



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Primární péče z pohledu dětské sestry pracující u
praktického lékaře pro děti a dorost**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Tereza Tlačilová

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Pavlásková

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Primární péče z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2023

.....
podpis

Poděkování

Tímto směrem bych chtěla poděkovat Mgr. Iloně Pavláskové za odborné vedení a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Primární péče z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá primární péčí z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost. Naším cílem bylo zjistit specifika práce sestry v primární péči a jejich spolupráci s rodiči dětí během preventivních prohlídek. K získání dat jsme využili kvalitativní výzkumné šetření a techniku polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími u praktického lékaře pro děti a dorost. Získaná data jsme zpracovali pomocí Microsoft Word technikou otevřeného kódování tužka – papír. Výzkumu se zúčastnilo osm sester z patnácti oslovených.

Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu primární péče v pediatrii, pravidelné preventivní prohlídky, náplň práce sestry v primární péči a edukační a komunikační schopnosti. Ke dvěma hlavním cílům byly přiřazeny tři výzkumné otázky. Tyto otázky jsme zaměřili především na náplň práce sestry v rámci preventivních prohlídek, dále jaká část činností v práci sestry u PLDD se váže k poskytování preventivní péče a jako poslední jsme chtěli zjistit, jaká je spolupráce rodičů se sestrami v rámci preventivních prohlídek.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestra provádí řadu činností v rámci primární péče. Mezi úkoly sestry patří měření výšky, vážení, vyšetření zraku, sluchu a barvocitu, dále měření krevního tlaku a fyziologických funkcí, měření obvodů, vyšetření moči pomocí diagnostického papírku, příprava vakcín, kontrola a zápis do očkovacího průkazu a očkování. Nedílnou součástí tvoří také edukace rodiny a dítěte v rámci primární péče. Z druhého výzkumného šetření jsme zjistili, že ke správné spolupráci je potřeba navázat důvěru mezi sestrou, rodiči a dětským pacientem. Většina pacientů uvedla, že rodiče dodržují pravidelnost preventivních prohlídek u svých dětí a to hlavně u malých dětí. Naopak u větších dětí bývá docházka horší. Bohužel jsme také přišli na to, že rodiče si neuvědomují rizika, které mohou nastat, pokud jejich děti nebudou docházet na preventivní prohlídky. Dozvěděli jsme se také, že v dnešní době si rodiče vše hledají na internetu a tak chtějí vědět podrobnější informace. Proto je důležitá efektivní komunikace a edukace. Dle výsledků jsme usoudili, že edukace rodiny a dětských pacientů probíhá ve všech případech našich respondentů, avšak některé sestry nepoužívají k edukaci materiály, protože se jim to zdá zbytečné.

Tato bakalářská práce pomáhá aspoň z části nastínit důležitost primární péče a činnosti sestry, které provádí. Pomáhá nám nastínit i spolupráci rodičů a jejich informovanost o důležitosti primární péče v dětském věku.

Rádi bychom, aby tato práce posloužila rodičům dětí k uvědomění si důležitosti primární prevence a pro studenty zdravotnických oborů k nastínění činností sestry pracující u PLDD v rámci primární péče.

Klíčová slova

Primární péče; preventivní prohlídky; dětská sestra; dětský pacient; prevence; edukace; praktický lékař pro děti a dorost; rodina

Primary care from the point of view of a pediatric nurse working at a general practitioner for children and adolescents

Abstract

This bachelor's thesis deals with primary care from the perspective of a pediatric nurse working in a general practitioner for children and adolescents. Our aim was to find out the specifics of the work of primary care nurses and their collaboration with parents of children during preventive checkups. To obtain data, we used a qualitative research survey and a semi-structured interview technique with nurses working in a general practitioner for children and adolescents. We processed the collected data using Microsoft Word using the open coding pencil-paper technique. Eight nurses out of fifteen interviewed participated in the study.

The theoretical part focuses on the definition of the term primary care in pediatrics, regular preventive checkups, the job description of the primary care nurse, and educational and communication skills. Three research questions were assigned to the two main objectives. These questions focused on the job description of the nurse in preventive checkups, what part of the activities in the work of the nurse in PLDD are related to the provision of preventive care, and lastly, we wanted to find out what is the cooperation between parents and nurses in preventive checkups. The research investigation shows that the nurse carries out a number of activities in primary care.

Some of the tasks performed by the nurse include height measurement, weighing, vision, hearing and colour vision tests, as well as blood pressure and physiological function measurements, girth measurements, urine testing using diagnostic paper, vaccine preparation, and checking and recording vaccination records. The education of the family and child in primary care is also an integral part.

From the second research investigation, we found that to work together properly, trust between the nurse, parents and the pediatric patient needs to be established. The majority of the patients reported that parents adhere to the regularity of preventive checkups for their children, especially for young children. Conversely, attendance tends to be worse for older children. Unfortunately, we also found that parents are not aware of the risks that can occur if their children do not attend preventive checkups. We also learned that nowadays parents look everything up on the internet, so they want to know more detailed information. Therefore, effective communication and education are important. According to the results, we concluded that family and pediatric patient

education is done in all cases of our respondents, but some nurses do not use materials for education because they think it is unnecessary.

This bachelor's thesis helps to outline, at least in part, the importance of primary care and the activities nurses perform. It also helps to outline the cooperation of parents and their awareness of the importance of primary care in childhood.

We would like this work to serve as a tool for parents of children to realize the importance of primary prevention and for health students to outline the activities of a nurse working in PLDD in primary care.

Key words

Primary care; preventive examinations; pediatric nurse; pediatric patient; prevention; education; general practitioner for children and adolescents; family

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 VYMEZENÍ POJMU PRIMÁRNÍ PÉČE V PEDIATRII	9
1.2 SESTRA V PRIMÁRNÍ PÉČI.....	10
1.2.1 Osobnost sestry.....	10
1.2.2 Komunikace sester	11
1.2.3 Vzdělávání sester	14
1.3 PREVENCE JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	15
1.3.1 Primární prevence	15
1.3.2 Sekundární prevence.....	16
1.3.3 Terciární prevence.....	16
1.4 ÚKOLY SESTRY V PREVENTIVNÍ ČINNOSTI.....	16
1.4.1 Posouzení růstu a vývoje.....	20
1.4.2 Posouzení psychomotorického a sociálního vývoje.....	22
1.4.3 Očkování u dětí	24
1.4.4 Výživa	26
1.4.5 Prevence pádů a úrazů.....	29
1.5 EDUKACE SESTROU V PRIMÁRNÍ PÉČI	30
1.5.1 Edukace rodičů.....	31
1.5.2 Edukace dětí.....	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 CÍLE PRÁCE.....	33
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
3 METODIKA	34
3.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKA SBĚRU DAT.....	34
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
4 VÝSLEDKY	35
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ	35
4.2 KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ.....	35
5 DISKUZE	43
6 ZÁVĚR.....	48

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	55
9	PŘÍLOHY	56
10	SEZNAM ZKRATEK	65

Úvod

Primární péče je péče první linie, kdy dochází k prvnímu setkání pacienta s lékařem a kde se provádí nejen ta léčebná péče, ale hlavně ta primární péče. Do primární péče spadají především pravidelné preventivní prohlídky. Preventivní prohlídky by měl podstupovat každý, bez ohledu na to, zda je zdravý nebo ne. Předcházíme tím rozvoji nemocí a komplikací, které mohou změnit způsob a styl života jedince. Je proto velmi důležité dodržovat jejich pravidelnost, kvůli včasnému upozornění na vznikající problémy. Dětská sestra společně s lékařem doprovází dítě od narození po dovršení dospělého věku a hraje zásadní roli v ochraně a podpoře optimálního růstu a vývoje dítěte.

Tématem bakalářské práce je primární péče z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost. V teoretické části se především zaměřujeme na vymezení pojmu primární péče v pediatrii. Orientujeme se hlavně na činnosti sestry v primární péči u dětí a náplň práce během preventivních prohlídek, kam můžeme zařadit například posouzení růstu a vývoje dětí, posouzení psychomotorického vývoje, očkování a prevence úrazů a pádů nejčastějších v dětském věku. Důležitá je také spolupráce rodičů a dětí a proto se zabýváme v další části komunikací a edukací sestrou.

V empirické části této bakalářské práce je naším cílem zjistit specifika práce sestry pracující v primární péči a spolupráci rodičů a sester při preventivních prohlídkách. Praktická část byla zpracována formou kvalitativního šetření pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru s nelékařskými pracovníky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

1 Současný stav

1.1 Vymezení pojmu primární péče v pediatrii

Pro samotného jedince, rodinu či komunitu představuje primární péče první kontakt se zdravotnictvím. V primární sféře lékař společně s dětskou sestrou doprovázejí dítě od prvních měsíců života, kdy je čeká řada preventivních prohlídek, až po dovršení dospělosti. Dětská sestra zastává v primární péči důležitou roli v podpoře a ochraně zdraví a životních podmínek optimálních pro vývoj a růst dítěte. Činnost dětské sestry v primární péči je zaměřena především na prevenci primární, sekundární a terciární. Úlohou dětské sestry je také edukace rodičů i dětí ve zdraví i nemoci. Dětská sestra pracující v ordinaci praktického lékaře doprovází dítě od narození po dospělost. Její kompetence se díky vyšší či specializační studii postupně rozšiřují. (Sikorová, 2012)

Primárně preventivní péče a péče o dítě hraje klíčovou roli v udržení kvalitní úrovně zdraví populace v České republice (Tručková, Brabcová, 2016). Už na mezinárodní konferenci o základní zdravotní péči, která se konala v Alma-Atě v roce 1978, bylo uvedeno, že k dosažení *Zdraví populace do roku 2000* (definice zdraví na 30. valném shromáždění WHO 1977) je jednou z nejdůležitějších oblastí primární zdravotnická péče. Z této konference vyplynulo, že by primární péče měla být poskytována těm jedincům, kteří ji potřebují. O pár let později v roce 1984 byl zahájen program *Zdraví pro všechny do roku 2000*, který poukazoval na to, že je třeba zajistit úroveň zdraví, která by umožnila všem lidem žít produktivní život jak na společenské, tak ekonomické úrovni. I po roce 2000 zůstává komplexní primární péče a její rozvoj hlavní prioritou WHO. (Sikorová, 2012)

Pediatric jako obor se zabývá vývojem jedince a tvoří základní část komplexní péče o dítě a dle jeho potřeb poskytuje ambulantní a lůžkovou péči. V případě dětí je ambulantní primární péče poskytována praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou. Zahrnuje soubor všech činností, které jsou zaměřeny především na ochranu zdraví a pozorování zdravého vývoje jedince, na prevenci nemocí, léčbu a popřípadě následnou rehabilitaci. Jednou z podmínek péče je její snadná dostupnost – ideálně by měla být poskytována v místě pacientova bydliště nebo v jeho blízkosti. (Klíma a kolektiv, 2016)

Na ambulantní primární péči navazuje a rozšiřuje ji péče lůžková, a to v případě, kdy je nutné řešit některé závažné stavy ohrožující zdraví a život dítěte. Tuto péči poskytují

lůžková zařízení na dětských odděleních v nemocnicích i ve specializovaných centrech, jako jsou například dětské kardiocentrum, klinika dětské neurologie či onkologie. Dětské oddělení zajišťuje diagnostickou a léčebnou péči dítěti, jehož onemocnění vyžaduje péči na lůžku. (Klíma a kolektiv, 2016) Hospitalizace je ale vždy velkým zásahem nejen do života dítěte, ale i jeho rodiny a prostředí, ve kterém žije. Adaptace dítěte na nemocniční prostředí je zvláště u nejmenších dětí velmi náročná a může zasáhnout traumatizujícím zážitkem do psychiky dítěte. Proto je nutné zajistit v době hospitalizace co nejvhodnější prostředí, které se bude podobat tomu rodinnému. To zahrnuje jak prostorové uspořádání, tak i denní režim, přítomnost rodiny a zejména zkušený a vyškolený zdravotnický a pedagogický personál (Růžičková et al., 2022). U dětí do 6 let je povolena hospitalizace doprovázející osoby, jejíž pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou. Tyto zásady byly přesně popsány a schváleny na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 jako Charta práv hospitalizovaných dětí. Mezi další lůžková zařízení v péči o dítě patří různé odborné léčebné ústavy, dětské lázeňské léčebny, ozdravovny či zvláštní zdravotnická zařízení (Klíma a kolektiv, 2016).

1.2 *Sestra v primární péči*

V poskytování primární péče má nezastupitelnou roli dětská sestra s potřebným vzděláním a znalostmi péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Dětská sestra je součástí preventivních prohlídek i léčebných úkonů, ale spolupracuje rovněž při pozorování a hodnocení psychomotorického vývoje dítěte, jeho chování a komunikace dítěte i rodiny (Klíma a kolektiv, 2016). Jejím úkolem je zajištění bezchybného a plynulého chodu ordinace, pomoc pacientům a podpora pacientů a další úkoly v organizační, odborné a administrativní oblasti (Sikorová, 2012). V mnoha případech dokáže dětská sestra nejlépe odhadnout celkový stav dítěte a rodiny. Zaznamená lépe společenskou a hygienickou úroveň rodiny, schopnost matky postarat se o své dítě a schopnost celé rodiny zajistit vhodné prostředí pro vývoj, zázemí, citové vazby a pocit bezpečí. V těchto oblastech je dětská sestra většinou lepším rádčem než samotný lékař (Klíma a kol., 2016).

1.2.1 *Osobnost sestry*

Toto povolání je jednou z nenáročnějších profesí, kde je hlavním objektem člověk. Ať už je zdravý nebo nemocný, vyžaduje od zdravotníka dodržování určitých forem jednání, empatii, pochopení a obrovskou trpělivost. Sestra by měla zvládnout odbornou

činnost, práci s technikou, ale také by měla umět efektivně komunikovat a zvládat jak fyzickou, tak i psychickou zátěž (Kelnarová a kol., 2015).

Nejde tady jen o její odborné kompetence, nýbrž i o její osobnostní kompetence. Velkou roli zde hraje i další prvek, a to vztah sestry a pacienta. Pacient potřebuje mít v sestře důvěru, cítit její zájem, vážit si jí a do určité míry ji mít i rád. Platí tedy, že v ošetrovatelství je nejdůležitějším a nejvýznamnějším nástrojem pomoci osobnost pracovníka (Vévoda a kol., 2013).

Práce dětské sestry není zaměřena jen na nemocné dítě, sestra musí myslet i na jeho rodinu a péči o její emocionální potřeby. V tomto případě je péče dětské sestry jedinečná a přináší s sebou i stres. Tyto vlivy mohou ovlivnit bezpečnost dětských pacientů (Bartoníčková et al., 2022). Proto je pro sestru důležité pochopit sebe sama jako člověka, jako osobnost, aby poznala své silné a slabé stránky a svůj rozvojový potenciál. Pochopení a poznání sebe sama umožňuje osobnostní růst a zlepšuje profesionální komunikaci. Když sestra najde odpověď na otázku, *kdo jsem a co dokážu*, dojde k lepšímu přijetí sebe sama i ostatních. Pokud to plně přijme, prožívá opravdovou empatii, soucit a poskytuje tu správnou péči (Vévoda a kol., 2013).

Každé dítě je individuální osobnost jako všichni ostatní lidé. Proto je důležité se každému dítěti přizpůsobit. K tomu je potřeba, aby měl každý zdravotník nejen dostatek znalostí, ale hlavně zájem o děti. Jeho chování by mělo být laskavé a klidné. Chování sestry ovlivňuje chování dítěte a do budoucna i postoj dítěte ke zdravotnickému personálu (Plevová, Slowik, 2010).

