

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Preventivní prohlídky z pohledu sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Iveta Kvášová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

Datum odevzdání práce: 2.5. 2013

## Abstrakt

Má bakalářská práce se zabývá problematikou preventivní prohlídky z pohledu sestry. Teoretická část nastiňuje téma zdraví a nemoc, prevence, determinanty zdraví, podpora zdraví. Druhý blok popisuje očkování, preventivní prohlídky u praktického lékaře, zubaře a gynekologa. Třetí blok se zabývá sestrami v primární péči, osobností sestry, komunikací sester a vzdělání sester.

**Teoretická východiska:** Pojem zdraví a nemoc jsou ve společnosti chápány jako dvě ostře oddělené hodnoty. Zdraví ovlivňuje kvalitu života člověka. Na zdraví člověka působí nejrůznější kladné i záporné faktory označované jako determinanty zdraví. Tyto determinanty můžeme rozdělit na vnitřní, vnější, a také na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi nejzávažnější faktory poškozující zdraví uvádíme kouření, nedostatek pohybu, nesprávná strava, konzumace alkoholu a nadměrný stres. Proto nejbližším cílem pro podporu zdraví je životní styl. Na podporu zdraví navazuje prevence. Tyto dva pojmy mají velmi společného, ale ztotožňovat je nelze. Můžeme rozlišit preventivní činnosti na specifické a nespecifické. Z hlediska časového, prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Preventivní prohlídky slouží k včasnému zjištění ohrožení či poruchy zdraví. U praktického lékaře by měl každý klient jednou za dva roky absolvovat preventivní prohlídku. Novorozenci, kojenci a batolata by do jednoho roku měli lékaře navštívit devětkrát, poté v 18 měsících, ve 3 letech a dále jednou za dva roky. Do osmnácti let života má každý občan právo každý půl rok na stomatologickou preventivní prohlídku, těhotná žena má právo dvakrát v graviditě navštívit zubního lékaře a dospělý člověk jednou ročně. Gynekologickou preventivní prohlídku by měly absolvovat dívky od 15 let každým rokem. Role zodpovědného a aktivního přístupu v prevenci sehrávají praktický lékař a všeobecná sestra, kteří provázejí pacienta v systému zdravotní péče po celý život. Preventivní přístupy se v posledních 25 letech zaměřují na snížení výskytu civilizačních nemocí. U dětských preventivních prohlídek má sestra za úkol získání důvěry dítěte, odstranit strach z vyšetření, na závěr ho pochválit a darovat mu obrázek. Se zubním lékařem musí sestra spolupracovat úzce. Zajišťuje, aby lékař měl k dispozici správné nástroje a vybavení, dále připravuje nástroje, které lékař vyžaduje a použité dává ke sterilizaci. Úkolem

sestry a praktického lékaře pro dospělé je zkontrolovat očkování tetanu, provést fyzikální vyšetření se zaměřením na krevní tlak, vyšetření zraku, sluchu a zjištění BMI. Specifická role sestry u gynekologické preventivní prohlídky je edukování žen s problémy mykóz, udržování správného prostředí v pochvě a jiné. Dále sleduje pravidelné návštěvy lékaře a asistuje při aplikování nitroděložních i podkožních implantátů. Edukace těhotných patří mezi další její povinnosti. Závodní preventivní péče se provádí za účelem posudku zdravotní způsobilosti k práci. Podstatným úkolem sestry je zajišťování a udržování zdraví obyvatel. Velmi významné jsou její osobnostní a charakterové vlastnosti jako je flexibilita, spolehlivost, komunikativnost a schopnost empatie, které by sestry primární péče neměly postrádat. Agentury domácí péče a komunitní sestry také zahrnujeme do oblasti primární péče. Správná motivace pro vykonávání služeb je základní podmínkou úspěšnosti kvalitní sestry. V novodobém systému sestry pracují na různé úrovni jejich vzdělání. Můžete se setkat se sestrami vysokoškolsky vzdělanými, se sestrami, které mají vyšší odborné vzdělání, se zdravotnickými asistenty se středoškolským vzděláním a se sestrami se specializačním studiem.

**Cíl:** Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úlohu sester při preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro dospělé. Výzkum byl proveden kvalitativním šetřením formou nestandardizovaných rozhovorů. Nejprve jsme si stanovili tři výzkumné otázky: 1. Jaké informace sestry podávají klientům o preventivních prohlídkách? 2. Jak sestry oslovují klienty k pozvání na preventivní prohlídky? 3. Jakou úlohu zaujímají sestry při provádění preventivních prohlídek? Výzkumným souborem byly sestry u praktických lékařů pro dospělé. Proběhlo celkem 8 rozhovorů v oblasti Humpolec a České Budějovice. Rozhovor samotný obsahoval 13 otázek ( viz příloha 1). Šetření probíhalo v období únor-březen roku 2013. Všechny respondentky s výzkumným šetřením souhlasily. S žádnou respondentkou jsem neměla problém, byly velmi ochotné, pouze jedna výzkumné šetření odmítla. Po sběru dat jsem výsledky analyzovala, vytvořila kategorie a pro lepší orientaci jsem je umístila do schémat, která jsou vlastním zdrojem. Pod schémata jsem použila přesný opis rozhovorů, který jsem

měla zaznamenaný na diktafonu. Opisy vět z rozhovorů jsou psané kurzívou. Výsledky výzkumného šetření jsou uvedeny v kapitole 4.

**Výsledky:** V rámci výsledků jsme zjistili, že všechny respondentky jsou středoškolského vzdělání, pouze jedna respondentka má specializaci ARIP. Respondentky se dozvídají nové změny preventivních prohlídek od lékaře, popřípadě absolvují školení a semináře. Většina respondentek odpověděla, že si spousta klientů neuvědomuje rizika nedocházení na preventivní prohlídky, výjimku tvoří vysokoškolsky vzdělání, kteří si rizika uvědomují. Dále jsem se dozvěděla, že se klienti informace v souvislosti s nároky na preventivní prohlídky dozvídají ústně od respondentek, lékařů, pomocí letáků, televize, internetu a plakátů na dveřích ordinace. Klientům respondentky podávají základní informace o preventivních prohlídkách, týkající se harmonogramu, domácí přípravy na prohlídku a průběhu vyšetření. Ukázalo se, že v některých oblastech dochází velmi malá procentualita klientů na preventivní prohlídky. Respondentky se snaží přesvědčovat rizikové skupiny lidí, dále klienty nějak zvláště nepřesvědčují. Respondentky zvou klienty na prevence ústní formou, pozvánky už nezasílají, klienti si prevence musí hlídat sami. Na klienty se snaží působit pozitivně a jít vlastním příkladem. Dále vyšlo, že se v ordinaci starají o dostatečný spotřební materiál, a také o hygienicko-epidemiologický režim v rámci prevence. V čekárně mají respondentky na starost osvětu pacientů, kterou jim zařizují dealeři.

**Závěr:** Závěrem lze říci, že všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny. Bakalářská práce splnila svůj účel a nyní bude pouze v rukou klientů a sester, jak se budou k preventivním prohlídkám stavět, neboť jak uslyšíte několikrát v mé práci: “Prevence je lepší než léčba”.

**Klíčová slova:** Preventivní prohlídky, zdraví a nemoc, primární péče, podpora zdraví, osobnost sestry, komunikace sestry

## Abstract

My Bachelor's thesis deals with the issue of preventive health check-ups from the point of view of a nurse. The theoretic part outlines the topic of health and illness, prevention, determinants of health, and health promotion. The second part describes vaccination, preventive health check-ups at the general practitioner, at the dentist, and at the gynaecologist. The third part deals with nurses in primary care, personality of a nurse, communication among nurses, and nurse training courses.

**The theoretical background:** In society, the concept of health and illness is understood as two sharply separated values. The health affects the quality of human life. The human health is affected by various both positive and negative factors known as health determinants. These determinants can be divided into internal and external, and into controllable and uncontrollable. Among the most serious factors affecting health are smoking, lack of exercise, improper diet, excessive alcohol consumption and stress. Therefore the best goal for promoting health is the right lifestyle. The health promotion is followed by prevention. These two terms have a lot in common, however, we cannot consider them the same. Preventive activities can be distinguished between specific and non-specific. In terms of time, we distinguish primary, secondary and tertiary prevention. The aim of preventive health check-ups is to detect health problems and illnesses at an early stage. Each client is recommended to undergo a health check-up at the general practitioner each two years. Newborns, infants and toddlers under one year old should visit a practitioner nine times, another health check-up should be at the age of 18 months, then at the age of 3 years, and then every two years. Every citizen under the age of 18 years is entitled to undergo a preventive dental check-up every six months. A pregnant woman is entitled to visit the dentist twice during her pregnancy, an adult once a year. Girls from the age of 15 years should undergo a preventive gynaecological exam once a year. General practitioners and nurses, who guide patients their whole life in the health care system, symbolise a role of responsible and active approach to prevention. In the last 25 years preventive approaches have been focusing on reducing the occurrence of diseases of civilization. The task of a nurse at a preventive pediatric check-up is to gain the child's trust, eliminate fear of the examination, and praise

him/her and give him/her a picture. The cooperation between a dentist and nurse is closer. She ensures that the dentist has got the right tools and equipment, then she prepares tools required by the dentist, and she sterilizes the used ones. The task of a nurse and a general practitioner for adults is to check tetanus immunisation, do the physical examination and check the blood pressure, examine eyes and ears, and check BMI. The specific role of a nurse at the preventive gynaecological exam is to educate women with vaginal mycosis, explain how to maintain the proper environment in the vagina and etc. She also checks clients' regular visits at the gynaecologist, assists during applications of intrauterine and subcutaneous contraception devices, and educates and informs pregnant women. Preventive care service at work is carried out in order to report the statement of fitness for work. The substantial task of a nurse is to ensure and maintain the health of inhabitants. Her personal and character qualities, such as flexibility, reliability, empathy, and sense of communication, are very important and primary care nurses should not miss them. Home health care agencies and community nurses are also considered as a part of primary care. The fundamental condition of being a successful nurse is the right motivation for performing this work. Nowadays, nurses start working with various level of their training: nurses with a university degree, nurses with higher professional education, health assistants with secondary school education and nurses with a specialization course in nursing.

**Aim:** The aim of my Bachelor's thesis was to describe the role of nurses during preventive check-ups at the general practitioner for adults. The research was carried out by a qualitative survey in form of non-standardized interviews. Firstly, we set three research questions: 1. What information about preventive check-ups do nurses give to clients? 2. How do nurses address their clients about the invitation for preventive check-ups? 3. What role do nurses have when carrying out preventive check-ups? During the research nurses cooperating with general practitioners for adults were interviewed. There were eight interviews in total in the region of Humpolec and České Budějovice. The interview itself contained 13 questions (see Appendix 1). The research took place in period February – March. All respondents agreed with the research. I did not have a problem with any respondent, they were very cooperative, only one respondent refused

the interview. After having collected the data, I analysed the results and created categories that I have put in schemas for better orientation. These schemas are the actual source. Under the schemas I have added transcriptions of the interviews that I had recorded with a dictating machine. The transcriptions are in italics. The results of the research are presented in Chapter 4.

**Results:** The results show us that all the respondents have got a secondary school education, only one of them has got a specialized training “ARIP” (nursing care specialized in anesthesiology, resuscitation and intensive care). The respondents learn new modifications in preventive health check-ups from a doctor, or they follow trainings and seminars. The most of the respondents said that a lot of clients do not realize risks of not going to preventive health check-ups, except for university graduates who are aware of risks. Then, we have found that clients get information about the claim to preventive health check-ups from the respondents, doctors, leaflets, television, radio, and informative posters. The respondents give clients basic information about preventive health check-ups, schedules, home preparation for the medical examination, and a course of the medical examination. It has been found out that in some regions a low percentage of clients go to preventive health check-ups. The respondents try to convince risk groups, however, they do not insist on risk groups to come. The respondents invite clients orally for preventive check-ups, it is not used to send invitations anymore. The clients must look after their preventive check-ups by themselves. The respondents try to act positively with clients and to be a good example to them. It has been also found out that the respondents take care of sufficient consumer articles and hygiene and epidemiology mode during the preventive check-ups. In the waiting room the respondents and dealers are in charge of raising patients’ awareness.

**Conclusion:** All the research questions were answered. The purpose of the Bachelor’s thesis was accomplished. Now, it will depend only on nurses and clients and their attitude to preventive health check-ups. As we say at work: “Prevention is better than cure.”

**Key words:** Preventive health check-ups, health and illness, primary care, personality of a nurse, sense of communication of a nurse

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce paní Mgr. Kláře Kubartové, za cenné rady, odborné vedení a pomoc při psaní této bakalářské práce. Především děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části této práce.

# Obsah

Úvod .....	12
<b>1. Současný stav</b> .....	13
<b>1.1 Zdraví a nemoc</b> .....	13
1.1.1 Základní determinanty zdraví .....	14
1.1.2 Podpora zdraví.....	15
1.1.3 Prevence nemoci.....	16
<b>1.2 Preventivní prohlídky</b> .....	17
1.2.1 Prevence v primární péči.....	19
1.2.2 Preventivní prohlídky u dětí a dorostu .....	20
1.2.3 Preventivní prohlídky u dospělých.....	24
1.2.4 Očkování .....	29
<b>1.3 Sestra v primární péči</b> .....	30
1.3.1 Osobnost sestry .....	32
1.3.2 Komunikace sester .....	33
1.3.3 Vzdělávání sester .....	35
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky</b> .....	37
2.1 Cíle práce .....	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
<b>3. Metodika</b> .....	38
3.1 Popis metodiky .....	38
3.2 Charakteristika souboru .....	39
<b>4. Výsledky</b> .....	40
<b>4.1 Vyhodnocení nestandardizovaného rozhovoru</b> .....	40
4.1.1 Kategorie poskytované informace o preventivních prohlídkách .....	41
4.1.2 Kategorie oslovení klientů na preventivní prohlídky .....	45
4.1.3 Kategorie role sestry.....	49
<b>5. Diskuze</b> .....	56
<b>6. Závěr</b> .....	62
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	63

<b>8. Přílohy</b> .....	69
-------------------------	----

## Úvod

Význam prevence pro zdraví jedince jistě není třeba vysvětlovat. Již v historických a náboženských pramenech z období starověku nalézáme řadu zajímavých preventivních opatření. Ve všech zemích světa přes různý přístup jednotlivých období i kultur byla postupně rozvíjena a specifikována. Komplex preventivních opatření je v současné době součástí všech významných programových dokumentů, které se týkají péče o zdraví jako nejcennější individuální i sociální hodnoty.

Vztah lékaře a sestry je velmi důležitým momentem pro chod ordinace. Právě ordinace praktického lékaře má historicky ze všech lékařských oborů a zdravotnického personálu nejbližší ke svým pacientům, se kterými prožívají dobré i zlé, včetně ukončení životů v domácích prostředích.

Je smutná skutečnost, že většina Čechů navštěvuje lékaře, když mají akutní obtíže či je trápí chronické onemocnění, preventivní prohlídky však zanedbávají. Zvýšený zájem o prevenci projevují pouze po upozornění mediálních kampaní například na rakovinu tlustého střeva.

Téma preventivní prohlídky z pohledu sestry jsem si vybrala, protože je toto téma stále aktuální a zajímalo mě, jaký názor na tuto problematiku mají právě sestry. Musím se přiznat, že v mé rodině i okolí jsou jedinci, kteří preventivní prohlídky nedodržují. Touto cestou a získanými poznatky od odborníků bych jim ráda připomněla, jak jsou preventivní prohlídky důležité. I když lidé netrpí žádnými problémy, měli by preventivně na prohlídky docházet.

V teoretické části se snažím o náhled do problematiky sester a jejich náplni při preventivních prohlídkách. Dále pronikám do oblasti harmonogramu preventivních prohlídek a dotknu se jejich konkrétních průběhů. Při zpracování vycházím z literatury české i zahraniční.

V praktické části se věnuji realizaci cíle, kterým zjišťuji úlohu sester při provádění preventivních prohlídek.

## 1 Současný stav

### 1.1 Zdraví a nemoc

Trvala dlouhá léta než lidé z doby kamenné dokázali identifikovat jedlé rostliny, kterými mohli léčit nemoci a mírnit horečky. Bylinná medicína patří mezi nejstarší vědecké tradice v lékařské praxi a i nadále zůstává důležitou součástí dnešní medicíny. Starověké Řecko, Řím a Egypt hrály v lékařské historii důležitou roli. Životy Řeků ovládali bohové, jejich vlivem byly vysvětlovány přírodní úkazy. Již starověcí řečtí lékaři se snažili najít přirozenou cestu k příčině úmrtí a nemoci. Hippokrates se stal jedním z nejslavnějších starověkých řeckých lékařů. Své medicínské postupy vyučoval na ostrově Kos kolem 400 let př.nl. Jeho Hippokratova přísaha dává široké základy lékařského principu dodnes. V 1. století před naším letopočtem byl v Číně napsán dokument popisující praxi akupunktury, jejíž základní tézí bylo, že proudění energie prospívá zdravému tělu. Teprve v letech 1919 až 1939 se přeneslo pokročení s důležitými prvky v historii medicíny. Hlavními podněty pokroku v lékařství byla léta mezi první a druhou světovou válkou ( 1, 2 ).

Ve společnosti lidstva se zdraví tradičně uvádí jako jedna z nejpreferovanějších hodnot, která je téměř ve všech érách a kulturách uznávána. Zpravidla jsou zdraví a nemoc ve společnosti pochopeny jako dvě striktně odlišené hodnoty, které jsou mezi sebou v ostrém kontrastu. Mnohorozměrným a komplikovaným problémem je však definování zdraví a nemoci. Jednoznačné vymezení těchto definic je pro některé autory nemožné. S postupem času se pojem zdraví obměňoval. V roce 1997 bylo vymezení zdraví upřesněno objevením jeho charakteristiky (3). Pojetí definice zdraví dle Křivohlavého zní : „ *Zdraví je celkový ( tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí* ” (4, s.17). Definice, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci, je v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO) od roku 1947 velmi používanou ( 3 ).

Rozsah zdraví určujeme dle míry sociální, tělesné a duševní pohody. Definice WHO z roku 1948 rozdělila koncepci zdraví do třech základních charakteristik, v první

řadě je to zájem o jednotlivce jako celistvou osobu, ve druhé řadě mluvíme o vzájemném vztahu mezi zdravím a prostředím a v neposlední řadě klade rovnítko mezi zdravím a kreativním, produktivním životem. Jedná se tedy o holistické pojetí zdraví. Kvalita života člověka je ovlivněna zdravím (5,6). Trefné vyjádření dřívějšího generálního ředitele WHO dr. Halfdana Mahlera znělo: „ *Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví stojí za nic* ” ( 5, s.16 ).

