeningové koloskopie jednou za 10 let. Stanovení okultního krvácení patří do screeningového programu na kolorektální karcinom. Dále do onkologického screeningu patří u žen mamograf. Tento screening se provádí u žen od 45 let věku ve dvouletých intervalech. Ambulantní gynekolog ještě v rámci prevence provádí screening karcinomu cervixu. Součástí prohlídky je i edukace pacientky o samovyšetření prsu.

K preventivní prohlídce patří laboratorní vyšetření krve a moče, a to konkrétně: orientační chemické vyšetření moče, vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plastických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech, dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku, vyšetření glykémie v 18 letech, od 40 let věku ve dvouletých intervalech. Laboratorní vyšetření sérového kreatininu a odhad glomerulární filtrace u pacientů trpících onemocněním DM, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi od 50 let věku ve čtyřletých intervalech (Vyhláška č. 70/2012 Sb., zákony ČR, 2012).

Nedílnou součástí preventivní prohlídky je edukace a komunikace s jednotlivci. Sestra zve a objednává jednotlivce na preventivní prohlídky. Edukuje v oblasti činností spojených s preventivní prohlídkou a zajišťuje potřebná či doplňující vyšetření.

Kvalitu péče v oboru všeobecného praktického lékaře zajišťuje vytváření odborných a organizačních doporučených postupů. Standardizace činností pomáhá sledovat kvalitu poskytované péče. Standard organizační úrovně a kvality péče je popsán v Národních akreditačních standardech pro zdravotnická zařízení, která jsou poskytovateli péče v oboru všeobecného praktického lékařství (Košta, 2013).

Tyto standardy v oblasti preventivní péče kladou důraz na zavádění objednávkových systémů na preventivní prohlídky a řádně vedená dokumentace preventivních prohlídek, které svým obsahem odpovídají daným normám. Preventivní prohlídky jsou v ordinaci praktického lékaře prováděny osobou s příslušnou kvalifikací a řídí se platnou legislativou a smlouvami s pojišťovnami (Košta, 2013).

Shrnutí: Každý vyspělý stát má propracovanou preventivní politiku, která vychází ze Světové organizace zdraví. Tyto programy jsou zaměřeny na vedení populace k péči o své zdraví. Mezi orgány zabývající se prevencí patří ordinace praktického lékaře, jehož úkolem

je vyhledávat rizikové faktory u registrovaných pacientů a pomáhat jim v odstraňování těchto rizikových faktorů.

3 TÉMATA V PREVENCI DNES

Dle statistiky je nejčastější příčinou úmrtí v České republice kardiovaskulární onemocnění a na druhém onkologická onemocnění. Dle ÚZIS České republiky v roce 2010 zemřelo na KVO 45,1 % (muži) a 50,7 % (ženy), v roce 2017 to bylo 40,1 % (muži) a 43,4 % (ženy) z celkového počtu úmrtí. Na onkologickou příčinu úmrtí v roce 2010 28 % (muži) a 26,5 % (ženy), v roce 2017 klesl počet na 26,1 % (muži) a 25,7 % (ženy) z celkového počtu úmrtí. U respiračních onemocněních v roce 2010 6,3 % (muži) a 5,2 % (ženy), v roce 2017 stoupl počet úmrtí na 7,7 % (muži) a 6,4 % (ženy) (Zemřelí 2017, 2018).

Na vzniku kardiovaskulárních onemocnění, ale i onkologických, se mimo genetického faktoru výrazně podílí i působení rizikových faktorů. Mezi tyto rizikové faktory patří metabolický syndrom, stres, nedostatek fyzické aktivity a kouření. Problémem a výrazným rizikovým faktorem je nezodpovědné sexuální chování a tím nárůst onemocnění způsobených HIV infekcí.

3.1 Rizikové faktory životního stylu

Na prvním místě žebříčku úmrtnosti jsou úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění. V Evropě je pak příčinou 4 milionů úmrtí ročně. Na vzniku kardiovaskulárního onemocnění (KVO) se zásadním významem podílí porucha metabolismu tuků, která je charakterizovaná zvýšenou hladinou LDL cholesterolu, triacylglyceridů a sníženou hladinou HDL cholesterolu. Dyslipidémie je pak často spojená s hypertenzí a obezitou. Závažnost tohoto onemocnění spočívá v tom, že dochází k ukládání cholesterolu v podobě ateromových plátů do cév a tím je poškozují. Toto poškození pak způsobuje riziko vzniku krevních sraženin, které tím, že zneprůchodní cévy, způsobují mozkové nebo srdeční infarkty. V léčbě poruchy metabolismu lipidů je tedy na prvním místě úprava životosprávy. Tato úprava se týká konkrétně zvýšené konzumace ovoce a zeleniny, omezení příjmu soli do 6 g na den a omezeného příjmu alkoholu. Důraz je také kladen na pohybovou aktivitu. U těžších forem je praktickým lékařům umožněna preskripce léků ze skupiny fibrátů a statinů. Nově od září 2019 také preskripce inhibitorů vstřebávání tuků ve střevě. Cílem léčby je dosažení cílových hodnot pro primární prevenci (Češka et al., 2017). Cílové hodnoty uvádíme v příloze P I. (Češka et al., 2017).

S poruchou metabolismu tuků je úzce spojena arteriální hypertenze. Primární hypertenze, která tvoří 90 % hypertenzí, nemá zjevnou vyvolávající příčinu. Zřejmě se na jejich vzniku

podílí životní styl. Sekundární hypertenze, přibližně 10 %, je příznakem jiného onemocnění a její léčba souvisí s léčbou základního onemocnění. Neléčená primární hypertenze může způsobit infarkt myokardu, centrální mozkovou příhodu či poškození ledvin. O hypertenzi mluvíme tehdy, pokud je u lékaře naměřen krevní tlak nad 140/90 mmHg alespoň při dvou různých návštěvách na obou pažích s volně podloženým předloktím ve výši srdce s opřenými zády. Česká společnost pro hypertenzi uvádí rozdělení hypertenze do tří skupin (příloha P II). Základními kroky v léčbě hypertenze jsou režimová a farmakologická opatření. Do farmakologické terapie řadíme léky ze skupin: ACE-inhibitory, diuretika, centrální anti-hypertenziva, betablokátory, kalciové blokátory a sartany (Karen, 2014).

V současné době zaznamenáváme kritický nárůst obézních pacientů, a to nejen dospělých, ale i dětských. Světová zdravotnická organizace považuje obezitu za závažnou hrozbu, hlavně z důvodu komplikací, která s sebou obezita nese. Mezi závažná onemocnění, na jejichž vzniku se obezita podílí, patří např. hypertenze, hyperlipidémie a onkologická onemocnění. Nejčastější příčinou obezity je zvýšený příjem jídla a zároveň snížená pohybová aktivita. Na vzniku obezity se podílí i genetika, konkrétně gen, který se vyskytuje na každém chromozomu a který souvisí s rozvojem obezity. Míru obezity posuzujeme různými způsoby. Nejčastější metodou je měření BMI, kdy tento index vypočítáme jako podíl hmotnosti (kg) a výšky² (m). Norma je 18,5 až 24,5 (Machová a Kubátová, 2015). Kategorie nadváhy a obezity uvádíme v příloze P III (Brychta a Brychtová, 2011).

Léčba obezity spočívá především ve zvýšené pohybové aktivitě a redukční dietě. Při těžších formách obezity přistupují lékaři k farmakologickým opatřením. Farmakologická léčba by měla být podávána pacientům, kteří jsou schopni kombinovat léky s dodržováním pravidelného dietního a pohybového režimu. Mezi nejnovější preparáty patří lorcaserin a kombinace fentermin/topiramát, schválený pod názvem Mysimba. Každá léčba obezity patří do rukou lékaře (Pichlerová, 2018).

Velice závažným rizikovým faktorem, který se uplatňuje při vzniku onkologických i kardiovaskulárních onemocnění, je kouření.

Tabákový kouř obsahuje asi 4 000 rizikových látek, z nichž nejzávažnější jsou nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak a kyanid. Nikotin zvyšuje krevní tlak, pulz a způsobuje vazokonstrikci cév. Tyto účinky jsou zásadní pro vznik srdečního infarktu, ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod. Dehty jsou zvláště nebezpečné pro respirační trakt,

především plíce, kde se usazují a působí zde jako karcinogeny. V průduškách postihují hlenové žlázy a způsobují chronické záněty. Opakovaně byl prokázán vliv kouření na sérové lipidy. Nikotin a oxid uhelnatý jsou iniciátory mechanismů, které vedou ke vzniku aterosklerotických změn. Atherosclerosis obliterans se v 70 % vyskytuje právě u kuřáků. Kuřáci mají i zvýšené riziko osteoporózy a fraktur (Adámková, 2010).

Závažným problémem je pasivní kouření, které by nemělo být podceňováno zvláště u dětí a těhotných žen. Výzkumy ukázaly, že i pasivní kuřák je ohrožen vážnými nemocemi. Z toho důvodu došlo k zákazu kouření na pracovištích a veřejně přístupných místech přijetím zákona č. 65/2017 Sb. Hlavní zásadou v boji proti kouření je prevence. Ordinace praktického lékaře je ideálním místem k zahájení intervencí v boji proti tomuto zlozvyku. Praktický lékař v preventivní péči identifikuje tento problém a snaží se formou edukace informovat pacienta o nežádoucích účincích kouření na jeho organismus a snaží se mu nabídnout řešení a pomoc. Důležité je zlepšit komunikaci s kuřáky a zvýšit jejich informovanost o škodlivosti kouření. Edukační úsilí sestry by mělo směřovat ke změně životního stylu s podporou zdraví.

Dalším rizikovým faktorem, který ovlivňuje naše zdraví, je alkohol. Alkohol není problémem pouze jedince, ale má i společenské dopady. Ze zdravotního hlediska způsobuje čerpání zásob glykogenu v játrech s následnou hypoglykemií. Dále dochází k narušení metabolismu tuků, kdy vysoká hladina katecholaminů uvolňuje volné mastné kyseliny z tuků. V játrech se hromadí triglyceridy a vzniká steatóza jater. Kromě toho alkohol způsobuje hypertenzi, neuropsychická onemocnění, gastritidy, pankreatitidy a podílí se na vzniku onkologických onemocnění (Machová a Kubátová, 2015).

V boji proti nadužívání alkoholu je zvláště důležitá prevence se zaměřením na zdravotní výchovu na základních školách, prevenci edukací v ordinaci praktického lékaře a ve všeobecném zlepšování vědomostí populace o negativních účincích alkoholu.

V současné době patří mezi závažné rizikové faktory nezodpovědné sexuální chování. Výrazný vzestup HIV infekce se stal podkladem pro nutnost vytvoření Národního programu HIV/AIDS na rok 2018 až 2022. Tento program koordinuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, které se opírá o WHO a Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí. Tento preventivní program se zaměřuje na komunity (placené sexuální služby, uživatelé drog, osoby ve výkonu trestu, cizinci žijící na území ČR) a programy zaměřené na širokou populaci. Mezi tyto programy patří vzdělávání v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu, prevence rizikového chování a primární prevence HIV, dále se tyto programy zaměřují na vzdělávací

program na základních školách ve formě sexuální výchovy, zakotveného v Rámcovém vzdělávacím programu (MZČR, 2017).

Významným rizikovým faktorem dnešní doby je stres. Stres dělíme na pozitivní stres, takzvaný eustres a negativní, takzvaný distres. Distres negativně ovlivňuje člověka po jeho emocionální stránce, kdy působí negativně nejen na jeho psychiku, ale výrazně ovlivňuje i jeho zdraví, kdy způsobuje zvýšení krevního tlaku, zvýšení hladiny cukru, cholesterolu a snižuje celkovou obranyschopnost organismu.

Péči o zdraví a snahu o odstranění rizikových faktorů můžeme shrnout pod pojem životní styl. Životní styl zahrnuje individuální výběr z možností, které nám společnost a život nabízí.

3.2 Screeningové programy

Mezi významná témata prevence dále patří včasná diagnostika onkologických onemocnění pomocí screeningových programů, které se zaměřují na včasný záchyt onkologických onemocnění. V této práci se zaměřujeme na nejčastější onkologické screeningové programy v oblasti preventivní péče.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky a Ministerstva zdravotnictví České republiky vytvořily projekt na včasný záchyt onkologických onemocnění. Tento projekt se zaměřuje na screeningové programy, které jsou součástí preventivní péče. V naší republice se v rámci prevence onkologické programy zaměřují na včasný záchyt kolorektálního karcinomu, nádoru prsu, děložního čípku a prostaty. Díky těmto programům výrazně klesla mortalita obyvatelstva. Screeningové programy patří mezi priority primární prevence v České republice a slouží k ochraně veřejného zdraví.

V roce 2014 byl Ministerstvem zdravotnictví ČR zahájen projekt „*Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění ČR – screeningové programy*“, jehož součástí je zvaní pojištěnců na screeningová vyšetření. Tento projekt začal v druhé polovině roku 2014. Prostřednictvím Národního referenčního centra bylo provedeno detailní vyhodnocení získání dat pro Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Nastavený systém adresného zvaní od roku 2002 vede k lepší informovanosti veřejnosti a vyšší účast na screeningových programech (ÚZIS, 2018).

V rámci onkologického screeningu prevence karcinomu děložního čípku jsou osločovány ženy ve věku od 25 do 70 let. Tento screening je součástí preventivní péče a spočívá v mikroskopickém vyšetření cytologického stěru z děložního čípku k cytologickému vyšetření.

U žen neúčastnících se dlouhodobě screeningu karcinomu děložního hrdla byl zaveden pilotní projekt založený na detekci lidského papillomaviru, který je nejčastější příčinou všech karcinomů děložního hrdla, pomocí samoodběrových sad. Tento projekt je zacílen na ženy nad 50 let, které se během posledních tří let nedostavily na preventivní gynekologické vyšetření. „Zahraniční zkušenosti dokládají výrazný nárůst participace žen při použití samoodběrového HPV testu pacientkou v domácím prostředí“ (ÚZIS, 2018).

V České republice byl zaveden plošný screening na karcinom prsu v roce 2002. Tento populační screening je součástí Doporučení Rady Evropské unie ze dne 2. prosince 2003 o screeningu zhoubných nádorů. Rada doporučuje členským státům zavedení tohoto programu, jehož součástí je sběr dat o preventivních vyšetřeních. Monitoring probíhá v oblasti screeningového procesu a mortality na karcinom prsu. Ministerstvo zdravotnictví podporuje preventivní opatření, kdy se nejedná pouze o docházení na vyšetření, ale především prevenci v podobě samovyšetření prsu (ÚZIS, 2018).

Screening karcinomu prostaty je založen na testu koncentrace prostatického specifického antigenu PSA v krvi. V posledních letech se zvyšuje mortalita karcinomu prostaty, v současné době je vyšší než úmrtnost na kolorektální karcinom, proto se objevuje potřeba znovu prodiskutovat populační screening karcinomu prostaty na evropské úrovni (EPAD 2019: současný stav screeningu karcinomu prostaty v EU, 2019).