1.2.2 Komunikace sester

Člověk jako sociální tvor se od jiných živočichů na zemi odlišuje svou schopností využívat řeč jako nástroj ke komunikaci a myšlení. Řeč je podmínkou existence každého sociálního systému, protože bez ní by žádná sociální skupina nemohla existovat. Slouží k sociálnímu začlenění jednotlivce do skupiny. Komunikace má vždy svůj účel a funkci a může plnit i několik funkcí najednou. Jednou ze základních funkcí komunikace je například funkce informativní, díky níž dochází k předávání faktů a informací mezi lidmi, nebo funkce instruktivní, která slouží k vysvětlení významů, k popisu či podání návodu. Další funkcí je funkce zábavná, jež slouží k pobavení a zasmání se, přičemž se vytváří pocit pohody a spokojenosti. Patří sem i funkce osobní

identity, funkce poznávací, přesvědčovací a mnoho dalších. Hranice mezi nimi není zpravidla jednoznačná, ale naopak se funkce velmi často překrývají (Zacharová, 2016).

Komunikační proces se dělí na verbální a neverbální komunikaci, které se navzájem doplňují. Hned ve chvíli, kdy pacient vejde do ordinace, nám vysílá velké množství signálů o sobě a svém stavu – jak se cítí, co ho bolí, v jaké situaci se zrovna nachází. To, jak vchází dovnitř, sedá si, svléká se a odpovídá na otázky, jestli kouká kolem sebe nebo do očí lékaře, jsou signály verbální i neverbální. (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Důležitou složkou v komunikaci s pacientem je aktivní naslouchání. Sestra poslouchá pacienta, vnímá jeho sdělení a poskytuje mu zpětnou vazbu. Z toho všeho může sestra poznat a lépe pochopit jeho zdravotní problémy. Během toho sestra používá prvky, jako jsou pokyvování hlavou, chápající slova *aha, ano* apod. Aktivní naslouchání je nejefektivnější způsob, jak navázat vztah s pacientem a jak snadno a rychle získat co nejvíce informací (Vévoda a kol., 2013).

Jak už bylo zmíněno, adaptace dítěte na nemocniční prostředí je velmi náročná. Děti jsou během návštěvy kliniky či hospitalizace více náchylné k prožívání stresu. Musíme brát v potaz, že děti zpracovávají informace jinak než dospělí. Schopnost zpracovávat informace je u dítěte, které má v dané situaci strach nebo prochází stresem, značně zhoršená (P. P. Desai, S.V. Pandya 2013). Komunikace v medicínské a ošetrovatelské praxi je podobné umění jako herectví, a to hlavně komunikace s dětmi a rodinnými příslušníky. To, jak komunikovat, nás ve škole nikdo neučil, a proto má každý své komunikační schopnosti na jiné úrovni. Primární péče je založena především na schopnosti komunikovat (Seifertová, 2016). Komunikace a komunikační schémata jsou indikátorem psychologického prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a v jakém rodina funguje. Během rozhovoru sestra hodnotí jak verbální, tak neverbální projevy. Hodnotí obsah komunikace, způsob, jakým se dotyční vyjadřují, tón hlasu a také to, zda s ní nebo s lékařem hovoří dítě či rodič. Z obsahu rozhovoru lze zjistit mnoho věcí, jako je například velikost a struktura rodiny, události v rodině, které mohou poznamenat dítě, nebo výchovný styl (Sikorová, 2012).

V ordinaci PLDD se můžeme setkat nejrůznějšími lidmi a rodinami. Existují rodiny plně funkční, kde jsou rodiče pozitivně naladěni a připraveni ke spolupráci, ale také rodiny s jedinci, kteří mohou být frustrováni a méně naladěni k jednání i v případě, že přijdou hledat pomoc pro své dítě (Seifertová, 2016). Komunikace jednotlivých rodin se

může lišit. U zdravé rodiny, kde je dítěti poskytnuto bezpečné prostředí vhodné pro jeho vývoj a kde se všichni členové navzájem podporují, se rozvíjí zdravá komunikace. Dítě, které je součástí zdravé rodiny, je podporováno i v náročných životních situacích. Naopak v nefungující rodině zpravidla nefunguje otevřená komunikace a rodiče nejsou pro své děti dostupní fyzicky nebo emocionálně. Děti z takových rodin mohou trpět syndromem pomáhajícího. V budoucnu si mohou volit pomáhající profese, kde si vynahrazují své potřeby z dětství (Vévoda a kol., 2013). Při komunikaci s rodinou je důležité, aby zdravotníci mysleli na to, že mluví s laiky. Proto je nutné v průběhu rozhovoru ověřovat, zda je pro rodinu vše srozumitelné. Určitě se nedoporučuje používat odbornou terminologii, takže pokud zdravotník mluví o určitém onemocnění a léčbě, je nutné použít správný výraz. V dnešní době si rodiče vše najdou na internetu a chtějí vědět přesnou diagnózu a prevenci. Komunikaci mohou zkvalitnit různé informační letáky a brožury, avšak nesmí ji nahradit (Plevová, Slowik, 2010).

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická, a to kvůli zvláštnostem každého vývojového období. Proto by každá dětská sestra měla znát určité znaky, které jsou specifické pro danou věkovou kategorii. Aby dítě se sestrou spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace. Samozřejmě komunikace je ovlivněna i zdravotním stavem dítěte. Sestra v tu chvíli není jen zdravotník, ale stává se pro dítě hned vedle rodičů nejbližší kontaktní osobou. Komunikace s dětským pacientem a jeho rodinou vyžaduje vždy velkou trpělivost, důslednost a upřímnost (Plevová, Slowik, 2010). Velkou roli v komunikaci hraje i způsob jakým s dítětem komunikujeme. Nejen, že ho tím učíme, jak komunikovat s ostatními, ale také to formuje jeho emocionální vývoj a způsob, jakým bude v budoucnu navazovat vztahy s ostatními lidmi (UNICEF, 2022).

Při vyšetření dítěte je důležité, aby komunikace probíhala přímo s ním (Plevová, Slowik, 2010). Hned na začátku je nutné si připravit vhodnou půdu pro rozhovor. Pro komunikaci s dítětem je vhodné usadit se a sestoupit na úroveň jeho očí. Důležité je vybudovat si důvěru a vztah. U kojenců, batolat a malých dětí nám pomůže používání neverbálních strategií, jako jsou například podávání hraček, hraní si a také jemné doteky. U dětí školního věku a mladistvých se doporučuje pozdravení, uznání, pochvala a určitě i komunikace přímo s nimi, nejen s rodiči. Před vyšetřením se doporučuje klást dítěti otázky, aby vám o sobě něco řeklo, ptát se na jeho cíle, očekávání a zapojit ho do plánování léčby (Desai, 2013).

1.2.3 Vzdelávání sester

První zmínky a prvopočátky ošetrovatelské péče pocházejí až z křesťanských civilizací raného středověku, kdy křesťané vyznávali pomoc bližnímu a trpícímu člověku. Všechny získané zkušenosti a dovednosti z laické péče se předávaly z generace na generaci. Florence Nightingalová je zakladatelkou koncepce ošetrovatelství, a právě ona při ošetrovatelské péči upozorňovala na rozdíly dětského věku. Budovala dětské nemocnice a připravovala sestry na péči o děti (Tručková, Brabcová, 2016).

Ošetrovatelská škola určená pro dětské sestry vznikla v roce 1922 při Nemocnici ochrany matek a dětí v Praze-Krči. Tuto školu vedl od samotného začátku primář Quido Mann. Studium trvalo ze začátku jeden rok, ale kvůli nedostatku zájemců bylo zkráceno jen na půl roku. Škola fungovala mnoho let a byla jedinou školou dětských sester. Od 30. let 20. století vznikaly ošetrovatelské školy. Po druhé světové válce se studium prodloužilo na čtyři roky a školy byly zařazeny do systému jednotného školství pro přípravu zdravotnického pracovníka (Kordulová, 2017).

Obor dětská sestra vznikl kvůli odlišnosti péče o děti v rozdílném věku. Studentkám se dostávalo specializovaného vzdělání, byly zavedeny nové učební plány. Celkové studium dětské sestry trvalo čtyři roky a bylo zakončeno maturitní zkouškou. Studentky byly na tyto školy přijímány ve věku 14 až 15 let (Kordulová, 2018).

V roce 1960 vznikl v Brně Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a jeho specializační studium je zakončeno atestační zkouškou (Kordulová, 2018). V roce 1995 bylo jak dvouleté kvalifikační studium, tak i čtyřleté studium dětské sestry zrušeno. O dva roky později vznikl na Vyšších zdravotnických školách tříletý obor Diplomovaná dětská sestra, ale za deset let byl opět zrušen (Tručková, Brabcová, 2016).

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů, přinesl nové změny ve vzdělávání sester. Pokud se po roce 2004 chtěla všeobecná sestra stát dětskou sestrou, musela absolvovat specializační studium v NCO NZO v Brně (Kordulová, 2017).

V současné době jsou dětské sestry v České republice vzdělávány formou specializačního studia, které je tvořeno modulovým způsobem. Pokud sestra splní všechny podmínky vzdělání a úspěšně zakončí studium atestační zkouškou, získává specializaci v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii a také označení dětská sestra. Dětská sestra může pokračovat další specializací, a to například intenzivní péčí v pediatrii. (Hotařová, 2017). V současné době může všeobecná sestra získat specializaci dětské sestry studiem v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, na magisterském studiu na Ostravské univerzitě v Ostravě nebo na bakalářském studiu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (Tručková, Brabcová, 2017).

1.3 *Prevence jako součást zdravotní péče*

Prevence a preventivní péče je velmi široký pojem. Povinností rodičů a státu je zajistit dítěti preventivní a zdravotní péči. Hlavní úlohou prevence je vyhledávání situací, které mohou předejít onemocnění a poškození zdraví jednotlivce, či kolektivu. Preventivní úkony jsou například screeningová vyšetření, zabezpečení prostředí pro dítě, zajištění preventivního očkování a vhodná výživa dle věku dítěte (Velemínský et al., 2017). Podle Willise je preventivní pediatrie definována jako prevence nemocí a podpora fyzické, duševní a sociální pohody pro děti a mladistvé k dosažení optimálního růstu a vývoje (Willis, 2015).

1.3.1 *Primární prevence*

Primární prevence a obsah preventivních prohlídek v dětském věku je dána vyhláškou č. vyhlášky č. 70/2012 Sb. Je zaměřena především na podporu zdraví dítěte a předcházení vzniku chorob (Sikorová, 2012). K posílení zdraví spočívá hlavně výchova člověka k pozitivnímu a odpovědnému postoji k vlastnímu zdraví. Je potřeba, aby si každý člověk vytvořil vhodný životní styl, který povede k upevnění a udržení jeho dobrého zdravotního stavu. Primární prevence se zaměřuje také na ochranu zdraví celé populace a vytváří vhodné podmínky pro správný způsob života a zajišťuje sociální a biologické potřeby člověka (Klíma a kol., 2016).

V péči o dítě navazuje primární péče prakticky na preventivní péči v období prenatálním na péči novorozeneckých oddělení. Začíná převzetím dítěte z porodnice do péče lékaře a dětské sestry (Stožický, Sýkora a kol., 2016). Pro dětský věk to znamená přímou ochranu jedince v kritických okamžicích života, jako jsou například porod, poporodní adaptace, výživa, očkování, prevenci vzniku úrazů, nebo adaptace na

kolektivní zařízení (Klíma a kol., 2016). Důraz je především kladen na podporu normálního růstu a vývoje dítěte. Prostředí je také jeden z faktorů, které ovlivňují jeho růst a vývoj a proto se primární péče snaží včasné a účinně detekovat rizika a tím předcházet vážnějším komplikacím (Sikorová, 2012).

1.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je jednou z aktivit dětské sestry pracující v ordinaci u PLDD. Jejím cílem je objevit latentní dysfunkce v některé z potřeb dítěte či rodiny a předejít k jejímu rozvoji, komplikacím či chronicitě. K realizaci sekundární prevence se uskutečňuje posuzování rizikových faktorů, fyzikální vyšetření a využití testů a škál (Sikorová, 2012). Důležité je včasné odhalení a v co nečasnější zahájení léčby, aby došlo pokud možno k návratu k plnému zdraví (Klíma a kol., 2016).

1.3.3 Terciární prevence

Úkolem terciární prevence je zabránit postupu a rozvoji onemocnění, poškození organismu, vzniku handicapu a smrti (Klíma a kol., 2016). Zahrnuje také prevenci opakování zdravotních problémů nebo zhoršování zdravotního stavu. Pokud má dítě nějaké chronické onemocnění, snaží se terciární prevence podporovat adaptaci dítěte na jeho stav, protože má fyzické i psychické důsledky a promítá se i do sociální oblasti. Péče o takovéto pacienty je dlouhodobá a zahrnuje několik prohlídek jak v ordinacích, tak i v domácím prostředí společně s návštěvami specialistů a ozdravoven (Sikorová, 2012).

K úlohám sestry v terciární prevenci patří podpora normálního růstu a vývoje, pomoc a podpora dítěte vyrovnat se s onemocněním, vedení dítěte k samostatnosti a zabránění dalšímu rozvoji komplikací. K dosažení těchto cílů je potřeba motivace, pochvala, edukace, rehabilitace, nebo psychologické poradenství (Sikorová, 2012).

1.4 Úkoly sestry v preventivní činnosti

Praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra se v ambulanci starají o zdravé i nemocné děti. Větší část jejich práce zabírá hlavně prevence. Systém v ČR se pyšní velkou frekvencí preventivní prohlídek, které jsou plně pokryté ze solidárních fondů. Zdravé dítě absolvuje celkem 19 preventivních prohlídek a dalších 8 návštěv z důvodu očkování (Cabrnok, 2015). Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek u dětí je stanovena vyhláškou ministerstva zdravotnictví o preventivních prohlídkách. Věk pro preventivní prohlídky je stanovený podle jednotného systému (Muntau, 2016). Dle

vyhlášky č. 70/2012 Sb. se preventivní prohlídka provádí každé dva roky. Nejprve je dítě ošetřeno při vstupní registraci, dále pak ve 14 dnech, v 6. týdnu, pak ve 3, 4 a 6 měsíci, v 8 a 10 měsíci a 1 roku. Další prohlídka se provádí v 18 měsíci, ve 3 letech a poté každé 2 roky. To znamená v 5,7,9,11,13,15,17 a poslední je v 19 letech, kdy se ukončuje registrace u PLDD. Všechny preventivní prohlídky jsou zaměřeny na komplexní péči, ale také přistupují individuálně ke každému dítěti. Prohlídky se vždy konají za přítomnosti alespoň jednoho z rodičů. Do oblasti preventivní péče patří také očkování, které je řízeno na základě očkovacího kalendáře (Stožický et al., 2016).