Nemoc podobně jako zdraví je popisována z více pohledů. O nemoci mluvíme jako o patologickém stavu, projevující se poruchou schopnosti buněk plnit svou funkci v souvislosti s morfoloickým poškozením buněk, orgánů i tkání. Jedná se tedy o narušenou adaptaci člověka a selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Regulační mechanismy se v průběhu nemoci mobilizují, jejich úsilím je navodit rovnováhu s vnitřním prostředím organismu. Různé dopady měly a mají ve společnosti stavy označované jako nemoci. S tímto stavem si postižený nese povinnosti v rámci omezení určené k ochraně ostatních, snahu navození zlepšení zdravotního stavu a pravomoc na pracovní neschopnost ( 4, 7 ).

### ***1.1.1 Základní determinanty zdraví***

Kladné i záporné působení nejrůznějších faktorů na zdraví člověka označujeme jako determinanty zdraví. Faktory jako dědičnost či faktory získané výchovou zahrnujeme do osobnostní výbavy jedince, jiné faktory jsou součástí jeho životního prostředí. V konečné fázi mají tyto faktory na zdraví vlivy biopozitivní, které se snaží zdraví upevňovat a bionegativní, které zdraví naopak oslabují ( 4, 7 ).

Determinanty zdraví rozdělujeme na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní determinanty patří genetické faktory. Již na počátku ontogenetického vývoje po splynutí pohlavních buněk rodičů, obdrží každý potomek dědičné vybavení. Mezi determinanty zevní, které mají podíl na zdravotním stavu zařazujeme působení životního prostředí, špatný lékařský dohled, špatnou životosprávu a sociální faktory ( 8 ).

Faktory ovlivňující zdraví můžeme z jiného úhlu pohledu rozdělit na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Rodinná a osobní anamnéza, pohlaví a věk patří mezi faktory, které se nedají ovlivnit. Naopak kouření, obezita, arteriální hypertenze, diabetes

mellitus, konzumace alkoholu a nedostatečná tělesná aktivita patří mezi faktory, které se ovlivnit dají. Mezi nejčastější příčiny smrti v České Republice patří kardiovaskulární choroby (50-60%), nádorové choroby zaujímají druhé místo (20-25%) a v poslední řadě jsou to úrazy (10%). Na vzniku těchto chorob se podle epidemiologického výzkumu podílí nesprávný životní styl (50-60%), dědičnost (10-15%), špatné životní a pracovní prostředí, (20-25%) nesprávná zdravotní péče (10-15%) ( 8, 4 ).

Sociální podmínky a podmínky existence člověka ve společnosti jsou podstatně ovlivněny zdravím. Mnoho nemocí je zapříčiněno obavami, pochybnostmi a nedostatkem sociální integrity. Kvalitu celého života určuje kvalita duševního a fyzického vývoje v dětství. Formování zdraví dospělého datujeme již v prvních měsících života v prenatálním období. Velmi nebezpečné je kouření matek, které opoždí růst a vývoj plodu. To se v dospělosti odráží na srdečně cévních, dýchacích, ledvinových a pankreatických funkcích. Následky spojené se sociální izolací jako ztráta zaměstnání, alkoholismus, ztráta domova a deprese, život dramaticky zkracují a zvyšují nemocnost. Jistota v zaměstnání naopak zajišťuje spokojenost, životní vyrovnanost a má vliv na zdraví. Rodiny nezaměstnaných a nezaměstnaní jsou ohroženi rizikem úmrtí a zvýšenou nemocností vázané na chudobu. Se sociálními a ekonomickými problémy je spojován stoupající počet kuřáků, konzumace drog a zvýšená spotřeba alkoholu ( 8 ).

*Zdraví 21* aneb zdraví pro všechny v jednadvacátém století bylo přijato v květnu 1998 světovým společenstvím. Struktura programu zdraví 21 se skládá z jednoho stálého záměru, ze dvou hlavních cílů, ze tří etických hodnot programů a ze čtyř základních postupů. Stálým záměrem programu zdraví 21 je umožnit všem dosažení plného zdravotního potenciálu ( 9 ).

### ***1.1.2 Podpora zdraví***

Způsobem našeho života můžeme předcházet vzniku a rozvoji hromadně se vyskytujících neinfekčních chorob. Většinou je dobrovolná expozice mnohým závažným faktorům, které můžeme redukovat či eliminovat. Kouření, nedostatečný pohyb, nesprávná strava, zvýšená konzumace alkoholu a nadměrný stres patří mezi nejzávažnější faktory, které poškozují zdraví. Ke snížení či eliminaci expozice těmto

preventabilním příčinám mnoha nemocí směřuje podpora zdraví. Na jednotlivá onemocnění je cíleně zaměřována prevence nemoci, zatímco snahou podpory zdraví, je dosažení takového způsobu života a stavu organismu, který je chápán jako zdraví. Zdravý životní styl je bezprostředním cílem podpory zdraví. Zejména sestry, které jsou v přímém kontaktu s pacienty mají nezastupitelnou roli v procesu intervencí ( 10 ).

V předškolním a školním věku dítěte je třeba vytvářet takový životní styl a chování, které podporují zdraví. Toto období je nejvhodnější pro upevňování postojů a návyků. Dítě žijící ve zdravě utvářených podmínkách, které vidí kolem sebe příklady zdravého chování, má přímé zkušenosti pro upevňování svých postojů ( 11 ).

Vkládání peněz do zdravotnických služeb není jedinou cestou vedoucí ke zdraví. Pro zlepšení zdraví celé populace včetně boje proti chudobě vyžaduje účast celé společnosti, odvětví a úrovní veřejné správy. Budou-li mezi sebou jednotlivé resorty vzájemně spolupracovat, může například potravinářský průmysl svými kvalitními potravinářskými surovinami ovlivnit zdraví člověka a redukovat obezitu. V posledních letech se zvyšuje vzájemná spolupráce resortů. Výzkum Institutu zdravotní politiky, ekonomiky a Světové zdravotnické organizace (WHO), který byl zaměřen na podporu zdraví v ČR ukázal, že prosazování principu podpory zdraví je na regionální úrovni. Přesto se za posledních deset let objevil pokles lidí, kteří pracují v oblasti podpory zdraví. ( 12 ).

### **1.1.3 Prevence nemoci**

Pojmy podpora zdraví a prevence na sebe úzce navazují. Mají celou řadu společných bodů včetně společných kořenů vzniku. Ale nelze oba tyto pojmy ztotožňovat. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, předcházení vzniku nemoci a k prodloužení délky života. Prevence se uskutečňuje na úrovni celé společnosti nebo u samotného jedince. Zaměření rozlišuje prevenci od podpory zdraví spíše v teorii než v praxi. Preventivní činnosti můžeme rozlišit na *obecné, nespecifické* zaměřující na podporu zdraví a na *specifické (profylaktické)*, které jsou zaměřené na prevenci či následky vzniku některé choroby ( 4, 8 ).

Podle časového hlediska prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální.



*Primární prevence* má za cíl chránit, posilovat zdraví a zabránit vzniku spolu se šířením nemocí. Komplexní, zdravotní a sociální opatření jsou ochranná. Orientují se na chránění především zdravých, životních a pracovních podmínek. Prosazují zdravý způsob života a konkrétní zdravotní opatření. Výchova ke zdraví má v prevenci významné místo, jejím cílem je zvyšování úrovně vědomostí o daném onemocnění s možností snižování jeho rizika v populaci.

*Sekundární prevence* má za cíl předcházení nepříznivým následkům a komplikacím již vzniklého onemocnění. Mezi hlavní prostředky této fáze patří včasná, účinná a preventivně zaměřená terapie spolu s včasnou a správnou diagnózou.

*Terciální prevence* má za cíl obnovení ztracené či omezené funkce organismu, aby se člověk mohl sám o sebe postarat, byl soběstačný a mohl plnit své běžné role, kterými by byl znovu zapojen do pracovního procesu. Do této fáze zahrnujeme rehabilitaci. Jedná se o návratnou péči, která se dělí na *léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální* ( 4, 6 ).

## **1.2 Preventivní prohlídky**

Lékařské vyšetření existuje 60 let a má velmi bohatou historii. Jeden z nejstarších screeningových programů je screening psychiatrických poruch, který byl objeven v armádě spojených států. Divize psychologie v rámci lékařského oddělení armády Spojených států v roce 1977 uskutečnila první testy mentality pro důstojníky. Mezi první screeningový test řadíme Wassermanův test na syphilis, který byl objeven v roce 1917. Jeho citlivost a specifita byly známé na počátku 20 století. Během první světové války byly k dispozici sérologické testy, ale léčba dosud nebyla možná. V roce 1944 byl k dispozici ve spojených státech penicilin, který byl přednostně využíván pro vojenské účely. Testy na hladiny glukózy v krvi a moči se začaly intenzivně používat od roku 1940. Zařadily se tím mezi první příklady formy screeningu.. Nejčastějším zhoubným nádorem postihující západní Evropu v polovině 19. století byl nádor děložního čípku. Po druhé světové válce byl vyvinut cytologický test děložní rakoviny, proto zvýšená incidence a úmrtnost poklesly. Screening rakoviny děložního čípku pomocí testu Pap řadíme historicky mezi největší úspěch v této oblasti. Screening

rakoviny prsu datujeme od roku 1960, kdy se mamografický screeningový test stal dostupným ( 13 ).

Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění poruchy či ohrožení zdraví. Mezi druhy preventivních prohlídek řadíme všeobecné praktické lékařství. Poskytovatelem se stává registrující lékař ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství. Každý pacient by měl absolvovat jedenkrát za dva roky všeobecnou preventivní prohlídku. Mezi druhou preventivní prohlídku řadíme praktické lékařství pro děti a dorost. Poskytovatelem se stává registrující lékař ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství. Novorozenci, kojenci, batolata mají prvním rokem života devětkrát právo na pediatrickou preventivní prohlídku. Poté v osmnácti měsících, ve třech letech a dále jednou za dva roky. Další preventivní prohlídkou je zubní lékařství. Poskytovatelem je registrující ambulantní péče v oboru zubní lékařství. Do osmnácti let jednou za půl roku má každý občan nárok na stomatologickou prohlídku. Žena v těhotenství dvakrát během gravidity a člověk v dospělosti každý rok. Poslední preventivní prohlídka je v oboru gynekologie a porodnictví. Poskytovatelem se stává registrující lékař ambulantní péče v oboru gynekologie a porodnictví. Dívky od 15 let a dále každým rokem by měly navštěvovat gynekologického lékaře. Povinností gynekologa a praktického lékaře v rámci preventivních prohlídek je také zajistit mamografické vyšetření pro ženy jednou za dva roky od 45 let. Další jejich povinností je pacientům, kteří dosáhli od 50 do 55 let věku v jednoročním intervalu provést speciální test, který odhalí skryté krvácení ve stolici, od 55 let věku poté vyšetření provádí ve dvouletých intervalech ( 14, 15 ).

Zákonnou normou je vyhláška č. 70/2012 Sb. nabývající účinnosti dnem 1. dubna 2012, která upravuje preventivní prohlídky a dále vyhláška 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, ve které je definováno provedení preventivní prohlídky jejichž péče je provedena v rámci hrazení zdravotního pojištění a pojištěnec na ní má zákonný nárok. Sestry tak nemají právo zvat pojištěnce na preventivní prohlídky ( 15, 16 ).

### ***1.2.1 Prevence v primární péči***

Ke kvalitě zdraví a života lidského jedince významně a prokazatelně přispívá primární prevence. Primární zdravotní péče plní hlavní funkci v každé vyspělé zemi a je součástí zdravotnického systému. Především se jedná o první kontakt pacienta se zdravotnickým systémem. Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje význam primární péče v různých dokumentech. Zodpovědný a aktivní přístup v prevenci sehrává role praktického lékaře a všeobecné sestry provázející pacienta v systému zdravotní péče po celý život. Svým pacientům by praktický lékař i všeobecná sestra v jeho ordinaci měli být průvodci ve zdraví a nemoci, provádět prevenci, poskytovat léčbu nebo zprostředkovat odbornou či následnou léčbu v případě nemoci a sociální péči. Důvěra a vzájemný osobní respekt je základ pro jejich vztah k pacientům a naopak. Praktičtí lékaři a všeobecné sestry se ve svých ordinacích setkávají s nepřenositelnými nemocemi hromadného výskytu, které celosvětově ohrožují lidskou populaci, na kterých se podílejí vlivy genetické, vlivy životního prostředí a životního stylu. Mezi nejčastější patří choroby kardiovaskulární, neurodegenerativní, onkologické, metabolické či úrazy a psychické onemocnění. ( 17 ).

I přes pozitivní vývojové trendy některých ukazatelů zdravotního stavu, zdravotní stav populace ČR ukazuje na nízkou efektivitu prováděné prevence, v protikladu s vysokým počtem preventivních prohlídek. V posledních 25 letech se preventivní přístupy v rozvinutém světě zaměřují na snížení výskytu nejčastějších civilizačních onemocnění. Sledujeme snížení kardiovaskulárních onemocnění ve středním a mladším věku spolu se snížením výskytu onkologických onemocnění. V současné době mezi základní postupy patří včasné odhalení a léčení diabetes mellitus, hypertenze, hyperproteinemie a obezity. Metody molekulární genetiky přinášejí zcela nový rozměr do problematiky, týkající se prevence. Zvýšenou pozornost je možné věnovat potenciálně nemocným již řadu desetiletí před vznikem choroby, pomocí metody molekulární genetiky ( 18 ).

### ***1.2.2 Preventivní prohlídky u dětí a dorostu***

Země, která důsledně dbá na prevenci má nejlepší lékařskou péči. Systém preventivních prohlídek u dětí se z minulosti stal dobře propracovaným. Proti nemocem bojuje pravidelným vyšetřováním, očkováním a správnou výchovou obyvatelstva v péči o své zdraví ( 19 ).

O dětské pacienty se v primární sféře starají dětský lékař a dětská sestra, která by měla znát dělení dětského věku, protože jednotlivá období mají svou charakteristiku a vývoj. Její nutností je také znát normální projevy zdravého dítěte, které se týkají psychomotorického vývoje. Důležitým úkolem sestry v rámci prevence je získání důvěry dítěte, odstranit jeho strach a obavy z vyšetření tak, že mu podle jeho rozumových schopností srozumitelně vysvětlí průběh vyšetření a tím zajistí vzájemnou spolupráci. Závěrem je důležité pochválení dítěte sestrou a obdržení obrázku či omalovánky. Dítě se tak bude do ordinace těšit a za odměnu sestřičce a lékaři donese vlastnoručně kreslený obrázek či přednese básničku ( 20 ).

Díky těmto pravidelným a četným návštěvám lékaře můžeme včas zachytit vývojové a funkční poruchy dítěte s včasnou a účinnou léčbou. Kromě jiných se lékař zaměřuje na váhu a výšku, rozvíjení pohybových aktivit, řeči, sluchu a provádí prohlídku zraku. Očkování je součástí preventivních prohlídek včetně sledování jejich reakcí. Matka v porodnici obdrží zdravotní a očkovací průkaz pro novorozence, do kterého se může zapisovat stav novorozence po odchodu z porodnice a dále zaznamenáváme důležité informace praktickému lékaři, přebírající péči o novorozence ( 19 ).

*První vyšetření novorozence* probíhá doma po příchodu z porodnice. Doručená dokumentace z novorozeneckého oddělení by měla obsahovat konkrétní perinatální záznamy. Lékař získá anamnézu od obou rodičů, zaměří se na porod a jeho průběh, okolnosti během porodu a po porodu. Povinností sestry je hodnotit sociální úroveň rodiny, její celkový stav a adaptaci na prostředí. Sestra také novorozence zváží a zaměří se na úbytek jeho hmotnosti. Dále hodnotí jeho celkový stav, zda má kůže svůj charakter a barvu, vyšetří oči, ústa, pupečník, genitálie a psychomotorický vývoj včetně reflexů novorozence. Sestra a lékař zjistí, zda už je dítě kojeno. Edukují maminku o

nezbytnostech a výhodách kojení pro oba. Sestra dále zkontroluje techniku a polohu kojení a maminku edukuje o močení a jeho frekvenci. Maminka dostane informace od sestry o jídelníčku a jeho správném složení potravin spolu s dostatečným množstvím tekutin při kojení. Důležitým prvkem je předepsání vitamínu K, který se podává jako prevence krvácivé nemoci u novorozence. Úkolem lékaře bude poučit rodiče o jeho významnosti a četnosti používání. V domácím prostředí do tří měsíců života rodiče podávají každý den kapku. Pokud lékař a sestra nepochybují o zdravotním stavu dítěte, rodiče od sestry obdrží ordinační hodiny a kontakt na lékaře. Poté sestra pozve novorozence za 14 dní na další prohlídku a provede zápis do zdravotní dokumentace o návštěvě ( 19, 20 ).

*Prohlídka ve 14 dnech života* poprvé probíhá v dětské ambulanci, obsahuje posouzení celkového stavu dítěte včetně výživy. Lékař začne s podáváním vitamínu D jako prevence pro onemocnění křivice a pro správnou stavbu i růst kostí. Sestra vždy posoudí výšku a váhu novorozence spolu s obvodem hlavy, posoudí celkový vzhled a naměřené hodnoty zapíše do očkovacího průkazu. Od 14 dnů věku novorozence se zahajuje podávání vitamínu jedné kapky každý den až do roku života dítěte. Sestra vždy ochotně informuje rodiče o nejasnostech, které se týká ošetření, kojení, výživy a očkování (19, 20 ).

*Prohlídka v 6 týdnech věku* se zaměřuje na psychomotorický vývoj a na odhalení v jeho hrubších odchylek. Sestra dle věku dítěte edukuje maminku o složení stravy a jeho přípravy, zavedení ovocných a zeleninových příkrmů s postupným přechodem na smíšenou stravu. Lékař kontroluje zrak dítěte na blízké osoby a předměty. Ultrazvukové vyšetření a druhé vyšetření kyčlí by mělo být provedeno v tomto období věku dítěte. V porodnici či po propuštění probíhá první vyšetření kyčlí. ( 19, 21 )

*Prohlídka ve 3 měsících věku* je mezníkem v pohybových dovednostech a ve vývoji dítěte. Lékař se zaměřuje na držení hlavičky a kontroluje zhojení jizvy. Pro sestru je důležitá evidence očkování a zvaní dětí ve správných časových intervalech. Úkolem sestry je edukovat matku o očkovací látce a jejich vedlejších účinků. Do dokumentace a do očkovacího průkazu dítěte vše zapisuje. Screeningový program obnáší 3. ortopedické vyšetření. Dítě už nemusí být ortopedem sledováno, pokud je vše v pořádku ( 19, 21 ).