Na screening kolorektálního karcinomu jsou zváni muži i ženy ve věku od 50 let do 70 let. Tento typ karcinomu je často spojován se západním stylem života, proto jsou preventivní programy zaměřovány právě na úpravu životosprávy s důrazem na screeningová vyšetření. Optimálním cílem pro diagnostiku je jeho časná detekce ještě před jeho vytvořením. Toho lze dosáhnout pouze pomocí screeningových programů (Seifert, c2013).

V současné době jsou doporučené postupy screeningu publikovány formou věstníku MZ ČR bez vazby na zákon. Cílem je vytvoření doporučených postupů pro screeningové programy a zajištění kvality vazbou na vyhlášku. Pro jednotlivé programy pak budou definovány měřitelné indikátory kvality. Vedle těchto odborných indikátorů lze uvažovat i o průzkumu spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí (Dušek, Marounek a Májek, 2015).

Shrnutí: Zdravotní politika České republiky se zaměřuje na preventivní péči pomocí zdravotní osvěty v oblasti eliminace rizikových faktorů, jako jsou obezita, porucha lipidového metabolismu a hypertenze. Dalším zmiňovaným rizikovým faktorem je nadužívání alkoholu, návykových látek, sexuální promiskuita a v neposlední řadě stres.

Významnou součástí primární a sekundární prevence onkologických onemocnění jsou screeningová vyšetření. Mezi základní onkologická screeningová vyšetření patří screening na kolorektální karcinom, v rámci gynekologického vyšetření screening na karcinom prsu a cervixu, u mužů onkologický screening prostaty.

4 ROLE SESTRY V OBLASTI PREVENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

V ordinaci praktického lékaře pracuje tým, který je tvořený všeobecným praktickým lékařem a všeobecnou nebo praktickou sestrou. V některých ordinacích mohou být i dvě sestry, z nichž jedna vykonává domácí péči. Na sestru v ordinaci praktického lékaře jsou kladeny čím dál větší nároky. V ordinacích narůstá počet registrovaných pacientů, přibývá přístrojové vybavení ordinace, narůstají kompetence praktických lékařů v možnosti dispenzarizace lidí s chronickým onemocněním a tím vzrůstá i odborná náročnost práce sestry. Z toho vyplývá, že je v profesi sestry zvlášť důležité celoživotní vzdělání, které by měl lékař nejen podporovat, ale i umožňovat.

Americká asociace sester blíže specifikuje práci sestry v primární péči jako poskytování péče v prvním kontaktu, podporu zdraví, koordinaci péče a řízení akutních a chronických stavů. Sestry mají jedinečnou úlohu v podpoře zdraví a prevenci nemocí. Mezi ostatní poskytované služby patří objednávání pacientů, nefarmakologická terapie, provádění diagnostických testů, výuka a poradenství (Nurse practitioners in primary care, American Association of Nurse Practitioners).

Primární péče je na předním místě v péči o zdraví. Mezinárodní rada sester ve svém Etickém kodexu sester, který je pravidelně novelizován, uvádí zapojení sester do primární zdravotní péče. Role sestry v primární péči je významná a k dosažení pokroku je rozhodující, aby sestra, která má ústřední postavení v primární péči, realizovala, vedla a koordinovala péči a aby její role byla vnímána jako legitimní a zásadní (ICN-Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 1953, poslední revize 2020).

Mezi základní podmínky k výkonu zdravotnického povolání patří bezúhonnost, odborná a zdravotní způsobilost.

„Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce vzdělanou profesionálkou, která zvládá s přehledem a spolehlivě náročné situace a problémy, které každodenně ordinace praktického lékaře přináší, usiluje o vyšší kvalitu praxe, nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální ke svému lékaři“ (Seifert, Beneš a Býma, c2013).

Sestra se v ordinaci praktického lékaře podílí na preventivní a administrativní činnosti a asistuje lékaři při léčebné péči. V preventivní péči se podílí na zvaní pacientů na pravidelné prohlídky (příloha P IV). Během prohlídky zajišťuje odběry biologického materiálu, provádí

EKG vyšetření, orientační vyšetření zraku a sluchu, měří fyziologické funkce, edukuje pacienty před vyšetřením stolice na okultní krvácení, asistuje při fyzikálním vyšetření pacienta lékařem. Při preventivní péči je kladen zvláště důraz na komunikační a edukační schopnosti sestry.

4.1 Význam komunikace u sestry v ordinaci praktického lékaře

Pojem komunikace je definován jako „proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená prakticky základ všech vztahů mezi lidmi“ (Pokorná, 2010, s. 9).

Profesionalita sestry v oblasti komunikace spočívá ve schopnosti chtít a umět komunikovat. V praxi se často setkáváme s překážkami v komunikaci mezi pacientem a sestrou. Překážky mohou být na obou stranách, jak ze strany sestry, tak ze strany pacienta. Nemoc představuje pro pacienta vážnou životní etapu, která ho různým způsobem ovlivňuje. Sestra by si toho měla být vědoma a svým empatickým přístupem být pro pacienta oporou.

Pokorná (2010) uvádí, že v ordinaci praktického lékaře je významnou specifickou skupinou skupina seniorů, která vyžaduje speciální komunikaci a sestra by měla být této komunikace schopna. Tito klienti vyžadují specifický přístup, kdy by sestra měla respektovat změny, které se ve stáří vyskytují, a respektovat schopnosti a potřeby seniora. Senioři jsou často nedůvěřiví, citliví až depresivní a často trpí poruchou paměti. Mění se jejich smyslové vnímání, především zrak a sluch, jejich pohybové schopnosti se zhoršují. Sestra by měla mít k těmto pacientům citlivý přístup a respektovat jejich potřeby. Hlavní úlohu v péči o seniora hraje rodina a jeho blízcí příbuzní. Sestra se snaží za přítomnosti příbuzných komunikovat jak s pacientem, tak s příbuznými ohledně primární, ale především sekundární prevence (Pokorná, 2010).

Zacharová (2016) uvádí, že dobré komunikační schopnosti sestry patří k základním předpokladům dobře fungující ordinace. Nejvíce používaným druhem komunikace je verbální komunikace. Při komunikaci s pacientem musí sestra dodržovat základní zásady, mezi které patří úcta k pacientovi, individuální přístup s ohledem na věk a nemoc pacienta. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez vzájemné komunikace mezi pacientem a sestrou. Nejčastějším typem komunikace, který se uplatňuje v ošetrovatelském procesu, je rozhovor. Rozhovory dělíme dle obsahu např. na diagnostické, terapeutické, informační, edukační

a další. V preventivní medicíně se nejvíce uplatňuje rozhovor edukační. Sestra se snaží o zapojení pacienta do péče o své zdraví nebo do léčby již vzniklého onemocnění. Sestra by měla pacienta motivovat a vždy se snažit vnést do rozhovoru empatický přístup (Zacharová, 2016).

Morovicsová a kol. (2014) ve své publikaci uvádí, že komunikace má v sobě složku nejen verbální, ale i velice důležitou složku, a to nonverbální. Mezi tyto složky patří gestika, mimika či vizika. Vizika je řeč očí a pohledu. Tento neverbální typ komunikace podtrhuje efektivnost komunikace. Řeč očí využívá sestra při odebrání anamnézy, edukaci, při diagnostických a terapeutických postupech (Morovicsová a kol., 2014).

Další nonverbální komunikací, kterou sestra v ordinaci využívá, je dle Zacharové (2016) mimika. Mimika je schopnost komunikovat pomocí svalů v obličeji, kdy pomocí mimiky vyjadřujeme radost, smutek, strach či klid. V mimice nezapomínejme na úsměv, který na pacienta působí povzbudivě, navozuje pocit důvěry a odlehčuje napětí. Úsměv spojený s vizikou pomáhá překonávat překážky v komunikaci a navozují vzájemnou důvěru mezi pacientem a sestrou (Zacharová, 2016).

4.2 Význam edukace u sestry v ordinaci praktického lékaře

Edukace neboli výchova pacienta patří mezi základní činnosti, které sestra v ordinaci praktického lékaře vykonává. Tato výchova pacienta je cíleně směřována k preventivní činnosti v oblasti primární péče, kdy vede jednotlivce nebo komunitu ke zlepšení životního stylu, pomáhá mu v oblasti eliminace rizikových faktorů, které negativně ovlivňují jeho zdraví. V sekundární prevenci pak poskytuje informace ohledně rizik, která s sebou to dané základní onemocnění nese (Juřeníková, 2010).

Nejzákladnějším způsobem, jak pomáhat v oblasti zdraví, je vzdělávání. Sestry jsou odborně způsobilé poskytovat pacientům informace ohledně řady témat týkajících se právě zdraví. Mezi tato témata patří informace ohledně výživy, cvičení, bezpečného sexu, nadměrného užívání alkoholu, užívání drog a negativních účincích kouření na lidský organismus. Sestra by měla propagovat wellness strategie kdykoliv se potká s pacientem a šířit zdravotní informace v širší populaci (The positive role nurses can play in preventative health care, Bradley University).

Pojem edukace pochází z latinského slova „educó“, což znamená vychovávat. Edukace je definována jako „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit

pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Proces edukace probíhá celoživotně. Základem je vztah edukátor – edukant. Edukátor je člověk, který provádí edukační činnost, v ordinaci je to sestra nebo lékař. Edukátor by měl mít teoretické a praktické dovednosti, měl by mít dobré komunikační schopnosti a měl by umět získat edukanta pro spolupráci. Vždy se snaží o empatický přístup a ochotu pomoci (Juřeníková, 2010).

Edukantem je člověk, pacient, který přijímá učení. Místo, kde edukace probíhá, nazýváme edukačním prostředím. Edukace hraje důležitou roli nejen v léčebné péči, ale i v oblasti preventivní péče, kdy sestra vychovává jedince nebo širší populaci v oblasti zdravého životního stylu, imunizaci a účasti na preventivních screeningových programech, V dnešní době dochází ke změnám v postavení pacienta v systému zdravotní péče. Čím dál větší důraz je kladen na zapojení pacienta do léčebné a preventivní péče. Zdravotní politika státu je směřována na výchovu pacienta, aby se sám stal zodpovědným za svoje zdraví a aktivně se podílel na jeho získání a zachování. Veřejné zdravotnictví se snaží motivovat jedince formou bonusových preventivních programů k účasti na preventivních prohlídkách a ke zlepšení životního stylu a způsobu života. Aby se jedinec mohl aktivně podílet na preventivní péči, musí být dostatečně informován a edukován v této oblasti. Při edukaci pacienta pak sestra musí přihlížet k mnoha faktorům, které mohou edukaci ovlivnit. V ordinaci praktického lékaře patří mezi tyto faktory nejčastěji věk, znalosti pacienta, nemoc a samotný zájem o pacienta. Cílem edukace jsou pak změny v chování, postojích a názorech jedince (VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2020).

V oblasti prevence může být edukace vedena směrem k jednotlivci nebo komunitě. Individuální typ edukace se uplatňuje při preventivní prohlídce, kdy sestra edukuje pacienta během získávání anamnézy o rizikových faktorech, o dietních opatřeních před odběrem biologického materiálu, o správnosti provedení testu na skryté krvácení do stolice, které je součástí preventivní prohlídky a které vyhodnocuje sestra v ordinaci. Skupinová preventivní edukace probíhá formou zdravotní osvěty, kterou pořádá sestra spolu s lékařem a je mířena na širší část populace. Tato osvěta reaguje na aktuální témata. Mezi nejčastější patří sezónní téma imunizace proti chřipce, téma obezity a s tím spojené téma komplikací, které s sebou obezita přináší, na školách jsou to pak preventivní programy na téma zdravé zuby a dentální hygiena, sportovní dny s důrazem na nutnost fyzické aktivity jako součásti zdravého životního stylu a jiné. Nedostatečné informace ohledně rizikových faktorů životního stylu pak způsobují

nezodpovědné chování v oblasti přístupu ke svému zdraví, které se projevuje podceňováním preventivních prohlídek a bagatelizací prvních projevů nemoci. Můžeme říct, že prevence je o změně myšlení každého z nás a uvědomění si, že zodpovědnost za naše zdraví nenese pouze společnost, ale každý sám za sebe a pouze na každém z nás je, zda se zdraví stane prioritou našeho života. Sestra či lékař jsou pak partnery a pomocníky při uskutečňování životních změn v této oblasti.

Odborný článek (Health Times, 2017) uvádí možná doporučení v oblasti rizikových faktorů, které působí obavy v oblasti primární prevence. Tato doporučení se týkají pravidelného cvičení, kdy ideální je půl hodiny denně, pět dní v týdnu. Tato pravidelná aktivita pak zlepšuje krevní tlak a pomáhá minimalizovat riziko vzniku DM, artritidy a kardiovaskulárních onemocnění. Mezi další doporučení patří kontrola hmotnosti, kdy nadváha přispívá právě ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, dále eliminace rizikových faktorů jako je kouření a alkohol. Kouření a jiné drogy se pak výrazně podílejí na vzniku nádorových onemocnění plic a způsobují poruchy dýchání. Alkohol přispívá ke vzniku hypertenze a způsobuje onemocnění jater (Health Times, 2017).

V sekundární prevenci je edukace vedena k předcházení možných komplikací, které by mohly vzniknout v návaznosti na základní onemocnění. Tato edukace je cíleně vedena na dodržování léčebného režimu, kdy metody sekundární prevence slouží k omezení rozvoje onemocnění. Tato prevence se v současné době nejvíce uplatňuje u diagnostikovaných kardiovaskulárních onemocnění, kdy se převážně formou úpravy režimových opatření snaží zabránit rozvoji onemocnění, která mohou končit vážným poškozením zdraví.

Juřeníková (2010) uvádí, že jedním z nejvhodnějších edukačních míst sloužících k informovanosti a edukaci pacienta je čekárna. Pacient si celou dobu čekání na vyšetření může vyplnit pročítáním různých edukačních materiálů či zhlédnutím spotů v televizi. Tato edukace je zaměřena na problémy týkající se zdraví pacientů a formou krátkých doporučení se snaží o vedení pacienta ke zlepšení a úpravy životního stylu. Edukační materiály poskytované pacientům v čekárně by měly být pravidelně obměňovány, popřípadě aktualizovány s ohledem na aktuální otázky týkající se preventivní medicíny. Obsah edukačních materiálů a video spotů by měli mít pacienti možnost konzultovat se sestrou, popřípadě s praktickým lékařem. Sestra by měla mít vědomosti a schopnosti na takové dotazy reagovat, vysvětlit pacientovi danou problematiku a na požádání nabídnout pacientovi pomoc při řešení jeho stávajících problémů (Juřeníková, 2010).

Každý člověk by si měl uvědomit význam preventivní péče a sebez péče, jelikož je vždy lepší zdravotním problémům předcházet, než je následně léčit. Člověk si často začne vážit zdraví, až když o něj přijde. Prostředky vynaložené na prevenci jsou zanedbatelné v porovnání s prostředky vynaloženými na léčbu. Povinnost zdravotní výchovy je dána lékařům a sestřám zákonem. Zdravotníci by měli využít svoji přirozenou autoritu k motivaci pacientů ke zvýšenému úsilí o ochranu svého zdraví.