Preventivní činnost začíná převzetím dítěte do péče po příchodu z porodnice. Dětský lékař nebo dětská sestra navštíví dítě pokud možno v domácím prostředí do 48 hodin po propuštění. K dispozici mají zprávu o novorozenci, která zahrnuje základní perinatální anamnézu. Během návštěvy se seznamují s rodinným prostředím, se socioekonomickou situací rodiny a hygienickou úrovní. Lékař odebírá další rodinnou i osobní anamnézu, informace o průběhu těhotenství a porodu a provádí fyzikální vyšetření novorozence (Stožický et al., 2016). To spočívá v celkovém posouzení stavu dítěte od vyšetření kůže a podkoží, hlavy, fontanel, očí a uší, přes vyšetření břicha, genitálu až po vyšetření psychomotorického vývoje včetně novorozeneckých reflexů. Kontroluje se, zda byl proveden novorozenecký screening sluchu a podání vitamínu K (Muntau, 2016). Během novorozeneckého období by se měl zkontrolovat výsledek nebo objednat vyšetření sluchu, kritické vrozené srdeční vady a státní novorozenecký screening. Tyto screeniny by se měly provádět už během hospitalizace v porodnici, ale ne vždy je to časově možné, proto je důležité, aby byly doobjednány a provedeny později (Kyle, 2022). Náplní je podávání informací a edukace rodičů o základní péči o novorozence, o kojení a výživě kojící matky v domácnosti (Stožický et al., 2016). Sestra poučí matku o správné technice kojení. Je důležité, aby ze začátku dětská sestra pomáhala a podporovala matku během kojení. To totiž ovlivňuje pozdější samostatnost matek při kojení. Sestra matce vysvětlí, jak velký význam má kojení jak pro dítě, tak i pro ni. (Mazúchová et al., 2022). Následující prohlídka ve 14 dnech věku zahrnuje stejné kategorie jako při vyšetření novorozence. Pokračuje se v zjišťování výživy dítěte a zahajuje se podávání vitamínu D jako prevence proti křivici. Prohlídka v 6 týdnech je obdobná jako ty předešlé, jen se provádí orientační vyšetření zraku. Ve 3 měsících věku dítěte se zahajuje očkování a jeho plán. Ve 4 až 5 měsíci zůstává vše stejné. Prohlídka v 6 měsíci života obsahuje navíc vyšetření vývoje chrupu. Rodič je poučen

o registraci dítěte u zubního lékaře v druhém půlroce života a dodržování pravidelných preventivních zubních prohlídek. V 8 a 10 měsíci jsou prohlídky obdobné. V 1 roce života se vyšetřuje zrak a sluch, lékař zhodnotí vývoj řeči a chrupu. (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). V tomto věku spočívá vyšetření sluchu v reakci dítěte na pokyny od lékaře, sestry nebo rodiče. Různými slovy jako je například „pápa“, „paci paci“ nebo „kde je maminka“ lze poznat, zda dítě slyší a rozumí (Lejska, 2018). Prohlídka v 18 měsíci věku je obdobná jako ty předešlé. Provádí se vyšetření za účelem včasného záchytu poruch autistického spektra u dítěte (vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Obsahem preventivní prohlídky ve 3 letech dítěte je získání nových anamnestických údajů, kontrolu očkování dítěte a psychomotorického vývoje, vývoj jemné a hrubé motoriky a jeho komunikační schopnosti. Sestra zjišťuje váhu a výšku dítěte, které se zadávají do růstových grafů k zhodnocení parametrů a odhalení podvýživy, nadváhy nebo obezity. Dále je obsahem návštěvy vyšetření zraku, řeči, sluchu, krevního tlaku a pulz (Muntau, 2016). Na této prohlídce se provádí vyšetření sluchu formou hry. Zdravotník se ptá nejčastěji na jednotlivé hračky v místnosti a to polo šepotem. Dítě by totiž v tomto věku mělo slyšet a rozumět hlasu ve vzdálenosti 6 metrů. Stejným způsobem se vyšetřují řečové schopnosti, kdy se ptáme na různé obrázky a dítě nám musí odpovědět (Lejska, 2018). K vyšetření zraku mu slouží optotypy, což jsou tabulky se znaky. V tomto věku se využívá optotyp s LEA symboly. To jsou obrázky ve tvaru kolečka, srdíčka nebo například sluníčka. Ty jsou seřazeny od největšího po nejmenší a sestra zkouší nejprve každé oko zvlášť a poté obě oči dohromady. Je však nutné, aby dítě znalo daný obrázek a umělo ho pojmenovat (Beneš et al., 2020). V poslední době jsou nejvíce využívány v ordinacích tzv. POCT přístroje. Sestra provede kvantitativní vyšetření ranní moči pomocí diagnostických močových proužků. Ty v případě patologického nálezu změni svoji barvu a výsledek se odečte podle barevné stupnice (Růžková, 2014). Lékař vyšetřuje genitál a u dívek případný výtok. Na konci lékař a sestra hovoří a poučují rodiče o výživě, denním režimu a úrazové prevenci (Muntau, 2016).

Všeobecné preventivní prohlídky v 5 letech dítěte jsou podobné jako ve 3 letech. Opět se kontroluje hmotnost a výška dítěte, psychomotorický vývoj a komunikační schopnosti pro předběžné posouzení školní zralosti (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Školní věk je vývojovým obdobím, kdy dítě dozrálo a je schopné přijmout roli žáka. V mateřské škole nebyl kladen tak velký důraz, jako teď ve škole. Dítě může mít

několik problémů. Ať už jsou to problémy s prospěchem, postavení v kolektivu nebo i šikana. Pokud má dítě například problémy s prospěchem, lékař jim doporučí návštěvu pedagogicko – psychologické poradny. Je doporučováno, aby rodiče měli neustálý zájem o školní aktivitu dítěte a aby s ním sdíleli všechny různé pocity a dojmy (Sikorová, 2012). Vyšetření sluchu se v tomto věku provádí tzv. klasickou sluchovou zkouškou. Sestra mu předkládá slova vhodná věku a očekává se, že dítě bude daná slova opakovat (Lejska, 2018). K vyšetření zraku se používají optotypy, jako v předchozí preventivní prohlídce. Můžou se používat také optotypy s tzv. Pflügerovým hákem (Beneš et al., 2020).

Obsahem preventivních prohlídek v 7, 9, 11 a 13 letech je odběr anamnézy a kontrola a naplánování dalšího očkování. Kontrola hmotnosti a výšky, vyšetření moči diagnostickým papírkem, vyšetření TK a pulzu. Ve 13 letech se k vyšetření zraku přidává vyšetření barvocitu (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). K vyšetření barvocitu se u větších dětí využívají pseudoisochromatické tabulky s obrázky nebo znaky (Beneš et al., 2020). Dále se pokračuje v klasických vyšetřeních, jako jsou vyšetření sluchu, řeči, hlasu, dutiny ústní a chrupu. U 13 letých dětí se zaměřuje na jejich sexuální život a zdravotní rizika s ním spojený. U dívek se dotazuje na menstruační cyklus (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Ve věku 15 a 17 let zahrnují prohlídky stejné vyšetření, jako v těch předchozích. V tomto věku je důležité, aby se zdravotník zaměřil na rizikové chování dítěte a poučil ho o chráněném pohlavním styku a popřípadě u dívek doporučení k registraci u gynekologického lékaře (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Co se týče dospívání, můžeme ho charakterizovat jako fázi života, kdy jedinec už není dítě, ale ani dospělý jedinec. Dospívající jedinec má už jiný vztah ke svému zdraví, který měl nebo mít bude. Jeho zdravotní stav je určován sociálními, ekonomickými a hygienickými podmínkami. Někteří se za své nedostatky stydí a k lékaři přicházejí s už závažnějšími projevy nemoci. Dětská sestra v primární péči by měla být připravena a schopna pomáhat každému jedinci a odstraňovat rizikové faktory jeho zdraví a naopak hledat ty faktory ochranné. Pokud se už u dospívajícího vyskytuje určité rizikové chování, měla by mu umět najít možnosti, které problémy vyřeší. To vše spočívá především v psychické podpoře, umět navázat kontakt a získat si důvěru tím, že bude aktivně naslouchat a projevovat zájem (Sikorová, 2012).

Poslední všeobecná prohlídka u PLDD je před ukončením péče a to nejpozději před dnem dovršení 19 let věku. Provádí se vyšetření, které jsou uvedeny v předešlých odstavcích a nakonec lékař zhodnotí celkový zdravotní stav před ukončením péče (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Povinností lékaře a dětské sestry v ordinaci je administrativa. Dětská sestra připravuje a dává dohromady zdravotnickou dokumentaci. U nového dětského pacienta vypisuje novou obálku, registruje pacienta, zakládá zprávy, výsledky a žádanky na vyšetření (Sikorová, 2012).

1.4.1 Posouzení růstu a vývoje

Zdraví růst a vývoj je jedním z citlivých ukazatelů na zdraví dítěte. Velký vliv mají na to vnitřní i vnější faktory. Až z 60 % je růst ovlivněn genetickými faktory a ze 40 % ho ovlivňuje zevní prostředí. U každého dítěte probíhá růst a vývoj postupně, neprobíhají však po celý život plynule, ale nastává období, kdy dojde ke zpomalení nebo naopak k jeho zrychlení v závislosti na věku dítěte. K posouzení růstu a vývoje dítěte patří také vyšetření chrupu a pohlavního zrání (Fremuth et al., 2021).

K posouzení fyzického vývoje dítěte se jednoduše používají růstové grafy. Je to nejjednodušší způsob, jak zjistit zdravotní a výživový stav dítěte. Sledování růstu a vývoje a včasné rozpoznání odchylek může upozornit na výskyt závažných onemocnění. Umožňuje také odhalit špatné stravovací návyky a vznik nadváhy nebo nízké hmotnosti. Mezi antropometrické parametry patří tělesná výška, hmotnost. U dětí ve věku 3 let se přidává měření obvodu hlavy (Marinov a kol., 2012). Tyto parametry jsou součástí hodnocení růstu dítěte v běžné praxi. U větších dětí se může dále měřit BMI a vrstva podkožního tuku (Fremuth et al., 2021). Percentilový graf tělesné výšky má každé dítě založený ve zdravotním a očkovacím průkazu. Výška dítěte na každé preventivní prohlídce by měla být zaznamenána do těchto grafů. Díky pravidelnému zapisování růstu a zakreslování výsledku je možné porovnat výšku dítěte s jeho vrstevníky (Stožický et al., 2016).

V percentilových grafech jsou vyznačeny křivky, které znázorňují hodnoty 3., 10., 25., 50., 75., 90., a 97. percentilu. Střední hodnota grafu je 50. percentil a je vyznačen silnou čarou. Pokud u dítěte vyjde hodnota nahoru nad 50. percentil, odpovídá vyšším hodnotám než střední hodnota populace pro stejný věk dítěte. Naopak hodnoty dolů odpovídají hodnotám nižším. Příkladem je hodnota 97. percentilu tělesné výšky pro 10

leté chlapce je 155 cm, což znamená, že 97% chlapců ve věku 10 let měří 155 cm a méně. Ty tři zbylá procenta chlapců jsou vyšší než 155 cm (Marinov a kol., 2012). Během preventivní prohlídky sestra změří výšku dítěte a naměřené hodnoty jsou zavedeny do grafů. Percentilové grafy se rozlišují ještě podle pohlaví a věku dítěte od 0 – 2 let a od 0 – 18 let. Pokud se u jedince naměří hodnota, která je po 25. percentil, je dítě malého vzrůstu. Děti velmi malé výšky mají hodnotu pod 10. percentil. Naměřená hodnota nad 75. percentil je vysoké výšky. Jedinci velmi vysoké výšky se nacházejí nad 90. percentil (Fremuth et al., 2021).

Druhým antropometrickým parametrem je tělesná hmotnost. Sestra měří hmotnost dětí do 2 let vleže popřípadě vsedě na elektronických vahách nahé. Starší děti jsou později váženy ve stoje pouze ve spodním prádle. Tělesná hmotnost nám orientačně ukazuje výživu dítěte. Průběžné hodnocení hmotnosti se zaznamenává do grafů, kde u kojenců se hmotnost vztahuje k věku a u starších dětí naopak k výšce. Při průběžném zaznamenávání vzniká křivka, kde nemůže uniknout patologický pokles či vzestup tělesné hmotnosti dítěte. Body mass index (BMI) neboli index tělesné hmotnosti je veličina, která je využívána v pediatrické praxi poměrem tělesné hmotnosti a výšky. Jeho využití je však v praxi omezené a je spíše doporučováno až od 5 let věku dítěte (Fremuth et al., 2021). Podle současných statistických údajů je v ordinacích PLDD zaregistrováno okolo sedmdesáti dětí trpící obezitou (Marinov a kol., 2012). V dětském věku je obezita závažným medicínským problémem nejen pro dětský věk, ale vede k několika dalším metabolickým komplikacím, které se mohou objevit v dospělosti. Příčinou nadváhy nebo obezity je změna životního stylu, která zahrnuje snížení energetického výdeje a naopak zvýšení energetického příjmu a to až u 97 % dětí. Mezi rizikové faktory vzniku obezity patří například pravidelný příjem vysokoenergetické stravy, snížená pohybová aktivita, obezita rodičů, vysoká hladina stresu nebo další socioekonomické faktory (Boženský, Procházka, 2020). V současné době je jedinou možnou léčbou obezity u dětí pouze její včasná prevence. Prevence dětské obezity má v ambulanci PLDD velký potenciál. Pozitivní efekt včasné léčby je vyhledávání dětí, ohrožené vznikem obezity, v rámci preventivních prohlídek (Marinov a kol., 2012).

Třetím antropometrickým parametrem je obvod hlavy dítěte. Pro tento parametr jsou také stanoveny pevné normy pro dívky i chlapce. Změny obvodu hlavy a růstu kalvy souvisí s vývojem mozku (Fremuth et al., 2021).

1.4.2 Posouzení psychomotorického a sociálního vývoje

Vývoj dítěte je proces změn, ve kterém děti zvládají stále těžší a těžší úrovně pohybu, citění a vztahů s ostatními. Sestra v ordinaci PLDD pozoruje a spolu s lékařem orientačně hodnotí a zaznamenává stav dítěte. (Sikorová, 2012).

Prenatální období je období, kdy dochází k nitroděložnímu vývoji. Začíná od početí a končí porodem. Fyziologické trvání tohoto období je 40 (\pm 2) týdnů. Vypuzením plodu z matčina těla končí prenatální období a po přerušení pupečníku začíná postnatální život dítěte (Klíma a kol., 2012). Psychomotorický vývoj začíná už v děloze matky. Plod v děloze podléhá jejím citovým i psychickým náladám a je ovlivněn sociálními vlivy vnějšího prostředí (Kukla a kol., 2016).

Novorozenecké období trvá od narození po ukončení 28. dne života. Toto období je charakteristické pro převratné změny, protože se porodem zásadně mění životní podmínky novorozence. Do teď bylo chráněno tělem matky, teď se ale musí umět přizpůsobit novým podmínkám a prostředí (Klíma a kol., 2012). Kojenecký věk začíná 29. dnem a je ukončen posledním dnem 12. měsíce věku. V širším slova smyslu to je věk od narození do 12. měsíce života a tak věk novorozenecký spadá pod toto období (Velemínský et al., 2017). Do 12. měsíce věku je jeho psychomotorický vývoj vyšetřován pomocí polohových testů dle Vlacha a Vojty. Jeho hybné chování vyjadřuje do určité míry vyzrálost nervového systému. K rutinnímu vyšetření psychomotorického vývoje kojence slouží screeningové vyšetření dle Vlacha. Lékař objektivně posoudí celkový stav dítěte a poté se zeptá na jeho dovednosti z pohledu matky (Sikorová, 2012). Hybné dovednosti v 1. měsíci života jsou, že pokud dítě vezmeme za ruce, hlava mu stále padá dozadu. Pokouší se ji ale zvednout, kope nohama a na silné zvuky reaguje šklubnutím celého těla. Ve druhém měsíci na břicho dítě udrží pár vteřin hlavu vzpřímeně, začíná zvedat nohy a zrakem sleduje pohybuující se předměty kolem něj. Reaguje také na zvuky a usmívá se. Ve 3. měsíci zvládne už udržet hlavu déle vzpřímenou, je živější a zrakem a pohybem sleduje předměty (Hanáková a kol., 2017), ještě je sice neuchopí, ale sáhne na ně. Z hlediska sociálního vývoje se usmívá na matku a někdy i na ostatní osoby (Klíma a kol., 2012). V 6. měsíci dítě dokáže z polohy na zádech se přetočit na břicho a zase zpátky. Samo se přitáhne do sedu, který je ale ještě nejistý a nestabilní. Jemná motorika se zdokonaluje a zvládne udržet předmět v hrsti, tzv. dlaňovým úchopem. Otáčí se za zdrojem zvuku a začíná rozlišovat osoby kolem sebe. Mezi 8. až 10. měsícem je sed jistější, leze po čtyřech a pokouší se o první stoj s oporou. Svoji

matku pozná po hlase. Dítě pozná také lidi, kteří se o něj starají, ale přítomnost cizích lidí odmítá. Začíná vnímat barvy, zatím je ale ještě nepoznává (Klímá a kol., 2012). Ve 12. měsíci má jistý postoj, zvládne i první kroky za ruku. Jemná motorika se zdokonaluje a dítě lépe a přesněji manipuluje s drobnými předměty. Určitá slova, která vysloví, mají už význam (Hanáková a kol., 2017).