*Prohlídka ve 4-5 měsících* je zaměřena především na sluchové ústrojí. U novorozence se může objevit porucha sluchu v souvislosti s nedonošeností, s nitroděložní infekcí, která je vrozená. Je problém zjištění vad sluchu do třech měsíců. Za zvukem se dítě otáčí od 6 měsíců. V porodnici je sluch vyšetřen u nedonošenců, ale také u zdravých donošenců. Cílem je rozšíření tohoto vyšetření v co největším počtu porodnic ( 19 ).

*Prohlídka v 6 měsících* by měla být směřována k zubnímu lékaři v souvislosti s prvním prořezáváním zoubků. Lékař posuzuje celkový stav spolu s pohybovou aktivitou.

*Prohlídka v 8 měsících* zaujímá sluchové vyšetření a kontrolu prořezávání zoubků. Sestra upozorní rodiče na první návštěvu zubaře. Mamince sestra ukáže techniku čištění zoubků po prvním prořezání. Lékař sleduje další pohybový vývoj. Plazení a lezení je mezníkem v tomto období ( 19, 20 ).

*Prohlídka v 10-11 měsících* je zaměřena především na pokroky v pohybovém ústrojí.

*Prohlídka jednoho roku dítěte* obsahuje zhodnocení růstu spolu s tělesnou hmotností, stavem výživy, chůzí a vývoj řeči (19).

*Preventivní prohlídka v roce a půl* je zaměřena na hodnocení správného zrání dítěte. Dochází k uzávěru velké fontanely. Dochází k časovému rozmezí v pravidelných prohlídkách od 3 do 17 let, věnující se laboratorním hodnotám krve, moče, růstu, hmotnosti a stavu výživy. Sestra musí dbát na pozvání dětí k preventivním prohlídkám v určitých časových intervalech. Při každé prohlídce provádí kontrolu výšky a hmotnosti, měří krevní tlak, pro orientaci vyšetřuje zrak, sluch a vezme si vzorek moči. Důležitá je správná životospráva, o které pohovoří s rodiči ( 19, 21 ).

*Preventivní prohlídka ve 3 letech* se věnuje vyšetření smyslových orgánů, rozvoji řeči, schopnost hrát si v kolektivu a zjišťuje, zda je dítě pravák či levák. Dítě ve třech letech umí být velmi obratné a šikovné (19).

*Preventivní prohlídka v 5 letech* je zaměřena na posouzení školní zralosti, popřípadě zvažování lékaře a dalších odborníků k odložení školní docházky. V tomto věku by dítě mělo mít upevněné hygienické návyky. Při problémech s pomočováním by mělo být sesláno k nefrologovi. Dítě má znát barvy.

*Preventivní prohlídky v 7,9,11 a 13 letech* se zaměřují na tělesný a duševní růst a vývoj. Důležitým znakem lékaře je sledování vývoje puberty včetně rozvíjení druhotných

pohlavních znaků, sleduje pohybový aparát v souvislosti s vadným držením těla, vyšetřuje štítnou žlázu, sluch, barvocit a zrak. Pokud se v rodině vyskytuje kardiovaskulární onemocnění, kontroluje lékař hladinu cholesterolu a tuku v krvi. Sestra zdůrazňuje u 11 letých dětí zkoušku TBC prováděnou kalmetizačním střediskem ( 19, 21 ).

*Preventivní prohlídky v 15, 17 a 19 letech* jsou shrnutím vývoje dosavadního dětského organismu. Budoucí volbě povolání napomáhá lékař. Poslední výstupní prohlídka, která se koná před dovršení 19 let zhodnocuje zdravotní stav dítěte před převedením do ordinace praktického lékaře pro dospělé. Sestra zdůrazňuje u 15 letých děvčat první návštěvu gynekologického lékaře ( 19, 21 ).

Sestra v rámci preventivní péče zve chronicky nemocné děti a tělesné nebo mentálně postižené na dispenzární prohlídky. Lékař při takovýchto prohlídkách zjišťuje zdravotní stav spolu se sociálními potřebami dítěte. Dětská sestra a lékař spolupracují s rodiči kvůli poučení na žádosti sociálních dávek a invalidního důchodu. Kromě tohoto úkolu má také sestra na starost ordinaci lékaře. Její povinností je dbát na dostatečné množství pomůcek k odběrům, žádanek k tomu určených, dostatečné množství obvazového materiálu, jednorázového a ochranného vybavení s dezinfekčními prostředky. V intervalech k tomu určených provádí dezinfekci, úklid lékové lednice spolu se základní a pohotovostní lékárnou, provádí kontrolu expirace léků. Lékaře upozorní na léky potřebné k doplnění. Úklid ordinace, dezinfekci použitých předmětů, hraček a povrchů provádí po skončení ordináčních hodin. Na další den zkontroluje a připraví nástroje na instrumentačním stolku, také změří teplotu v lékové lednici. Vzdělávání dětské sestry prostřednictvím seminářů a školení o nových diagnostických a léčebných postupech v pediatrii patří mezi povinnosti dětské sestry (21) .

*Zubní preventivní prohlídka* se provádí u dětí do jednoho roku mezi šestým až dvanáctým měsícem jedenkrát ročně. U dětí a dorostu od 1 roku do 18 let věku dvakrát ročně zpravidla 5 měsíců po uplynutí poslední preventivní prohlídky. Při přijetí do péče se zakládá zdravotnická dokumentace. Anamnéza je především založena na vývoji orofaceální soustavy ve věku 3, 6, 12 a 15 let. Vyšetření prohlídky zahrnuje stav chrupu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stav paradontu a anomálií v postavení

zubů a čelistí. Onkologická prevence pátrá po přednádorových změnách a projevech nádorů na chrupu, paradontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku. Důležité je poukázání na významnost prevence stomatologických onemocnění, správnost dodržení hygieny dutiny ústní, správnost stravovacích návyků, významnost prevence fluoridů v souvislosti s rizikem zubního kazu a přenosu kariogenních mikroorganismů. Všeobecná sestra úzce spolupracuje se zubním lékařem. Zajišťuje správné nástroje a vybavení, které je zubnímu lékaři k dispozici. Přípravuje materiály vyžadující zubní lékař, sterilizuje použité nástroje. Sestra je zodpovědná za sterilizaci ordinace a nástrojů a za riziko výskytu infekce. Dále zpracovává rentgenové snímky, domlouvá objednávky a zve pacienty do ordinace ( 32, 22 ).

### ***1.2.3 Preventivní prohlídky u dospělých***

*V oboru praktický lékař pro dospělé* provádíme všeobecnou preventivní prohlídku vždy jednou za dva roky, po provedení poslední všeobecné preventivní prohlídky se zpravidla jedná o uplynutí 23 měsíců. Registrační poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství je poskytovatelem provádění preventivních prohlídek. Všeobecná preventivní prohlídka zahrnuje sběr anamnézy s doplněním sociální anamnézy zaměřující na profesní rizika a rizikové faktory. V rodinné anamnéze se zabývají výskytem kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků, nádorových onemocnění včetně výskytu závislostí. Lékař i sestra kontrolují očkování tetanu a provádí fyzikální vyšetření se změřením krevního tlaku, vyšetření zraku a sluchu se zjištěním BMI. Onkologická prevence je součástí preventivních prohlídek. Se zhodnocením onkologických rizik se provádí vyšetření kůže a per rectum vyšetření. Vyšetření varlat se provádí při pozitivní rodinné anamnéze u mužů. U žen od 25 let se provádí klinické vyšetření prsu s poučením o jeho samovyšetření při pozitivním výskytu zhoubného nádoru prsu v rodinné anamnéze. Součástí preventivních prohlídek je také vyšetření moči pomocí diagnostických papírků. Dále také laboratorní vyšetření celkového plazmatického cholesterolu, triglyceridů a plazmatických lipoproteinů ve věku 18, 30, 40 a 60 let. Laboratorní vyšetření glykémie se provádí v 18 letech a dále ve dvouletých intervalech od 40 let věku. Vyšetření EKG



se provádí ve věku 40 let a čtyřletých intervalech. Od 50 let věku se stanovuje speciální test okultního krvácení ve stolici, jednou za 10 let je možné provést screeningové vyšetření tlustého střeva, které se provádí od 55 let věku. U žen od 45 let věku lékař ověřuje výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let (14, 4).

Role sestry zahrnuje poskytování zdravotní péče v souladu se standardy a právními předpisy, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim, stará se o zdravotnickou dokumentaci, opakuje lékařovy pokyny pro větší upřesnění, provádí vzdělání dalšího zdravotnického personálu, připravuje standardy praxe, dbá o dostatečné množství tiskopisu, ochranných pomůcek a jejich dezinfekci i sterilizaci. Zajišťuje materiál potřebný k ošetření, kontroluje chod přístrojů a zajišťuje jejich opravy, v čekárně vytváří příjemné a estetické prostředí zajištěné letáky, brožurami, časopisy, obrázky (23).

Samostatně sestra bez indikace lékaře v souladu s jeho stanovenou diagnózou sbírá anamnézu, hodnotí rizikové faktory, potřeby, úroveň soběstačnosti a projevy onemocnění. Hodnotí a sleduje také fyziologické funkce pacienta, vyšetřuje biologický materiál odebraný z kapilární krve neinvazivní cestou, dále vyhodnocuje a ošetřuje stav kůže spolu s chronickými rány, ošetřuje permanentní katetr spolu s centrálními a periferními vstupy, provádí rehabilitační ošetřování v rozsahu polohování a posazování, dále má v kompetenci provádět dechová cvičení a metody bazální stimulace. Provádí nácvik sebeobsluhy, edukuje blízké i pacienta a připravuje informační podklady. K diagnostickým a léčebným procedurám také připravuje pacienty a zajišťuje jejich psychickou podporu při umírání.

U pacienta v jeho sociálním prostředí a za indikace lékaře provádí návštěvu, podává léčivé látky s výjimkou nitrožilních injekcí a infúzí u dětí do věku 3 let. Dále zajišťuje kyslíkovou léčbu, provádí orientační vyšetření biologického materiálu a jeho odběr. Screeningové a depistážní vyšetření je také její povinností. Ošetřuje akutní operační rány, pečuje o drény, močové katetry a vyplachuje močový měchýř. Vyměňuje tracheostomické kanyly, ošetřuje a zavádí nasogastrické sondy (23).

K sestře nemyslitelně patří humanita a empatie, proto aktivně komunikuje s pacienty, které uklidňuje, podporuje, edukuje, dodává jim odvalu, pocit sebejistoty a

provádí instrukce před vyšetřením. Profesionální sestra musí vytvářet příjemné prostředí v čekárně i ordinaci (23).

Administrativní činnost sestry spočívá v kompletaci, přebírání a přípravě zdravotnické dokumentace, vypisuje nové obálky u nového pacienta, kterého registruje. Provádí výpis žádanek na vyšetření a zakládá ošetrovatelské zprávy a výsledky, vypisuje formuláře o pracovní neschopnosti pacienta. Inkasuje platby v hotovosti a vystavuje faktury za vyšetření, které lékař provedl. Dále přebírá a odesílá poštu a vede údaje o statistice.

Setra jako asistentka praxe je povinna zajistit plynulý a řádný chod ordinace. Informace poskytuje lékaři i pacientovi. Pro identifikaci pacienta sbírá jeho data a kontakty. Připraví pacienta na vyšetření a vysvětlí mu domácí přípravu, plánuje setkání pacienta a lékaře.

Velmi důležitou roli sestry a lékaře v rámci upevňování zdraví hraje edukace. Měla by být jednoduchá, tak aby jí klient pochopil, opakovaná - při každém setkání, a také podle stavu emocí klienta citlivá. Mezi hlavní zásady edukace patří vysvětlování problému a ověření porozumění klienta, sledovat emoční stav a naplánovat plán léčby, vysvětlení režimu léčby, ověření, zda klient všemu porozuměl, popřípadě podat informační materiál (23).

*V oboru stomatologie pro dospělé* po uplynutí 11 měsíců od provedení poslední preventivní prohlídky se prevence provádí jedenkrát ročně. Zubní lékař vyšetří stav chrupu, paradontu a stav měkkých tkání dutiny ústní. Na pátrání po přednádorových změnách a nádorových projevech na chrupu, paradontu, čelistech a měkkých tkání obličeje a krku je zaměřena prevence onkologická. Dále zubní lékař poučí jak správně provádět hygienu dutiny ústní. V současnosti získala dentální hygiena v oblasti péče stomatologické nezastupitelnou roli. Pokud má klient problémy s krvácením dásní a na zubech se mu tvoří kámen, zasílá stomatolog pacienta k dentální hygienistce, které si všímá úrovně orální hygieny, při sondáži krvácení gingivy, zubního kamene a poškození závěsného aparátu zubního s paradontitidou. Instruuje dentální hygienu a motivuje pacienta k péči o chrup v domácím prostředí. Edukuje klienta o důležitosti hygieny dutiny ústní a seznamuje ho s pomůckami jako je velikost mezizubního

kartáčku, dentální nit, pasty, masážní gely na dásně a jejich správné použití, které nacvičí s pacientem ( 14, 24 ).

*V oboru gynekologickém* lékař provádí preventivní prohlídky u dívek od 15 let života jedenkrát ročně po uplynutí 11 měsíců od poslední preventivní prohlídky. Sestra spolupracující s lékařem by se měla vzdělávat v tomto oboru a předávat nové informace kolegům a pacientkám. Dětská gynekologie je její součástí. Role sestry je obdobná roli v pediatrické ambulanci. Rozhovor sestry je veden v první řadě s rodičem. Pohovor je veden k obsáhlosti vědomostech dítěte o gynekologickém vyšetření. Sestra pacientku připraví psychicky i fyzicky, sebere rodinou i osobní anamnézu a lékaři u vyšetření asistuje. Sestra může rodičům podat informace o správných návycích hygieny pacientky. Antikoncepce žen patří mezi největší důvod návštěvy lékaře, proto je nutná znalost sestry o dostupnosti různých preparátů. Dále sestra sleduje jejich snášenlivost u pacientek a sleduje tlak, váhu, pravidelnost menstruace, pokud je vše v pořádku jednou za dva roky pozve pacientky na kontrolu jaterních testů. Současně také hlídá pravidelné návštěvy lékaře. Sestra lékaři asistuje při aplikování nitroděložních i podkožních implantátů. Další specifickou rolí sester je edukování žen s problémy mykóz, bolestí v podbříšku a urologickými obtížemi. V období menopauzy by měla sestra sledovat krevní tlak, váhu, jednou ročně jaterní testy, cytologii, ultrazvukový nálezn a jednou za dva roky mamografické vyšetření. Edukace těhotných patří mezi další povinnosti sester. Maminky by měly absolvovat předporodní kurzy. Lékař indikuje pravidelné odběry, měření pánve, kontrolu váhy, tlaku, orientační vyšetření moči a kontrolu otoků. Sestra lékaři asistuje při ultrazvukovém vyšetření těhotných ( 25 ).

Lékař při přijetí zakládá zdravotnickou dokumentaci. Od pacientky obdrží rodinnou, pracovní a osobní anamnézu se zaměřením na rizikové faktory. Při pozitivní rodinné anamnéze zhoubného nádoru prsu provádí od 25 let jeho klinické vyšetření. Zaměří se na palpační vyšetření mizních uzlin v oblasti pohlavního ústrojí a prohlídku kůže. Dále prohlídka zahrnuje kolposkopické vyšetření a vyšetření pomocí zrcadel, toto vyšetření spolu s odběrem vzorku děložního čípku na bakteriologické, cytologické či virologické vyšetření neprovádíme u virgo žen. Lékař poučí o důležitosti preventivní

protirakovinné prohlídky s nácivkem samovyšetření prsu a doporučí ženám od 45 let screeningové mamografické vyšetření v intervalu dvou let ( 14 ).

*Závodní preventivní péče* je účelem posudku zdravotní způsobilosti k práci. Znalost zdravotních nároků konkrétní práce včetně pracovního prostředí a pracovních podmínek je podkladem pro zodpovědné zhodnocení zdravotního stavu při lékařské prohlídce. Při vstupních, periodických, řádových a mimořádných preventivních prohlídkách se posuzuje zdravotní způsobilost. Mezi závodní preventivní péči zahrnujeme *vstupní lékařskou prohlídku*, kterou vykonává jedinec před nástupem do nového pracoviště, nebo při převádění zaměstnance do zaměstnání vyššího stupně rizika. *Periodickou lékařskou prohlídku* lékař provádí za účelu vývoje zdravotního stavu probíhající na konkrétním pracovišti, včasný záchyt poškození zdraví z práce vypátráme cílenými dotazy a vyšetřeními. Je prováděna u zaměstnanců v pravidelných intervalech. *Řádová prohlídka* je prováděna u nerizikových pracovišť zaměstnanců jedenkrát za 5 let do 50 let věku a jedenkrát za 3 roky nad 50 let věku, mimořádnou lékařskou prohlídku provádí lékař z určitého důvodu v termínu mimo než je periodická kontrola, při závažných hygienických nedostacích může být prohlídka nařízena rozhodnutím orgánu veřejného zdraví nebo může být žádaná ze strany zaměstnavatele po pracovním úrazu, či po pracovní dlouhodobé neschopnosti. *Výstupní prohlídka* je prováděna u zaměstnavatele před ukončením zaměstnání a před ukončením zaměstnání z důvodu převodu do zaměstnání se zdravotní náročností, která je nižší. Následná prohlídka se provádí v souvislosti včasného zachycení onemocnění, které se vázalo na práci i po ukončení pracovní činnosti delší doby. Posudek o zdravotní způsobilosti k určité práci je výsledkem lékařského vyšetření.( 26, 27 ).

S platností 1.4.2012 se výkony závodní preventivní péče a související vyžádaná péče z veřejného zdravotního pojištění neuhrazují. Závodní preventivní péče je hrazena zaměstnavatelem (28).