Shrnutí: Role sestry v ordinaci praktického lékaře je jedinečná. Požadavek kvalitní péče, organizace práce a administrativní činnost vyžadují vysokou odbornou kvalifikaci sestry. Sestra by měla mít takové vlastnosti, jako jsou spolehlivost, flexibilita, vzdělanost a dobré praktické dovednosti založené na teoretických znalostech. Vztah k pacientovi by měl být postaven na vzájemné důvěře a ochotě být nápomocna. Role sestry v ordinaci praktického lékaře je náročná na komunikační dovednosti, protože často slouží jako jediný zdroj informací pro některé pacienty v oblasti nejen léčebné, ale i preventivní.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této pasáži bakalářské práce se budeme zabývat výzkumnou částí, která vychází z teoretické části, která byla zaměřena na teoretické pojmy v oblasti prevence, legislativy, preventivních programů a na roli sestry v oblasti preventivní péče v ordinaci praktického lékaře, který zastává významnou úlohu v oblasti preventivní péče.

V praktické části se nejdříve zaměříme na charakteristiku výzkumu, metodu sběru dat, cíle výzkumu a výběr participantů. Dále si přiblížíme průběh a metodu analýzy získaných dat. Závěr práce je věnován publikaci výsledků, diskusi a navržením opatření pro praxi.

Preventivní péče v dnešní době nabírá na důležitosti, a proto i role sestry v oblasti prevence je jedinečná. Sestra má možnosti a schopnosti působit na jedince i populaci v oblasti rizikového životního stylu a v otázkách zdraví. Proto jsme si v naší bakalářské práci dali za cíl zjistit, jak sestry v ordinacích praktických lékařů vnímají význam preventivní péče a jaká je jejich role v preventivní péči v ordinacích praktických lékařů.

5.1 Charakteristika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Při kvalitativním rozhovoru si na začátku výzkumník zvolí téma, které bude následně zkoumat. Hendl (2016) uvádí, že výzkumník v kvalitativním výzkumu vyhledává a analyzuje všechny informace, které přispívají k zodpovězení všech výzkumných otázek. Olecká (2010) říká, že kvalitativní výzkum je utvářen v průběhu sběru dat. Výzkumník získává spoustu informací o poměrně malém počtu jedinců.

„O redukci dat nerozhoduje výzkumník, ale zkoumané osoby, které nám o předmětu našeho výzkumu sdělují informace“ (Olecká, 2010, s. 33).

5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu naší bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry vnímají preventivní péči v ordinacích praktických lékařů a role sester v oblasti preventivní péče v ordinacích praktických lékařů. Hlavní cíl je složen ze tří dílčích cílů. První dílčí cíl byl stanoven za účelem zjištění, jaké jsou charakteristiky preventivní péče v ordinacích praktických lékařů z pohledu sester. Druhý dílčí cíl byl zaměřen na zjištění, jaké jsou charakteristiky činností

sester v preventivní péči v ordinacích praktických lékařů. Třetí dílčí cíl byl zvolen za účelem zjištění, jaké jsou bariéry v poskytování preventivní péče z pohledu sester.

5.3 Charakteristika účastníků výzkumu

V praktické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující v ordinacích praktických lékařů, vzdělané dle platné legislativy České republiky. Participanti poskytli souhlas s uskutečněním rozhovorů a audiozáznamem. Z důvodu zachování anonymity neuvádíme jména. Participanty jsme označili písmenem P s číslem pro lepší přehlednost při analýze dat a prezentaci výsledků.

Participant 1 je diplomovaná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře 5 let. Věk 28 let. Sestra po ukončení studia na vyšší zdravotnické škole nastoupila do ordinace praktické lékařky. Sestra je zaměstnána pod řetězcem zdravotnických ordinací. Jsou zde dvě ordinace a dvě sestry. Jedna ordinace je zaměřena na preventivní a závodní péči a druhá je určena pro nemocné. Obě sestry se v ordinacích pravidelně střídají. Tuto práci jí nabídla kamarádka, která se stěhovala a měnila zaměstnání. Práce se jí líbí z důvodu rozmanitosti, má ráda komunikaci s lidmi a vyhovuje jí i pravidelná změna práce mezi dvěma ordinacemi. Sestra byla ochotná k rozhovoru, i když z něho měla zpočátku obavy. Rozhovor byl uskutečněn v ordinaci praktické lékařky, po pracovní době, s jedním přerušáním k vyřízení pracovního telefonu. Témata k rozhovoru byla sestře předána den předem na její žádost, z důvodu přípravy na rozhovor.

Participant 2 je všeobecná sestra. Věk 46 let, ve zdravotnictví pracuje 20 let, z toho 18 let pracuje v ordinaci praktické lékařky. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Tuto práci si zvolila s ohledem na dostupnost od místa bydliště. Práce se jí zalíbila, a proto zde zůstala a už by neměnila. Tato sestra se sama nabídla, zda by nemohla rozhovor udělat, což mě mile překvapilo, protože většinou byli participanti spíše rozpačití a báli se. Sestra chtěla otázky k rozhovoru dva dny předem, aby se mohla připravit. Rozhovor probíhal po pracovní době, v ordinaci praktické lékařky. Sestra se na rozhovor připravila v podobě krátké sepsané osnovy na papíře.

Participant 3 je všeobecná sestra, pracující u praktického lékaře 10 let. Věk 48 let, praxe ve zdravotnictví 30 let. Předtím pracovala v nemocnici v Praze na interním oddělení na třísměnný provoz. Poté se vrátila do rodného města. S ohledem na rodinu hledala práci na ranní

směnu. Proto když se jí naskytla nabídka do ordinace praktického lékaře, nabídku přijala, i když původně u praktického lékaře pracovat nechtěla. Práce ji baví, ale co jí někdy vadí, je arogance lidí, a jelikož bydlí a pracuje v jednom místě, tak jí často lidé navštěvují i doma mimo pracovní dobu a požadují po ní v jejím volném čase například aplikaci injekcí. Toto jí moc vadí a odmítnutí často s sebou nese i nepříjemné komentáře ze stran pacientů. Rozhovor byl příjemný, sestra byla milá a ochotná. Rozhovor probíhal u sestry v ordinaci, po pracovní době, po odchodu lékařky domů. Témata k rozhovoru obdržela sestra den předem, aby se na rozhovor mohla připravit.

Participant 4 je všeobecná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře 19 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté nastoupila na chirurgii k lůžku, poté do ambulance. Z časových důvodů hledala místo blíže k domovu a naskytla se jí ordinace praktické lékařky. Uvádí, že práce ji baví, ale zdá se jí hodně náročná na velké množství pacientů, co projde denně ordinací, a na komunikaci s velkým počtem lidí. Pracuje v ordinaci, ale často vyjíždí i do terénu, spolupracuje ještě s terénní sestrou. Tato práce jí vyhovuje i z toho důvodu, že si práci organizuje v terénu sama, spolupracuje s lékařkou, a v terénu může využít i své zkušenosti z chirurgického oboru. Rozhovor byl uskutečněn u sestry doma, což sama navrhla. Okruhy k tématu jsem sestře doručila den předem, aby se mohla na rozhovor připravit. Rozhovor byl příjemný, ale často přerušovaný jejím dítětem, které se jí neustále na něco ptalo a rozptylovalo její pozornost.

Participant 5 je všeobecná sestra, která pracuje u praktického lékaře dva roky. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Je jí 45 let. Předtím pracovala na stomatologii, ale po letech jí práce už nenaplňovala a chtěla změnu. Vedle ordinace, kde pracovala, přišla nová praktická lékařka a hledala sestru. Tuto nabídku přijala, i když původně přemýšlela o odborné ambulanci. Práce se jí líbí. Otázky k rozhovoru jsem sestře doručila den předem na žádost sestry. Rozhovor probíhal po ordinační době u sestry v ordinaci, v klidné atmosféře, nikdo nás nerušil. Moc se jí líbí edukace pacientů v terénu v rámci zdravotní osvěty, které se aktivně účastní. Sestra jako jediná měla připomínky k otázkám, zdálo se jí, že se ptám pořád na to samé, často otázky komentovala. Asi jako jediná se nad rozhovorem zamyslela, připravila se opravdu svědomitě, odpovědi měla promyšlené, zajímala se o moji bakalářskou práci.

Participant 6 je všeobecná diplomovaná sestra, pracující v ordinaci praktického lékaře tři roky. Věk 25 let. Předtím pracovala na kardiologii. Tato práce se jí moc líbila, ale zdála se jí hodně náročná. Toto místo sehnala náhodou, a je ráda, že ho přijala. Momentálně je těhotná, ale je ráda, že po mateřské se bude vracet na jednu směnu. Rozhovor probíhal u sestry

doma, ale kvůli zdravotním problémům sestry byl termín dvakrát změněn. Sestře jsem doručila otázky týden dopředu. Na rozhovor se připravila. Před zahájením rozhovoru se zeptala na několik drobností, kdy si nebyla jistá, na co se konkrétně otázka zaměřuje. Rozhovor probíhal v klidné atmosféře, nikdo nás nerušil.

Participant 7 je všeobecná sestra, věk 40 let, vystudovala střední školu, poté nastoupila na interní oddělení do nemocnice, kde pracovala na směnný provoz. Poté dostala lepší nabídku od praktického lékaře a s ohledem na to, že nechtěla už nadále směnný provoz, nabídku přijala. Práce ji baví, i když se jí zdá hodně náročná na komunikaci s lidmi. Občas uvažuje, že by se vrátila zpátky do nemocnice. Otázky k rozhovoru byly sestře doručeny den předem, aby se mohla na rozhovor připravit. Rozhovor probíhal v ordinaci po pracovní době, nikdo nás nerušil, atmosféra byla klidná a příjemná.

Tabulka 1 Délka praxe v ordinaci

<i>Participant</i>	<i>Délka praxe v ordinaci praktického lékaře</i>
<i>P1</i>	5 let
<i>P2</i>	18 let
<i>P3</i>	10 let
<i>P4</i>	19 let
<i>P5</i>	2 roky
<i>P6</i>	3 roky
<i>P7</i>	2 roky

5.4 Metoda sběru dat

V praktické části byla zvolena k získávání dat metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Kutnohorská (2009) uvádí, že u polostrukturovaného interview máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které chceme probrat. Máme tak určitý stupeň jistoty, že všechna témata budou skutečně probrána (Kutnohorská, 2009).

Řiháček (2013) říká, že polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejčastější používané metody sběru, kdy tato technika sběru dat představuje flexibilní metodu, kdy výzkumník dává participantovi prostor mluvit o tématu a zároveň ho usměrňovat v případě, že se odchýlí od

tématu. Zároveň se mohou při rozhovoru objevit nová témata, která pak výzkumník může rozvíjet (Řiháček, 2013).

Tento typ sběru dat vyžaduje dle Kutnohorské (2009) náročnější technickou přípravu. Výzkumník si zpravidla vytváří schéma, které pak specifikuje určité okruhy otázek, na které se ptá. Dobré je zpětné ověření odpovědí, kdy výzkumník může klást různé doplňující otázky. Při rozhovoru je nutné navození pocitu důvěry, hovořit jasně a stručně. Délka rozhovoru by se měla řídit participantem, za maximální hranici délky rozhovoru se považuje jedna hodina. Rozhovor by měl být vždy ukončen důstojnou formou (Kutnohorská, 2009).

Za pomoci vedoucí bakalářské práce byly sestaveny otázky vztahující se k jednotlivým dílčím cílům.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl: Zjistit, jaké je vnímání preventivní péče z pohledu sester a jaká je role sester v preventivní péči v ordinaci praktických lékařů.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké jsou charakteristiky preventivní péče v ordinaci praktického lékaře z pohledu sester.

1. Řekněte mi něco o sobě.
2. Když se řekne prevence, co to pro vás znamená?
3. Která jsou z vašeho pohledu nejvýznamnější témata v prevenci dnes?

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké jsou charakteristiky činností sester v preventivní péči v ordinaci praktického lékaře z pohledu sester.

1. Jaká je vaše role v oblasti preventivní prohlídky, a jsou nějaká specifika v oblasti prevence u nějakých skupin v oblasti prevence?
2. Jaká je vaše role v oblasti očkování?
3. Jaká je vaše role v oblasti poradenství a osvěty v oblasti preventivní péče?

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaké jsou bariéry v poskytování preventivní péče.

1. Jaké jsou z vašeho pohledu sestry největší bariéry v poskytování preventivní péče v samotné ordinaci praktického lékaře?
2. Jak vy hodnotíte poskytování preventivní péče v rovině zdravotnického systému v naší republice?
3. Jak se vzděláváte v oblasti preventivní péče?

5.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od února do dubna 2020. Výzkumný vzorek a kritéria jsou popsána v kapitole 5.3. Data byla získávána individuálním způsobem. Každý rozhovor byl přepsán a zpracován metodou otevřeného kódování. Tyto rozhovory byly uskutečňovány v ordinacích praktických lékařů po pracovní době, nebo u participantů doma, podle toho, jak se jim to

zdálo pohodlnější. Participanty jsme předem oslovili buď telefonicky, nebo osobně v ordinacích. Před zahájením rozhovoru jsme sestry seznámili s tématem bakalářské práce, bylo jim vysvětleno, že rozhovory budou zaznamenávány na audiozařízení a budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Otázky byly otevřené a participanti mohli odpovídat dle svého uvážení. Rozhovory trvaly přibližně 20 minut. Participanti byli poučeni o právu odmítnout účast ve výzkumu a o zajištění maximální ochrany údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití. Z rozhovorů měli často participanti obavy, často nevěděli, co odpovídat a chtěli, aby jim byla blíže přiblížena témata rozhovoru. K rozhovorům přistupovali různě, otázky požadovali dopředu, ale přesto se zdálo, že pouze dva participanti se na rozhovor připravili důkladněji.

5.6 Metoda analýzy dat

Získaná data jsme zpracovali přepsáním audionahrávek do písemné formy. K interpretaci dat byla použita metoda otevřeného kódování.

Při tomto druhu zpracování dat si výzkumník všímá kritických míst a odhaluje určitá témata v datech. Tato data mají vztah k výzkumným otázkám. Výzkumník pak přiděluje důležitým sdělením v textu kódy pro lepší zpracování dat.

Hendl uvádí: „*kódování nám pomáhá data popsat. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódování je ústředním bodem analýzy*“ (Hendl, 2016, s. 232).

Během zpracování dat jsme opakovaně četli a rozebírali jednotlivá témata na samostatné články. Poté jsme přiřazovali kódy klíčovým slovům. Tyto kódy jsme pak shrnuli do kategorií, které jsme podrobněji rozpracovali. Porovnáváním jsme pak zjišťovali korelace v odpovědích respondentů. Bylo provedeno sedm rozhovorů. Každý rozhovor byl přepsán a analyzován zvláště, technikou otevřeného kódování. Rozhovory jsme přepsali na papír s volnými okraji. Tyto volné okraje sloužily k popisování hlavních myšlenek pomocí kódů. Kódy nám pak pomohly k lepšímu hledání odpovědí na dílčí cíle a tím k zodpovězení cíle hlavního. K dílčím cílům patřilo: charakteristika preventivní péče z pohledu sester, specifika práce sester v oblasti prevence a jaké jsou bariéry v poskytování preventivní péče z pohledu sester. Hlavním cílem bylo zjistit, jak sestry v ordinacích praktických lékařů vnímají význam preventivní péče a role sester v oblasti preventivní péče v ordinacích praktických lékařů.