Batolecí období začíná v jednom roce a končí ve věku tří let. V tomto období dochází ke zpevňování stability, k rozvoji jemné motoriky a řeči. Rozvíjí se také sociální vztahy mezi dětmi a dospělými (Kukla a kol., 2016). V této době se spíše vyvíjí ta psychická část, než motorika. Hlavním charakteristickým znakem je pohyb, zájem o okolí, zvědavost a aktivita. V 18. měsíci má chůzi jistou bez častých pádů, staví kostky na sebe, zvládne se napít z hrnku a najíst samo lžící. Batole napodobuje zvuky zvířat, hraje si s dětmi, ale ne přímo s nimi. Ve 24. měsíci zvládne samo vyjít a sejít schody, oblékne si malý kousek oblečení, navleče korálek. Jeho hry jsou ve formě napodobování, kdy si například hraje s panenkou a utvoří krátké jednoduché věty. Mezi 2. a 3. rokem při chůzi do schodů střídá nohy, zvládne rozepnout knoflík a lépe manipuluje se lžící. Jeho slovní zásoba je okolo 200 až 300 slov. Dokáže říct jednoduchou říkanku a začíná si hrát s dětmi (Klímá a kol., 2012). Batole je v sociální oblasti k cizím lidem méně ostražitě než kojeneček, proto je toto období možné označit za přátelské (Sikorová, 2012).

Následuje období předškolního věku. To začíná po 3. roce života a končí v 6 letech, obvykle před nástupem základní školní docházky. Dítě v tomto věku podstupuje výrazné psychické a socializační změny (Klímá a kol., 2012). Pro tento věk je typickým znakem velké množství pohybu a zapojováním se do společnosti. Vliv na socializaci dítěte má docházka do mateřské školy. Mění se také samozřejmě celkové tělesné postavení. Dochází k uvědomování své identity, včetně pohlaví. Intenzivně se rozvíjí smyslové a citové vnímání, propojují se vrozené a získané vlastnosti. V duševním vývoji se hlavně zdokonaluje řeč, rychlost chápání a paměť. Dochází i ke zdokonalení motorického vývoje a to především v jemné motorice a koordinaci pohybů (Velemínský et al., 2017). Sestra posuzuje jeho schopnosti a dovednosti na základě her a komunikace. Během komunikace sestra sleduje spontánní projev, vyjadřování a klade další doplňující otázky (Sikorová, 2012).

Školní věk je rozdělen na mladší a starší školní věk. Mladší školní věk je od nástupu do školy, což je v 6 – 7 letech a končí v 11 – 12 letech, kdy dochází k tělesnému

a psychickému dospívání. Vývoj ve všech směrech se žene kupředu a na konci období se objevují znaky pohlavní diferenciacce. Dítě se musí adaptovat na nové podmínky, jeho role se mění a on se stává žákem. Velký vliv na něj mají nejen rodiče, ale už i kamarádi a učitelé. Zdokonaluje se fyzicky, psychicky i sociálně. Důležité je, aby dítě střídalo více činností, protože v tomto věku jejich fyzická únava ovlivňuje psychiku a naopak. Také začínají nabírat rychlost, hbitost a postřeh. Starší školní věk začíná od 12 a trvá do 14 let. Tento věk je charakterizován především rychlým růstem. Dítě roste do výšky, šířky, zvětšuje se objem svalů a objevuje se pubické ochlupení (Velemínský et al., 2017). Dítě je schopné přijímat nové poznatky, zpracovávat a uchovat je. Zdokonaluje se proces učení a získávání nových zkušeností a vzdělání. Jedinec se znova osamostatňuje, přestává být závislý na rodině a rozhoduje o své budoucnosti (Klíma a kol., 2012).

Adolescence neboli dospívání je přechodné období mezi dětstvím a dospělostí ve věku 14 – 18 let. V pubertě dochází hlavně k fyzickým i psychickým změnám (Velemínský et al., 2017). Dospívání u dívek a chlapců nezačíná a nepokračuje stejně rychle. Rozděluje se lépe tedy podle vývoje sexuálních znaků. Dle toho dospívání dělíme na tři stádia: časná, střední a pozdní. Každé stádium je definované primárními a sekundárními pohlavními znaky, což je například pubické ochlupení nebo růst prsou u dívek (Stožický et al., 2016). Během preventivních prohlídek je důležité sledovat pubertu. Existují skupiny dětí, které jsou ohrožené předčasnou pubertou, takže její včasný záchyt a odpovídající léčba je klíčový moment pro vývoj dospělé tělesné výšky (Slavičková, Koloušková, 2022). Toto období je také charakteristické pro tzv. syndrom rizikového chování, kam patří celá škála možných nebezpečí, jakou jsou například drogy, psychosomatické onemocnění, porucha chování, úrazy nebo sebevraždy (Velemínský et al., 2017).

1.4.3 Očkování u dětí

Do náplně práce v ordinacích PLDD v České republice je očkování. Očkování dětí v ČR stanovuje Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem spolu s její novelou 299/2010 Sb. Podle zákona č. 258/2000 Sb. § 46 o ochraně veřejného zdraví, v platném znění je očková i povinné (Muntau, 2016).

Očkování je jedno z nejdůležitějších preventivních výkonů v pediatrii. Očkování stimuluje imunitní systém k tvorbě specifických protilátek a tak lze dítě ochránit před

onemocněním nebo komplikacemi. Spočívá to v podání oslabeného, usmrčeného nebo jinak změněného původce daného onemocnění do makroorganismu, u kterého se předpokládá, že se vytvoří specifické protilátky a vzniknou paměťové stopy v B – lymfocytech. Pokud se tedy setká imunitní systém s vyvolavatelem choroby, nemoc buď vůbec nepropukne, nebo bude alespoň její průběh lehký a bez závažných komplikací (Klíma a kol., 2012).

V České republice se očkování dělí na povinné, které je celoplošné, je regulováno a hrazeno státem a pak očkování nepovinné neboli doporučené (Machová, Suchanová, 2013). Povinné očkování je dáno očkovacím kalendářem. Mezi povinné očkování patří hexavakcína (Infanrix hexa), která obsahuje očkovací látky proti šesti nemocím a to záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolané *Haemophilus influenzae* typu B, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B. První dávka je podávána v 9. týdnu života dítěte. Druhá dávka se očkuje měsíc po první dávce a třetí dávka zase měsíc po té druhé. Další povinné očkování je proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím látkou Priorix tetra. Tato látka se očkuje od 1. dne 15. měsíce věku a poté se opět přeočkuje za 6 – 10 měsíců po základním očkování (Stožický et al., 2016). V 5 letech je dítě přeočkováno proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli. V 10. roku života je přeočkováno Boostrix polio, tedy opět proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a navíc ještě poliomyelitidě. Ve 12. roku jsou děti, které nebyly očkovány hexavakcínou v kojeneckém věku, přeočkovány hepatitidou B. Ve 14 letech jsou přeočkováni děti tetanem, které nebyly ale v 10 letech očkovány Boostrixem. Jinak ostatní děti jsou přeočkováni každých 10 – 15 let (Klíma a kol., 2012). Povinné očkování může rodič dítěte odmítnout, avšak musí svůj nesouhlas podat lékaři písemně. Rodič by měl být informován, že pokud nebude mít dítě splněná povinná očkování, nebude přijato k předškolnímu vzdělávání (Machová, Suchanová, 2013).

Mezi nepovinná očkování patří například očkování proti invazivním pneumokokovým onemocněním (Prevenar 13), které je hrazené z všeobecného zdravotního pojištění. První dávka se očkuje od 9. týdne věku, druhá dávka po měsíci a třetí dávka po dalším měsíci od té druhé (Stožický et al., 2016). Další nepovinné očkování je proti virové hepatitidě A. Toto spadá do kategorie očkování na žádost. Doporučené nepovinné očkování je také proti Klíšťové encefalitidě. V adolescenci se doporučuje vakcinace proti varicelle. S věkem totiž závažnost klinického průběhu stoupá (Maďar, 2016). Ve 13 letech je u dívek dobrovolné očkování proti lidskému papilomaviru HPV, které

snižuje riziko vzniku karcinomu děložního čípku (Stožická et al., 2016). U dětí lze také zažádat o vakcinaci proti chřipce nebo rotavirovým infekcím (Sikorová, 2012).

Úlohou sestry je dodržování správných zásad očkování, znát správné postupy a legislativu s tím spojenou, dále znát očkovací schémata, možné komplikace a vhodnou edukaci. Důležitým úkolem sestry je evidence očkování a zvaní dětí. Sestra pokaždé rodiče a dítě poučí, vše zaznamená do dokumentace a očkovacího průkazu dítěte. Je důležité, aby se sestra také starala o samotné očkovací látky a jejich uložení a objednávání. Před samotným očkováním je velmi důležitá edukace rodiče a dítěte. Během očkování má sestra nezastupitelnou roli v navázání důvěry a eliminaci strachu. Očkování by měl zpravidla provádět lékař, pokud ale dítě očkuje sestra, měl by být přítomen i doktor. Nutné je rodiče poučit o nežádoucích účincích po očkování (Machová, Suchanová, 2013). Nežádoucí reakce po vakcinaci bývají časté. Různé lokální reakce jsou nejčastější a ne tak závažné. Častou reakcí bývá horečka. Mohou se objevit další systémové reakce, které jsou méně časté a alergické nebo závažné systémové reakce, které jsou naštěstí vzácné. Vždy se doporučuje po vakcinaci vyčkat v čekárně s dítětem zhruba 15 – 30 minut a to hlavně kvůli možné postvakcinační synkopě a málo pravděpodobné anafylaktické reakci (Dražan, 2013). Důležité je rodiče informovat o kontraindikacích a kdy je nutné odložit danou vakcinaci. Mezi obecné kontraindikace patří akutní onemocnění, jakákoliv závažná reakce po předešlém očkování nebo přecitlivělost na určitou látku vakcíny (Machová, Suchanová, 2013).

Očkovací látky se podávají injekční jehlou do svalu. Lékař nebo sestra musí zvolit správné místo vpichu a to do stehna nebo paže (Machová, Suchanová, 2013). Vakcína je aplikována do svalu pod úhlem 90 °. Do paže se aplikuje vakcína subkutánně pod úhlem 45 °. Aspirace v tomto případě nutná není. Po provedení vakcinace by měla sestra zapsat záznam do dokumentace pacienta. Záznam zahrnuje název vakcíny, šarže, expirace a datum a podpis očkující osoby. Zároveň se provádí i zápis do očkovacího průkazu dítěte (Dražan, 2013).

1.4.4 Výživa

Pro svůj život, růst a vývoj potřebuje organismus několik látek přijímané potravou. Potrava dodává organismu energii, stavební a zásobní látky, tekutiny a další. Proto, aby došlo k uspokojení základních potřeb organismu, musí člověk přijímat dostatečné množství a složení potravy odpovídajícímu věku a stupni vývoje dětského organismu.

Organismus musí být schopen naopak přijímané množství přijmout, vstřebat, zpravovat a využít ho. Mezi základní složky výživy se řadí bílkoviny, tuky, cukry a voda. Dalšími složkami jsou také minerály, vitamíny a stopové prvky (Klíma a kol., 2016).

V kojeneckém období je základem výživy mateřské mléko. Dítě by mělo být kojené nejméně do 6. měsíce věku (Ježek, 2021). WHO doporučuje výlučné kojení prvních 6 měsíců a dále pokračující do 2 let věku dítěte nebo později (Mazúchová et al., 2022). Kojení nepředstavuje jen stravu, kojením dává matka svému dítěti největší dar. Složení mateřského mléka odpovídá všem potřebám dítěte během celého vývoje (Gregora, Zákostelecká, 2014). Obsahuje totiž proteiny, sacharidy, lipidy, množství enzymů, imunoglobulinů, leukocytů a dalších látek, které jsou pro dítě důležité a představují velký benefit pro jeho imunitu a imunitní systém (Mazúchová et al., 2022). Kojení představuje řadu výhod pro dítě. Chrání dítě před různými infekcemi, před vznikem potravinových alergií, má vliv na optimální vývoj duševního zdraví dítěte, zmenšuje riziko vzniku obezity, diabetes mellitus v budoucnosti a také ovlivňuje vývoj kostí. Kojení má nejen výhody pro dítě, ale i pro matku. Je to nejpohodlnější, nejvhodnější a také nejlevější způsob výživy dítěte. Při kojení dochází k rychlejšímu zavinování dělohy, zabraňuje větším ztrátám krve po porodu, výlučné kojení má i antikoncepční účinek a chrání částečně ženu před rakovinou prsu, vaječnicků a osteoporózy a hlavně při něm dochází k blízkému kontaktu na citové vazbě mezi dítětem a matkou. První přiložení dítěte k prsu by se mělo odehrát do 30 minut po porodu. Dítě se přikládá k prsu nejdéle po 3 hodinách a délka kojení se neomezuje z žádných důvodů, dítě může být tedy u prsu déle než půl hodiny. Důležité je si najít polohu, která bude pro matku pohodlná a mít dítě správně k prsu přiložené, aby bylo kojení efektivní (Gregora, Zákostelecká, 2014). Matka by měla dbát především na svoji životosprávu. To zahrnuje hlavně jíst zdravou, pestrou a vyváženou stravu. V době kojení by měla omezit pití silného čaje, kávy, nekouřit a nepít alkoholické nápoje. Užívání léků by měla předtím konzultovat se svým lékařem (Klíma a kol., 2016). Nastanou situace, kdy dítě z určitého důvodu nemůže být plně kojeno. V této chvíli se dítěti podává umělá výživa, kde základem je kravské mléko, avšak je co nejvíce upravená, aby byla pro dítě vhodná a složením mateřskému mléku blízka. Umělá výživa dokáže i tak zabezpečit růst a vývoj dětí, které nemohou být plně kojené (Gregora, Zákostelecká, 2014). Podle věkových skupin dětí jsou tyto výrobky označovány jako počáteční a pokračovací mléka. Počáteční mléko je určeno novorozencům do 4. měsíce věku a pokračovací

mléka jsou určena starším kojencům a batolatům do 3 let věku. Dokrmování dítěte je důležité v případě, že množství mateřského mléka nestačí (Klíma a kol., 2014). Komplementární výživa kojenců a batolat by měla být rozmanitá a bohatá na živiny. Dítě je dobré vystavit pestré škále potravin, chutím a texturám. Mezi potraviny bohaté na živiny patří například potraviny živočišného původu, jako je maso nebo vejce a luštěniny. Důležité jsou i tuky, ryby, ořechy i semena. Dítě by se mělo vyhýbat potravinám a nápojům s nízkou nutriční hodnotou, jako jsou slazené nápoje, cukrovinky, kdy při jejich konzumaci se objevuje riziko nadváhy a obezity. Dále do jídelníčku dítěte by se neměl přidávat cukr, který zvyšuje riziko vzniku zubního kazu a s odstupem času dítě začne více preferovat sladší pokrmy (Ježek, 2021).

Složení stravy batolat a předškolních dětí se pomalu přibližuje stravě školáků a i dospělých, avšak s dodržováním některých pravidel. Jídla by neměla být dráždivá a kořeněná. Strava by měla zahrnovat větší podíl mléka a mléčných výrobků, tekutin, dostatek ovoce a zeleniny, omezení mastných a těžko stravitelných jídel. Pro dítě tohoto věku je hlavním cílem pravidelnost stravování, na které si dítě navykne. Stravovací režim zahrnuje pět jídel, snídaně, dopolední svačina (ovoce, mléko, pečivo), oběd (polévka a teplé hlavní jídlo), odpolední svačina a lehká a dobře stravitelná večeře (Klíma a kol., 2016). Předpokladem zdravého jídelníčku dítěte je zdravý jídelníček ostatních členů rodiny. V tomto věku se děti snaží přebírat a kopírovat vše od svých rodičů. Důležité je, aby rodiče nenutili dítě jídlo vždy dojídat. Dítě samo ví, kdy je najedené. Celá rodina společně s dítětem by měla sedět u stolu a vyhnout se tak chaosu, kdy dítě běhá nebo se věnuje jiné činnosti než jídlu. Největší chyby, které se objevují při stravování v tomto věku, jsou nepravidelný režim, nesprávné stolování, malé množství zeleniny jako přílohy, sladkosti mezi jídly jako odměna, pití slazených nápojů (Marinov a kol., 2012).