#### **1.2.4 Očkování**

Infekční nemoci doprovázejí lidstvo už odpradávná. Lidé byli bezmocní při výskytu epidemií jako cholera, pravé neštovice, dětská obrna a chřipka. Tyto epidemie

zamořily celé populace. Situaci dramaticky změnilo očkování, které se vyvíjelo velmi pomalu. Koncem 18. století pocházejí záznamy o prvních pokusech očkování Edwardem Jennerem. O sto let později francouzský bakteriolog, zakladatel mikrobiologie, imunologie a stereochemie Louis Pasteur vyzkoušel první vakcínu proti sněti slezinné a vzteklině ( 31, 29 ). Prevence očkování infekčních onemocnění má v ČR dlouhou tradici. Proti pravým neštovicím, které zapříčinily většinu úmrtí v Evropě, se u nás na základě císařského dokumentu v roce 1821 začalo očkovat. V ČR je vakcinologie na vysoké úrovni ( 31 ).

Vpravení očkovací látky do organismu s cílem vyvolání či zvýšení jeho obranyschopnosti proti konkrétnímu infekčnímu původci onemocnění nazýváme očkování. V České republice je zákon upravující očkování č.258/2000 Sb, o ochraně veřejného zdraví, který stanovuje pravidelnost očkování všech obyvatel dlouhodobě pobývajících na území našeho státu. Očkovací kalendář je označován jako věkové schéma pravidelného očkování. Z pohledu právního očkování dělíme na očkování legislativně vázané zahrnující očkování pravidelné, zvláštní a mimořádné, očkování při úrazech, poraněních a očkování dané zákonem, které je hrazeno státem. Vyžádané očkování musí být hrazeno žadatelem (30, 32 ).

Očkování u dětí prošlo řadou změn. Jednou z nich je očkování proti tuberkulóze, kdy byla zrušena vakcinace všech novorozenců a očkovány jsou pouze děti, které mají potenciální riziko vzniku onemocnění, pomocí dotazníku vyplněného v porodnici. Naopak u všech adolescentů byla zavedena revakcinace proti pertussi, tetanu a záškrty, kde se také nově přeočkovává od 10 let věku. Proti pneumokokům byla hrazena dobrovolná vakcinace a u dívek 13 let také HPV infekce od 1. dubna 2012. Hexavalentní vakcínu používáme u dětí proti chorobám způsobeným *Haemophilus influenzae* typu B dále proti tetanu, záškrty, pertussi, hepatitidě B a dětské přenosné chorobě. V současné době jsou některé očkovací látky velmi nebezpečné, proto se vyskytují negativní ohlasy. Po každé vakcinaci se může objevit vedlejší reakce, která je většinou přechodná a mírná, oproti tomu závažné reakce jsou velmi vzácné ( 32 ).

Mezi celoplošně povinné vakcíny zahrnujeme *Infanrix hexa* ve věku 3,4,5 a 12 měsíců proti záškrty, tetanusu, pertussi, poliomyelitidě, žloutence B a *Haemophilus*

influenzae B, dále *Priorix* ve věku 15, 21-25 měsíce proti příušnicím, spalničkám a zarděnkám, dále *Infanrix* ve věku 5 let jedna dávka proti záškrtu, tetanusu, pertussi, dále *Boostrix Polio* od 10 let do 11 let jedna dávka proti záškrtu, tetanusu, pertussi a poliomyelitidě ( 33 ).

Koordinace dětského lékaře a kvalifikované všeobecné sestry je nezbytností k správné funkci očkování. Náplní sestry je dohlížení nad očkovaním a pravidelným zvaním děti na termíny k tomu určené, dále plánují počet očkovacích látek, dohlíží nad jejich expirací, uskladněním a také i na vlastní manipulaci a aplikaci. Důležité je vlídné přijetí a odměnění dítěte obrázkem. ( 34 )

### **1.3 Sestra v primární péči**

Sestry představují největší skupinu zdravotnických pracovníků. Toto povolání obnáší fyzickou a psychickou zátěž, na kterou může fungování organismu špatně reagovat. Fyzikální, emocionální a psychosociální stresory bývají u sester běžným výskytem, proto vykonávání tohoto povolání vyžaduje dobrý zdravotní stav a dostatečnou odolnost vůči těmto působením. Zdraví je ovlivněno bio-psych-sociálními faktory a hlavní podstatou práce sester je porozumět jim. Služby sester jsou poskytovány klientům všech věkových kategorií v průběhu celého života. Edukace klientů a poskytování informací o jejich zdravotním stavu v rámci primární, sekundární a terciální prevenci je základem práce sester. Důležité je, aby sestry samotné nezapomínaly na udržování, podporu a prevenci svého zdraví ( 36).

Zajišťování a udržování zdraví obyvatel je podstatným úkolem sestry, která je prostředníkem poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče, zejména pro rizikové skupiny. Mezi významné role sester, které vycházejí z rozmanitých vykonávaných činností zahrnujeme edukování jedince a komunity, diagnostiku a postup vedení případu, koordinování péče mezi poskytovateli a obstarání sociálních služeb, poskytování specifických zásahů ošetrovatelské péče, obstarání dostupnosti 24 hodin a zajištění rovného postoje k ošetrovatelské péči. V neposlední řadě jsou velmi významné osobnostní a charakterové vlastnosti jako je flexibilita, spolehlivost, komunikativnost a schopnost empatie, které by u sestry primární péče neměly chybět (37).

Do oblasti primární péče také zahrnujeme agentury domácí péče. Jedná se o obor, který se neustále rozvíjí. Odkrývá péči o nemocného spolu s upevňováním, prevencí a posilováním zdraví v jeho sociálním prostředí. Velmi náročná je práce domácí péče pro sestru ve smyslu spolupráce ošetřovatelského týmu a jeho různorodosti a ve vztahu k rozsáhlým ošetřovatelským intervencím. Dokumentaci, která je velice podrobná, musí sestra věnovat obzvláště velkou pozornost. Největší pozornost sestry je ošetřovatelská péče o pacienta a edukace rodinných příslušníků. Ve prospěch klienta musí být vždy zaměřená práce, podpora a pomoc sestry v domácí péči. Zvýšená schopnost spolupráce pacienta včetně jeho rodinných příslušníků a komplexnost služeb je základem úspěchu práce sestry v domácí péči (37, 38).

Komunitní sestra se také podílí na primární péči. Jedná se o zdravotnického pracovníka nelékařského oboru se specializovanou způsobilostí. Tento pracovník poskytuje, řídí a organizuje samostatně ošetřovatelskou péči spolu i s vysoce specializovanou péčí. Ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců a skupin osob se podílí na péči preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační či dispenzární. Mezi kompetence komunitní sestry patří analyzování zdravotní a sociální situace jednotlivců či skupin osob v jejich vlastním sociálním prostředí, koordinování poskytování ošetřovatelské péče, z hlediska ošetřovatelské péče analyzuje zdravotní a sociální situaci pacientů a blízkých osob. Na základě indikace lékaře se také komunitní sestra bez odborného dohledu podílí na zdravotních rizicích jednotlivců či skupin ve vlastních sociálních zařízeních a jejich hodnocení. Pro veřejnost se podílí na zajišťování zdravotní osvěty, organizuje preventivní prohlídky a připravuje vyšetření a očkování (39).

### ***1.3.1 Osobnost sestry***

Společně s rozvíjením ošetřovatelství se měnila role sester. Řízení a poskytování ošetřovatelské péče je kromě spolupráce se zdravotnickým týmem hlavní úlohou sester. Pevné zánění pro službu patří mezi základní atributy ošetřovatelského povolání. Víra, důstojnost a hodnota každého člověka patří mezi další atributy ošetřovatelství. Potřeba celoživotního vzdělávání je v ošetřovatelském povolání nevyhnutelným základním atributem. V současné době by se zkušená sestra měla postarat o rozšiřování a

udržování svého profesionálního umu spolu s profesionálními vědomostmi. Největší důraz musí v současné době ve své profesi sestry klást na samostatnost v rozhodování. Bezpečné i účinné poskytování ošetrovatelských služeb zaručují svými schopnostmi a autoritou ( 40 ).

Povolání zdravotníka je velmi náročné z pohledu profesionálního výkonu i odborné přípravy. Nemocný člověk je pro sestru objektem práce a zájmu. Na dodržování žádoucích forem vystupování ve vztahu k nemocným i spolupracovníkům je ve zdravotnictví kladen velký důraz. Není pochybu, že sestra musí také zvládnout práci s moderní technikou, odborné výkony, administrativní činnost, vypořádat se s fyzickou zátěží svého povolání a postarat se o jednání a prožitky nemocného, které vede ve správném směru. Jak na osobnost lékaře, tak i na sestry jsou tyto nároky velmi obtížné. Nezbytné jsou osobní předpoklady k výkonu funkce zdravotnického pracovníka. Vlastnosti jako kritika a sebekritika spolu s empatií a pochopení potíží nemocných jsou u sestry vítány. Na způsob vystupování sester je také kladen významný důraz. Měli bychom se setkat s klidným, ne povýšeným, rozvázným, přiměřeným a sebevědomým výstupem sestry. Důležitá je také trpělivost, dokázat se ovládnout. Zájem o pacienta a jeho zdraví stojí v popředí každodenní činnosti sestry. Lékař i sestra jsou nemocným vnímány jako podstatná součást léčebného týmu. Z jejich jednání v harmonii by mělo vyplívat klidné a příjemné prostředí pro pracovní činnost a dostatečně kvalitní mezilidské vztahy. Vzájemná důvěra a respekt k práci se zakládá na vztahu mezi lékařem a sestrou. Pouze stoprocentní uskutečnění sesterských a lékařských povinností dle určených kompetencí může plnit jejich poslání - být kvalitními zdravotníky (41).

Dostatečná motivace pro vykonávání služeb je základní podmínkou úspěšnosti kvalitní sestry. Motivace je charakterizována prostřednictvím psychologického procesu, který je ovlivněn pohnutkami uvnitř člověka, které vedou jeho jednání. Proto, aby měly sestry vynikající pracovní výsledky je důležitá jejich správná motivace. Nenásilné vytvoření pozitivního přístupu k „něčemu“ je smyslem motivace. Pro většinu sester jsou největším motivačním stimulem peníze, avšak každá sestra má svůj žebříček hodnot. Některé sestry dávají přednost příjemnému pracovnímu prostředí a dobrému kolektivu, i přestože mají nižší pracovní mzdu. Management zařízení má vliv na úroveň



motivace. Důležité je pochopení lidí jako celku k tomu, abychom pochopili jejich potřeby. Pozitivní atmosféra, prostředí, které inspiruje spolu s dobrými pracovními podmínkami a interpersonálními vztahy, patří mezi základy motivace. Pocity potřebnosti a důležitosti dávají zaměstnancům sílu (42).

### **1.3.2 Komunikace sester**

Mezi lidmi je komunikace mocným, složitým a zároveň křehkým procesem. Komunikaci definujeme jako sdělení informace mezi dvěma či více lidmi za pomoci různých signálů a prostředků. Často může být vztah v ohrožení, když ztratíme schopnost komunikovat. Součástí profesionálního vybavení sestry je používání dovednosti komunikace s pacientem. V průběhu celého života může být rozvíjena. Je důležité, aby sestra uměla komunikovat s klientem na profesionální úrovni a správně. Účinná komunikace sester je zaměřena na upevňování zdraví, snadnější získání důvěry s klientem a předcházení problémům s právníky. K interakci mezi lidmi a vzájemným reakcí dochází pokaždé při setkání s jiným člověkem. Právě komunikace je nástroj, kterým se interakce uskutečňují ( 43, 44).

Tři druhy profesionální komunikace rozlišujeme v praxi. Jednotlivý druh je specifický svou zákonitostí a svou hodnotou.

*Sociální komunikace* je druhem, kde používáme kontakt s nemocným a běžný rozhovor. Nemocný si vytváří vztah k osobám, které o něho pečují. Ležící člověk v nemocnici či domácím prostředí je omezen možnostmi sociálních kontaktů. Příležitost hovoru s novými lidmi přijímá pozitivně.

*Specifická (strukturovaná) komunikace* je druh, u kterého používáme fakta, edukaci a motivaci pacienta k přistoupení dalšího léčení. Vzhledem k aktuálnímu stavu klienta jsou vyšší požadavky na dostatečně srozumitelné sdělení informace. Zpětnou vazbou zjistím, zda nemocný dostatečně rozuměl sdělení a souhlasí s ním. U nemocných s malou schopností komunikovat je tento druh komunikace problematický. Mezi náměty specifické komunikace můžeme zařadit informovanost o průběhu vyšetření a informovanost o možnosti vzniku rizik.

*Terapeutická komunikace* je druhem ve smyslu vědomého, záměrného a účelového užití verbálních a neverbálních dovedností komunikačních v probíhající interakci mezi sestrou a pacientem. Emocionální projevy a zhodnocení problémů je cílem terapeutické komunikace spolu se zjištěním pacientových obav a starostí. ( 44, 45)

Mezi sestrou a pacientem probíhá komunikace, která je neopakovatelná, nutná a nelze vrátit zpět. Ovládání verbální a neverbální komunikace je dobré pro sestru, která chce s klientem navázat bezproblémový vztah. Pokud sestře chybí um komunikovat, nemůže se stát dobrým odborníkem. Gesta, mimika, úprava zevnějšku, fyzický vzhled a pohyby těla zahrnujeme do neverbální komunikace. Klient se nebude chtít svěřit sestře, která nebude ochotná a vstřícná. Taková sestra obtížněji získává důvěru klienta. Následkem nevhodné komunikace může u klienta způsobit vyvolání psychického stresu, který se může vyvinout v depresi, úzkosti, smutek a neschopností se adaptovat. Při rozhovoru s klientem je důležité pozorně naslouchat, mluvit jasně a pomalu, používáme srozumitelný jazyk pro klienta, otázky řadit do logických návazností, klást pouze jednu otázku, umožnit nahlédnutí situace očima klienta, klientovi nevnucovat svůj hodnotový systém a nepoužívat osobní příklady, naznačovat respekt a důstojnost, používat oční kontakt ( 43 ).

Komunikace s dětmi a jejich rodiči hraje velmi důležitou roli při poskytování péče o dítě. První setkání dítěte se zdravotnickým pracovníkem nastává v čekárně. Hlavním úkolem sestry je odstranit jeho pocity strachu, úzkosti a rodičům vše vysvětlit. Už čekárna pro dítě hraje podstatnou roli. Měla by být dostatečně prostorná s čerstvým vzduchem a barevnými stěnami, neměl by chybět dětský nábytek, hračky, obrázky a poutavá nástěnka na stěně. V okamžiku, kdy dítě vchází do čekárny, začíná komunikace. Rodiče, které mají starosti o své dítě sestra uklidní klidným vystupováním a úsměvem. Sestra musí dbát na zásady, mezi které patří nosit vizitku na dostatečně viditelném místě, do ordinace zvat pouze nemocného s rodiči, oslovovat dítě podle jeho zvyku, umožnit rodičům vzít dítě na klín, srozumitelně mluvit a vše vysvětlit. U zákroků, které jsou bolestivé sestra odvede pozornost nemocného na hračku či příběh. Empatie je důležitým projevem. Intimita je u starších dětí respektována, sestra se snaží získat důvěru a je povinna zdravotnické mlčenlivosti ( 46 ).

### ***1.3.3 Vzdělávání sester***

Své kořeny v minulosti zanechalo současné moderní ošetrovatelství. Znalost historie je důležité pro rozvíjení ošetrovatelství. Ošetrovatelství se vyvíjelo od opatrovnického pojetí po organizovanou činnost založenou na bázi odborného vzdělávání sester. Vývoj ošetrovatelství a medicíny v celém světě jde souběžně se vzděláváním sester. Snadno získanou důvěru pacientů si získá holistická a zručná sestra tlumící pocity strachu a úzkosti, a která vládne své profesi. Proto je důvěra jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšné léčby medicíny ( 47 ).

O zrození konceptu ošetrovatelství ve světě se postarala Florence Nightingelová, která v roce 1860 v Londýně založila první ošetrovatelskou školu. V České republice byly první ošetrovatelské školy otevřeny v roce 1874. Od roku 1960 byly zdravotnické školy zařazeny mezi název střední zdravotnické školy. Došlo i ke změnám délky studia v těchto letech, a to ze dvouletých na čtyřleté. Ministr zdravotnictví dne 9. Dubna 1998 přijal dokument definující pracovníky, obor, vzdělávání, řízení, výzkum a směřování vývoje oboru. Kreditní systém, který vydává osvědčení ke zdravotnickému povolání bez odborného dohledu, je ve znění vyhlášky č.321/2008. Hlasy, které usilují o inovace ve vzdělávání sester zesílily s příchodem nového milénia. Od školního roku 2004/2005 došlo k významným změnám ve studiu oboru ošetrovatelství. Byl zrušen obor všeobecná sestra na středních zdravotnických školách a byl nahrazen oborem zdravotnický asistent pod vlivem zákona č. 105/2011 Sb. Bez odborného dohledu mohou pracovat studenti absolvující vyšší odbornou školu a vysokou školu v oboru všeobecná sestra. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně má významnou roli v rámci celoživotního vzdělávání. Zasloužilo se o vypracování rámcově vzdělávacích programů koncipovaných modulárním způsobem ( 47, 48 )

Sestry pracují s různou úrovní jejich vzdělání v novodobém systému zdravotní péče. Dle úrovně dosaženého vzdělání se rozdělují sestry.

*Sestry s vysokoškolským vzděláním*, což jsou studentky ukončující bakalářské studium zaměřující se na ošetrovatelství nebo studentky magisterských oborů zaměřující se například na management a pedagogiku.

*Sestry s vyšším vzděláním* jsou studentky ukončující vyšší zdravotnické školy.

*Sestry, které vystudovaly čtyřletou střední zdravotnickou školu* ve starém systému vzdělávání, v roce 2003/2004 zahájili studium posledního studia tohoto způsobu studia. *Sestry se specializací* jsou studentky, které ukončili studium v některých z výše uvedených způsobů vzdělání. Tyto absolventky dále ukončili specializační pomaturitní studium pod organizací Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Sestry se mohou specializovat v různých oborech, sestra pro duševní zdraví může být jedním z nich. Existují další různé formy vzdělání, se kterými se lidé v praxi mohou setkat, tyto nejsou zahrnuty ve vzdělávacím systému. Zaměstnavatel může podle úrovně vzdělání sestry klást požadavky, které jsou rozdílné. Od funkčního zařízení sestry je odvíjena pracovní náplň ( 5 ).