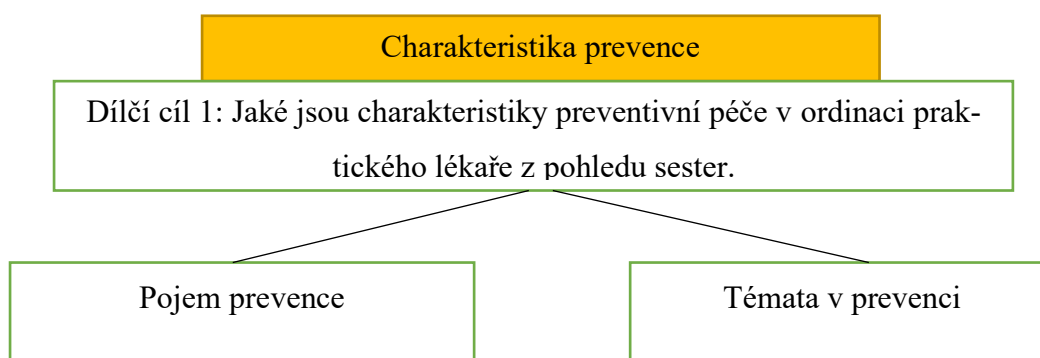
Participanty byly sestry pracující v ordinacích praktických lékařů, vzdělané dle platné legislativy a které daly písemný souhlas k provedení výzkumu. Participanty jsme předem oslovili buď telefonicky, nebo osobně v ordinacích praktických lékařů. Před zahájením rozhovoru jsme sestry seznámili s tématem bakalářské práce. Bylo jim vysvětleno, že rozhovory budou zaznamenávány na audiozařízení a budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Participanty byli poučeni o právu odmítnout účast ve výzkumu bez udání důvodu a o zajištění maximální ochrany údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití. V rámci GDPR byly rozhovory anonymní a participanty byli označeni písmenem P s číslem pro přehlednější zpracování výsledků

6 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola se bude zabývat analýzou získaných dat v otázkách hlavního cíle a dílčích cílů. Ke každému dílčímu cíli jsme vytvořili otázky, na které participanti odpovídali v rozhovorech. Tyto odpovědi nám pak umožnily analyzovat a následně interpretovat získaná data.

6.1 Charakteristika prevence dle názoru sester

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázky vedoucí k zodpovězení prvního dílčího cíle, a to konkrétně: *Co pro vás znamená slovo prevence a jaká jsou nejvýznamnější témata v prevenci?*



Obrázek 1 Charakteristika prevence

Pojem prevence je definován následovně: „*Prevence ve zdravotnictví je soubor činností, které vedou k podpoře zdraví, předcházení vzniku nemoci, včasnému záchytu vznikající poruchy nebo onemocnění, k zabránění prohlubování nemoci, a především k prodloužení aktivní délky života*“ (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 27).

Dle výpovědi participantů by však prevenci definovali zúženěji. Participanti se soustředovali především na prevenci jako předcházení nemocem, dále na osvětu v oblasti preventivní péče. V prevenci vidí snahu o udržení zdraví a v záchytu nemoci předtím, než vznikne či se plně rozvine. Menší část participantů vidí prevenci v onkologickém screeningu, přestože prevenci onkologických onemocnění uvádějí jako specifika práce sester v oblasti prevence. Participant 3, přestože pracuje u praktického lékaře již 10 let, zmiňuje pouze prevenci primární, sekundární a terciární prevenci úplně opomíjí. P3 říká: „*prevence je zaměřena na předcházení nemocem a včasný záchyt nemocí. Prevence se zaměřuje na pacienty, abychom jim vlastně dávali osvětu.*“ I u sester pracujících v ordinacích praktických lékařů delší dobu, je překvapující, jak nepřesně definovali pojem prevence. P2 (praxe u praktického lékaře

18 let), uvádí: „v dnešní době je prevence takovou moderní záležitostí, protože je nemocem lépe předcházet, než je potom řešit, základem prevence je teda, musíme na to ty pacienty upozorňovat, špatný životní styl jim ve zdraví nic dobrého nepřinese.“ Participant 4, s délkou praxe 19 let v ordinaci praktického lékaře, definuje prevenci takto: „prevence je nesmírně důležitý pojem, stoupá důležitost primární péče, vlastně my jsme první, za kým pacient přijde, s kým mluví o svých potížích. Prevence znamená vlastně předcházení léčby, která je nejen nákladná, ale i zatěžující pro toho pacienta.“

Na rozdíl od těchto sester, u kterých bychom očekávali širší vysvětlení pojmu prevence, pracovní mladší sestry se vyjadřovaly k prevenci šířeji. Prevenci definují nejen jako primární předcházení nemocem, ale i jako sekundární prevenci ve snaze redukce prvních příznaků onemocnění. Participant č. 1 definuje zaměření prevence, kdy P1 říká: „v prevenci se zaměřujeme na prevenci primární, závodní, sekundární. V sekundární prevenci se zaměřujeme na lidi s vysokým cholesterolem, hypertenzí, vysokýma jaterníma testama, řešíme obezitu, pacienty s diabetem.“ Participant č. 6 dodává, že preventivní péče je osvěta. K pojmu prevence uvádí P6: „prevence znamená osvětu, neustálé opakování u primární, ale i u sekundární, kdy naměříme vysoký tlak, zjistíme obezitu, hyperlipidémii, tak pak je důležitá osvěta, tyto lidé potřebují neustálé opakování, že brát jenom léky bez režimových opatření, je úplně zbytečné, že i oni se musí zapojit do péče o své zdraví.“ Participant 6 zmiňuje i ekonomický dopad nemoci, kdy říká: „člověk je pak dlouho na neschopence, může jít i do invalidního důchodu, takže určitě ekonomická známka nemoci.“ Dále zařazuje pod pojem prevence prevenci onkologických onemocnění, kdy P6 říká, že: „prevence onkologických onemocnění, kdy primární prevence v rámci onkologických programů je v rukou praktického lékaře, sekundární, obsahující pravidelné kontroly, již patří do rukou specialistů.“ Participant č. 5 doplňuje prevenci o pojem terciární prevence, kdy P5 dodává: „no a pak je to ještě prevence terciární, to jsou pacienti například po infarktech, kde vidíme dopad, hlavně pracovní neschopnost pro pacienta, a náročnost finanční pro stát.“ Pro participanta č. 7 je prevence převážně o osvětě, kdy P7 říká: „důležitá je osvěta u primární prevence, protože hlavním cílem je, aby se pacient z primární prevence nedostal do terciární.“

Dále nás zajímalo, jaká témata považují participanti za nejaktuálnější a nejvýznamnější právě v působení na populaci v oblasti preventivní péče.

Mezi aktuální témata prevence řadí sestry shodně rizikové faktory životního stylu, které pak přispívají ke vzniku kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. Nejvýznamnější rizikový faktor uvádí obezitu a s ní spojenou zhoršenou aktivitu. P6 říká: „lidé se nehýbou,

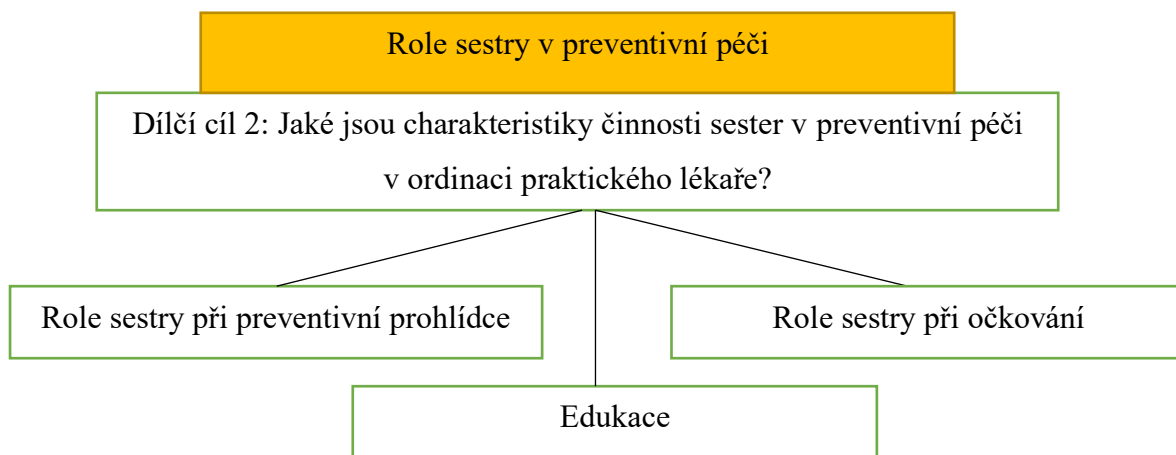
všude jezdí autem, s tím je pak spojená obezita, porucha lipidového metabolismu, zvýšený tlak a pak ty závažnější následky.“ Participant 2 zmiňuje špatný životní styl v návaznosti na práci ve třísměnném provozu, kdy P2 říká: „*všímám si, že lidé pracující na tři směny, mají velký problém se správnou životosprávou, není to jednoduché udržet si zdravý styl života, často špatně a nepravidelně jedí a do toho hodně kouří, často se u nich objevují dyspeptické problémy, no někdy i ten alkohol udělá svoje.*“ Participant 7 uvádí dopad špatných stravovacích návyků u dospělých na jejich děti, kdy P7 říká: „*nejhorší je obezita u dětí, tak jak špatně jedí rodiče, tak to předávají svým dětem, takže je vlastně vychovávají k obezitě, co si tedy chudáci do dospělosti odnáší, pak se diví, že jejich děti jsou nemocné, bolí je všechny klouby.*“ Další rizikový faktor v oblasti životního stylu vidí sestry v alkoholu. Shodně vypovídají, že výskyt závislosti na alkoholu je častý problém pacientů u nich v ordinacích. Participant 3 dodává, že: „*to bývá tak trochu složitější problém, protože ne všichni to jako problém vidí, ono se to často bere jako součást života, hlavně u žen, tam vzniká závislost poměrně rychle, má to pak dopad na jejich rodinu a na zdraví té ženy.*“ Participant 2 spojuje nadužívání alkoholu s regionem. P2 říká: „*žijeme v kraji, kde se alkohol bere docela běžně, takže je někdy těžké jim vysvětlit a edukovat je o následcích užívání alkoholu, to je opravdu někdy hodně těžké.*“ Další téma v prevenci vidí participanti ve vakcinaci proti infekčním nemocem. Shodně udávají povinné očkování proti tetanu, očkování ze zákona v rámci preventivní prohlídky. Dále zmiňují očkování proti chřipce. V současné době se setkávají s odmítavým a někdy váhavým postojem k tomuto očkování. Participant 1 říká: „*za ty roky, co jsem v ambulanci, jsem se setkala, nevím, z jakého důvodu, snad i média, internet, ústup proočkování proti chřipce u mladých lidí, kdy jim pořád dokola musíme vysvětlit, že to má své důvody.*“ Participant 7 mluví o problému s očkováním na chřipku, kdy říká: „*lékař zvláště těm starším a rizikovým pacientům prostě razantně řekne, že se nechají naočkovat a oni pak většinou nemají čas s lékařem diskutovat, dříve říkali, že neví a že by pak přišli a většinou už nedorazili, je taková doba, média a sousedi a oni pak si z toho dělají ty svoje závěry, hrůza.*“ P7 uvádí, že u nich v ordinaci stoupla proočkování na chřipku z toho důvodu, že praktičtí lékaři začali dispenzarizovat hypertoniky a diabetiky a tito pacienti alespoň jednou za tu podzimní sezónu přijdou do ordinace a jsou edukováni ohledně chřipky. K zájmu o očkování se vyjadřuje i P3, který říká: „*mnozí odmítají očkování, snad novodobý trend nebo na základě falešných informací.*“ Participant 4 zmiňuje moderní maminky, které na základě vědecky nepodložených informací nenechávají očkovat své děti. Asi největší zájem uvádí participanti o očkování proti klíšťové encefalitidě. Sestry vidí větší zájem v lepší

osvětě, kdy P5 říká: „větší zájem mají mladší lidé, je to pro ně takový strašák, vidíte ty reklamy v televizi, letáky v podobě reklamy na očkovací látku, letáky od pojišťoven, lidé se bojí a nechávají se z důvodu prevence pak očkovat.“ Překvapilo nás, že všechny sestry vidí v tématu prevence hlavně rizikové faktory životního stylu. Tři participanti ze sedmi, uvádějí jako téma prevence onkologickou prevenci, přestože všechny v ordinaci provádějí v rámci preventivní péče edukaci v oblasti onkologických programů. Participant 6 zmiňuje onkologickou prevenci, kdy P6 říká: „mezi témata prevence patří onkologická prevence, kam patří FOB testy, gynekologická prevence, mamografie, u mužů prevence karcinomu prostaty.“ Participant 7 blíže specifikuje gynekologickou prevenci, kdy dodává: „onkologická prevence u gynekologa, která je zaměřena na mamograf a prevenci karcinomu cervixu, u mužů urologická prevence.“ Participant 1 se vyjadřuje k onkologické prevenci jako součásti prevence, i když udává spíše negativní postoj některých žen k mamografickému vyšetření, říká: „bohužel se často setkávám se ženami, které odmítají mamografické vyšetření, se slovy, nikam nejdu, ještě mi tam něco najdou, což je pro mě nepochopitelný postoj ke svému zdraví.“ Dva participanti rozšiřují témata v prevenci o prevenci zubního kazu, kdy P5 říká: „tématem prevence je i prevence zubního kazu. Tato preventivní osvěta je vedena většinou asi směrem k dětem.“ Tuto výpověď ještě rozšiřuje P6, kdy říká: „u zubařů dentální hygiena a prevence zubního kazu.“

Shrnutí: Participanti shodně definovali prevenci jako předcházení nemocem, kdy dva participanti udávají ekonomický dopad nemoci. Všichni participanti vidí prevenci jako osvětu v oblasti zdravého životního stylu. Participanti s kratší dobou praxe v ordinaci praktického lékaře rozšířili pojem prevence ještě o závodní preventivní péči a sekundární. Sekundární prevenci pak definují jako péči o pacienty s hypertenzí, DM a hyperlipidemií. Pouze jeden participant zmiňuje pojem terciární prevence, konkrétně jako péči o pacienty po IM. I u těchto druhů prevence vidí základ péče v edukaci pacientů v oblasti režimových opatření vedoucích ke zlepšení následků nemoci. V tématech prevence shodně participanti udávali téma rizikových faktorů životního stylu. Do těchto faktorů pak shodně řadili obezitu, alkohol, kouření, nezdravé stravování. Dalším aktuálním tématem prevence je dle participantů očkování proti infekčním chorobám, a to konkrétně vakcinace proti chřipce a klíšťové encefalitidě. Pouze tři participanti zmiňují téma onkologické prevence, a to především prevenci kolorektálního karcinomu a gynekologickou prevenci. Dva participanti zmiňují téma dentální hygieny a prevence zubního kazu u dětí.