Strava školních dětí a dospívajících je přizpůsobena především dennímu režimu ve škole (Klíma a kol., 2016). Při vstupu do školního věku jí dítě méně než čtyřikrát za den. Důraz je tedy kladen na ranní snídani, kterou často děti v těchto období vynechávají. Stačí pouze jednoduchá snídaně ve formě celozrnných cereálií s mlékem a ovocem nebo chléb s plátkem šunky a sýra. Rodiče by měli také připravovat dětem svačiny, což přechází ke kupování nezdravých potravin ve školních automatech a bufetech, jako jsou například plněné bagety, sušenky nebo jiné slané a sladké pochutiny. Dopolední svačina může být složena z ovoce nebo zeleniny nebo opět

celozrnný chléb s oblohou. Dopolední svačina má obsahovat hlavně bílkoviny, s důrazem na barevnost a pestrost jídla. Dítě by mělo také docházet na obědy do školní jídelny. Důraz je kladen na pitný režim ve škole a to hlavně ve formě neslazených nápojů. Odpolední svačina a hlavně krýt energetickou potřebu dítěte při pohybu. Večere je posledním jídlem dne, který má být plný mastných kyselin, kvalitních rostlinných olejů a zeleninových variací. (Marinov a kol., 2012).

1.4.5 Prevence pádů a úrazů

V dětském věku jsou úrazy významným faktorem morbidity a jednou z nejčastějších příčin mortality. Místo úrazu a struktura se mění věkem. Už u těch nejmenších je nejčastějším místem úrazu domov, u starších dětí potom školy, hřiště a kolektivní zařízení. U novorozenců jsou zaznamenávány pády z kočárků a z náruče rodičů i sourozenců. U kojenců dochází nejčastěji k pádům z postele, přebalovacího pultu, kočárku a také z náruče rodičů. Rizikovým místem pro batolecí věk jsou schody. Děti narážejí do židliček, rohů nábytku, dochází k pádům při hře se sourozencem, ale také pád z náruče. U dětí předškolního věku představují rizika opět schody, patrové postele a roli hrají již dopravní nehody, jako je pád z kola nebo sražení autem. Ve škole se objevují úrazy během tělesné výchovy a to hlavně mimo dozor. Přidávají se úrazy při sportech. V starším věku přibývá dalších sportovních úrazů, při fotbale, zimních sportech, basketbalu a kontaktních sportech (Grym, 2019).

Úrazy jsou v dětském věku natolik běžné, že jsou považovány za nevyhnutelnou část jejich života. Ne vždy lze předejít všem lehkým úrazům, ale hlavní je předejít vážným úrazům. Prevence je založena na třech hlavních pilířích. Prvním pilířem je bezpečné prostředí, jak domácí tak i veřejné. Povinností rodičů je vytvořit co nejbezpečnější domov pro dítě. Z porodnice je už nutné vézt novorozence ve správně velkém a dobře upevněném systému. Pro batole je nutné poupravit prostředí bytu, zahrady, tak aby nemohlo dojít k úrazu. Dítě by nemělo mít žádnou možnost dosáhnout na okno, na schodech jsou důležité zábrany a na stolech by neměly být žádné ubrusy, horké kávy nebo čaje. Druhým pilířem je výchova. Výchova musí začít už od útlého věku dítěte. Důležité je ale, že nesmí být zákazem a omezením, ale naopak návodem, jak co dělat bezpečně. Posledním pilířem jsou bezpečné výrobky (Benešová, 2013).

1.5 *Edukace sestrou v primární péči*

Důležité postavení mezi činnostmi dětské sestry má edukace. Edukace je i jedna z funkcí ošetrovatelství. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je prací dětské sestry edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích. Edukace by měla probíhat už v raném dětství a to v oblasti chování a zdravou výchovou. Cílem edukace je zaměřit se na všestranné utváření a formování zodpovědného chování jedince či skupiny k podpoře udržení a obnovení zdraví (Sikorová, 2012). K uskutečnění edukačního procesu jsou osobnosti jako edukátor a edukant. Edukátor je člověk, který vyučuje. Nejčastěji je to jeden člověk, ale může být i větší skupina nebo média. Na druhé straně stojí edukant, což je objekt edukace. V našem případě to je dětský pacient nebo rodina (Dušová et al., 2019). Edukace probíhá v edukačním prostředí, jako je například škola, zdravotnické zařízení, které by mělo být klidným, příjemným a tichým místem. Edukace v primární péči můžeme rozdělit na edukaci základní, komplexní a reedukaci. Edukace základní je, když je pacient seznamován s určitou problematikou poprvé. Ke komplexní edukaci slouží různé edukační kurzy a reedukace je pokračující edukace, která je především zaměřena na již pacienty edukované. K tomu aby byla edukace efektivní je zapotřebí, aby měl edukátor předpoklady, které usnadní získávání informací. Předpoklady dětské sestry v edukaci jsou například odborné znalosti, pedagogické, psychologické a filozofické znalosti, schopnost komunikovat, samostatnost, schopnosti motivační, organizační a diagnostické. Existují tři druhy edukace a to je primární, která je zaměřena na zdravé jedince a jejím cílem je zvyšovat kvalitu života a předcházet zdravotním problémům. Během sekundární edukace je možné zabránit přechodu nemoci chronického stavu a obnovit zdraví. Terciární prevence je určena pro ty, kteří nemohou být zcela vyléčeni (Sikorová, 2012).

Edukace má pět fází. První fáze je fáze počátečního posouzení a diagnostiky, kdy se edukátor snaží získat co nejvíce informací o dítěti. Jaké dítě má znalosti, vědomosti a návyky. Druhou fází je fáze projektování, ta slouží k plánování cílů, volbě metody a formy a k obsahu s cílem prevence. Mělo by se uskutečňovat písemnou formou. Příprava začíná stanovením cíle, což je to, čeho chce sestra dosáhnout. Cíl musí být přesný a konkrétní. Fáze třetí je realizace. Prvním důležitým krokem je motivace a pak následuje expozice, kdy sestra předává dítěti nebo rodiči nové poznatky. Dále je nutné

si ověřit opakovaním, zda bylo vše pochopeno a nakonec následuje aplikace poznatků v praxi. Předposlední fáze upevnění a prohlubování učiva je důležitá, aby si jedinec uchoval vědomosti v dlouhodobé paměti. Poslední fáze zpětné vazby slouží k hodnocení výsledků sestrou a uskutečňování sebereflexe (Sikorová, 2012).

1.5.1 Edukace rodičů

Role rodiny ve výchově má pozitivní vliv na péči o pacienta. Zapojení členů rodiny do procesu edukace pomáhá, aby byla edukace oboustranně výhodná pro pacienta i sestru. Zlepšení jejich znalostí má velký přínos pro dětského pacienta.

Dětská sestra v ambulanci edukuje rodiče ve výchově a péči o dítě v jednotlivých věkových kategoriích, vede matky ke správnému zajištění výživy dítěte a zároveň ji edukuje v technice kojení a správného provedení (Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 51). Edukace rodiče u dítěte v novorozeneckém a kojeneckém věku je velmi specifická. Je dobré, když je matka zapojena do péče o dítě co nejdříve. Matka by měla být nejprve teoreticky poučena o péči a možných komplikacích a jak jim předcházet. Všechny informace jsou dobré doplnit různým tištěným materiálem nebo i videonahrávkou. Dále by měl být proveden praktický nácvik. Je důležité vytvořit prostor pro otázky a diskuzi (Kukla a kol., 2016). Sestra provádí edukační činnost u matek v rámci preventivních prohlídek, dětských poraden nebo před a během vyšetření dítěte. Dětská sestra pracující u PLDD zná rodinu i poměry v rodině a tak může co nejlépe edukační činnost naplánovat. Hlavní náplní edukační činnosti je především péče o novorozence a kojence, psychomotorický vývoj dítěte, péče o nemocné dítě, správné užívání léků, výživa, očkování, preventivní prohlídky, prevence úrazů a bezpečnost dětí, výchova k rodičovství, prevence obezity u dětí, prevence rizikového chování adolescentů a výchova ke zdravému životnímu stylu. Každá edukace by měla být zaznamenána do dokumentace dítěte (Krátká, 2016).

1.5.2 Edukace dětí

U edukace dětí musí sestra myslet na vývojové zvláštnosti dítěte. Před edukací sestra posuzuje věk, schopnosti, psychomotorický vývoj, zdravotní stav a specifické potřeby dítěte. Důležité je si vše připravit dopředu a hlavně připravit dítě psychicky. Dobré je dítě motivovat, natěšit ho na činnost, aby mělo dobrou náladu.

Specifická edukace je převážně u dětí předškolního a mladšího školního věku. V tomto věku by edukace měla probíhat za přítomnosti rodičů. Je důležité myslet na používání

vhodných slov. U dětí je dobré poskytovat informace formou hry, hra je totiž nejvhodnějším komunikačním prostředkem u dětí. Velmi nápomocné jsou také obrázky a pracovní listy, kde si může dítě ověřit své teoretické znalosti (Kukla a kol., 2016). Sestra může při tom pracovat s panenkami, plyšáky a dalšími demonstračními pomůckami (Krátká, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika práce sestry pracující v primární péči.

Cíl 2: Zjistit spolupráci rodičů a sester u PLDD v rámci preventivních prohlídek.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci prohlídek u PLDD?

VO2: Jaká část činností v práci sestry u PLDD se váže k poskytování preventivní péče?

VO3: Jaká je spolupráce rodičů se sestrami v rámci preventivních prohlídek?

3 Metodika

3.1 *Použité metody a technika sběru dat*

K získávání dat jsme využili kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal se sestrami, které pracují u praktického lékaře pro děti a dorost. Výzkumné šetření jsme prováděli v několika ordinacích v Jihočeském kraji.

Rozhovor obsahoval 13 předem připravených otázek (vizte Příloha 8), na které respondentky mohly otevřeně odpovídat. Dle odpovědí jsme se doptávali na další otázky. První část otázek jsme zaměřili na informovanost rodičů a dětí o pravidelných preventivních prohlídkách, docházce dětí a spolupráce rodičů v primární péči. V další části jsme zjišťovali, jaká je náplň práce sestry při preventivních prohlídkách. Třetí část jsme věnovali edukaci dětských pacientů a rodičů sestrou v rámci primární péče.

Všechny respondentky jsme předem informovali o tématu bakalářské práce, účelu výzkumného šetření a výzkumných cílech. Předem musely respondentky podat ústní a písemný souhlas (vizte Příloha 9) s tím, že souhlasí s nahráváním odpovědí na audiozáznam pro další zpracování. Dále jsme je také upozornili, že výzkumné šetření bude anonymní a jejich odpovědi budou použity pouze pro zodpovězení výzkumných otázek a cílů bakalářské práce. Získaná data jsme zpracovali pomocí Microsoft Word technikou otevřeného kódování tužka – papír.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Skupina respondentek byla složena ze sester pracujících u praktického lékaře pro děti a dorost. Celkem jsme oslovili patnáct sester formou e-mailu a telefonu. Z toho se pouze osm zúčastnilo výzkumného šetření. Kontakty na jednotlivé sestry jsme získali z webových stránek pod jménem daného praktického dětského lékaře a některé kontakty jsme získali přímo od jiných respondentek. Rozhovory byly prováděny v období února a března 2023.

4 Výsledky

V této kapitole jsou zobrazeny výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími u praktického lékaře pro děti a dorost.

4.1 Identifikační údaje respondentů

Sestra	Délka praxe u PLDD	Délka praxe	Nejvýše dosažené vzdělání
S1	3 měsíce	20 let	Vysokoškolské vzdělání - všeobecná sestra, specializace ARO a JIP
S2	9 let	16 let	Střední zdravotnická škola
S3	40 let	50 let	Střední zdravotnická škola - dětská sestra
S4	8 let	25 let	Střední zdravotnická škola, specializace ARO a JIP
S5	přes 20 let	30 let	Střední zdravotnická škola
S6	13 let	24 let	Střední zdravotnická škola - dětská sestra
S7	2 roky	14 let	Střední zdravotnická škola
S8	5 let	15 let	Střední zdravotnická škola - dětská sestra

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentů (Zdroj: vlastní)

Tabulka 1 Znázorňuje identifikační údaje sester, které se zúčastnily výzkumného šetření. Do výzkumného šetření bylo z patnácti oslovených respondentek zahrnuto osm s délkou praxe v rozmezí 14-50 let a délkou praxe u PLDD v rozmezí 3 měsíců – 40 let. Zúčastnilo se celkem sedm středoškolsky vzdělaných sester, z toho jsou tři dětské sestry, další tři sestry praktické a jedna praktická sestra se specializací ARO a JIP. Pouze jedna má nejvýše vystudované vysokoškolské vzdělání obor všeobecná sestra a specializaci ARO a JIP. Sestry jsou ve výzkumné části pojmenovány jako „S1 – S8“.

4.2 Kategorizace výsledků

Analýzou získaných dat nám vznikly celkem čtyři kategorie. Kategorie: Způsob podávání informací, Náplň práce, Spolupráce rodičů a dětí, Edukace rodičů a dětí.

Kategorie 1: Způsob podávání informací



Schéma 1: Způsob podávání informací (Zdroj: vlastní)

V této kategorii jsme zjišťovali způsob podávání informací. Sestrám jsme položili otázku: „*Jakým způsobem od Vás dostávají rodiče dětí informace o preventivních prohlídkách?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že sestry informují rodiče dětí telefonicky. Dalším nejvíce používaným způsobem je objednávání dětí na preventivní prohlídky při jakékoliv návštěvě dítěte v ordinaci. Sestra S3 má nejvíce způsobů k informovanosti pacientů. Jako jediná sestra uvedla, že pacienti mají objednávací kartičky, kde jim píše termíny návštěv. Dvě sestry z osmi posílají pozvánku e-mailem. Další dvě sestry S3 a S6 informují rodiče a děti prostřednictvím SMS. Doptali jsme se, zda mají přímo speciální zvací systém na preventivní prohlídky a očkování. Všechny sestry odpověděly, že mají vytištěný seznam pacientů nebo program v PC, který jim vygeneruje, jaké děti mají zrovna preventivní prohlídky. Na očkování mají podobný systém. Celkem tři sestry mají speciální program, který jim vygeneruje určité děti, které pak pozvou na povinná očkování. Zbytek sester zve dětské pacienty během preventivních prohlídek. Sestra S3 dodala: „*Hlavní je znát očkovací kalendář a vědět,*

kdy se mají děti očkovat a to hlavně ty malé. “ V případě sestry S8 si rodiče volají sami, pokud chtějí své děti nechat naočkovat nepovinnou očkovací látkou.

Kategorie 2: Náplň práce sester



Schéma 2: Náplň práce (Zdroj: vlastní)

V druhé kategorii nás zajímalo, jaká je náplň práce sester během preventivní prohlídky. Zeptali jsme se na otázku: „Co všechno provádíte u dětí v rámci preventivní

prohlídky?“ Dle schématu nejčastějšími odpověďmi byly měření váhy, výšky, měření krevního tlaku, vyšetření sluchu, zraku a barvocitu. Jen sestry S3, S4, S5, S8 udaly, že během preventivní prohlídky vyšetřují ranní moč, kterou si pacienti přinesou z domova. Jen jedna sestra při preventivních prohlídkách u malých dětí měří obvod hrudníku. Dvě sestry z osmi odpověděly, že provádí očkování za přítomnosti lékaře. Pouze jedna sestra S3 udala, že kontroluje očkování, zapisuje ho a diskutuje s rodiči o možnostech povinného a nepovinného očkování. Dále také sestra S3 odpověděla: „*Vím, že dokážu vše udělat a taky to dělám, ale momentálně nejsem schopna vše vyjmenovat.*“ K tomu dvě sestry dodaly, že poté lékař provede základní fyzické vyšetření. Sestra S5 odpověděla, že společně s rodiči a lékařem řeší riziko výskytu různých onemocnění v rodině, dále vyšetří držení těla a postavení zad.