Vzdělání komunitní sestry je založené na získání odborné způsobilosti v oboru všeobecná sestra v bakalářském studijním programu ošetrovatelství či studium na vyšší odborné škole. Dále pokračuje ve specializačním vzdělávání v oboru komunitní sestra po obdržení osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Studovat komunitní sestru lze také přímo v magisterském programu. Tyto zkušené sestry absolvující několik let studií jsou členkami zdravotnického týmu v agenturách domácí péče. Ovšem by také měla úzce spolupracovat s praktickými lékaři, sociálními pracovníky, institucemi obcí a krajskými úřady a různými organizacemi a společnostmi (39)

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

V bakalářské práci byl na základě kvalitativního výzkumného šetření vytvořen následující cíl :

**Cíl 1:** Zjistit úlohu sestry v preventivních prohlídkách u praktického lékaře

### ***2.2 Výzkumné otázky***

V bakalářské práci byly sestaveny tři výzkumné otázky v souvislosti s cílem práce:

1. Jaké informace sestry podávají pacientům o preventivních prohlídkách?
2. Jak sestry oslovují pacienty k pozvání na preventivní prohlídky?
3. Jakou úlohu zaujímají sestry při provádění preventivních prohlídek?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Popis metodiky***

Empirická část bakalářské práce byla založena na základě kvalitativního šetření. Metodika probíhala formou nestandardizovaných rozhovorů se sestrami u praktického lékaře pro dospělé.

Rozhovor se skládal ze 13 základních otázek (viz příloha 1). Pro záznam rozhovoru byl použit diktafon se souhlasem respondentů. Rozhovor byl poté přepsán a zanalyzován. Všechny rozhovory se sestrami probíhali v ordinaci u praktických lékařů po pracovní době. Jeden rozhovor přibližně trval 30 minut. Před zahájením výzkumného šetření jsem ústně žádala všechny praktické lékaře o svolení výzkumu v jeho ordinaci. Všichni respondenti před zahájením rozhovoru byli informováni o anonymitě a dále byli ujištěni, že informace, které získám poslouží pouze pro účely bakalářské práce. Respondenti byli také seznámeni s možností neodpovídat na některé otázky, pokud nebudou chtít. Nikdo nevyužil nabídnuté možnosti. Z důvodu anonymity nebyli zjištěny identifikační údaje sester, pouze jejich nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe, kde výsledky jsou zobrazené v tabulce č.1 v kapitole 4.

Výzkum probíhal na poliklinice v Humpolci a v Českých Budějovicích. Rozhovory byly vedeny dle časových možností sester v období únor – březen 2013. Všechny respondentky jsem také požádala o svolení rozhovoru a výzkumu v ordinaci jejich lékařů. Respondentky s rozhovory neměly problém a souhlasily. První rozhovor jsem začala se sestrou u svého praktického lékaře, kterou jsem moc dobře znala a věděla jsem, že by mi mohla doporučit ostatní respondentky na poliklinice v Humpolci. Poté ze mě spadl ostych a já mohla s větší jistotou pokračovat ve výzkumném šetření v dalších ordinacích v mém rodném městě Humpolec. Respondentky z polikliniky Humpolec byly velmi milé a ochotné. Respondentky v Českých Budějovicích byly vybrány náhodně. Jelikož jsem neabsolvovala praxi u žádného praktického lékaře pro dospělé v Českých Budějovicích, respondentky jsem vybírala namátkově.

Po souhlasu respondentek s výzkumným šetřením, jsem provedla transkripci rozhovoru ze získaných dat po záznamu z diktafonu, který jsem poté zanalyzovala. Dále

z analyzovaných informací jsem vytvořila kategorie, následně pomocí programu Microsoft Word jsem pro přehlednost vytvořila orientační schémata jednotlivých otázek, které jsou z vlastního zdroje. Odpovědi respondentek jsou uvedeny v přímé citaci kurzívou, pod jednotlivými schématy bez jazykové úpravy.

### **3.2 Charakteristika souboru**

Oslovila jsem 9 respondentů, z toho 1 respondent rozhovor odmítl se slovy: „*Bohužel, neposkytnu Vám žádný rozhovor, v květnu tu budu mít žákyňky, a to budou samé otázky a dotazníky...zkuste to někde jinde.*“ Bylo patrné z jejího výrazu, že už je unavená z odpovídání na různé dotazníky a otázky. Tudíž byl výzkumný soubor tvořen 8 respondenty. Z čehož 5 respondentů bylo z polikliniky Humpolec a 3 respondenti z polikliniky České Budějovice. Respondentky byly středního věku a různé délky praxe. Všechny respondentky měly středoškolské vzdělání, pouze jedna respondentka absolvovala specializaci ARIP. Jedna z respondentek z Českých Budějovic mi umožnila zúčastnit se provádění preventivní prohlídky. Lékařka s tím souhlasila a poté požádala klientku o svolení mé přítomnosti při jejím preventivním vyšetření. Klientka souhlasila. Mohla jsem na vlastní oči vidět, jak taková preventivní prohlídka vypadá, jednalo se konkrétně o závodní preventivní prohlídku klientky středního věku, která měla nastoupit do nového zaměstnání v domově důchodců.

V průběhu se ukázalo, že výzkumný soubor je saturován a další rozhovory by nepřinášely nové výsledky.

## 4. Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení nestandardizovaného rozhovoru

V této části práce budeme provádět samotnou prezentaci výsledků. Jak je uvedeno v metodice, získaná data jsou okomentována a vypracována ve schématech v programu Microsoft Word. Přesné citace jednotlivých respondentů jsou uváděna v kurzívě pod schémata. Čísla ve schématech v závorkách znamenají počet respondentek, které odpověděly na danou otázku. Na základě analýzy byly sestaveny tyto kategorie: 1. Poskytované informace o preventivních prohlídkách. 2. Oslovování klientů na preventivní prohlídky. 3. Role sestry.

Úvodem bych ráda představila tabulky 1 a 2 vlastního zdroje. Tabulka 1 se týká identifikačních údajů respondentek, znázorňuje délku jejich praxe a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Tabulka 2 znázorňuje přehled kategorií a podkategorií.

Tabulka 1 **Délka praxe a vzdělání respondentek**

Respondentky	Délka praxe	Vzdělání
<b>R1</b>	7 let	SŠ
<b>R2</b>	5 let	SŠ
<b>R3</b>	10 let	SŠ
<b>R4</b>	12 let	SŠ
<b>R5</b>	15 let	SŠ + ARIP
<b>R6</b>	20 let	SŠ
<b>R7</b>	10 let	SŠ
<b>R8</b>	20 let	SŠ

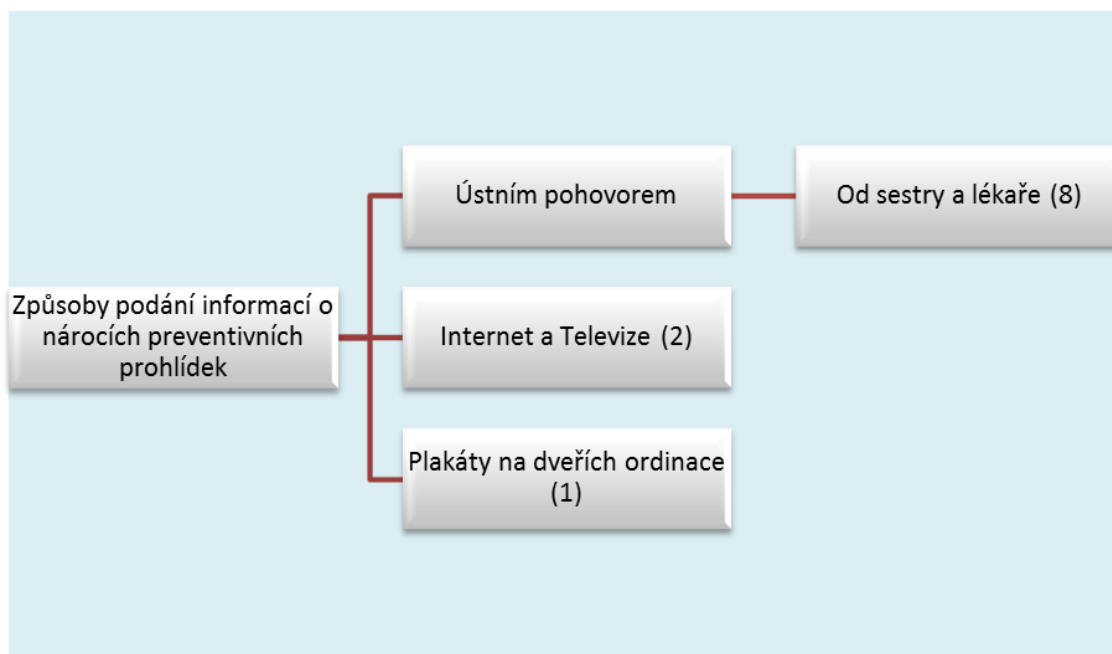


Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
<b>1. Poskytované informace o preventivních prohlídkách</b>	A. Způsoby podávání informací
	B. Informace podané klientovi o preventivních prohlídkách
	C. Informovanost respondentek o změnách
<b>2. Oslovování klientů na preventivní prohlídce</b>	A. Návštěvnost klientů z pohledu sestry (%)
	B. Oslovování na preventivní prohlídce
	C. Rizika nedocházení na preventivní prohlídce
<b>3. Role sestry</b>	A. Preventivní působení
	B. Důležitost preventivních prohlídek
	C. Péče o ordinaci
	D. Úprava čekárny
	E. Upevňování zdraví

#### 4.1.1 Kategorie Poskytované informace o preventivních prohlídkách

Schéma A Způsoby podání informací



Toto schéma popisuje, jakým způsobem dostávají klienti od respondentek informace, na co mají nárok v rámci preventivních prohlídek. Všechny respondentky odpověděly, že klienti dostávají informace ústně od nich samotných a od lékaře: „Informace dostávají od paní doktorky, a také samozřejmě ode mě, ovšem dneska je doba kdy si všechno najdou na internetu“ (R1). „Veškeré podání informací je v kompetenci lékaře, já pouze pacienty objednávám a v tomto ohledu se věnuji ošetrovatelské péči“ (R2). „Většinou jim to říká paní doktorka na co mají nárok, dále si to samostatně vyhledávají na internetu, popřípadě když se zeptají, tak jim odpovím také“ (R4). „Ústně, pan doktor jim řekne co a jak a mě se potom mohou doptava“ (R5). „No tak my jim to řeknem, když přijdou, oni se taky ptají na co mají nárok..no a když se neptají, tak jim řeknem, že mají nárok na mamograf, okultní krvácení podle věku, a také se ptá paní doktorka, jaké mají v rodině onemocnění“ (R8). Někteří klienti se informují sami z internetu a televize: „Naši klienti jsou moc dobře informováni z internetu nebo televize, či se popřípadě doptají a my jim to řekneme“ (R6). Pouze jedna respondentka má na dveřích zavěšenou informační tabuli: „My máme na dveřích napsané cedule o prevencích a jinak jim informace vzdělují sama při ošetrovatelských činnostech“ (R7). Vyskytla se také respondentka, která si stěžuje na časovou tíseň: „V ambulantní složce je největším problémem čas. Při ordinacních hodinách 7.00-11.30 hod. projde ordinací 35 lidí...to znamená, že na jednoho člověka vychází čas 7,7 min. Někdo se zdrží déle a někdo kratší dobu. Z toho vyplývá, že na dlouhé hovory a rozebírání není mnoho času. Mladší pacienti vyhledávají informace na internetu. Potom přicházejí na konzultace se poradit“ (R3).

## Schéma B Informace podané klientovi o preventivních prohlídkách

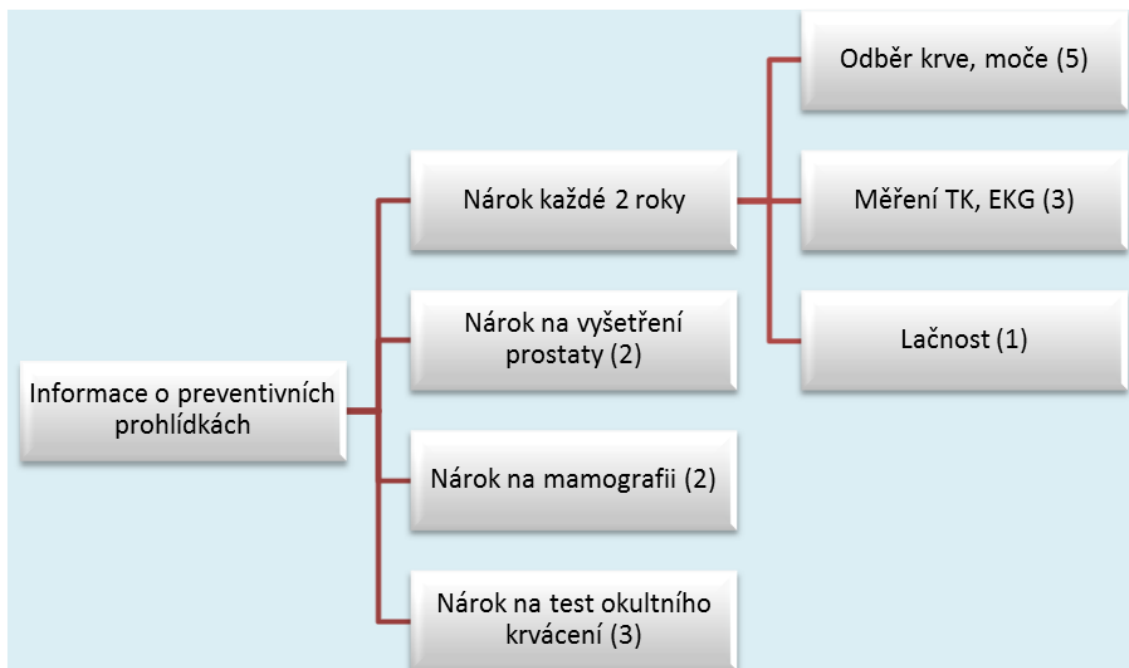


Schéma vypovídá o tom, jaké informace respondentky podávají klientům o preventivních prohlídkách. Respondentky odpovídaly jistě a bez váhání. Všechny respondentky klientům vzdělují základní informace o preventivních prohlídkách: „Informuji je, že mají nárok na prevenci každé dva roky. S tím souvisí odběr krve, EKG vyšetření, muži od 50 let mají nárok na vyšetření prostaty a přímo paní doktorka jim dává testy na okultní krvácení s příručkou a brožurou“ (R1). „Musíme klientům připomínat možnost preventivní prohlídky jednou za dva roky, na které mají právo, ve zkratce jim popíšu průběh vyšetření a připomínám jim aby si s sebou vzali vzorek moče“ (R2). : „Říkám jim vše, co spadá pod preventivní prohlídky, to znamená měření TK, že jim budu kontrolovat sluch, odebírat krev, moč, stolicí a paní doktorka jim podá další informace“ (R3). „Říkám jim kdy mají přijít, na co mají nárok, když neměli dlouho žádnou kontrolu či odběr, nabízíme jim právě tu možnost preventivních prohlídek“ (R4). „Kdo nepřijde, tak jim řeknu, že nebyli na preventivní prohlídce a měli by se objednat, ale jak říkám jsou lidi, kteří vůbec nemají zájem a jsou lidi, kteří se informují“ (R5). „Já hlídám, aby ty preventivní prohlídky byly pravidelné po těch dvou letech, takže je informuju, kdy mají přijít. Když je potřeba moč, tak řeknu ať si

přinesou zkumavku s močí, říkám jim na co mají nárok, odpovím jim na vše co je zajímavá, jaké hodnoty krevního tlaku jsou rizikové a podobně“ (R6). „Převážně, když přijdou tak jim pani doktorka řekne, že nedělali dlouho preventivní prohlídku, zda-li ji chtějí dnes či příště...a já se s nimi domluvíím at'přijdou na lačno, vezmou si ranní moč a při prohlídkách dám ženám pozvání na mamografii, chlapům na prostaty a podle krve co jim vyjde, tak je posílám dál na to okultní krvácení“ (R8). Respondentka 7 je informuje, že mají nárok na mamografii, dále na prohlídku jednou za dva roky a také, že sledují rakovinu tlustého střeva.

### Schéma C Informovanost respondentek

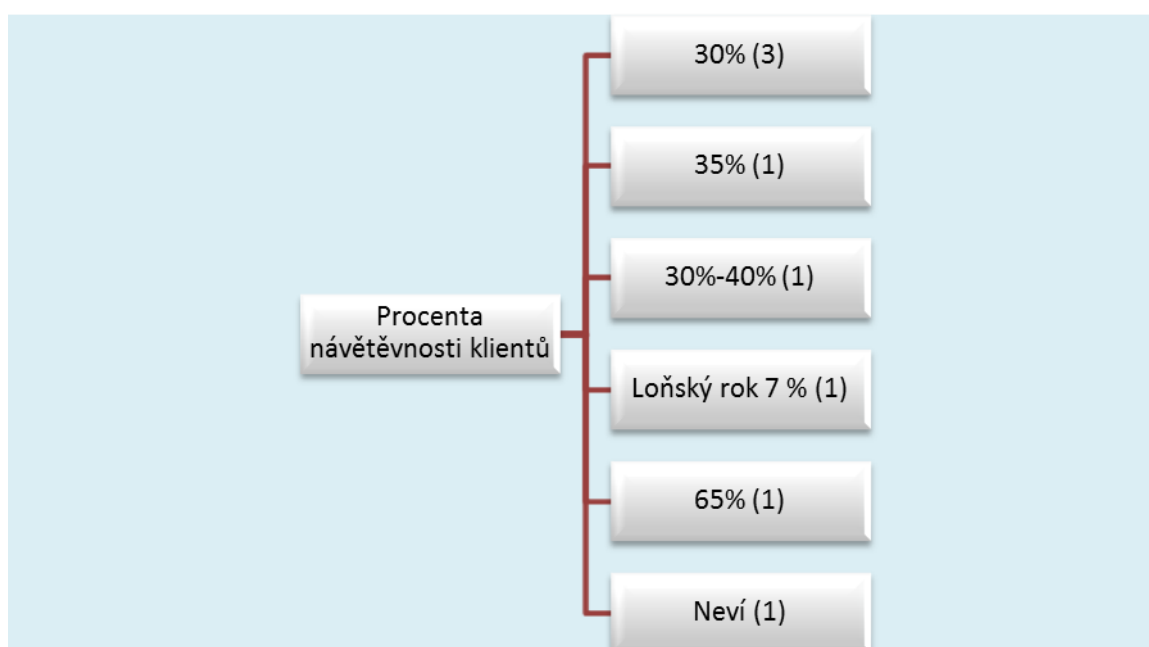


Schéma popisuje způsob, jak jsou respondentky informované o změnách preventivních prohlídek. Respondentky na otázku zodpověděly zcela zřetelně a jasně. Všechny respondentky odpověděly, že jsou informovány od lékaře: „Většinou přes pani doktorku, pani doktorka mě informuje o všech změnách v souvislosti s preventivníma prohlídkama“ (R4). „Všechno řídí pan doktor“ (R5). Některé respondentky také absolvují semináře a školení v rámci preventivních prohlídek: „Jsem především informovaná od pani doktorky. Obě dvě také absolvujeme některé semináře a školení o preventivních prohlídkách“ (R1). „V rámci sbírání kreditů jezdím na různé semináře, které zahrnují přednášky o preventivních prohlídkách, a také mám samozřejmě dostatek nových informací od pana doktora, v jehož kompetenci jsou především preventivní

prohlídky“ (R2). Respondentky 3 a 8 také jezdí na školení a semináře. Informace se dozvídají od lékaře, a také se musí sebevzdělávat. Některé z respondentek školení nepodstupují: „Na školení nejezdím, protože mě se preventivní prohlídky netýkají“ (R6). „Když jsou nějaké změny, tak nám to říká paní doktorka, popřípadě něco zachytím z televize nebo tak. Na školení o preventivních prohlídkách jsme nebyli“ (R7).