6.2 Role sestry v preventivní péči

Tato kategorie byla vypracována na základě odpovědí na otázky vedoucí k zodpovězení druhého dílčího cíle a to konkrétně: *Jaká je vaše role při preventivní prohlídce? Jaká je vaše role v oblasti očkování?*



Obrázek 2 Role sestry v preventivní péči

6.2.1 Definování role sestry v preventivní péči v ordinaci praktického lékaře

Hlavní činnost v prevenci participanti shodně spatřují v edukaci v oblasti preventivní prohlídky a v činnostech spojených s preventivní prohlídkou. Zúčastnění participanti se vyjadřovali k samotné preventivní péči a jejímu významu. Participant 7 říká: „v podstatě já s nimi komunikuji ještě dlouho, než se dostanou k lékaři, hlídám a zvu na preventivní prohlídky pomocí SMS, telefonátů nebo pozvánek od dealerů.“ S tímto názorem se ztotožňuje participant 4, který říká, že komunikace a edukace je hlavní rolí v oblasti prevence, kdy P4 dodává: „důležité je vysvětlení, proč chodit na preventivní prohlídky, spousta lidí nemá zájem, nejsou nemocní, nemají čas, takže naše ordinace zve pacienty na preventivní péči. Tak půlka pozvaných zavolá a domluví si termín.“ Participant 1 se vyjadřuje ke zvaní na preventivní prohlídky kladně, kdy P1 říká: „jelikož je naše ordinace zaměřena na primární a závodní prevenci, tak já zvu na prohlídky, mám s tím dobrou zkušenost. Většina přijde nebo zavolá a přehodí termín.“ P7 dodává: „tím, že je zvu, tak je vlastně upozorňuji, že se musí starat o své zdraví, i když nejsou nemocní.“ Participant 2 spojuje závodní péči s preventivní, kdy říká: „máme registrované zaměstnance našeho velkého podniku, kterým děláme závodňáky, je to pro ně jednodušší, takže bez prohlídky praktikem a výpisu závodní prohlídka nejde, takže je to navazující, zvu je a oni rádi přijdou.“ Podobně se vyjadřuje i participant 5,

který říká: „*děláme závodáky pro velkou firmu, prohlídka bez potvrzení jejich registrujícího lékaře nejde, takže je to donutí k tomu svému praktikovi jít. Spíš je to prevence z donucení, bych já řekla.*“ Participant 3 má opačný názor, kdy říká: „*na preventivní prohlídky nezvu, my jim nabízíme hodnotný preventivní program, je na nich, aby toho využili a zapojili se, třeba takovou maličkostí jako je hlídat si termín prevence.*“

Činnosti spojené s preventivní prohlídkou dělí participanti dle typu prevence a věku pacienta. V primární péči se zaměřují především na vakcinaci, dle věku pacienta na EKG a na onkologickou prevenci, kam řadí FOB testy, mamograf a prevenci karcinomu prostaty u mužů. Tyto činnosti shodně spojují s edukací pacienta. Participant 1 blíže specifikuje činnosti spojené s primární prevencí, kdy P1 říká: „*vím, že se v rámci primární prevence natáčí EKG, my máme vedle ordinaci internistky, takže ta nám EKG natáčí, já měřím váhu, výšku, tlak a pulz, provádím odběry krve.*“ P5 dodává: „*v rámci prevence natáčím EKG u pacientů nad 40 let co 4 roky, říkám pacientům, aby byli před odběrami na lačno, jak odebrat ráno vzorek moče, aby byla z rána a ne z večera, jak často vídávám.*“ Participant 2 se zaměřuje převážně na edukaci, kdy P2 říká: „*při preventivní prohlídce se především zaměřuji na edukaci, ať už edukace před odběrami krve, před testem na krvácení do stolice, u žen edukuji o tom, ať chodí na mamograf.*“ Participant 5 klade důraz na onkologickou prevenci, kdy P5 říká: „*jsem onkologická pacientka, takže nevím, jestli podvědomě kladu důraz u preventivní prohlídky na onkologickou prevenci, u žen se cíleně ptám na mamograf, gynekologa. Kladu důraz na FOB testy a hlídám si, zda ho opravdu provedli. Bohužel se často setkávám s tím, zvláště u starších, že tato vyšetření již odmítají. Pak záleží na nás, jak jim to vysvětlíme nebo jestli to jenom ticho přejdeme.*“ Tuto výpověď potvrzuje i P4, kdy říká: „*v rámci prevence zjišťuji dotazem mamograf, zda chodí a dávám jim FOB testy, které si sama vyhodnocuji v ordinaci. Setkávám se, zvláště u starších, s odmítavým postojem.*“ S důrazem na onkologickou prevenci souhlasí i P6, kdy dodává: „*prevence nádorů tlustého střeva, FOB testy, není nic jednoduššího, přesto někteří, spíš starší odmítají, u žen mamograf, gynekolog, v současné době je kladen důraz na prevenci karcinomu prostaty, takže se ptáme na problémy s močením.*“ P7 říká o její účasti v onkologické prevenci: „*já hlídám testy na krvácení do stolice, na to dávám důraz, od 50 let co rok, od 55 co 2 roky, lékař se dotazuje na gynekologické preventivní vyšetření a pochopitelně v dnešní době u mužů prostata.*“ Participant 3 rozšiřuje téma prevence karcinomu prsu ještě o edukaci v oblasti samovyšetření prsu, kdy P3 dodává: „*v rámci screeningu prevence rakoviny prsu,*

upozorňuji je, ať si dělají samovyšetření prsu, zvláště u pozitivní rodinné anamnézy, dám jim letáček, návod i na internetu. Dále problém prostaty, buď odběr PSA, nebo cestou urologa.“

Významnou činností v rámci prevence participanti shodně zmiňují kontrolu vakcinace proti tetanu. Povinností sester v rámci této vakcinace je kontrola očkovacích látek, a to konkrétně jejich expirace a uložení. O této kontrole pak provádí záznamy, které uchovává. O tom dokládají i výpovědi participantů, kdy shodně tuto skutečnost potvrzují. P1 říká: *„proočkovanosť na tetanus v rámci prevence hlídám, chodí na to kontroly. Případně, když vidím, že tetanus propadl, zvu je na očkování.“* Výpověď tohoto participanta rozšiřuje ještě P5, který doplňuje: *„v rámci prevence kontroluji očkování na tetanus, jediné povinné očkování ze zákona. Do 60 let očkujeme po 15 letech, po 60 letech co 10 let. Hlídám to, popřípadě zvu na přeočkování.“* Participant 6 zmiňuje edukaci v případě úrazu, kdy dodává: *„v případě tetanu edukuji pacienty o nutnosti přeočkování, pokud je očkování starší než 5 let. Proto jim i doporučuji, aby si zaznamenali, kdy byli očkováni. Já jim to lepím na kartičku pojišťovny.“* Jediný participant 5 zmiňuje péči o pacienta po očkování, kdy P5 říká: *„důležitou součástí vakcinace je i poučení pacienta, aby minimálně 30 minut zůstal sedět v čekárně v případě možného výskytu alergické reakce. Chodím je i kontrolovat, často se stane, že třeba po 5 minutách odejdou, co k tomu dodat.“* Participant 4 ještě dodává: *„v případě každého očkování, i na tetanus, jim říkám, ať jsou bez známek nějakého infekčního onemocnění, například chřipky nebo rýmy.“*

6.2.2 Nosné oblasti preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře

Při rozhovorech se participanti soustředovali v rámci preventivní prohlídky na prevenci specifických skupin, jako jsou hypertonici a diabetici. Svoji pozornost zaměřují u hypertoniků především na edukaci o nutnosti dodržovat pravidelné kontroly v ordinaci praktického lékaře a na edukaci v oblasti správné techniky při domácím měření krevního tlaku a na edukaci v rámci životního stylu. Toto tvrzení dokládají výpovědi participantů, kdy P7 říká: *„vysvětluju jim, jak si měřit tlak v domácím prostředí, jaký vhodný přístroj si zakoupit, že si musí sednout, vybrat jeden čas, edukace tedy jak a kdy si tlak měřit, že musí tlaky zaznamenávat a přinést sebou na kontrolu, můžou si tonometr přinést ke mně a můžeme společně provést měření tlaku.“* K dispenzarizaci hypertoniků se vyjadřuje i participant 3, kdy říká: *„hypertoniky si hlídám já, jedenkrát za rok EKG, kontrola u lékaře. Jinak chodí pouze ke mně, zkontroluji jejich zaznamenané hodnoty, zeptám se, jak se mají, jak se cítí, a vytisknu recept na léky, co užívá.“* Participant 2 dodává: *„v sekundární prevenci hypertoniky edukuji*

o správném měření tlaku, o pravidelných kontrolách u nás v ordinaci a pochopitelně o změně životního stylu a změnách v jídelníčku. Formou vysvětlení lékařkou a pak tedy spíše to necháváme na letákách, které máme buď z pojišťovny, nebo z farmaceutických firem.“ Participanti dále uvádějí u hypertoniků edukaci v rámci režimových opatření. Tato režimová opatření jsou pacientovi poskytována formou ústního podání či formou letáků. To dokládá tvrzení participanta 1, kdy říká: *„důležité je si na ně udělat čas, všechno jim vysvětlit, až pak jim dát letáky k prostudování.*“ Participanta 4, který říká: *„u rizikových skupin je důležitá změna životního stylu, především jídelníčku, kdy doporučuji nesolit, omezit kofein a alkohol.*“ K režimovým opatřením u hypertoniků se vyjadřuje i participant 2, kdy P2 dodává: *„základem léčby hypertoniků je úprava stravovacích návyků, snížení příjmu alkoholu, nekouřit, pohybová aktivita, no a pozor na obezitu.*“ Participant 5 ještě dodává eliminaci rizikového faktoru, kterým je stres, kdy P5 říká: *„u hypertoniků je dobré pokusit se odstranit stresový faktor, který je zatěžující pro kardiovaskulární systém.*“ Participant 6 dává důraz na osvětlu v oblasti zdravého životního stylu, kdy P6 říká: *„léčba hypertenze není pouze o braní léků, je podle mě hlavně o zdravotní osvětě, většinou se s hypertenzí setkáváme u obézních pacientů, u pacientů se špatným životním stylem, opakovat, vysvětlovat, letáky lidé zahodí, ale bohužel se to tak děje.*“

Další specifickou skupinou je dle participantů skupina diabetiků. Pacienty s diabetem II. typu je možno dispenzarizovat v ordinacích praktických lékařů. Participanti kladli důraz na edukaci v oblasti stravování, edukaci v oblasti péče o nohy, prevence poranění a pravidelných dispenzarizačních prohlídek. Participant 7 blíže specifikuje: *„edukuji je o prevenci poranění, že pokud se poraní, je vždycky lepší, když přijdou na ošetření k nám, dále o hygieně nohou a o vhodné obuvi. Stravu s nimi probírá pan doktor, já jim dám leták k pročení, no někdy u těch starších je to náročnější, snažím se jim to vysvětlit, ale bohužel mě tlačí čas, je lepší a rychlejší, když mají doprovod.*“ K edukaci diabetiků dodává participant 3: *„diabetici, tam hlavně jídelníček, to ale přes paní doktorku, já dávám letáky k doplnění informací. Dále co oni hodně zanedbávají, je kontrola dolních končetin, kdy je pokaždé na to upozorňujeme, že každé poranění na dolních končetinách je rizikové, kolikrát se jenom odřou a pak to končí diabetickou gangrénou.*“ Participant 2 blíže specifikuje péči o diabetika u nich v ordinaci, kdy P2 říká: *„diabetici, ve fázi, kdy jsou na dietě, tak to je pro sestru jasné, vysvětlím dietní opatření, možnosti úpravy jídelníčku řeším spíše cestou letáků od farmaceutických firem, dále jim říkám, aby pravidelně chodili na kontroly, u těch starších podrobněji obsah letáků vysvětlím, edukuji o užívání antidiabetik, že se musí užívat před*

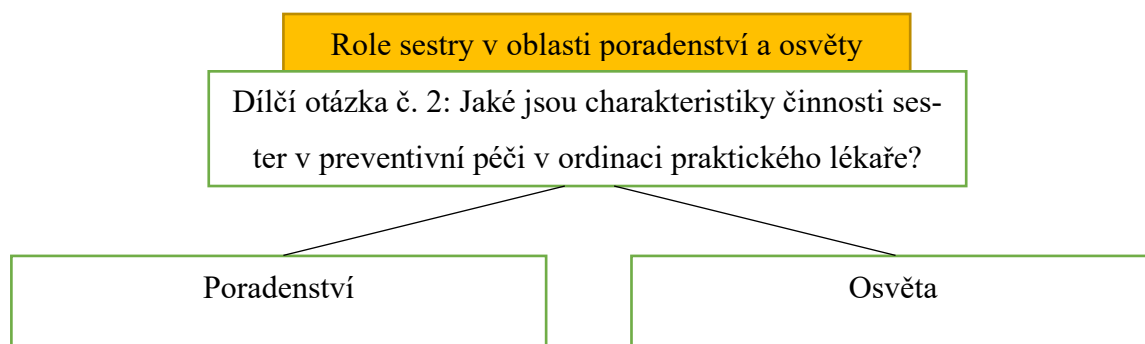
jídlem. “ K tomu se přiklání i P4, kdy dodává: „edukuji je o nutnosti změny v jídelníčku, řeším to pomocí letáků, přiznám se, že dopodrobna dietu neznám, u starších jim to vysvětlím dle letáku já, popřípadě se musí zapojit rodina, bohužel nemám tolik času a stejně většinou se o ně někdo z rodiny stará. “ P5 dodává: „u diabetiků především kladu důraz na prevenci zranění, kladu důraz na včasné ošetření u lékaře, dále vakcinaci proti chřipce a dále pohyb a to stravování. Konkrétně neznám dietní opatření u diabetu, takže edukuje lékařka a dále forma letáků. Problém je u starších, tam většinou požadujeme přítomnost doprovodu, tam je ta edukace náročnější. “ Dalším zmiňovaným aspektem u dvou participantů je aspekt nedodržování režimových opatření nejen u hypertoniků, ale i diabetiků. P3 k péči o hypertoniky říká: *„často vidím, jak pacienti zanedbávají pravidelné měření tlaku, pak přijdou, tlak dvě stě, doma nemají tonometr, nestarají se o sebe, pak přijdou a vy se starejte. “* Dále se P3 vyjadřuje k diabetikům, kdy P3 říká: *„diabetici, no ten jejich jídelníček, věčný problém, zanedbávají kontroly dolních končetin, kolikrát se odřou, léčí to sami a pak akorát vidíme ty následky v podobě diabetické gangrény, podceňují to, takže pořád dokola edukace, edukace, edukace. “* S tímto tvrzením souhlasí P4, kdy dodává: *„často se setkáváme s nedodržením dietních opatření u diabetiků, myslí si, že když den předem drží dietu, tak to paní doktorka nepozná, jenže také máme dlouhý cukr, pak se přiznají. A to jim to opakovaně říkáme, zdůrazňujeme komplikace, marné. “* Všichni participanté se shodli na doporučení vakcinace proti sezónní chřipce u těchto specifických skupin. P1 říká: *„u sekundární prevence u diabetiků, hypertoniků a u lidí s CHOPN doporučuji očkování na sezónní chřipku. “* K tomu se připojuje svým tvrzením i P4, kdy říká: *„u specifických skupin doporučujeme očkování proti chřipce, které mají pacienti v rámci prevence zdarma. “* Někteří participanté mají zkušenost s odmítavým postojem k očkování, které je doporučováno u specifických skupin, kdy P6 říká: *„pacienti ho často odmítají, snad větší osvěta, nevím. “* Participant 4 dodává: *„u starších lidí se setkávám s odmítavým postojem k vakcinaci proti chřipce, vysvětlujeme jim, jak je to právě u nich důležité, oni někde něco slyší, neví, kde je pravda. “* P3 říká: *„vysvětlujeme seniorům, že je pro ně očkování výhodné, že předejdou spousta komplikacím spojených s chřipkou, přesto se často setkávám s odmítavým postojem. “*

Shrnutí: Hlavní činnosti spojené s preventivní prohlídkou participanté dělí na tři hlavní oblasti: komunikace s pacientem v oblasti adresného zvaní na preventivní prohlídku, dále vyšetření prováděné sestrou v rámci preventivní prohlídky a na edukaci v rámci prevence. Na tuto oblast kladli participanté zvlášť důraz, kdy každou činnost v rámci preventivní

prohlídky spojovali s edukací pacienta. Mezi specifické skupiny v preventivní péči řadí participanty hypertony a diabetiky. Je překvapivé, že participanti neuvádějí jako specifickou skupinu v preventivní péči seniory, kdy tato skupina vyžaduje zvláštní přístup ze strany sester. Seniory participanti zmiňují v oblasti edukace při preventivních prohlídkách, kdy kladou důraz na citlivý a ohleduplný přístup k seniorům, zvláště v režimových opatřeních, kdy upřednostňují slovní edukaci před edukací formou letáků. Dále participanti zmiňují závažnost vakcinace u specifických skupin, konkrétně očkování proti chřipce. U seniorů doplňují ještě o očkování proti pneumokokovým infekcím od 65 let věku.