Kategorie 3: Spolupráce rodičů a dětí

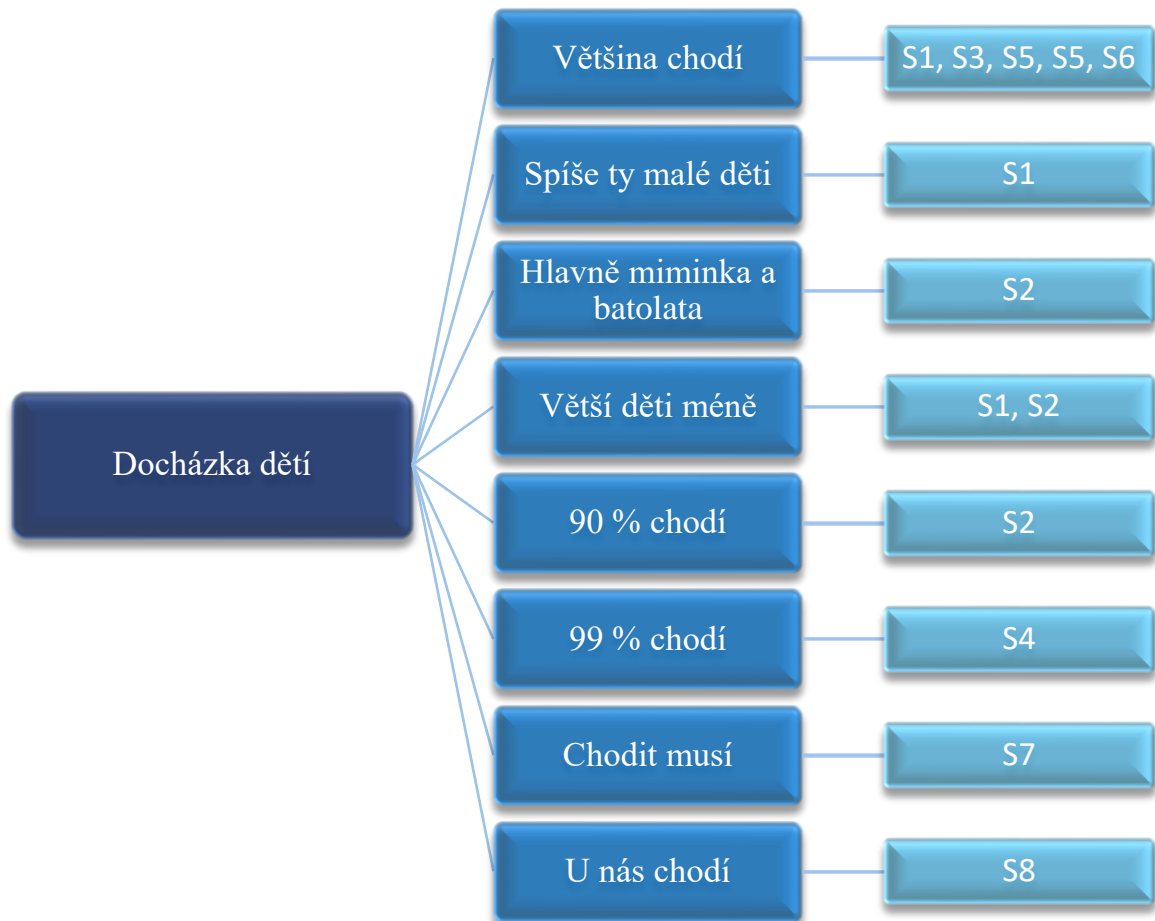


Schéma 3: Docházka dětí (Zdroj: vlastní)

Třetí kategorie zahrnuje docházku dětí a spolupráce rodičů. Otázkou „*Chodí děti a rodiče pravidelně na preventivní prohlídky*“ jsme chtěli zjistit, jaká je docházka dětí na povinné prohlídky. Většina sester odpověděla, že většina jejich pacientů dochází pravidelně. Sestry S1 a S2 dodaly, že na prohlídky chodí hlavně malé děti, miminka a batolata, naopak u starších dětí a adolescentů je docházka horší. Většina sester udávala, že hlavním důvodem je, že rodiče zapomenou pozvánku nebo ji nedostanou, ale po domluvě vždy přijdou. Překvapivá byla odpověď sestry S5, která odpověděla: „*Ano, většina našich pacientů chodí, ale musím to samozřejmě hlídat a mít vše za rok splněné, jsou totiž rodiče, kteří to berou jako zbytečnou věc.*“ Na základě odpovědí, jsme se

doptali otázkou: „*Pokud se děti opakovaně nedostaví na preventivní prohlídku, snažíte se to nějakým způsobem řešit dál?*“ Celkem pět sestřiček hlásí absenci dětí na OSPOD. Sestra S6 odpověděla, že za svou praxi zatím nikoho hlásit na OSPOD nemusela. Oproti tomu dvě sestry S1 a S8 z důvodu velkého počtu dětských pacientů a malého množství času s OSPODEM tuto situaci neřeší. Z většiny odpovědí vyplývá, že je stačí pouze pohrozit, a tak nakonec valná většina vždy dorazí. Příkladem uvedly dvě sestry: „*Pokud děti přijdou a chtějí od nás potvrzení na dětské tábory nebo řidičský průkaz, ale nemají splněné preventivní prohlídky, žádné potvrzení jim nevystavíme.*“ Dále nás zajímalo, zda si sestry myslí, že si rodiče uvědomují rizika, která mohou nastat, pokud děti nebudou chodit na pravidlené preventivní prohlídky. Odpovědi nás velice překvapili. Nejačstější odpovědí bylo totiž, že je to rodičům daných dětí jedno. Sestra S1 si myslí, že to je rodičům jedno a nezajímá je to. Z odpovědí také vyplývá, že záleží na tom, z jakého důvodu dítě nechodí na pravidelné preventivní prohlídky a také na konkrétním rodiči. Jen jedna sestra S7 uvedla, že nedokáže daný problém posoudit. Dále nás zajímalo, zda se snaží přesvědčit rodiče, a jakým způsobem pak přesvědčují rodiče a děti o důležitosti prevence a preventivních prohlídek. Většina sester se snaží rodičům domluvit a vysvětlit, že je prevence důležitá a jen tím se může předejít různým problémům a následkům. Naopak dvě sestry S1 a S7 uvádějí, že je nějak nepřesvědčují. S1: „*Spíše je nepřesvědčuji, prostě jim zavolám, nabídnu jim další termín a neptám se jich, jestli chtějí přijít, prostě přijít musí.*“ Sestra S7 řekla: „*Není na to moc prostor, jen jim vysvětlím, že je prohlídka ze zákona povinná.*“

Kategorie 4: Způsob edukace dětí a rodičů

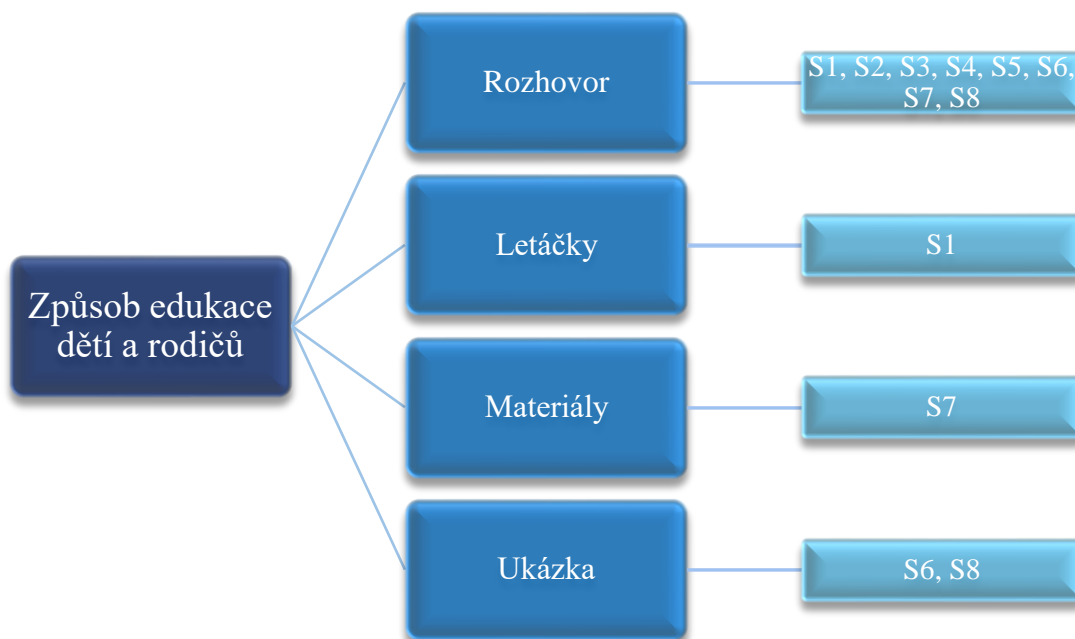


Schéma 4: Způsob edukace dětí a rodičů (Zdroj: vlastní)

V poslední kategorii byly sestry dotázány: „*Jakým způsobem edukujete rodiče a děti o upevnění zdraví?*“ Všechny sestry edukují rodiče a děti rozhovorem. Sestra S2 řekla: „*Komunikace je nejdůležitější, když jim dáme nějaké letáčky, nebo vyvěsíme plakáty do čekárny, kterých si nevšimnou a nepřečtou si je, tak je vše zbytečné.*“ Dvě sestry naopak uvedly, že rodičům dávají různé letáčky a materiály. Pouze dvě sestry S6 a S8 doplňují edukaci názornou ukázkou. Sestry S5 a S6 dodaly, že je edukují hlavně při preventivních prohlídkách: „*Pokud přijdou s nějakým problémem, nejčastěji zaživacím problémem a my zjistíme, že jeho stravovací návyky nejsou vhodné věku dítěte, snažíme se vysvětlit příčinu problému a jak tomu předcházet.*“ Na základě odpovědí jsme se doptali, jak se snaží v rámci prevence působit na děti a jejich rodiče? Sestry S2, S4, S5, S7 se snaží působit mile a dobře, pomalu na děti, vše vysvětlit a být vstřícný k rodičům, aby s nimi spolupracovali a komunikovali. Opačně odpověděla sestra S1: „*Většinou je to taková rychlovka, že jsme rádi, že vyšetříme dítě, a pokud mají nějaký problém, tak je pošleme ke specialistovi, bohužel těch je ale málo.*“ K tomu dodala, že se spíše zaměří na problémy, v dnešní době totiž rodiče všechno vědí, protože si to vyhledají na

internetu. Také sestra S8 uvedla, že s nimi komunikuje hlavně paní doktorka. Dále nás zajímalo, zda mají některé preventivní programy, které se týkají prevence úrazů a zdravé výživy. Všechny sestry nemají žádné speciální preventivní programy. Jen sestry S3, S4, S5 a S7 dávají rodičům při odchodu různé brožurky a letáčky ohledně prevence úrazů. Sestra S3 odpověděla, že speciální programy nemají, ale pokud přijde dítě opakovaně s různými úrazy, snaží se to s rodiči řešit, jak tomu zabránit.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá primární péčí z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost. Z literatury vyplývá, že prevence a preventivní prohlídky v dětském věku jsou velmi důležité pro správný vývoj a růst dítěte, a tím se předchází různým nemocím, úrazům a dalším komplikacím. Dětská sestra hraje v tomto důležité roli a dle Klímy (2016) dokáže nejlépe odhadnout stav dítěte a rodiny, a proto je v těchto oblastech většinou lepším rádcem než lékař.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat a zjistit, jaká jsou specifika práce sestry pracující v primární péči a jaká je spolupráce rodičů v rámci preventivních prohlídek. Na základě cílů jsme si stanovili tři výzkumné otázky: Jaké jsou činnosti sestry, které vykonává v rámci preventivních prohlídek? Jaká jejich část se váže k poskytování preventivní péče? Jak spolupracují rodiče se sestrou během preventivních prohlídek?

K získání dat jsme využili kvalitativní výzkumné šetření metodu dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru, který byl prováděn s osmi sestrami pracující u praktického lékaře pro děti a dorost. Délka jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje v rozmezí 14 – 50 let a délkou praxe u PLDD v rozmezí 3 měsíců – 40 let. Rozhovory probíhaly v období února a března roku 2023. Data byla dále přepsána do Microsoft Word a technikou otevřeného kódování tužka – papír zpracována do čtyř kategorií a schémat. Bylo osloveno sedm středoškolsky vzdělaných sester, pouze jedna sestra má vysokoškolské vzdělání. Z celkového počtu se zúčastnilo celkem tři dětské sestry, další čtyři praktické sestry. Dvě sestry mají navíc specializaci ARO a JIP.

Hlavní otázkou „*Co všechno provádíte v rámci preventivní prohlídky?*“ jsme chtěli zodpovědět náš první cíl. Z teorie i praxe vyplývá, že sestra provádí mnoho činností, které se týkají prevence a preventivní prohlídky. Po položení otázky se snažily sestry vyjmenovat co nejvíce činností, které provádí. Mezi prvními a nejčastějšími odpověďmi patřilo měření výšky, váhy, TK, vyšetření zraku, sluchu a barvocitu. Méně často zmiňovaly vyšetření moči, měření fyziologických funkcí, měření obvodu hlavičky a hrudníku a práci související s přípravou vakcín. Jen dvě sestry očkují dětské pacienty. Machova a Suchanová (2013) ve svém článku píše, že očkování provádí zpravidla lékař, ale pokud dítě očkuje sestra, měl by být přítomen lékař. Stožický (2016) navíc uvádí ve

své literatuře, že preventivní činnost začíná převzetím dítěte do péče po příchodu z nemocnice, kdy dětský lékař nebo dětská sestra navštíví pokud možno dítě v domácím prostředí a dětská sestra edukuje matku v péči o novorozence, v kojení a jeho správné technice. Pouze jedna sestra uvedla, že mají vyhrazené dny pro laktační poradenství, jinak žádné odpovědi nezahrnovaly návštěvu v domácím prostředí. Sikorová (2012) také zdůraznila, že jejím úkolem je zajištění bezchybného a plynulého chodu ordinace, pomoc a podpora pacientů a další úkoly v organizační, odborné a administrativní oblasti.