#### 4.1.2 Kategorie oslovování klientů na preventivní prohlídky

Schéma A Návštěvnost klientů z pohledu sestry (%)



Další schéma znázorňuje kolik procent klientů navštěvuje lékaře v rámci preventivních prohlídek z pohledu sester. Respondentky byly touto otázkou zaskočeny a musely zhluboka přemýšlet. Některé z respondentek si nebyly jisté svou odpovědí a pro přesnost odkazovaly na lékaře: „Myslím si, že jedna třetina chodí na preventivní prohlídky, ale paní doktorka to ví přesněji, má to i statisticky zpracované“ (R1). „To Vám neřeknu, to ví pan doktor“ (R5). Většina respondentek odpověděla, že mají 30% návštěvnost klientů v rámci prevence: „Předpokládám, že 35% by mohlo chodit na preventivní prohlídky“ (R2). „Myslím si, že 30% k nám chodí na prevence“ (R3). „Půlka to nebude, myslím si, že takových 30%-40% na preventivní prohlídky chodí,

zbytek nechodí jelikož se bojí, že by u nich pani doktorka něco objevila“ (R4). „Kolik procent, těžko říci, ty mladší nebudu počítat, ale ty lidi od 40 let, myslím si že každéj občas něco potřebuje a po těch letech sem chodí“ (R6). „Ted’ vyšel nový zákon v dubnu myslím, kdy ty zaměstnavatelé všichni musí mít vstupní a preventivní, oni po nich chodí kontroly ted’, takže hodně lidí chodí od podniku, jinak na ty prevence ja nevím oni chodí docela dost, my jim dost říkáme, já myslím tak těch 65% chodí...my kontrolujeme očkování při tom, pani doktorka se jich vyptává na rodinnou anamnézu a všechno možný, kdo na co umřel, jaká je pravděpodobnost infarktu myokardu a cévní mozkové příhody, a tak“ (R8). Jedna respondentka odpověděla, že za loňský rok měli 7% návštevnost klientů v rámci prevence: „My letos zastupujeme pani doktorku, takže děláme dva obvody a prevenci jsme měli hodně málo, zrovna tady mám uvedeno, že jsme měli 7% za loňský rok a za leden 0.5%, ale děláme prohlídky pro řidiče, děláme prohlídky do zaměstnání a kontroluje se jestli to ty lidi mají, bohužel těch zdravotních je takhle oparvdu málo“ (R7).

#### Schéma B Oslovování na preventivní prohlídky

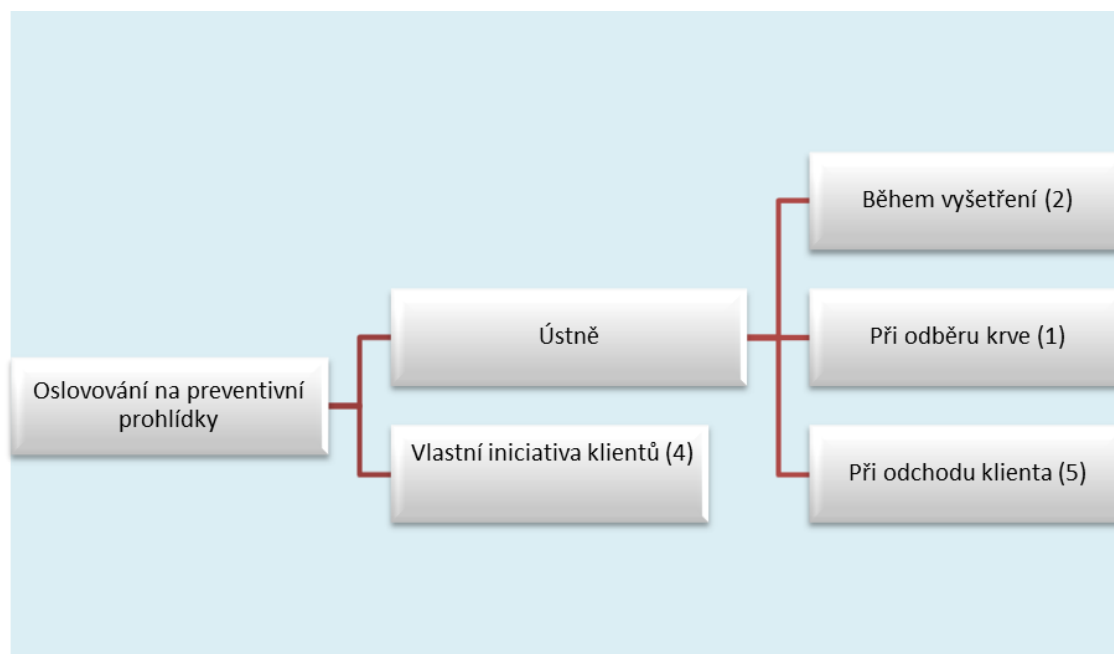


Schéma B uvádí jak respondentky oslovují klienty k pozvání na preventivní prohlídky. Všechny respondentky neposílají pozvánky a zvou klienty ústně: „Pozvánky

*už neposíláme, když přijdou, upozorníme je, že nebyli dlouho na prohlídce a rovnou je objednáme na termín, oni buď dorazí nebo nedorazí“ (R1).* „*Dříve se psaly pozvánky, ale to už se neděla, jelikož známka stojí 10 Kč..takže já když přijdou, tak to s nimi všechno proberu, tady na to mám počítačový program, který mi ukazuje, kdo byla a nebyl na preventivní prohlídce, kdo by měl přejít..na co mají nárok..ono dneska ty počítače všechno ukážou, alergie na co má a potom to pošlu paní doktorce“ (R8).* „*Všichni, kdo sem přijdou, tak my si je odchytáváme, už neposíláme pozvánky máme tady 3500 lidí, takže to nemůžeme obsáhnout, ale paní doktorka, když vidí, že neměli preventivní prohlídku, tak jí udělá automaticky..neptá se jich..já provedu odběr krve dále test na okultní krvácení,podávám žádanky na mamografii, ještě se dává žádanka na PSA odběr... ty lidi my si hlídáme, nezveme je, oni si přichází sami a většinou řekneme za 2 roky zase..oni si to ti lidi hlídají“ (R6).*

Některé respondentky spoléhají na vlastní iniciativu klientů: „*Během odběru krve při preventivní prohlídce jim připomínám, že za dva roky mohou opět přijít, jinak spoléháme na jejich vlastní iniciativu“ (R2).* „*V dnešní době si to každý musí ohlídat sám, dříve se bralo na očkování, ale dnes si to musí ohlídat...třeba když vidím, že k nám jdou ohledně tetanu, tak jim připomenu další očkování s termínem, popřípadě jim řeknu, že by měli přijít i na preventivní prohlídku..už to bohužel není jako to bývalo“ (R5).* Respondentky klientům také připomínají prohlídky v průběhu vyšetření: „*Když s nimi na chvíli zůstávám sama, nabitám krev, tak se o tom bavíme, ale že bych v čekárně udělala nějaký humbuk to vůbec ne..pozvánky už neposíláme, jelikož jak děláme ty dvě ordinace, tak máme hodně práce a na pozvánky už není čas, pozíváme ale lidi s pozvánkami na tetanovky, to si hlídáme, ikdyž by to nemusela být naše starost, ale my jsme na to zvyklí. Většinou by si prohlídky měli hlídat sami, ale nehlídají“ (R7).* „*Musíme jim to připomínat v průběhu vyšetření a při odchodu z ordinace“ (R3).*

### Schéma C Rizika nedocházení na preventivní prohlídky

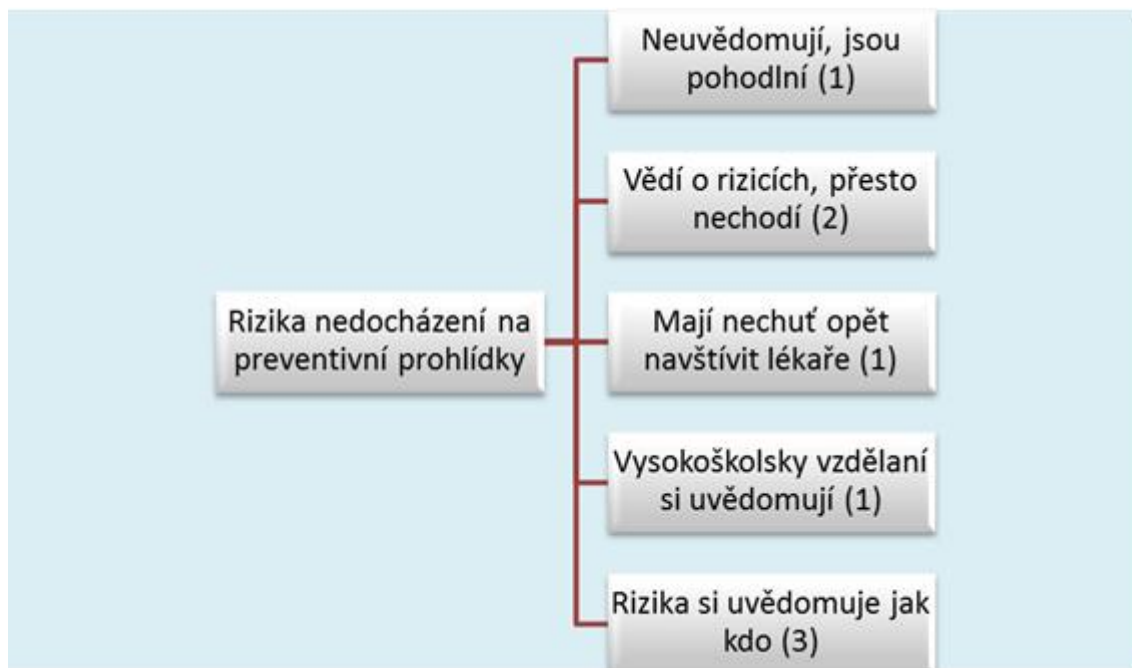


Schéma C zázorňuje zda-li si respondentky myslí, že si klienti uvědomují rizika nedocházení na preventivní prohlídky. Tato otázka byla zaměřena hlavně na vlastní názor respondentek. Většina z respondentů si myslí, že si klienti neuvědomují rizika nedocházení na preventivní prohlídky: „Myslím, si, že klienti si neuvědomují rizika nedocházení na preventivní prohlídky. V dnešní době jsou lidé pohodlnější a radši než aby si přivstali, či si vzali propustku z práce, tak na preventivní prohlídky nechodí. Kolikrát slyším od pacientů, že na něco zemřít musí“ (R1). Respondentky uvádějí nechuť klientů k preventivním prohlídkám: „Mají tendenci prevenci podceňovat, nechuť opět navštívit lékaře, a opět odběry, výsledky a tak dále. Druhá polovina se nechá přemlouvat a někteří nepřijdou vůbec“ (R3). Také uvádějí, že jsou různé typy osob: „Jak kdo, někdo na to kašle“ (R8). „Někdo to přivítá, někdo to bere jako obtěžování neustále chodit po doktorech. Prý si myslí, že je další prohlídka zbytečná. Jsou lidi různého typu“ (R6) Jsou také respondentky, které si myslí, že si klienti rizika uvědomují: „Stává se nám, že pacienti na preventivní prohlídky nechodí, i přestože o rizicích vědí. Ale je také dostatek pacientů, kteří dodržují preventivní prohlídky“ (R2). „Myslím si, že si uvědomují rizika nedocházení, ale přesto k nám nechodí a je jim to jedno“ (R4). „Někteří jo, spíše ty vysokoškolsky vzdělaní...ty si myslím, že si to



uvědomují. Jinak bych spíše řekla, že si lidé rizika neuvědomují“ (R7). Respondentka 5 mi na otázku odpověděla jak kteří, že si málokdo uvědomuje rizika, ale spíše si je neuvědomují.

#### 4.1.3 Kategorie role sestry

Schéma A Preventivní působení

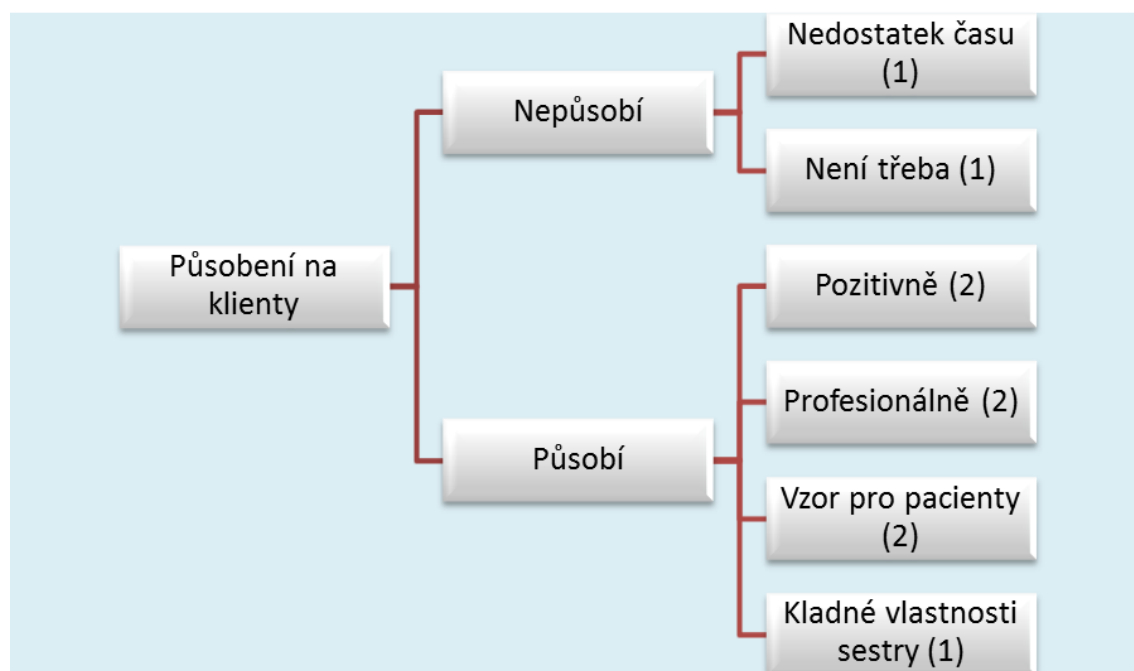


Schéma A znázorňuje působení respondentek na klienty v rámci prevence. Většina respondentek se snaží působit pozitivně a mít vlastnosti profesionální sestry: „Pozitivně se snažím působit, především pozitivně“ (R1). „Snažím se být milá, profesionální, pozitivně naladěná, ochotná a snžím se mít všechny vlastnosti, které by správná sestry měla mít“ (R2). „Chci působit dobrým dojmem a být vzorem pro pacienty“ (R3). „Působím vlastním příkladem“ (R4). „Snažím se, abych jim odpovídala na všechny otázky a dostatečně je informovala“ (R7). „No jak se snažíme, děláme co můžeme a co je v našich silách“ (R8). Dvě respondentky nepůsobí v rámci prevence: „V rámci prevence není nutné, protože co jim nabízíme, oni s povděkem přijímají, takže není nutné působení“ (R6). Druhá respondentka stěžuje na časovou tíseň: „My máme ordinaci do 15:45 a ani jsme neměli pauzu na oběd, ale když tu takhle

*někdo sedí a začne se informovat, tak se mu snažím odpovídat a v rámci prevence působit kladně“ (R5).*

### Schéma B **Důležitost preventivních prohlídek**

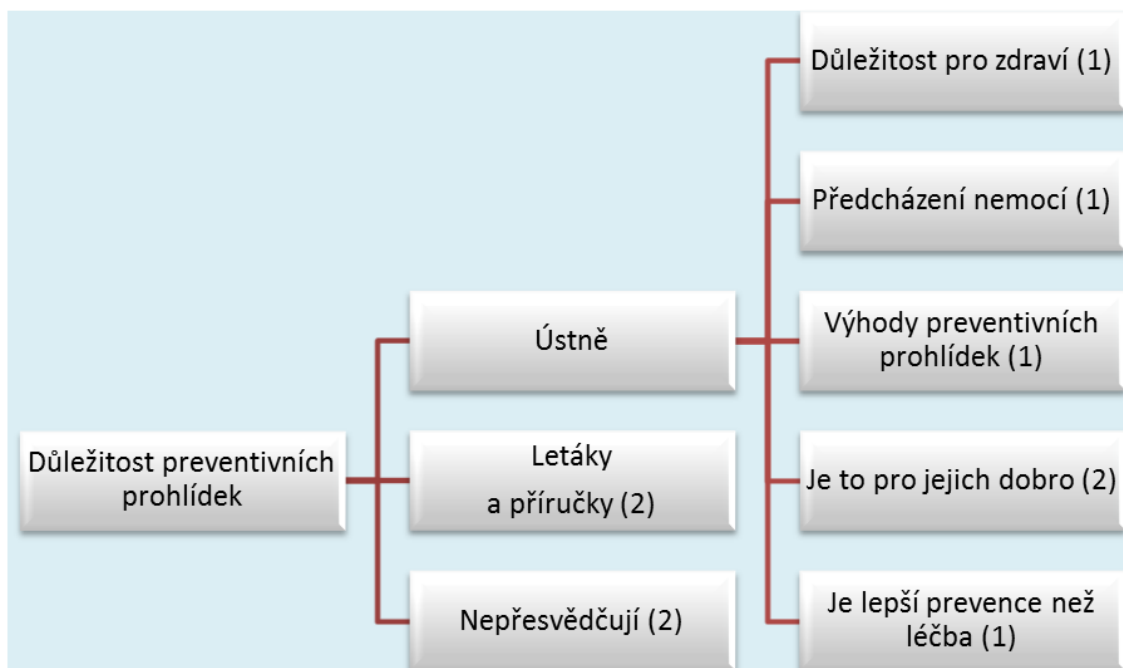


Schéma znázorňuje snahu respondentek přesvědčit klienty o důležitosti docházení na preventivní prohlídky. Respondentky většinou přesvědčují ústní formou a zdůrazňují důležitost pro zdraví: „Říkám jim, že je lepší prevence než léčba“ (R4). „Říkám jim, že v rámci prevence se nechá podchytit začátek jako například testy na okultní krvácení..my jim je dáme, řeknem k čemu slouží, vše jim to vysvětlíme a oni to poté ani nevrátí zpět“ (R5). Dvě respondentky se nesnáží klienty přesvědčovat: *Já je nějak nepřesvědčuju, rozhodnutí je pouze na nich, popřípadě jim doporučím některé z letáků v čekárně, a pokud některý nezachází vůbec, zdělím mu, že je to důležité pro jeho zdraví. Přesvědčuji pouze rizikové skupiny pacientů s tím, že je to pro ně opět důležité a aby si rozmysleli, zda pro své zdraví chtějí něco udělat“ (R1).* „S našema pacientama to není problém, rizika si uvědomují, nemusím je přesvědčovat“ (R6). Respondentky také nechávají přesvědčování na lékaři: „Pan doktor zdůrazňuje důležitost preventivních prohlídek v rámci předcházení nemocí a já jim dávám příručky a připomínám jim výhody docházení na preventivní prohlídky, pokud je na to čas“ (R2).