6.3 Poradenství / Osvěta

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázku vedoucí k zodpovězení druhého dílčího cíle, a to konkrétně: *Jaká je vaše role v oblasti osvěty a poradenství v oblasti preventivní péče?*



Obrázek 3 Role sestry v oblasti poradenství a osvěty

Hospital News uvádí, že sestry hrají klíčovou roli při poskytování informací ve formě výuky zdraví. Sestry jsou vysoce vzdělané a měly by být schopné poskytovat odborné informace k prevenci nemocí. Sestra by měla být schopna pacientovi, který se na ní obrátí s problémem či za účelem získání informací, poradit sama, nebo by měla být schopna mu zprostředkovat odborný kontakt, například na poradny k odvykání kouření či výživové poradce. Sestra by měla neustále praktikovat strategii podpory zdraví (The role of the nurse in health promotion).

Participanti kladli v oblasti preventivní péče velký důraz na osvětu a poradenství. Dle výpovědí participantů je osvěta a poradenská činnost vedena v primární péči na osvětu v oblasti

zdravého životního stylu. Největším problémem dnešní doby je obezita a s ní spojené komplikace. P6 říká: „osvěta v oblasti prevence je zaměřeno na zdravý životní styl, takže konkrétně prevence obezity jako rizikového faktoru, takže zdravé stravování, pokud obezita již vznikla, tak doporučení možnosti navštívit výživového poradce, poradím, kde najdou kontakt, pokud je problém horší, je zde možnost kontakt a doporučení do obezitologické ambulance, kde si zčásti na léčbu přispívají.“ K problému obezity P2 dodává: „obezita je velký problém dnešní doby, často zkouší hubnout sami, ale přiberou ještě víc, takže hledají pomoc u nás. U obezity já kladu důraz na prevenci, větší osvěta, více přednášek dostupných lidem.“ Problém obezity vidí i participant 7, který říká: „s problémem obezity se setkávám v dnešní době často, už to vidíte, ta obtížná chůze, zhoršené dýchání a pochopitelně bolesti kloubů. Snažím se pak ptát na stravovací návyky, naznačím, že by bylo dobré s tím něco začít dělat, pochopitelně i lékař upozorní na problémy související s obezitou a možná řešení.“ S tím se ztotožňuje i participant 5, který říká: „je důležité to s nima probrat, hlavně jídelníček, pohybovou aktivitu, zdůraznit jim, že ten problém je a je třeba s ním něco dělat.“ Participant 2 dodává: „obezita není pouze o zhubnutí, ale i o trvalé úpravě životního stylu, takže my je posíláme k výživovým poradcům nebo do odborné ambulance, protože zdravý jídelníček si musí udržet, aby se nevrátili zpátky. Myslím si, že životosprávu nevyčtou z letáků.“ Participant 3 dodává: „oni často vidí, že mají problém, ale nevidí už do budoucna, ty následky toho problému. Obezita kopíruje dnešní dobu, všude jezdí autem, nesprávné složení stravy. Poradenství pak spočívá, že je většinou posíláme do obezitologické poradny, tam už je vedou a dohlíží na ně.“

Další rizikový faktor, se kterým se participanté často setkávají u pacientů v ordinaci praktického lékaře, je kouření. Participant 7 říká: „můžeme zjistit, jak přijde do ordinace, že z něho cítím kouř, poučím ho, že kouření z dlouhodobého hlediska není dobré pro jeho zdraví, popřípadě nabídnu pomoc.“ K tomu P4 dodává: „kuřáci jsou takoví charakterističtí, snažím se jim vysvětlit, že kouření je škodlivý zlovyk, že se podílí na vzniku ischemické choroby dolních končetin, tepenné uzávěry, takže se snažím motivovat pacienty, aby přestali kouřit.“ K motivaci v odstranění tohoto zlovyku P6 dodává: „provádím poradenství v oblasti odstranění kouření, často se mě ptají a chtějí radu, takže doporučuji, probírám s nima, zda už si něco zjišťovali nebo najdeme způsob společně, vysvětlím způsoby odvykání kouření, dám jim kontakt na ambulanci odvykání kouření.“ P3 říká: „často se mě pacienti ptají, jak se tohoto zlovyku zbavit, buď už si něco našli na internetu a chtějí to pouze probrat nebo vůbec neví a chtějí radu. Já je většinou směřuju na poradny pro odvykání kouření. Myslím si, že je

lepší vedení, málo kdo má tak pevnou vůli.“ Participant 2 spojuje problém kouření s prací ve třísměnném provozu, kdy P2 říká: *„třísměnný provoz je velký problém, vidím to na našich pacientech, asi tato práce není úplně jednoduchá na udržení si zdravého životního stylu. Často kouří, doporučuji jim, aby tento problém řešili, myslím si, že opravdu musí chtít, pak jim doporučuji poradny pro odvykání kouření a dávám jim telefonický kontakt, důležitá je motivace.“*

Další oblast v osvětě a poradenství spatřují participanti v odvykání nadužívání alkoholu. P3 říká: *„ne všichni, kteří s tím mají problém, v tom problém vidí, takže se snažím jim vysvětlit, že se s tím dá něco dělat, vysvětlím jim, že se to dá zvládat i ambulantně a snažím se jim vysvětlit úskalí nadměrného požívání, nasměrovat ho, podpořit ho a nabídnout možnosti.“* K tomu P1 dodává: *„málokdo si tento problém přizná, většinou až při prevenci, kdy zjistíme vyšší jaterní testy, pak se přiznají. Málokdo na odstranění toho problému stačí. My doporučujeme cestou psychiatra, jako klasická závislost.“* Participant 2 spojuje problém alkoholu s regionem, kdy P2 říká: *„žijeme v kraji, kde se alkohol bere běžně, takže jim někdy vysvětlit, že alkohol je spojený se zdravotními potížema, je hodně náročné. Pokud někdo požádá o pomoc, nabízíme jim pomoc přes psychiatrické ambulance, myslím si, že motivace ze strany rodiny, kamarádů, i nás, je hodně důležitá.“* P5 dodává: *„v případě alkoholismu tento problém řeší s lékařkou, většinou je posílá do psychiatrické ambulance, moje práce je spíše v osvětě, aby věděli, jaké problémy jsou s alkoholem spojené.“* P6 dodává: *„alkohol je velký problém. Důležitá je osvěta, aby tento problém vůbec nevznikl.“*

Další významnou oblast v poradenství vidí participanti i v benefitech od pojišťovny na preventivní péči. Participanti se shodují na příspěvcích podporujících zdravý životní styl. To dokládá výpověď participanta 5, kdy P5 říká: *„poradenství zahrnuje nejen podněcování k preventivním prohlídkám, ale i poradenství v oblasti benefitů od pojišťovny, samozřejmě úplně všechny neznám, ale radím pacientům, kde nabídku najdou a co přibližně obsahují.“* K této výpovědi se připojuje i participant 7, kdy říká: *„lidé často pozitivně hodnotí ty programy od pojišťoven, stačí na to pacienty upozornit, že se můžou zajímat o to, na co by jim pojišťovna mohla přispět, je to například očkování, pohybovou aktivitu, lidé tyto příspěvky kvitují s povděkem.“* Participant 3 pozitivně hodnotí benefity od pojišťovny na odvykání kouření a na ultrazvuky prsou u žen v rámci onkologické prevence, kdy P3 říká: *„pozitivně hodnotím příspěvky na ultrazvuk prsou u žen, kdy musíme brát v úvahu i ženy, které na to prostě nemají a nemůžou si dovolit za to dát peníze, takže by na to prostě nešly. Považuji to za úžasný krok v prevenci.“* P1 rozšiřuje benefity od pojišťovny, kdy dodává: *„pacientům*

doporučuji i příspěvky na dentální hygienu, což je drahé a myslím si, že tímto příspěvkem motivují pacienty, aby se starali o svoje zuby a tím předcházeli zubnímu kazu.“ Participant 2 pozitivně hodnotí příspěvky na nepovinné očkování, kdy P2 říká: *„v rámci bonusových programů od pojišťoven hodnotím kladně příspěvky na nepovinná očkování, především očkování proti klíšťové encefalitidě. Toto očkování je pro spoustu lidí drahé a raději by se očkovat nenechali, to je opravdu dobré.*“ K tomuto tvrzení se přidává i P6, kdy dodává: *„zvláště příspěvky na nepovinné očkování, spousta lidí by se nenechalo naočkovat, je to pro ně drahé, léčba by byla hodně nákladná a následky onemocnění pro pacienta hodně špatné.*“ Participant 4 zaznamenal časté dotazy v poradenství ohledně příspěvků na nepovinné očkování. To dokládá tvrzení participanta 4, kdy P4 říká: *„kolikrát se lidi hodně diví, když jim řeknu, že jim pojišťovna přispívá na očkování a jsou mile překvapeni.*“ K tomu se přiklání P7, kdy dodává: *„často se přijdou naočkovat na klíšťovku a strašně se diví, když jim řeknu, že mají nárok od své pojišťovny na příspěvek.*“

Dle výpovědí participantů se osvěta realizuje pomocí letáků umístěných v čekárnách a ordinacích praktických lékařů. Tyto edukační materiály získávají participant 1, který říká: *„letáky jsou dobrá věc, lidé tím vyplní čas v čekárně, a i si z toho něco odnesou. Pokud mají nějaké dotazy, tak to mohou probrat se mnou nebo s paní doktorkou, nejen v rámci preventivní prohlídky.*“ K tomu se připojuje i participant 4, který dodává: *„osvěta u nás formou letáků, pak se mohou zeptat mě nebo paní doktorky.*“ Participant 1 doplňuje výpověď k letákům, kdy říká: *„osvěta u nás probíhá ještě formou prezentací v televizi umístěné v čekárně, když nám tak 1x měsíčně firma dodává CD. Materiály jsou vybírány dle aktuální situace, například upozornění na sezónní aplikaci vakcín proti chřipce nebo spoty ohledně osteoporózy u žen po klimakteriu.*“ S kladným hodnocením osvěty dle letáků nesouhlasí participant 3, který říká: *„spousta lidí zavře dveře s letákem v ruce, to přece není osvěta.*“ K tomuto názoru se přiklání i participant 4, kdy říká: *„edukace nebo oblast poradenství je často nahrazována letáky, bohužel často se pak doptávají, nerozumí tomu, zvláště ty starší.*“

Jediný participant 5 uvádí, že osvětu provádí spolu s lékařkou v terénu. Blíže specifikuje, P5: *„u nás osvětu provádíme po pracovní době, aby na to byl čas, kdy pořádáme za souhlasu a příspěvku na preventivní osvětu od VZP dny zdraví, kam patří sportovní dny, prezentace na konkrétní témata jako je obezita, sezónní vakcinace proti chřipce, dentální hygiena ve spolupráci se stomatologem, a ještě například přednáška ohledně užívání vitamínů v období výskytu chřipky. Prostě chceme, aby náš vliv na zdraví byl co největší.*“

Shrnutí: Participanti kladli velký důraz na osvětu a poradenství v oblasti preventivní péče. Tuto osvětu pak směřovali především na oblast zdravého životního stylu, kdy eliminace rizikových faktorů výrazně snižuje riziko vzniku onemocnění. Mezi nejzávažnější rizikové faktory participanti shodně řadili obezitu a s ní spojenou zhoršenou aktivitu, dále kouření a alkohol. Preventivní prohlídka dle participantů, pomáhá vyhledávat tyto rizikové faktory životního stylu. Poradenství v ordinaci praktického lékaře slouží k pomoci pacientům tyto rizikové faktory eliminovat. Pokud budou jedinci formou osvěty informováni o škodlivosti rizikových faktorů na jejich zdraví, budou mít i sami větší snahu k jejich odstranění. Toto poradenství dále směřovali participanti na poradenství v rámci bonusových programů od pojišťoven. Ústní forma osvěty je doplněna o formu osvěty pomocí letáků a televizních spotů v čekárnách praktických lékařů.