Některé respondentky si také myslí, že si klienti rizika uvědomují a nepotřebují přesvědčovat: „*U našich pacientů to není problém, spíše je to u těch, co jsou tu cizí, kteří chodí k někomu jinému a od podniku mají smouvu s námi..tak ti to většinou nechápou..ale s našema klientama není problém oni si to sami uvědomujou“ (R6).* „*Oni celkem chápou, když začnou ty mamografie..tak to jako celkem chápou, ale ty prevence berou, že to není třeba...je to s nimi těžké. Třeba jim řeknu, že nebyli dlouho na prohlídce jestli nechtějí objednat a oni třeba, že se jim nechce, ale na to jim odpovím, že je to zdarma a na to zase slyšej“ (R7).* „*Ty co nechodí k nám, tak docházím jednou měsíčně k nim domů..ke každému ležícímu,tak si je zkontroluju. Nebo když přijdu, tak je varuju...víte co, dneska je toho plná televize, internet všechno..stačí když na nově v televizi vidí, že dochází tetanovky, tak máte druhý den telefony a chtějí přijít co nejdřív..a nebo řeknu, že tu dlouho nebyli a oni se rozpovídají a já jim řeknu ať to opravdu nepodceňují a opravdu chodí..někdo se bojí a nechce to vědět..víte jsou různý lidi“ (R8).* Občas si respondentky stěžují na náročnost přesvědčování: „*Někdy je těžké je přesvědčit, odmítají přijít, já jim říkám, že je to pro jejich dobro, aby mohli být klidní...někteří se bojí odběru a omdlívají, proto je ubezpečuji o odběrech na lůžku v leže..nakonec se nechají přemluvit a vše zvládnou bez problémů. Většina pacientů na smluvený termín přijde a se vším souhlasí“ (R3).*

Schéma C **Péče o ordinaci**

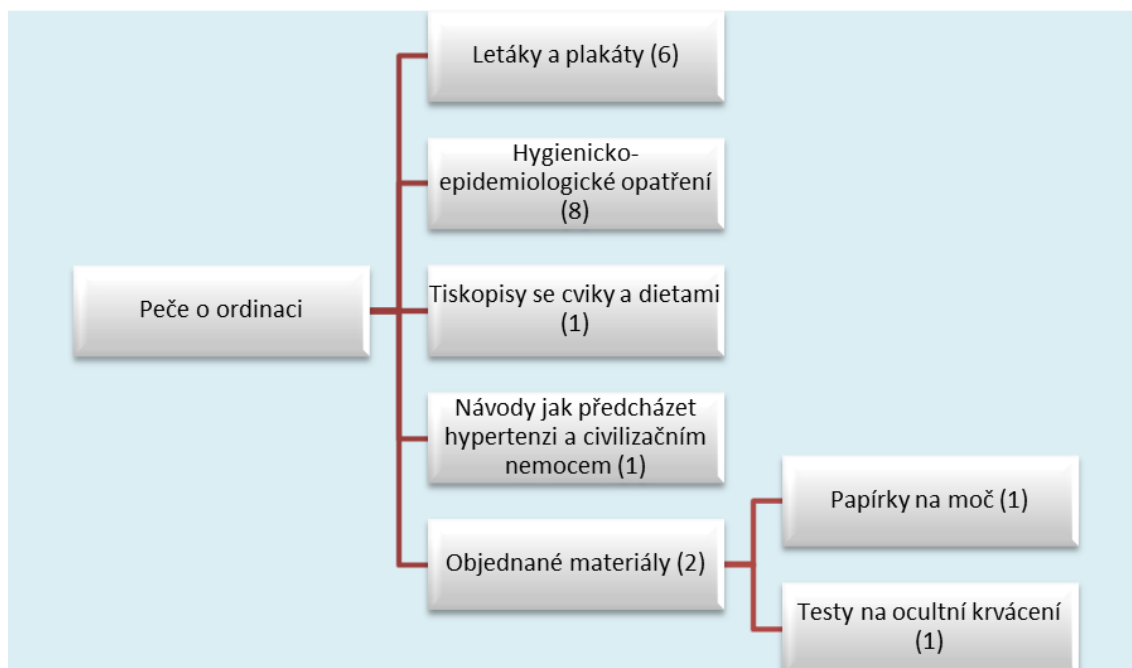
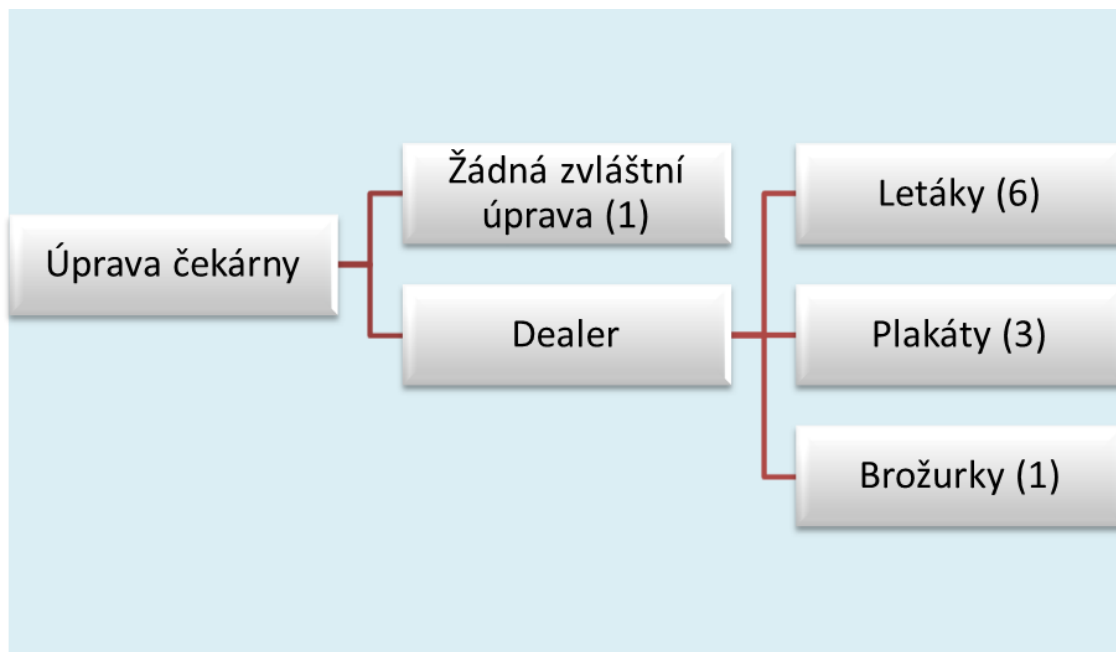


Schéma popisuje jak respondentky pečují o ordinaci v rámci preventivních prohlídek. Všechny respondentky se snaží o hygienicko-epidemiologické opatření a 6 respondentek má v ordinaci letáky: „*Paní doktorka má u sebe v ordinaci letáky i já tu mám letáky, dále se snažím dodržovat hygienu a řádnou dezinfekci v rámci hygienoepidemického opatření*“ (R1). „*Můžete se rozhlídnout, tady mi zrovna visí plakát o cholesterolu a mám tu i některé brožurky, avšak více je v čekárně. Dále dodržuju řád dezinfekce a už mě nic jiného nenapadá*“ (R2). „*Snažím se mít dostatek materiálů k preventivním prohlídkám a dbám o dostatečnou dezinfekci, snažím se mít tu pár letáků*“ (R6). O dostatečné množství spotřebních materiálů, dostatek nafasovaných papírků na moč a testů na okultní krvácení se také stará respondentka 8. „*Máme letáky v ordinaci v šuplíku a rozdáváme, když je potřebana cholesterol, na tlaky. Jsou i v čekárně letáky a provádíme dezinfekci*“ (R7). Respondentky 3 a 4 mají také letáky a plakáty v ordinacích a též provádí dezinfekci. Letáky v ordinaci akorát nemá jedna respondentka: „*Nemáme tu letáky ohledně preventivních prohlídek, máme tu akorát dezinfekční řád a podle něho se držíme*“ (R5).

## Schéma číslo D Úprava čekárny



Toto schéma nastiňuje jak respondentky pečují o čekárnu v rámci preventivního působení. Respondentky měly velmi obdobné odpovědi. Většině respondentkám chodí díleři a dodávají nejnovější letáky: „Chodí nám dealeri a roznáší letáky po čekárně, já se o čekárnu v rámci preventivních prohlídek nikterak nepodílím“ (R1). „O všechno se nám starají dealeri co nám donesou letáky, já je akorát rozdám v čekárně a na zdech je pár plakátu možná o cholesterolu. Bohužel je nedostatečný prostor“ (R4). „Máme pani z firmy ani nevím z jaký..a ta nám dodává letáky a my je dáme na stolec, jendou za čas, když tam leží dlouho, tak je proberu a vyhážu“ (R7). „Určitě máme letáky, na dvěřích máme vyvěšený ceník vstupních prohlídek pro informaci..máme firmu, která nám dodává letáky a pořád nám je obměňuje, poté chodí farmaceutičtí dealeri, kteří nám dodávají letáky s léky a poštou nám chodí kvanta papírů...furt nějaké změny, co je nového“ (R8). Jsou také respondentky, které se o čekárnu nějak zvláště nestarají: „V rámci osvěty dodávám dostatek informačních materiálů od dealerů na stolky a nástěnky, bohužel jinak se nějak nestarám“ (R2). „No nic moc...Pouze v čekárně v polici jsou nějaké letáky“ (R3). „No když nám dealer donese leták, tak je tam dáme, ale většinou nám nosí jenom o inkontinenci a doplňkách výživy, o preventivních prohlídkách tam myslím nemáme“ (R5). „Momentálně čekárnu nějak zvlášť neupravuji,

*myslím dokonce, že ani letáky o prevencích tam nemáme, ale u nás to není opravdu potřeba, protože lidí na prevence máme opravdu dost“ (R6).*

#### Schéma E Upevňování zdraví



Schéma E podává informace o tom, jaké role má respondentka v rámci upevňování zdraví. Většina respondentek se snaží být edukátorkami: „*Já se je snažím poučovat k čemu jsou preventivní prohlídky dobré, u rizikových skupin klientů se je snažím edukovat čeho by se měli vyvarovat“ (R1).* Respondentka 2 mi zdělila role jako organizátorka pro objednávání klientů, ošetřovatelka při péči o klienti při prohlídkách a edukátorka. „*Snažím se klienty získat pohovorem o jejich zdraví, aby se cítili o něco lépe a aby dodržovali lékařské rady“ (R3).* „*Edukujeme je o odběrech krve a tucích o testech na okultní krvácení, když se někdo zeptá tak mu odpovím, ale preventivní prohlídky dělá pan doktor vedle v ordinaci a nevím co se tam děje..poté mi přinese štos papírů co mám udělat..nabrat moče, krve“ (R5).* „*No tak s každým se dám do řeči a řeknu třeba, že má vysoký cholesterol a že by neměl jíst tuky, dále ať si drží váhu, aby chodili na procházky a snažili se o dostatečný pitný režim a žili zdravě“ (R8).* Ostatní respondentky si stěžují na nedostatek času: „*Samozřejmě, že bych měla edukovat o správné životosprávě, ale není na to vůbec čas, jsme tu přesčasy a opravdu se*

*nezastavíme“ (R6). „Snažím se poučovat rizikové skupiny o důležitosti docházení na prevence, na jiné role není dostatek času“ (R7). „Poučuji je o zdravějším životě a dodržování diet, ale bohužel na dlouhé debaty není dostatek času“ (R4).*

## 5. Diskuze

Dalo by se říci, že preventivní prohlídky jsou v současné době aktuálním a diskutabilním tématem. Pražský soukromý internista doktor Malý (2007) uvádí, že pokud nekouříme, netrpíme obezitou, příležitostně si dáme sklenku alkoholu, dopřáváme si dostatek ovoce a zeleniny a každý den půl hodiny cvičíme, poté se dá říci, že pro své zdraví něco obětujeme (50). Avšak položme si ruku na srdce a odpovíme, zda opravdu něco pro své zdraví děláme. Myslíme si, že odpovědi by byly rozličné. V souvislosti s tímto tématem Malý (2007) dodává, že ikdyž tak lidé nečiní, měli by docházet na preventivní prohlídky, které dokáží zachytit veškeré onemocnění, které jsou mnohem lépe léčitelné (50).

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úlohu sestry v preventivních prohlídkách u praktického lékaře.

Pro výzkumnou část bylo zvoleno kvalitativní šetření metodou nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovory jsem uskutečnila v období únor-březen 2013 v Humpolci a Českých Budějovicích v místních poliklinikách.

Při dotazování jsem se nejprve zaměřila na identifikační údaje sester, mezi které jsem zařadila délku praxe respondentek u praktického lékaře a nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Výzkumné šetření bylo prováděno u 8 respondentek, jejichž délka praxe se pohybovala od 5 do 20 let. Díky tomuto značnému rozdílu délek praxe můžeme sledovat různé pohledy respondentek na tuto problematiku. Dále měly všechny respondentky středoškolské vzdělání s maturitou, pouze jedna respondentka absolvovala specializaci ARIP.

Respondentky byly velmi ochotné a vstřícné. Nevyskytl se žádný problém ohledně šetření. Respondentka v Humpolci mi říkala, že jsem první, kdo s ní provádí výzkumné šetření, velmi se jí to líbilo a zdálo se jí to přínosné. Prý by takovéto šetření měli dělat častěji, nejen pro účely těchto prací. Já jsem stejného názoru. Bylo by opravdu užitečné a prospěšné provádět více výzkumů ve zdravotnictví nejen z hlediska spokojenosti klientů, ale i z hlediska kvality ošetrovatelské péče vykonávané zdravotníky.



Musím jednoznačně souhlasit s názorem lékařky Vojtíškové, která ve svém článku udává, že na schopnost komunikace je kladen velký důraz, jelikož jediným spolehlivým a ochotným zdrojem informací pro pacienta je personál všeobecné praxe (23). Myslím si, že zkušenost a profesionalita sestry se ukáže právě v komunikaci a schopnosti naslouchat, teprve poté se pozná, zda byla volba tohoto povolání správná.

Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že všechny respondentky vzdělují klientům základy o preventivních prohlídkách, které se týkají přípravy, nároků a harmonogramu. Překvapivá byla odpověď respondentky číslo 2, která uvedla, že veškeré podávání informací je v kompetenci lékaře, což je v rozporu se skutečností Vojtíškové (2006), která popisuje sestru jako poskytovatelku informací pro pacienty v souladu se svou způsobilostí, popřípadě tlumočí rady lékaře (23). Na to předsedkyně sester ČAS Strnadová (2011) dodává, že v primární péči mají sestry menší kompetence, jelikož jsou brány jako pouhé pomocnice praktických lékařů (37). Musím se přiklonit k názoru Vojtíškové, jelikož sestra nemá v kompetenci podávání informací o zdravotním stavu klienta, ale má způsobilost podávat informace o průběhu vyšetření včetně její přípravy. Nesouhlasím s názorem Strnadové (2011), protože sestru jako osobnost nelze zařazovat do kategorie "pomocnic", jelikož lékař i sestra jsou ve vzájemné interakci. Sestra za sebe zodpovídá stejným způsobem a jsou jí přisuzovány stejné osobnostní vlastnosti, úlohy, ať už je její role v nemocnici či v primární péči. Jedná se o osobu vyjimečnou a jedinečnou k tomuto poslání.

Novodobý svět je informačně a technologicky vyspělý, proto není překvapující odpověď respondentky 6, která dodává, že informace si klienti vyhledávají z internetu či televize. Ano, v současnosti si klienti mohou vyhledávat jakékoliv informace, avšak není zaručena jejich kvalita a pravdivost. Smutná skutečnost také vyšla od respondentky 3, která odpověděla, že je tlačí časová tíseň, nemohou tak podávat dostatek informací kvůli plné čekárně lidí a ordinační době. Fecková (2011) ve svém článku o takovéto situaci mluví jako o stresu. Dodává, že v současné době, která je uspěchaná, nás stres velmi obklopuje. Pouze určitá míra stresu je důležitá pro růst, život a rozvoj. Fecková (2011) se zmiňuje o tom že je významné poznat hranici, která upozorňuje na škodlivost stresu (43). Myslím si, že by se tato skutečnost nechala řešit vymezením některé hodiny

pouze na preventivní prohlídky, sestra by tak měla více času na klienta a podle objednání by také měla přehled o počtu klientů a napocit'ovala by tak velké zatížení organismu.

Výzkumné šetření také odhalilo udivující výsledky ohledně způsobu oslovování na preventivní prohlídky. Respondentky svým klientům pozvánky již nerozesílají. Jedním z důvodů respondentky 6 byl velký počet klientů, a tedy s tím i nemožné obsáhnutí. Dalším z důvodů nerozesílání pozvánek respondentky 8 byla vysoká cena známky. Ovšem respondentka 7 rozesílá pozvánky pouze na očkování tetanu, jelikož jsou na to zvyklé. Můj názor je takový, že opětovné rozesílání pozvánek by navýšilo procentuální návštěvnost klientů.