6.4 Bariéry v poskytování preventivní péče

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázky vedoucí k zodpovězení třetího dílčího cíle, a to konkrétně: *Jaké jsou z vašeho pohledu sestry největší bariéry v poskytování preventivní péče v samotné ordinaci praktického lékaře? Jak vy hodnotíte poskytování preventivní péče v rovině zdravotního systému v naší republice? Jak se vzděláváte v oblasti preventivní péče?*



Obrázek 4 Bariéry v poskytování preventivní péče

Participanti shodně uvedli, že za největší bariéru v poskytování preventivní péče v ordinaci praktického lékaře považují nedostatek času. Toto tvrzení potvrzuje ve své výpovědi participant 6, kdy říká: „největší bariéru u nás v ordinaci vidím v nedostatku času. Máme velký

obvod, takže nás tlačí čas. Bohužel se pak nemůžeme divit, že lidé mají neodborné informace v oblasti zdravého životního stylu.“ P3 dodává: „chybí čas, aby to s nima člověk podrobněji probral, spousta lidí zavře dveře ordinace, pouze leták v ruce.“ Participant 4 vidí problém v nedostatku ordinací praktických lékařů, kdy P4 říká: „za největší bariéru považuji nedostatek ordinací praktických lékařů, kdy dochází k tomu, že ambulance pak pojímají velkou část registrantů a není dostatek času se jim věnovat, edukaci nahrazujeme letákama, starší tomu pořádně nerozumí, mladší dohledávají na internetu, dohledávání jídelniček na internetu asi není úplně v pořádku.“ Participant 7 připouští nedostatek času, ale zároveň říká, že záleží na organizaci času, P7 říká: „rozvrhuji preventivní prohlídky na období, kdy je klidnější období, časová náročnost preventivní prohlídky mě nutí ji naplánovat na odpolední hodiny, když už je v ordinaci klid. Když je chřipková sezóna, prevence odkládáme.“ O časové bariéře mluví i P2, kdy říká: „největší bariéra? Asi ten čas, chtěla bych mít čas odpovědět jim na všechny otázky, ale bohužel nestíhám.“ P1 vyzdvihuje výhodu ambulance určené převážně pro závodní preventivní péči, kdy lékařka, ale i sestra má více času se pacientům v oblasti prevence věnovat. P1: „překážky v poskytování preventivní péče jsem viděla dříve, osvěta pouze formou letáků, málo času, stres. Když je nyní jedna ordinace zaměřena pouze na prevenci, je času více, lékařka se jim více věnuje, doporučuje, může i názorně s nimi probrat obrázky, kde je znázorněno jednodušeji, co se stane s tělem, když se o něj člověk nestará. Mnohem větší efekt než letáky a internet, myslím si, že to ty lidi zajímá a určitě si z toho něco odnesou, ale formu letáků nezavrhuji, alespoň mají čas si to doma v klidu pročíst.“ P5 říká: „osvěta v terénu je úžasná věc, donutí lidi se zajímavou formou zapojit do péče o sebe sama, mnohem účinnější než když jim v ordinaci, jak básničku odříkáte, že by neměli to a to, nedivím se, že si to neberou k srdci, zavřou dveře do ordinace a žijou dál po svém.“

Bariéry v poskytování preventivní péče ve vzdělávání a v možnostech vzdělávání sestry v ordinaci praktického lékaře nevidí. Z rozhovorů vyplynulo, že participanti vědí, jak se vzdělávat v této oblasti a sami se vzdělávají. P1 říká: „jezdím s mojí lékařkou na kongresy praktických lékařů, občas si čtu časopisy, co odebírá moje paní doktorka, jako je *Prakticus*, doporučené postupy pro praktiky.“ P5 dodává: „vzdělávám se samostudiem, občas vzdělávací akce pořádané farmaceutickými pracovníky.“ Participant 4 udává, že nemá tolik času a možná ani náladu se ještě vzdělávat, ale ví, že možnosti jsou. Dodává: „vím, že jsou semináře, kongresy praktických lékařů, sestra má možnosti se v oblasti prevence vzdělávat, ale já to bohužel z nedostatku času nedělám.“ Naopak participant 2 říká, že je v oblasti prevence

pořád v čem se vzdělávat, že sestry možnosti mají a ona sama je využívá, s velkým nadšením dodává: „já vítám čtení časopisů, které odebírá moje doktorka, také odebíráme do ordinace časopis *Florence*, ten je vyloženě pro sestry, občas jezdím s doktorkou na kongres praktických lékařů.“ P7 dodává: „jezdím pravidelně se svým lékařem na kongresy praktiků, dále se zajímám o ty bonusové programy pojišťoven. Víím, že jsou semináře, ale tam nechodím. Určitě jsou možnosti se vzdělávat.“

Participantů v otázce bariéry v poskytování preventivní péče v rovině zdravotního systému shodně odpovídali, že poskytování preventivní péče je v našem státě na vysoké úrovni, P7 říká: „v České republice je to nastavené výborně, hodně nad standard, v klasických západních zemích je prevence hozena na samotného člověka, on musí vědět, jak se stravovat, jak se hýbat, spíš taková oblast neziskových organizací. V našem státě mají lidé šanci dostat kvalitní preventivní péči, což je asi základ, aby se nemoci vůbec nerozvinuly.“ P6 dodává: „preventivní péče zadarmo, bonusové příspěvky od pojišťoven, péče o rizikové pacienty, onkologická prevence, myslím si, že u nás je péče opravdu kvalitní, druhá strana je, zda si toho lidé váží.“ Prevence znamená předcházení nemocem, jak zmiňuje P7, pro pacienta méně zatěžující, pro stát, můžeme říct, finančně výhodnější. Další pohled na bezplatnou péči má participant 5, kdy říká: „u nás je péče opravdu luxusní a na vysoké úrovni, pokud pacient chce, má možnost se o sebe starat a v rámci bonusových příspěvků má tuto péči ještě finančně ohodnocenou, nevím, zda si toho lidé váží a ohodnotí to, pořád jsou nespokojení, pořád to v ordinaci poslouchám, nechci, aby to špatně vyznělo, ale já bych jim dala třeba spoluúčast na platbě za nemoci, které si způsobili sami, právě třeba nezájmem o své zdraví.“ P3 říká: „myslím si, že u nás v republice je prevence nastavena velice dobře, onkologické programy, stát je ještě na ty prohlídky cíleně zve, v podstatě myslí za ně, bohužel často narážím na to, že lidé chodit nechtějí, pak mají například nádor a stát celou léčbu opět platí, to si myslím, že není dobré.“

Shrnutí: Participantů se jednotně shodli ve výpovědi, že největší bariérou v poskytování preventivní péče v ordinaci praktického lékaře je čas. Tento problém se dle participantů promítá do kvality osvěty a poradenství poskytovaných v ordinacích praktických lékařů. Bariéru v poskytování preventivní péče ze strany sester v oblasti vzdělávání neudávají. Bariéry v poskytování preventivní péče v rovině zdravotního systému hodnotí participantů kladně.

7 DISKUSE

Poslední kapitolu této práce jsme věnovali shrnutí výsledků. Výsledky jsme formulovali tak, abychom odpověděli na jednotlivé dílčí cíle a poté zodpověděli cíl hlavní.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak sestry v ordinacích praktických lékařů vnímají význam preventivní péče a jaká je jejich role v ordinacích praktických lékařů. Analýzu rozhovorů jsme provedli otevřeným kódováním. Kódy pak vedly ke vzniku kategorií, které nám pomohly odpovědět na dílčí otázky. V souvislosti s tímto výzkumem je třeba zmínit to, že se tento výzkum nedá vztahovat na celou populaci sester pracujících v ordinacích praktických lékařů.

V prvním dílčím cíli jsme měli za úkol zjistit, jak sestry charakterizují preventivní péči a která témata v prevenci jsou dle participantů stěžejní. Z rozhovorů vyplývá, že se participant v definici pojmu prevence soustředovali především na primární péči a s ním spojenou osvětu v oblasti zdravého životního stylu, eliminaci rizikových faktorů a vakcinaci. Prevence pro ně znamená předcházení nemocem. Dva participant zmiňují ekonomický dopad nemoci, nejen pro pacienta, ale i pro stát. Participant si pod pojmem preventivní péče představují především eliminaci rizikových faktorů jako je nadváha, kouření a alkohol. Preventivní péči zaměřují spíše na primární prevenci. Participant s kratší dobou praxe v ordinaci praktického lékaře rozšířili pojem prevence ještě o závodní a sekundární péči. Pouze jeden participant zmiňuje terciární péči, kdy tuto péči již směřuje do odborných ambulancí. I u těchto dalších druhů prevence participant vidí základ péče v edukaci pacientů v oblasti režimových opatření vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu pacienta či zmírnění následků nemoci. Jako hlavní témata v prevenci participant udávají zdravý životní styl, a to především prevenci obezity, dále prevenci proti infekčním chorobám, konkrétně očkování proti chřipce, klíšťové encefalidě. Dva participant zmiňují očkování proti pneumokokovým infekcím u osob starších 65 let. Dalším tématem v prevenci je dle participantů onkologická prevence. Sem řadí participant především prevenci karcinomu prsu a cervixu u žen, prevenci karcinomu prostaty u mužů a prevenci kolorektálního karcinomu pomocí testu na skryté krvácení do stolice prováděného v ordinaci praktického lékaře. Dva participant ještě zmiňují téma dentální hygieny jako prevenci zubního kazu.

V druhém dílčím cíli jsme si kladli za úkol zjistit, jaké jsou charakteristiky činností sester v preventivní péči v ordinaci praktického lékaře. Participant shodně dělí tyto činnosti na komunikaci s pacienty a činnosti spojené s preventivní prohlídkou. Obě tyto části shodně

spojují s edukací pacientů. Oblast komunikace s pacienty promítají participanti do adresného zvaní pacientů na preventivní prohlídky. Šest participantů zve adresně pacienty na preventivní prohlídky. Čtyři participanti hodnotí adresné zvaní pacientů kladně, dva participanti se vyjadřují ve smyslu, že i když je pozvou, přijde jenom část z nich. Jeden participant na preventivní prohlídky nezve, kdy dle jeho výpovědi by se pacienti měli určitou měrou podílet na péči o své zdraví sami, alespoň tím, že si budou zodpovědně hlídat termíny preventivních prohlídek. Dále se participanti zaměřili na činnosti spojené s preventivní prohlídkou. Výkony zmiňované participanty v oblasti preventivní prohlídky dělí na výkony dle věku pacienta a typu preventivní péče. Mezi činnosti prováděné sestrou v ordinaci praktického lékaře v rámci preventivní prohlídky čtyři participanti řadí provádění EKG vyšetření, kdy pět participantů natáčí EKG v ordinaci v rámci preventivní prohlídky, dva blíže specifikují, kdy udávají věk nad 40 let se čtyřletým intervalem. Dva participanti vědí, že EKG vyšetření patří do činností spojených s preventivní prohlídkou, ale sami toto vyšetření neprovádějí, posílají do vedlejší interní ordinace. Participanti shodně udávali odběry krve a moči, kdy všichni participanti shodně vypovídali, že odběry se řídí ordinací lékaře. Participanti odběry provádějí a edukují pacienta o přípravě na toto vyšetření. Další činnost v rámci preventivní péče je vakcinace ze zákona, a to vakcinace proti tetanu. Všichni participanti dle výpovědi kontrolují a zaznamenávají do dokumentace datum vakcinace. Jeden participant zmiňuje edukaci ohledně sledování pacienta po vakcinaci, kdy je upozorňuje na nutnost vyčkat v čekárně alespoň 30 minut z důvodu možného výskytu alergické reakce, zároveň však dodává, že se často stává, že lidé toto doporučení nedodrží a po chvíli z čekárny odejdou. Jeden participant zmiňuje edukaci pacienta v případě úrazu, kdy je nutné přeočkování, pokud je doba od posledního očkování delší než 5 let. Mezi další vakcinace v rámci prevence, řadí participanti vakcinaci proti chřipce. Tři participanti zmiňují odmítavý postoj k této vakcinaci ze strany registrantů. Další zmiňovanou činností je edukace v oblasti onkologické prevence. Tato prevence se shodně dle participantů týká testů na skryté krvácení do stolice prováděné sestrou. Jeden participant blíže specifikuje, kdy říká, že tento test je prováděn u pacientů po 50. roce života. Dále shodně participanti uvádějí prevenci karcinomu prsu, mamograf a gynekologickou prevenci. Dva participanti uvádějí prevenci na karcinom prostaty u mužů. S odmítavým postojem v oblasti onkologické prevence mají zkušenost tři participanti, a to konkrétně u seniorů. Dále se participanti zaměřili na preventivní péči u specifických skupin, především na hypertoniky a diabetiky. U hypertoniků se shodli participanti na činnostech spojených s edukací v oblasti správné

techniky měření tlaku a v oblasti změny životního stylu. Tři participanti uvádějí, že preferují nácvik měření tlaku vlastním tonometrem pacienta, z edukačních důvodů. Jeden participant uvádí, že dispenzarizaci u hypertoniků vede sám, kontroly u lékaře jedenkrát ročně. Edukace v oblasti zdravého životního stylu se dle participantů týká především změn v jídelníčku a zvýšené pohybové aktivity. Dle participantů je tato oblast edukace vedena lékařem a doplněna o edukační materiály formou letáků. Další specifická skupina pacientů v oblasti preventivní péče je dle výpovědí participantů skupina diabetiků. U diabetiků participanti shodně vypovídali, že zde se v edukaci zaměřují především na prevenci poranění, kdy jsou důrazně participanty edukováni o nutnosti včasného ošetření každého poranění. Dále se participanti shodně zaměřují v edukaci u diabetiků na péči o nohy a nutnost vhodné obuvi. Edukace v oblasti výživy je, dle participantů, vedena cestou lékaře. Dva participanti udávají, že správná dietní opatření u diabetiků ani neznají. Do péče o specifické skupiny řadí shodně participanti edukaci o vakcinaci na chřipku. Tři participanti vyjadřují odmítavý postoj pacientů k této vakcinaci. Je překvapivé, že participanti neuvádějí jako specifickou skupinu v preventivní péči seniory, kdy tato skupina vyžaduje zvláštní přístup ze strany sester. Participanti zmiňují seniory v oblasti edukace při preventivních prohlídkách, kdy kladou důraz na citlivý a ohleduplný přístup k seniorům, zvláště v režimových opatřeních, kdy upřednostňují slovní edukaci před edukací formou letáků. Tři participanti uvádějí, že v rámci preventivní péče doporučují pacientům doprovod pro snadnější komunikaci a efektivnější edukaci.

Dle slovního vyjádření participantů je role sestry v ordinaci praktického lékaře v preventivní péči spojena především s edukací při preventivní prohlídce a s osvětou a poradenstvím v oblasti preventivní péče. Osvětu participanti shodně zaměřili na oblast zdravého životního stylu, konkrétně na prevenci obezity a odstranění rizikových faktorů, jako je kouření a alkohol. Šest participantů udává, že v rámci boje s obezitou doporučují pacientům konzultace s výživovým poradcem nebo návštěvu obezitologické ambulance. Jeden participant dodává, že léčba obezity je dlouhý proces a tito lidé potřebují vedení. V problematice nadužívání alkoholu pět participantů udává nutnost předání pacienta ke specialistovi. Jeden participant se zamýšlí nad skrytým problémem alkoholismu u žen. Problém s alkoholem spojuje jeden participant s regionem, ve kterém pacienti žijí. Další pacient zmiňuje fakt, že pacienti často v nadměrném požívání alkoholu problém nevidí a často se tento problém řeší až v době, kdy už způsobuje nějaké zdravotní potíže. Kouření je v dnešní době problém nejen dospělých,

ale i dospívajících. Dle výpovědi participantů se kouření podílí na vzniku mnoha onemocnění a často v něm lidé nevidí problém. Pět participantů udává, že problém vidí spíše lékař a sestra než samotný pacient. Tři participantů v rámci poradenství nabízejí pacientům pomoc. Dva participantů doporučují poradny pro odvykání kouření, jeden participant říká, že nechává na pacientovi, jakou formu odvykání si vybere, tento výběr mu nevyvrací a je mu spíše nápomocen v jeho úsilí. Poradenství a osvěta jsou úzce spojeny. Oblast poradenství dále participantů spojuje s poradenstvím v rámci bonusových programů od pojišťoven, které pomáhají a podporují snahu o zdravý životní styl. Participantů vyzdvihují benefity v oblasti zdravého životního stylu, jako je podpora v odstranění kouření, příspěvky na pohybovou aktivitu a dentální hygienu. Dva participantů zmiňují příspěvky na onkologickou prevenci, a to konkrétně proplácení ultrazvukového vyšetření prsou u žen. Pět participantů vyzdvihuje příspěvky na nepovinné očkování, kdy konkrétně zmiňují příspěvky na vakcinaci proti klíšťové encefalitidě a vakcinaci proti chřipce.

Ve třetím dílčím cíli jsme si dali za úkol zjistit, jaké jsou bariéry v poskytování preventivní péče. Participantů shodně vypovídali, že největší bariérou v poskytování preventivní péče v ordinaci praktického lékaře je čas. Jeden participant vyzdvihuje nutnost objednávání na preventivní prohlídky a vyčlenění si dostatku času na pacienta. Tento časový problém se dle participantů výrazně odráží v kvalitě osvěty a poradenství v ordinacích praktických lékařů. Dle výpovědí participantů jsou pacienti odkázáni na informace z letáků. Jeden participant uvádí, že letáky jsou dobré jako doplněk edukace, nesmí být ale hlavním zdrojem informací pro pacienta. Bariérou v poskytování preventivní péče ze strany sester v oblasti vzdělávání neudávají. Participantů se v oblasti preventivní péče vzdělávají formou seminářů, odborné literatury a účastí na kongresech praktických lékařů. Bariéry v poskytování preventivní péče v rovině zdravotního systému participantů nespátřují. Shodli se na tom, že zdravotní systém naší republiky poskytuje preventivní péči na vysoké úrovni. Participantů vyzdvihují bezplatnou onkologickou prevenci, osvětu v rámci preventivní péče a příspěvky na podporu zdraví. Výsledky bakalářské práce jsme porovnali s výsledky jiných bakalářských prací, napsaných na téma preventivní péče. Podobně vedená práce byla napsána Ivetou Kvášovou (2013) na téma *Preventivní prohlídky z pohledu sester*. V diskusi je v analýze výsledků zmíněna otázka adresného zvaní na preventivní prohlídky. Výzkumník zde uvádí, že participantů uvádějí, že na preventivní prohlídky z finančního a časového důvodu nezvou. My jsme však v našem výzkumu prokázali, že adresné zvaní na preventivní prohlídky má u pacientů pozitivní ohlas.

Bakalářská práce Lucie Reichmanové (2016) na téma *Přístup veřejnosti k preventivním prohlídkám* zpracovává cílené zvaní pacientů na preventivní prohlídky. Dle jejího výzkumu se účastní preventivních prohlídek 79,34 % respondentů, z toho ale pouze 15,50 % si hlídá termíny prohlídek samo. Z výzkumu vyplývá, že adresné zvaní klientů na preventivní prohlídky má smysl. Důležitá je motivace, kdy respondenti jsou motivováni buď pozvánkou od sestry, nebo možností včasného zachytu nemocí. Náš výzkum zpracovává opačný pohled na problematiku adresného zvaní, a to z pohledu sester. V našem výzkumu participanti preferují adresné zvaní pacientů na preventivní prohlídky a svoji činnost v preventivní péči spatřují především v osvětě zdravého životního stylu, který pomáhá k předcházení nemocem.

Další zajímavé porovnání je srovnání s výzkumem bakalářské práce zaměřené na téma *Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé*. Tato práce od Zahradníkové (2012) se zabývá adresným zvaním na preventivní prohlídky z pohledu pacienta. Z výsledků vyplývá, že 71 % participantů preferuje zvaní na preventivní prohlídky prostřednictvím praktického lékaře, 26 % by uvítalo zvaní na preventivní prohlídky cestou pojišťoven.

V bakalářské práci Radky Janíčkové (2012) na téma *Preventivní prohlídky v ordinaci praktického lékaře* se výzkumník zabývá využíváním bonusových programů od zdravotních pojišťoven. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce jsou informováni a nejvíce využívají tyto programy jedinci ve věku 19–39 let, a to na pohybovou aktivitu a očkování. Naopak lidé nad 60 let, jak ukazuje výzkum, tyto bonusy nevyužívali a ani nevědí, že tyto bonusové programy pojišťovny nabízejí. Při našem výzkumu participanti uvádějí specifický přístup k seniorům. I když tuto skupinu neuvádějí participanti jako skupinu se specifickým přístupem, v oblasti edukace kladou důraz na trpělivost v oblasti edukace a poradenství v oblasti preventivní péče.

7.1 Limity výzkumu

Limity bakalářské práce byly zapříčiněny epidemiologickou situací, konkrétně karanténou v koronavirové krizi. Termíny předem naplánovaných rozhovorů participanti často měnili kvůli omezením v ordinacích praktických lékařů. Tři participanti nám na poslední chvíli odřekli rozhovory, takže jsme museli hledat narychlo náhradníky, což bylo časově poměrně náročné. Participanti se často stavěli k rozhovorům odmítavě nebo je chtěli mít rychle za sebou.

8 ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry vnímají preventivní péči a jejich roli v ordinacích praktických lékařů. Ke zkoumání tohoto cíle jsme použili kvalitativní výzkum, technikou polostrukturovaných rozhovorů, které jsme realizovali s participanty pracujícími v ordinacích praktických lékařů a vzdělanými dle platné legislativy. Pomocí dílčích cílů jsme se pak snažili o zodpovězení cíle hlavního. Participanti definovali pojem prevence jako předcházení nemocem, které mají ekonomický dopad nejen na jedince, ale i na stát. Mezi hlavní témata prevence participanti řadili zdravý životní styl, prevenci infekčních chorob pomocí vakcinace, onkologickou prevenci a dentální prevenci. Ve zdravém životním stylu se zaměřovali především na snahu o odstranění rizikových faktorů, jako je obezita, kouření a alkohol. Hlavní činnosti v preventivní péči spatřují participanti v činnostech spojených s preventivní prohlídkou, v komunikaci, edukaci, osvětě a poradenství v oblasti zdravého životního stylu. Největší důraz kladli participanti na edukaci a osvětě v oblasti zdravého životního stylu, na oblast vakcinace a na téma onkologické prevence. Bohužel je často edukace z časových důvodů vedena formou edukačních letáků od farmaceutických firem. Participanti vnímají preventivní péči jako důležitou součást nejen lékařství, ale i ošetrovatelství, kde sestra má nezaměnitelnou úlohu. Svoji roli vidí sestry především v edukaci pacientů a v osvětě v oblasti zdraví, která je základem preventivní péče. Bohužel je často tato osvětě z časových důvodů vedena v ordinacích praktických lékařů cestou edukačních letáků a televizních spotů v čekárnách a ordinacích.

8.1 Doporučení pro praxi

Téma preventivní péče je stále častěji zmiňovanou součástí medicíny. Zjistili jsme, že sestry v ordinacích praktických lékařů vědí, že prevence a preventivní opatření pomáhají k předcházení nemocem, ale často jim nezbývá čas se této důležité problematice věnovat. Dle našeho názoru je základem dobré preventivní péče v ordinaci praktického lékaře aktivní zapojení pacientů do prevence. Domníváme se, že sestry by měly aktivně zvát na preventivní prohlídky a sledovat účast jednotlivců. Sestry by měly v rámci edukace posilovat informovanost pacientů v ordinacích praktických lékařů právě o důležitosti účasti v preventivních prohlídkách. V preventivní péči bychom navrhovaly více zapojit sestry do edukace v rámci prevence. Edukace by pak měla být preferována ústním podáním. Edukační letáky by měly sloužit pouze jako doplňkový materiál. Na preventivní prohlídky by měly sestry objednávat

a vymezit si dostatek času na kvalitní provedení prohlídky. Sestry by se měly aktivně zapojovat do osvěty a poradenství pacientů v oblasti preventivní péče a měly by se samy aktivně zapojovat do odebrání anamnézy ohledně rizikových faktorů a následně se zapojit do činností, které se snaží pomoci pacientům ve snaze tyto faktory odstranit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, Věra, 2010. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-413-1.

BRYCHTA, Tomáš a Svetlana BRYCHTOVÁ, 2011. Obézní pacient v lékařské ordinaci. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: SOLEN [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/01/07.pdf>

ČESKO, 1998. Ústavní zákon č. 162/1998 Sb. In: *Listina základních práv a svobod*. [online]. [cit. 2020-01-11]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rnm/dokumenty/vladni-dokumenty/lzps_1.pdf

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 70 ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů ČR*. Ročník 2012, částka 27, s. 841–848. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6131>

ČESKO, 2016. Vyhláška č. 318 ze dne 21. září 2016, kterou se mění vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2016, částka 124, s. 4838–4839. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=38086>

ČEŠKA, Richard a kol., 2017. *Dyslipidémie: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2017*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-89-3.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.

DUŠEK, Ladislav, Jan MAROUNEK a Ondřej MÁJEK, 2015. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: http://mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2007_screeningy_rev%20AV.pdf

EPAD 2019: současný stav screeningu karcinomu prostaty v EU, 2019. *Národní screeningové centrum*. [online]. 30. 1. 2019. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=46>

- FAIT, Tomáš, Michal VRÁBLÍK, Richard ČEŠKA a kolektiv, 2011. *Preventivní medicína*. 2., doplněné a přepracované vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-237-7.
- Health Times, 2017. *How Practice Nurses Contribute to Preventative Healthcare* [online] 13. 6. 2017 [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://healthtimes.com.au/hub/practice-nursing/67/practice/healthinsights/how-practice-nurses-contribute-to-preventative-healthcare/1793/>
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-0982-9.
- HOLČÍK, Jan, 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5239-0.
- ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2017. *Česká asociace sester* [online]. [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAREN, Igor a Jan FILIPOVSKÝ, 2014. *Arteriální hypertenze: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře* [novelizace 2014]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. ISBN 978-80-86998-71-8.
- KOŠTA, Oto, 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4422-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR na období 2018–2022*. [online] [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-program-reseni-problematiky-hiv/aids-v-ceske-republice-na-obdobi-2018-_14810_1688_5.html

- MOROVICSOVÁ, Eva a kol., 2014. *Komunikácia v medicíne*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3620-8.
- AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONERS., 2013. *Nurse Practitioners in Primary Care* [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/nurse-practitioners-in-primary-care>
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PICHLEROVÁ, Dita, 2018. Léčba obezity a zkušenosti s centrálně působícím antiobezitíkem. In: *Interní medicína v praxi* [online]. Solen [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <http://internimedica.cz/pdfs/int/2018/04/07.pdf>
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.
- PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ, 2010. *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady* [online]. ©2010–2020 FNKV [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://www.fnkv.cz/odkaz-program-podpory-zdravi>
- PROCHÁZKA, Vladimír, 1966. *Příruční slovník naučný III. díl*. Praha: Nakladatelství československé akademie věd.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SEIFERT, Bohumil, c2013. *Colorectal cancer screening: manual for general practitioners*. Prague: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-354-1
- SEIFERT, Bohumil, Václav BENEŠ a Svatopluk BÝMA, 2013. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-934-3.
- STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030, 2019. *Zdraví 2030 – analytická studie* [online]. © Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2014. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. 7. 5. 2014 [cit. 2020-01-17]. Dostupné z: http://mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html

THE POSITIVE ROLE NURSES CAN PLAY IN PREVENTATIVE HEALTH CARE, *Bradley University* [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://onlinedegrees.bradley.edu/blog/the-positive-role-nurses-can-play-in-preventative-health-care/>

THE ROLE OF THE NURSE IN HEALTH PROMOTION. *Hospital News* [online]. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://hospitalnews.com/the-role-of-the-nurse-in-health-promotion/>

VÝUKA – EDUKACE. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>

What is a Health Promoting School?, 2020. *World Health Organization* [online]. ©2020 WHO [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-promoting-schools/overview/en/>

WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution, 2020. *World Health Organization* [online]. © 2020 WHO [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZDRAVÍ PRO VŠECHNY V 21. STOLETÍ, 2008. *MZCR.CZ* [online]. 20. 1. 2008 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: https://mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA – ZEMŘELÍ 2017, 2018. *ÚZIS*. [online] © ÚZIS ČR 2018 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1210-9967. Dostupný z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/demozem2017.pdf>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Délka praxe v ordinaci.....	41
---------------------------------------	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Charakteristika prevence	46
Obrázek 2 Role sestry v preventivní péči	50
Obrázek 3 Role sestry v oblasti poradenství a osvěty	55
Obrázek 4 Bariéry v poskytování preventivní péče	59

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
BMI	Body mass index
WHO	World Health Organization
EKG	Elektrokardiograf
DM	Diabetes mellitus
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
LDL	Low density lipoprotein
HDL	High density lipoprotein
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
HPV	Human papilloma virus
P1	Participant 1
P2	Participant 2
P3	Participant 3
P4	Participant 4
P5	Participant 5
P6	Participant 6
P7	Participant 7

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Hodnoty lipidového metabolismu

Příloha P II: Definice a klasifikace krevního tlaku

Příloha P III: Kategorie nadváhy a obezity

Příloha P IV: Pozvánka na preventivní prohlídku

PŘÍLOHA P I: HODNOTY LIPIDOVÉHO SOUBORU

	Nízké riziko	Středně zvýšené až vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
LDL (mmol/l)	< 3,0	<2,6	<1,8
Non-HDL (mmol/l)	<3,8	<3,4	<2,6
TG (mmol/l)	<1,7		

(vlastní zpracování dle Česka a kol., 2017)

PŘÍLOHA P II: DEFINICE A KLASIFIKACE KREVNÍHO TLAKU

Definice a klasifikace krevního tlaku podle měření v ordinaci (v mmHg)		
Kategorie	Systolický tlak	Diastolický tlak
Optimální	<120	<80
Normální	120–129	80–84
Vysoký normální	130–139	85–89
Hypertenze 1. stupně (mírná)	140–159	90–99
Hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160–179	100–109
Hypertenze 3. stupně (závažná)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	<90

(vlastní zpracování dle Karen a kol., 2014)

PŘÍLOHA P III: KATEGORIE NADVÁHY A OBEZITY

BMI	KATEGORIE PODLE WHO
18,5 – 24,9	Normální rozpětí
25,0 – 29,9	Nadváha
30,0 – 34,9	Obezita I. stupně
35,0 – 39,9	Obezita II. stupně
> 40	Obezita III. stupně

(vlastní zpracování dle Brychta a Brychtová, 2011)

PŘÍLOHA P IV: POZVÁNKA NA PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU

**POZVÁNKA
NA PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU**

Vážená paní, vážený pane,



dovoďte mi Vás pozvat na **preventivní prohlídku**, která je bezplatná a máte na ni nárok dle § 29 zákona č. 48/1997 Sb. Objednat se můžete na **tel. číslo uvedeném na razítku**.

Datum a čas prohlídky si, po domluvě se sestrou, zapíšte na tuto kartičku, která slouží zároveň jako pozvánka.

S pozdravem
Váš praktický lékař

.....
datum a čas Vaší návštěvy
– doplňte si sami


.....
razítko lékaře

KRKA  
Podporuje Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Téměř 40 % pacientů přestává užívat své léky po prvním roce léčby! (1)

KRKA léčbu usnadňuje: **10 minut** Vám může zachránit **10 let** života ...

- 2 účinné látky v jedné tabletě
- tablety rozpustné v ústech
- tablety s prodlouženým uvolňováním



... udělejte si na sebe čas ...