Také čeští lékaři už delší dobu upozorňují na nutnost zavedení adresného zvaní, které by přispělo k vyšší účasti v preventivních programech. Dle Pavly Frei (2012) je důvod proč Česká Republika pozvánky nerozesílá takový, že zvaní mohou systematicky provádět pouze zdravotní pojišť'ovny, jelikož mají dostupné aktualizované adresy pojišť'enců a měli by mít zájem o jejich zdraví a snížení nákladů zdravotní péče. Tomuto názoru neoponuje Ředinová (2012), a také dodává, že by zdravotní pojišť'ovny měly být ty, kdo ponese hlavní náklady zvaní adresného. S takovým názorem také souhlasí Vorlíček (2012), ředitel, lékař a předseda onkologického ústavu, který si myslí, že budou mít plátcí péče v budoucnu finanční užitek z výsledků screeningů, léčba časných onkologických nemocí bude tak lacinější než léčba pokročilých stádií. Dušek (2012) však dodává, že se musí také počítat s možností reakce pouze 20% osob. Poté však usuzuje, že i toto je obrovský skok ve screeningu nových klientů. Poze Fridrichové (2012) se zdá projekt pozvánek nákladný (51).

V konečné fázi jsme se tedy dozvěděli, že respondentky zvou klienty na preventivní prohlídky ústně při různých vyšetření a při odchodu klienta z ordinace, poté už spoléhají na vlastní iniciativu klientů a věří, že si klienti preventivní prohlídky sami ohlírají. Myslím si, že by lidé opět uvítali rozesílání pozvánek na preventivní vyšetření, mladí lidé nenavštěvují lékaře, tak často jako starší osoby, tudíž jim sestra nemá jak připomenout termín na preventivní prohlídku a velmi pochybujeme, že na to mladí lidé myslí. Může se také stát, že i starší osoby zapomenou termín na preventivní prohlídku.

V souvislosti s touto skutečností si myslíme, že opětovné rozesílání pozvánek by bylo velice prospěšné.

V posledních měsících vznikl na ministerstvu zdravotnictví návrh projektu, který by se měl v České Republice zaměřovat na prevenci některých nádorových onemocnění. Právě adresné zvání realizované zdravotními pojišťovny by mělo být stěžejním bodem (51). Docent Julius Špičák (2007) varuje, že světové prvenství v rakovině tlustého střeva a konečníku patří České Republice, více než 5 tisíc pacientů zemře a ročně nově onemocní 7,5 tisíc lidí (49). Tento projekt by měl být nápomocen k častějšímu zachytu nemoci a v jeho důsledku ke snížení mortality. Stále se čeká na schválení projektu, který by měl běžet mezi lety 2013 – 2015 a měl by být hrazen z evropských fondů (51). Tato myšlenka se mi jeví jako naprosto přínosná a věcná, zároveň by tuto skutečnost uvítali také klienti.

V některých oblastech je také velmi alarmující skutečnost procentuálního výskytu klientů na preventivní prohlídky. Zjistili jsme, že ordinaci lékařů respondentek 1-4 navštěvuje 30-40% klientů. Zarážející je, že respondentka 5 nemá přehled kolik procent klientů navštěvuje lékaře v souvislosti s preventivními prohlídkami. Respondentka 7 uvedla pouze 7% za loňský rok. Je známé, že češi preventivní prohlídky zanedbávají i přestože se na ně nevztahují regulační poplatky. Miloslava Chudobová (2007) uvedla na webu, že loni provedli praktičtí lékaři pro dospělé 38,6 miliónů ošetření a 5,5 % z toho představovaly preventivní prohlídky. Nejlépe vyhodnocená situace je v Praze a nejvíce prevence zanedbávají občané z kraje Moravskoslezského (50). Tyto výsledky se nám zdají být opravdu smutné, ačkoliv je to na lidech jak se za své zdraví postaví, nikdo jim nemůže přikazovat nutnost návštěv prevence, potom by tedy měli vědět o rizicích neuskutečnění prevence.

Z výsledků je také patrné, že respondentky se klienty nesnaží nějak zvláště přesvědčovat o důležitosti docházení na preventivní prohlídky. Respondentka 1 nechá rozhodnutí na nich, přesvědčuje pouze rizikové skupiny. Respondentka 3 si stěžuje na neuposlechnutí klientů i přes přesvědčování. Respondentka 2 nechává přesvědčování na lékaři. Myslím si, že je důležité informování klientů o tom, jak jsou preventivní prohlídky důležité pro jejich zdraví. Pomáhá to vybudovat si mezi klientem lepší důvěru

a utužení vztahu. Několik respondentek vnímá nedostatek času. Na prvním místě sestry by měl být klient a jeho zdraví. Bylo by dobré, kdyby si respondentky na každého klienta vymezily určitý prostor pro jeho otázky.

Vojtíšková (2006) tvrdí, že by dobrá sestra pacující u lékaře v ordinaci měla usilovat o postupné zvyšování své kompetence, měla by se zajímat o novinky ve svém oboru a je pouze na sestře, zda se bude účastnit vzdělávacích programů, konferencí a dalších školicích akcí (23). Ve výsledcích jsme se dozvěděli, že se respondentky dozívají novinky ohledně preventivních prohlídek od lékaře. Respondentky 1, 2, 3 a 8 jezdí na školení a semináře, respondentka 7 vyhledává informace z televizních pořadů.

Myslím si, že by se respondentky měly sebevzdělávat ohledně preventivních prohlídek a absolvovat veškeré semináře a školení, které se týkají této problematiky. Respondentky, které se účastní těchto programů, mohou získat více informací, na základě kterých si vytvoří svůj vlastní názor.

Podle Vojtíškové (2006) dobrá a zkušená sestra v ordinaci by měla působit současně v několika rolích, které musí zvládat plynule a současně, nejdůležitější je podle ní role edukátorky (23). Z výsledků také vyšlo, že respondentky považují právě edukaci za roli upevňování zdraví. Pouze respondentka 7 odpověděla, že na žádné role nemá čas. Tato odpověď nám přišla velmi zarážející, neboť každá sestra by měla používat některé z rolí upevňování zdraví. Dle našeho názoru, ordinace lékaře nemůže fungovat bez role sestry edukátorky.

Je velmi uspokojivé, že hygienicko-epidemiologické opatření v rámci péče o ordinace dodržují všechny respondentky. Jak uvádí Vojtíšková (2006), sestry by měly mít dostatek tištěných receptů, žádanek, dostatek ochranných pomůcek a dalších materiálů potřebných v ordinaci (23). Je zarážející, že pouze dvě respondentky se zmínily o doplňování spotřebních materiálů, kromě respondentek 5 a 8 mají všechny v ordinaci nějaké letáky a brožurky o preventivních prohlídkách, které aktivně nabízejí.

Podle Vojtíškové (2006) by sestra v čekárně měla vytvářet příjemné prostředí díky osvětě, barevnými zdmi, plakáty a obrázky (23). Je zajímavým výsledkem, že většině respondentkám se starají o osvětlení klientů dealeři, kteří donášejí letáky a

vzdělávací materiáli, respondentky je poté pouze vystaví v čekárně. Velmi zarážející je, že respondentka 6 nějak zvláště čekárnu vůči preventivním prohlídkám neupravuje.

Pro mě jsou to zajímavé výsledky, jelikož si myslím, že by každá čekárna praktických lékařů měla obsahovat informační letáky o preventivních prohlídkách. Každý klient by se tak mohl edukovat na co má v rámci prevencí nárok, ikdyž čeká na lékaře z úplně jiného důvodu. Plakáty o rizicích nedocházení na preventivní prohlídky by také neměli chybět. Lidé mají většinou v čekárnách dlouhé chvíle, proto je právě osvěta velmi užitečná a přínosná právě v čekárnách.

## 6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo, zjistit úlohu sestry v preventivních prohlídkách u praktického lékaře.

Stanovili jsme si tři výzkumné otázky na začátku výzkumu. Výzkumná otázka číslo 1: Jaké informace sestry podávají klientům o preventivních prohlídkách? Výzkumná otázka číslo 2: Jak sestry oslovují pacienty k pozvání na preventivní prohlídky? Výzkumná otázka číslo 3: Jakou úlohu zaujímají sestry při provádění preventivních prohlídek? V našem výzkumu se nám podařilo zodpovědět na všechny výzkumné otázky.

Šetření mi přineslo jednoznačné výsledky. Respondentky informují klienty o základních informacích při provádění preventivních prohlídek, týkající se harmonogramu, průběhu vyšetření, domácí přípravě na vyšetření včetně nároků, které mají. Respondentky oslovují klienty na preventivní vyšetření ústní formou namátkově při vyšetření a odchodu klienta z ordinace, také spoléhají na vlastní iniciativu klientů. Respondentky si myslí, že si klienti neuvědomují rizika nedocházení na preventivní prohlídky. Snaží se přesvědčit klienty o důležitosti docházení na preventivní prohlídky ústní formou. O letáky a osvětu klientů v čekárně se starají dealeři, respondentky pouze letáky roznesou popřípadě vyřazují. Dále všechny klientky v ordinaci pečují o hygieno-epidemiologické opatření. V rámci prevence se respondentky snaží být pozitivní a jít vlastním příkladem. Veškeré změny o preventivních prohlídkách dostávají od lékaře. Polovina respondentek absolvuje semináře a školení.

Tato bakalářská práce poslouží jako vzdělávací prostředek, na jejímž základě vytvořím schéma harmonogramu preventivních prohlídek u praktického lékaře pro dospělé (viz příloha "volné"). Letáky budou následně rozdány do čekáren, kde byl výzkum proveden.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. TRUEMAN, Chris. Medicine and Ancient Greece. *History learning site* [online]. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z:  
[http://www.historylearningsite.co.uk/medicine\\_and\\_ancient\\_greece.htm](http://www.historylearningsite.co.uk/medicine_and_ancient_greece.htm)
2. GASCOIGNE, Bamber. *History of medicine: Primitive medicine* [online]. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z:  
<http://www.historyworld.net/wrldhis/PlainTextHistories.asp?historyid=aa52>
3. HERMANOVÁ, M., J. ŠRÁMKOVÁ a E. ZACHAROVÁ. *Zdravotnická psychologie - teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-2068-5.
4. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 978-80-247-3213-8.
5. BABIÁKOVÁ, M., E. MARKOVÁ a M. VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1151-6.
6. BAŠKOVÁ, Martina a kol. *Výchova k zdraví*. Martin: OSVETA, 2009. ISBN: 978-80-8063-320-2.
7. KUBÁTOVÁ, Dagmar a Jitka MACHOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2715-8.
8. VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN: 978-80-7254-997-9.
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-2150-7.

10. KOMÁREK, Lumír a Kamil PROVAZNÍK. *Ochrana a podpora zdraví*. 3 lékařská fakulta UK: Cindi, 2011. ISBN 978-80-260-1159-0.
11. FROHLICHOVÁ, Linda. Škola podporující zdraví. *Státní zdravotní ústav* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/skola-podporujici-zdravi>
12. NEDBALOVÁ, Jana. Podpora zdraví v ČR. *Výchova ke zdraví* [online]. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>
13. MORABIA, A. History of medical screening: from concepts to action. *Postgraduate Medical Journal* [online]. 2004-08-01, roč. 80, č. 946, s. 463-469 [cit. 2013-02-11]. ISSN 0032-5473. DOI: 10.1136/pgmj.2003.018226. Dostupné z: <http://pmj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/pgmj.2003.018226>
14. *Sbírka zákonů Česká republika: Vyhláška o preventivních prohlídkách*. Břeclav: Moraviapress, 2012. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-29-unora-2012-o-preventivnich-prohlidkach-18809.html>
15. UHROVÁ, Jana. Prevence v souladu s právními předpisy. *Postgraduální medicína*. 2004, č. 4, s. 8. ISSN 1212-4184.
16. VEVERKOVÁ, Anna a Josef ZÁBRANSKÝ. Zapomínat na prevenci se nevyplácí. *Florence*. 2012, roč. 8, s. 3. ISSN 1801-464X.
17. POKORNÁ, Andrea a Šárka URBÁNKOVÁ. Primární prevence v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Praktický lékař*. 2012, č. 2, s. 86-91. ISSN 0032-6739.



18. ŠTEFLOVÁ, Alena. Prevence v primární péči. *Postgraduální medicína*. 2004, č. 4, s. 4. ISSN 1212-4184.
19. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
20. VINCENOVÁ, Dana. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*. 2007, č. 2, s. 35-36. ISSN 1803-5264.
21. VEJROSKOVÁ, Eva. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. 2006, č. 2, s. 99. ISSN 1213-0494.
22. BRITISH DENTAL ASSOCIATION. *Dental nurses* [online]. 19/10/2012 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.bda.org/dcps/work-in-dent/dental-nurses.aspx>.
23. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2006, č. 2, s. 94-96. ISSN 1214-8687.
24. DLOUHÁ, Marie. Profesionální čištění zubů dentální hygienistkou. *Sestra*. 2010, č. 9, s. 40. ISSN 1210-0404.
25. MICHALÍČKOVÁ, Radka. Specifika práce sestry v gynekologické ordinaci. *Sestra*. 2006, č. 9, s. 39. ISSN 1210-0404.
26. PAVLÍČKOVÁ, Kateřina. Problematika poskytování závodní preventivní péči v praxi. *Medicína pro praxi*. 2010, č. 3, s. 101-104. ISSN 1212-7299.
27. ŽÍDKOVÁ, Věra. Závodní preventivní péče. *Practicus*. 2011, č. 4, s. 31-33. ISSN 1213-8711.

28. VEVERKOVÁ, Anna a Josef ZÁBRANSKÝ. Ukončení úhrady závodní preventivní péče. *Florence*. 2012, č. 6, s. 3. ISSN 1801-464X.
29. ROHÁČOVÁ, Hana. Očkování v dospělosti. *Medicina po promoci*. 2011, dvouměsíčník, s. 35-38. ISSN 1212-9445.
30. BERAN, Jiří a Igor KAREN. Očkování a očkovací kalendář v ordinaci praktického lékaře. *Postgraduální medicína*. 2004, č. 4, s. 30. ISSN 1212-4184.
31. SEMIGINOVSKÝ, Bohdan. *Abeceda očkování*. Praha: Fórum pro zdraví, 2004. ISBN 80-239-3199-7.
32. FRAŇKOVÁ, Michaela. Očkování – nové trendy, vakcíny a postupy. *Florence*. 2012, č. 10, s. 14-15. ISSN 1801-464X.
33. HAVLÍČEK, Petr. Co, jak a kdy očkovat? *Florence*. 2012, č. 10, s. 16-18. ISSN 1801-464X.
34. CABRNOCHOVÁ, Hana. Očkování dětí v ČR. *Sestra*. 2006, č. 3, s. 33. ISSN 1210-0404.
35. HEGER, Leoš. Aktuální změny v legislativě 2012. *Practicus*. 2012, č. 3, s. 36-39. ISSN 1213-8711.
36. SIMOČKOVÁ, Věra a Mária ZAMBORIOVÁ. Zdravie a prevencia cez prizmu povolania sestry. *Kontakt*. 2009, č. 1, s. 131-136. ISSN 1212-4117.
37. STRNADOVÁ, Alice. Trochu z historie primární péče. *Practicus*. 2011, č. 4, s. 1příl. ISSN 1213-8711.

38. KRÁTKA, Anna a Zuzana RABENSEIFEROVÁ. Práce sestry v agenturách domácí péče. *Sestra*. 2010, č. 1, s. 37. ISSN 1210-0404.
39. ČECHOVÁ, Soňa. Komunitní sestra – chiméra, nebo klíčový aktér? *Sestra*. 2010, č. 5, s. 13. ISSN 1210-0404.
40. BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, č. 12, s. 28. ISSN 1210 – 0404.
41. VITOŠOVÁ, Marie. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*. 2007, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404.
42. DLUGOŠOVÁ, Anna. Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*. 2011, č. 9, s. 22. ISSN 1210-0404.
43. FECKOVÁ, Miriam. Komunikační signály eliminující stres u pacienta. *Sestra*. 2011, č. 9, s. 24. ISSN 1210-0404.
44. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 8024712628.
45. ARANDA, Sanchia a Margaret O'CONNOR. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
46. MARTINKOVÁ, Vlasta. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, č. 4, s.24. ISSN 1801-1349.
47. HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra*. 2012, č. 2, s. 20. ISSN 1210-0404.

48. ADAMCZYK, Adam. Vzdělávání sester v 21. století. *Sestra*. 2010, č. 6, s. 16. ISSN 1210-0404.
49. MLČOH, Zbyněk. *Preventivní prohlídky: nejlepší prevence nemocí* [online]. 2007 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://preventivky.zbynekmlcoch.cz/>
50. KOPECKÁ, Ester. Češi zanedbávají preventivní prohlídky. *Sestra*. 2010, č. 9, s. 6. ISSN 1210-0404.
51. VITÁSEK, Jan. ČR chce posílit prevenci rakoviny, zavede adresné zvaní. *Euroactiv* [online]. 2012, 31.10.2012 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/cr-v-evropske-unii/clanek/cr-se-blizi-k-zavedeni-adresneho-zvani-010351>
52. MAZUROVÁ, Elenka. Nepodceňujme význam preventivní prohlídky, radí lékařka ČPZP. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/2855-0-Nepodcenujme-vyznam-preventivni-prohlidky-radi-lekarka-CPZP.html>

## 8. Přílohy

### Příloha 1 – Nestandardizovaný rozhovor

- 1) Jak dlouho pracujete u praktické lékařky?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jakým způsobem jste informovaná o změnách (nové zákony) preventivních prohlídek?
- 4) Myslíte si, že si klienti uvědomují rizika nedocházení na preventivní prohlídky?
- 5) Jakým způsobem od Vás dostávají klienti informace na co mají nárok v rámci preventivních prohlídek?
- 6) Jaké informace podáváte pacientům o preventivních podmínkách?
- 7) Kolik procent klientů u Vás navštěvuje lékaře v rámci preventivních prohlídek?
- 8) Jak oslovujete pacienty k pozvání na preventivní prohlídky?
- 9) Jak se snažíte přesvědčit klienty o důležitosti docházení na preventivní prohlídky?
- 10) Jak se snažíte v rámci prevence působit na klienty?
- 11) Jak pečujete o ordinaci v rámci preventivního působení?
- 12) Jaké role zaujímáte v rámci upevňování zdraví?
- 13) Jakým způsobem upravujete čekárnu v rámci preventivního působení?