V další části jsme chtěli zjistit jaká je spolupráce rodičů a sester v rámci preventivních prohlídek. Prohlídky se vždy konají za přítomnosti rodičů (Stožický, 2016). Proto je důležitá spolupráce a komunikace mezi rodiči, sestrou a lékařem. Dle Seifertové (2016) se můžeme setkat v ordinaci s nejrůznějšími lidmi a rodinami. Buď jsou rodiny, které jsou plně funkční, kdy jsou rodiče naladěni ke spolupráci, ale také rodiny s jedinci, kteří jsou frustrováni a se kterými se tak hůře pracuje, i když hledají pomoc pro své dítě. Tento cíl zahrnoval hned několik otázek, na které jsme se ptali našich respondentek. Na začátek jsme se zeptali, jakým způsobem dostávají rodiče dětí informace o preventivních prohlídkách. Ve většině případů objednávají děti na preventivní prohlídky telefonicky. Dalším nejčastějším způsobem je objednání při návštěvě ordinace z jiného důvodu. Mezi další způsoby zmínily SMS, e-mail a objednávací kartičky. Přestože je zvaní k preventivním prohlídkám důležité, z našeho pohledu by si ale měl každý rodič hlídat sám, kdy se má dostavit s dítětem na prohlídku. Navázali jsme otázkou, zda mají zvací systém. Všechny sestry uvedly, že mají vytištěný seznam pacientů, kteří jsou ve věku preventivní prohlídky. Nutné je tedy, aby sestra znala časové rozmezí preventivních prohlídek a očkovací kalendář. Dle vyhlášky č. 70/2012 Sb. se provádí pravidelné preventivní prohlídky každé dva roky. Poprvé je dítě ošetřeno při vstupní registraci, poté ve 14 dnech, v 6. týdnu, pak ve 3., 4., a 6. měsíci, v 8. a 10. měsíci a 1 roku. Další se provádí v 18. měsíci, ve 3 letech a poté každé 2 roky. To znamená tedy v 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 a poslední v 19 letech. Pozitivní odpovědi jsme dostali na otázku, zda chodí děti na preventivní prohlídky. Všechny respondentky uvedly, že valná většina jejich pacientů pravidelně chodí, pokud ale nepřijdou, sestřičky se jim hned ozývají zpět. Preventivní prohlídky dodržují hlavně malé děti a u těch starších to dle respondentek bývá horší. Nutné je si ale uvědomit, že prevence je důležitá v každém věku. Ve vyšším věku okolo 15 až 17 let se sleduje hlavně rizikové chování dítěte, které

může ohrozit jeho zdraví a proto časné odhalení a poučení dítěte a rodiče patří mezi další úkoly sestry a lékaře (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Další otázkou jsme chtěli zjistit, zda si rodiče uvědomují rizika, která mohou nastat, když jejich dítě nebude docházet na pravidelné preventivní prohlídky. Bohužel ve většině případů si sestry myslí, že si nic takového neuvědomují a je jim to jedno. Také jsme se dozvěděli, že pouze šest sester z osmi hlásí absenci dětí na OSPOD. Dvě sestry uvedly, že na to není moc času, kvůli velkému počtu dětských pacientů. Z našeho pohledu se domníváme, že je povinností hlásit ohrožené dítě na OSPOD a opakovaná absence na preventivních prohlídkách ohrožuje dítě na zdraví. Zeptali jsme se tedy, jakým způsobem jak se snaží přesvědčit rodiče a děti o důležitosti provádění prohlídek. Většina sester se snaží rodičům a dětem domluvit a vysvětlit důležitost prevence a preventivních prohlídek. Jedna sestra zmínila, že správná komunikace a přístup je nejdůležitější a hraje ve všem velkou roli. Naopak jedna sestra uvedla, že spíše s nimi o péči a léčbě komunikuje lékař. Primární péče je založena především na schopnosti komunikovat (Seifertová, 2016). Při komunikaci s rodinou je dobré si uvědomit, že komunikujeme s laiky, proto je nutné během rozhovoru ověřovat, zda je vše pro rodinu srozumitelné a zda ví, o jakém onemocnění nebo léčbě se hovoří. Plevová a Slowik (2010) ve své literatuře zmiňují, že v dnešní době si rodiče vše najdou na internetu a chtějí vědět vše více dopodrobna, což nám během rozhovoru potvrdila i jedna sestra. Dodala ale jen, že ne vždy je to výhodou. Většina sester také uvedla, že se snaží mít co nejmilejší přístup k rodině, aby s nimi navázaly důvěru, a tak s nimi lépe pracovaly. Opět literatura Plevové a Slowika (2010) potvrzuje, že každé dítě je individuální osobnost, a proto je důležité se každému dítěti přizpůsobit. Chování zdravotníka by tak mělo být laskavé a klidné. Jejich chování ovlivňuje chování celé rodiny a do budoucna i jejich postoj ke zdravotnickému personálu.

Další otázky jsme zaměřili na způsob edukace dětí a rodiny v upevnění zdraví. Dětská sestra v ambulanci edukuje rodiče ve výchově a péči o dítě v jednotlivých věkových kategoriích, vede matky ke správné výživě, v technice kojení a správného provedení (Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 51). Všechny sestry se shodly na tom, že základem je správná komunikace. Kukla (2016) ve své literatuře také píše, že edukace začíná teorií o péči, možných komplikacích a jak jim předcházet a poté by měl být proveden praktický nácvik. Důležité je vytvořit prostor pro otázky a diskuzi a informace doplnit tištěným materiálem nebo videonahrávkou. Dvě sestry naopak uvedly, že edukační brožury

rodičům nedávají, protože si myslí, že si to nepřečtou. Také pouze dvě sestry zmínily praktickou ukázkou jako doplněk edukačního procesu. Ostatní sestry mají v čekárně různé letáčky, které si kdykoliv mohou rodiče přečíst a vzít s sebou. Navázali jsme na to otázkou, zda mají některé preventivní programy v rámci prevence úrazů a správně výživy. Bohužel ani v jedné ordinaci nepoužívají žádné takové preventivní programy. Z našeho pohledu by je do edukace měli zařadit. V dětském věku jsou totiž úrazy významným faktorem morbidity a jednou z nejčastějších příčin mortality (Grym, 2019). Úrazy jsou v dětském věku natolik běžné, že jsou považovány za nevyhnutelnou část jejich života, a proto povinností rodičů je vytvořit pokud možno co nejbezpečnější prostředí (Benešová, 2013). Pouze jedna sestra zmínila, že pokud jejich dětský pacient opakovaně chodí s úrazy, snaží se společně s lékařem edukovat rodiče o předcházení úrazů. Naším názorem však je, že pokud dítě má pravidelné úrazy, je to pozdě, a proto je edukace o prevenci důležitá už od začátku dětství. Co se týče správné výživy, tak jen dvě sestry se snaží vysvětlit rodičům správnou výživu pro daný věk dítěte a to jen v případech, kdy přijdou například se zažívacími potížemi. Opět z našeho pohledu by rodiče měli znát správnou výživu od novorozeneckého věku. Klíma (2016) uvádí, že organismus pro svůj růst a vývoj potřebuje základní složky výživy, jakou jsou bílkoviny, tuky, cukry a voda.

Na úvod jsme pokládali otázky pro identifikační údaje. Jedna z otázek byla zaměřena na nejvíce dosažené vzdělání. Dle Klímy (2016) totiž hraje nezastupitelnou roli v poskytování primární péče vzdělání a znalosti péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Kordulová (2018) uvádí, že v historii vznikl obor dětská sestra, hlavně kvůli odlišnosti péče o děti v rozdílném věku. V dnešní době podle MZ ČR lze obor dětská sestra vystudovat na základě speciálního vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrii nebo specializačním vzděláním vzdělávacího programu Intenzivní péče v pediatrii. V Českých Budějovicích na Jihočeské univerzitě je také možnost získat specializaci dětská sestra. Dále také v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně nebo na magisterském studiu na Ostravské univerzitě v Ostravě. Aby zdravotní sestra mohla pracovat v ordinaci PLDD, musí mít způsobilost k výkonu povolání bez odborného lékařského dohledu, ukončené specializační studium zakončené atestační zkouškou a odpracované minimálně dva roky na lůžkovém oddělení (Sikorová, 2012). Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo osm sester, z toho jen dvě sestry mají vystudovanou Střední zdravotnickou školu obor dětská sestra. Když

jsme se doptali ostatních sester, zda bylo podmínkou doděláním specializační kurzů nebo jiného vzdělání pro práci s dětskými pacienty, všechny odpověděly, že ne. Dle našeho názoru hraje velkou roli hlavně délka praxe a motivace k celoživotnímu vzdělání, a ne tolik druh studia. Samozřejmě specializační kurzy dětská sestra jsou určitě výhodou pro začátek práce s dětským pacientem, avšak je pro nás překvapující, že daný dětský lékař to nebral jako podmínku k práci.

6 Závěr

Tato práce se zabývala dvěma cíli. Prvním cílem bylo zjistit specifika práce sestry v primární péči. Druhý cíl jsme zaměřili na spolupráci rodičů a sester v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost. Pro výzkumné šetření bylo osloveno celkem osm sester pracujících u praktického lékaře pro děti a dorost.

V teoretické části jsme se zaměřili na primární péči v pediatrii a prevenci jako součást zdravotní péče. V další části jsme vypsali úkoly sestry v preventivní činnosti od posouzení růstu a vývoje, psychomotorického a sociálního vývoje, přes očkování u dětí, výživu a prevenci pádů a úrazů, až po edukaci sestrou v primární péči. V empirické části jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření. Získané informace jsme zpracovali technikou otevřeného kódování tužka – papír a rozdělili do čtyř kategorií.

V návaznosti na naše cíle jsme vytvořili tři výzkumné otázky. První otázka se týkala činností sester v rámci preventivní prohlídky u PLDD. Zjistili jsme, že mezi činnosti patří řada úkonů, které sestra provádí. Sestry se snažily vyjmenovat co nejvíce činností, na které si vzpomněly, avšak ne všechny vyjmenovaly ty stejné, které provádí v rámci preventivní prohlídky. Nedokážeme určit, zda si jen sestry v tu chvíli nemohly vzpomenout na zbylé činnosti nebo je nepovažují za tak důležité k tomu, aby je zmínily. Domníváme se, že velkou roli v tom hraje délka praxe u PLDD. Druhou výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, jaká část činností v práci sestry u PLDD se váže k poskytování preventivní péče. Z teoretické a praktické části jsme přišli na to, že velká část činností se váže k prevenci. Když například přijde dítě se zdravotním problémem, sestra se snaží edukovat rodiče a děti o předcházení a vzniku dalších komplikací. Z praxe jsme dostali i příklady, kdy rodiče volají do ordinace a chtějí poradit s péčí dítěte, a pokud sestra ví a dokáže poradit, poradí a nepotřebuje k tomu v některých případech ani lékaře. Sestra se tedy nepohybuje jen v primární péči, ale i v sekundární a terciární. Na poslední výzkumnou otázku, jaká je spolupráce rodičů a sester v rámci preventivních prohlídek jsme získali celkem kladné odpovědi. Zjistili jsme, že docházka dětí na preventivní prohlídky je velmi dobrá a je jen pár výjimek. Překvapilo nás ale, že ne všechny sestry řeší absenci určitých dětí na preventivní prohlídky s OSPODem. Myslíme si, že je povinností každého zdravotníka toto hlásit, pokud se to stále opakuje a rodičům nestačí opakované volání a vysvětlování důležitosti preventivních prohlídek.

Z výzkumu jsme také zjistili, že je důležité navázat s dítětem a rodinou důvěru a vztah pro lepší spolupráci.

Z výzkumného šetření jsem přišla na to, že primární prevence je důležitá pro další vývoj a správný růst dítěte a práce sestry v rámci primární péče u praktického lékaře pro děti a dorost je klíčová. Tato práce by mohla dále posloužit rodičům dětí a široké veřejnosti k uvědomění si důležitosti primární prevence a také studentům zdravotnických oborů k nastínění činností sestry pracující u PLDD v rámci primární péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTONÍČKOVÁ, D et al., 2021. Faktory ovlivňující práci sester v pediatrii - přehled kvalitativních studií. *Pediatric pro praxi* [online]. 23(2), 145-147 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2022.033.
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/02/16.pdf>
2. BASTABLE, S., 2017. *Essentials of Patient Education*. 2. vydání. Burlington: Jones and Barlett Learning. ISBN 978-443-5000.
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1967-7.
4. BENEŠ, P., 2020. Jednoduché vyšetření zraku u dětského pacienta. *Pediatric pro praxi* [online]. Brno, 21(3), 152-155 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2020.030.
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2020/03/02.pdf>
5. BENEŠOVÁ, V., 2013. *Úrazy u dětí a jejich prevence*. [online]. Šance dětem. 2023 [cit. 2023-3-7]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/urazy-u-deti-jejich-prevence>
6. BOŽENSKÝ, J., PROCHÁZKA, B., 2020. Obezita dětí a dospívajících aneb co dělat s obézním dítětem v ambulanci dětského lékaře. *Časopis lékařů českých* [online]. Ostrava, 159(3-4), 111-117 [cit. 2023-3-6]. ISSN 1803-6597.
Dostupné z:
[file:///C:/Users/Standard/Desktop/BC/zdroje/%C4%8C%C3%A1nky-pln%C3%A9%20texty%20\(Medvik\)/Obezita%20d%C4%9Bt%C3%AD%20a%20dosp%C3%ADvaj%C3%ADc%C3%ADch%20aneb%20co%20d%C4%9Blat%20s%20ob%C3%A9zn%C3%ADm%20d%C3%ADt%C4%9Btem%20v%20ambulanci%20d%C4%9Btsk%C3%A9ho%20l%C3%A9ka%C5%99e.pdf](file:///C:/Users/Standard/Desktop/BC/zdroje/%C4%8C%C3%A1nky-pln%C3%A9%20texty%20(Medvik)/Obezita%20d%C4%9Bt%C3%AD%20a%20dosp%C3%ADvaj%C3%ADc%C3%ADch%20aneb%20co%20d%C4%9Blat%20s%20ob%C3%A9zn%C3%ADm%20d%C3%ADt%C4%9Btem%20v%20ambulanci%20d%C4%9Btsk%C3%A9ho%20l%C3%A9ka%C5%99e.pdf)
7. Česká vakcinologická společnost, Státní zdravotní ústav., 2022. [online]. Nzip.cz: Očkovací kalendář pro děti. Praha [cit. 2023-5-4]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/215-ockovaci-kalendar-pro-deti>
8. DESAI, P.P., PANDYA, S.V., 2013. Communicating with Children in Healthcare Settings. *The Indian Journal of Pediatrics* [online]. [cit. 2023-3-7]. DOI: 10.1007/s12098-013-0969-z.
Dostupné z: <file:///C:/Users/Standard/Desktop/BC/zdroje/komunikace%20s%20d%C3%ADt%C4%9Btem.pdf>

9. DRAŽAN, D., 2013. Všeobecné principy očkování v ordinaci dětského lékaře. *Pediatric pro praxi* [online]. Jindřichův Hradec, 14(5), 287-290 [cit. 2023-3-6].
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/04.pdf>
10. DUŠOVÁ, B., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
11. FREMUTH, J et al., 2021. *Propedeutika dětského lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4741-8.
12. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4773-6.
13. GRYM, J., 2019. K preventabilitě úrazů a otrav v dětském věku. *Pediatric pro praxi* [online]. Krnov, 20(1), 12-18 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2019.003.
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2019/01/03.pdf>
14. HANÁKOVÁ, T., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
15. HOTAŘOVÁ, Z., 2017. *Ošetrovatelská péče v primární pediatrické péči*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.
16. JEŽEK, P., 2021. Komplementární výživa - zavádění příkrmů. *Pediatric pro praxi* [online]. 22(2), 147-150 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2021.029.
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2021/02/15.pdf>
17. KELNAROVÁ, J., et al. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9857-8.
18. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
19. KORDULOVÁ, P., 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. *Pediatric pro praxi* [online]. Praha, 18(6), 383-386 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2017.076.
Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/06/12.pdf>

20. KORDULOVÁ, P., 2018. Dětská sestra v proměnách času. *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. [cit. 2023-3-6]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/detska-sestra-v-promenach-casu/>
21. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín. ISBN 978-80-7454-635-8.
22. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9224-3.
23. KYLE, T., 2022. *Primary Care Pediatrics for the Nurse Practitioner: A Practical Approach*. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-4094-4.
24. LEJSKA, M., 2018. Vyšetřování sluchu u nejmenších dětí v ambulanci dětského lékaře II. díl – O sluchu a slyšení. *Pediatrie pro praxi*. Brno, 19(5). DOI: 10.36290/ped.2018.049.
25. LEJSKA, M., 2018. Vyšetřování sluchu u nejmenších dětí v ambulanci dětského lékaře II. díl – O sluchu a slyšení. *Pediatrie pro praxi* [online]. Brno, 19(5), 248-251 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2018.049. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2018/05/03.pdf>
26. MAĎAR, R., 2016. Dobrovolné očkování v adolescentním věku. *Pediatrie pro praxi* [online]. Ostrava, 17(2), 80-82 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2016.017.
Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/02/04.pdf>
27. MACHOVÁ, A., SUCHANOVÁ, M., 2013. Povinné očkování dětí – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatrie pro praxi* [online]. České Budějovice, 14(2), 130-136 [cit. 2023-3-6].
Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/02/15.pdf>
28. MARINOV, Z., 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7927-0.
29. MAZÚCHOVÁ, L., 2022. *Úspěšné kojení: Sebeúčinnost matek*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4330-6.
30. MUNTAU, A.C., 2016. *Pediatrie*. 6. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
31. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
32. RŮŽIČKOVÁ, P., et al., 2022. Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů - kvalitativní šetření. *Pediatrie pro praxi* [online]. 23(1), 73-76 [cit. 2023-3-6].

DOI: 10.36290/ped.2022.015.

Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/01/15.pdf>

33. RŮŽKOVÁ, R., 2014. Rychlé diagnostické testy v ordinaci PLDD – význam a použití. *Pediatric pro praxi* [online]. Praha, 15(1), 28-30 [cit. 2023-3-6]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/07.pdf>
34. SEIFERTO VÁ, J., 2016. Komunikace praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi* [online]. Kladno, 17(2), 102-103 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2016.022. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/02/09.pdf>
35. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4.
36. SLAVÍČKOVÁ, D., KOLOUŠKOVÁ, S., 2022. Předčasná puberta. *Pediatric pro praxi* [online]. Praha, 23(1), 57-59 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2022.011. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/01/11.pdf>
37. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., 2016. *Základy dětského lékařství*. 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
38. SZÚ., 2017. *Hodnocení růstu a vývoje dětí a mládeže*. [online]. STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV. Praha [cit. 2023-5-4]. Dostupné z: <https://szu.cz/publikace/data/hodnoceni-rustu-a-vyvoje/3604-2/>
39. TRUČKOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I., 2016. Historie pediatrie a vzdělávání dětských sester v České republice. *Pediatric pro praxi* [online]. České Budějovice, 17(5), 390-394 [cit. 2023-3-6]. DOI: 10.36290/ped.2016.089. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/06/15.pdf>
40. UNICEF, 2022. How to communicate effectively with your young child: 9 ways to strengthen your bond through your words and actions. *UNICEF* [online]. Ohanesian [cit. 2023-4-28]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/parenting/child-care/9-tips-for-better-communication>
41. VELEMÍNSKÝ, M., et al. 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. Triton. ISBN 978-80-7553-148-3.
42. VÉVODA, J. a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-808474732-3.
43. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 20.

44. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2012. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 124, s. 4837. ISSN 1211-1244.
45. WILLIS, E., 2015. *Pediatric Prevention, An Issue of Pediatric Clinics*. Pennsylvania: Elsevier Health Sciences. ISBN 978-0-323-40098-5.
46. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrivatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9239-7.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Percentilový graf tělesné délky - chlapci 0 – 24 měsíců

Příloha 2 Percentilový graf tělesné výšky - chlapci 0 – 18 let

Příloha 3 Percentilový graf tělesné délky - dívky 0 – 24 měsíců

Příloha 4 Percentilový graf tělesné výšky - dívky 0 – 18 let

Příloha 5 Percentilový graf BMI – chlapci 0 – 18 let

Příloha 6 Percentilový graf BMI – dívky 0 – 18 let

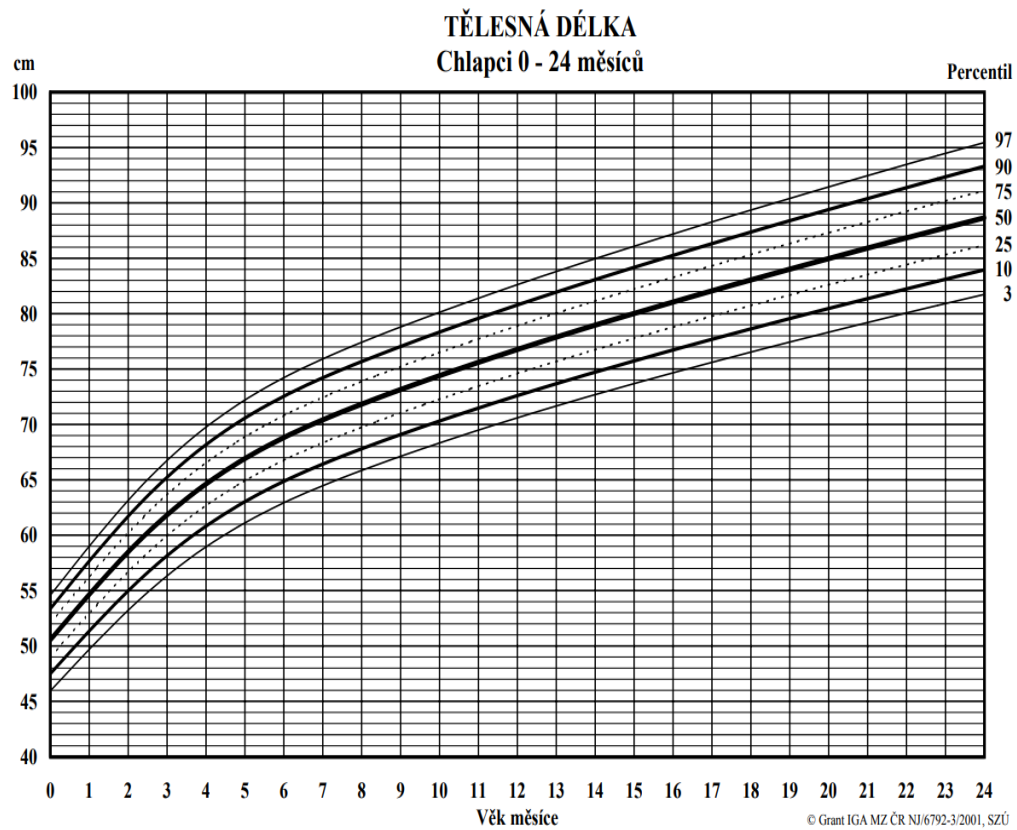
Příloha 7 Očkovací kalendář hrazeného očkování v ČR platný od 1. 1. 2022

Příloha 8 Výzkumné otázky pro sestry

Příloha 9 Potvrzení o provedení výzkumného šetření

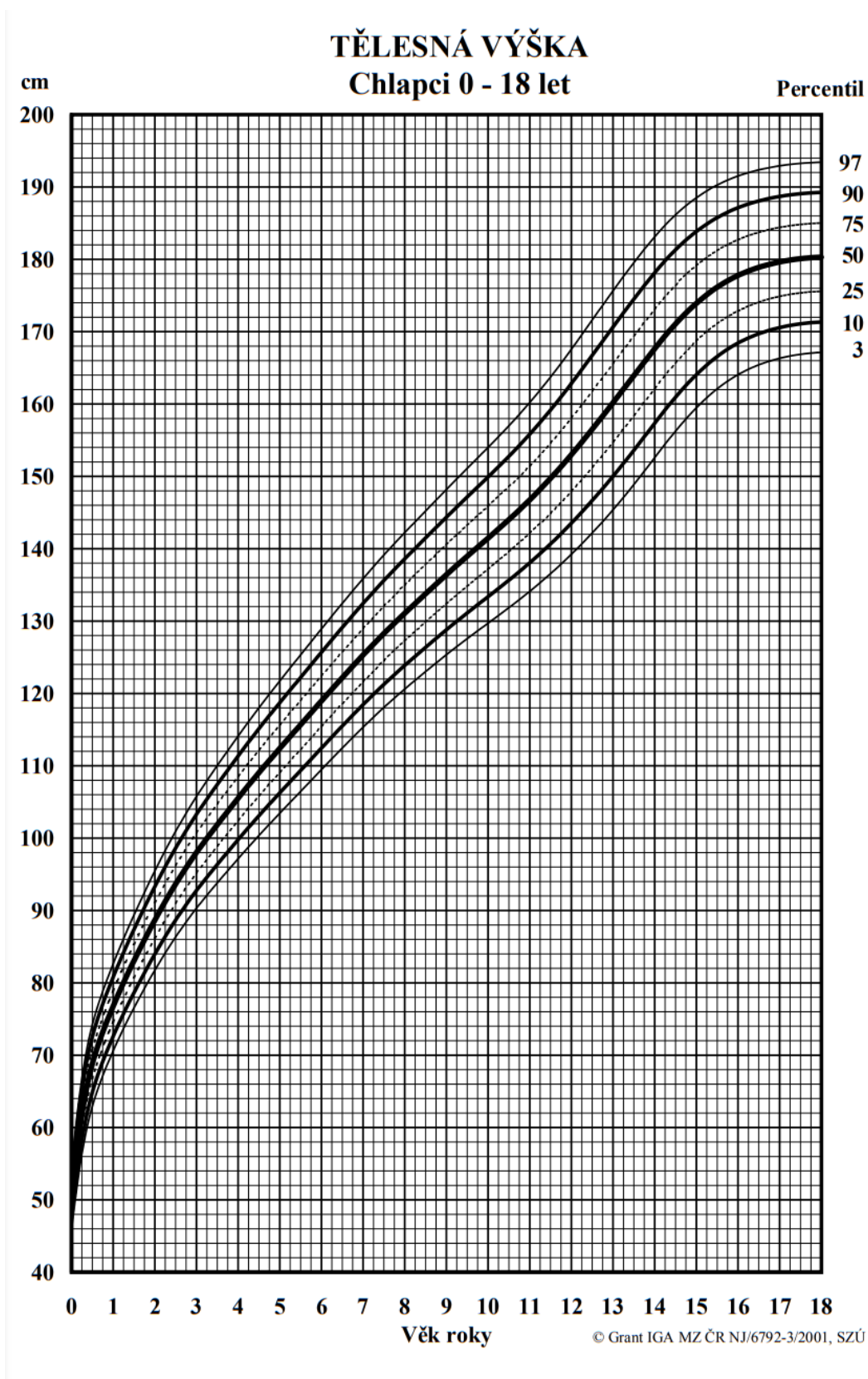
9 Přílohy

Příloha 1 Percentilový graf tělesné délky – chlapci 0 – 24 měsíců



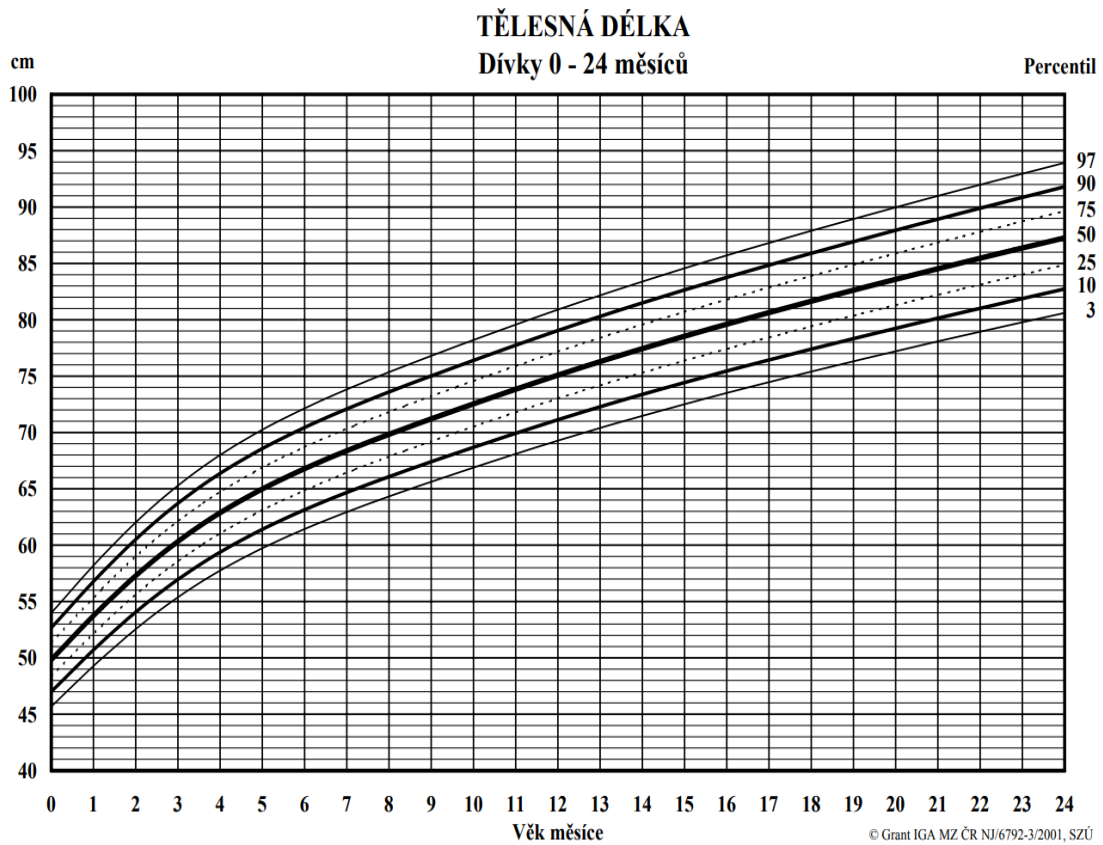
Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 2 Percentilový graf tělesné výšky – chlapci 0 – 18 et



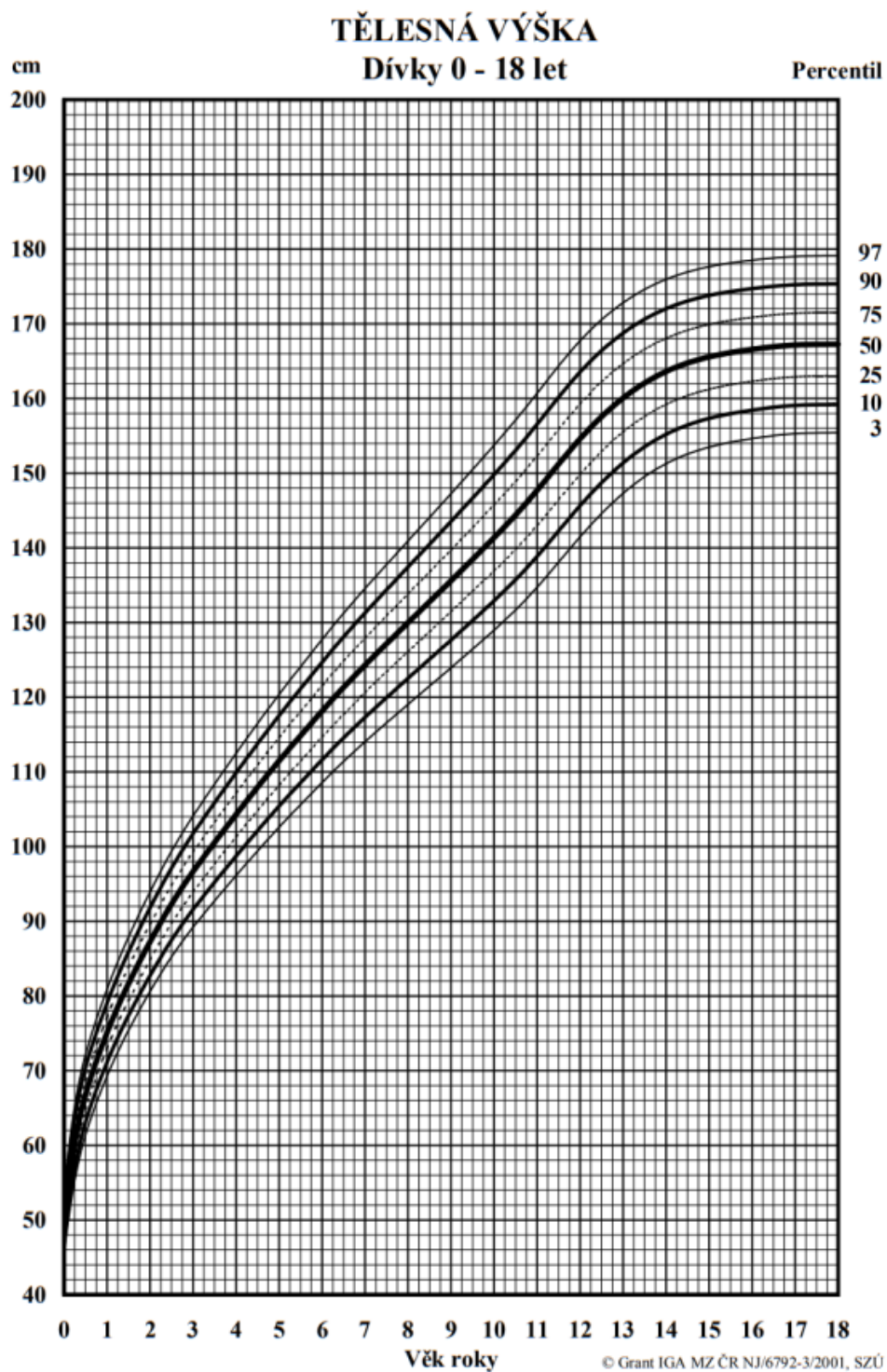
Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 3 Percentilový graf tělesné délky – dívky 0 – 24 měsíců



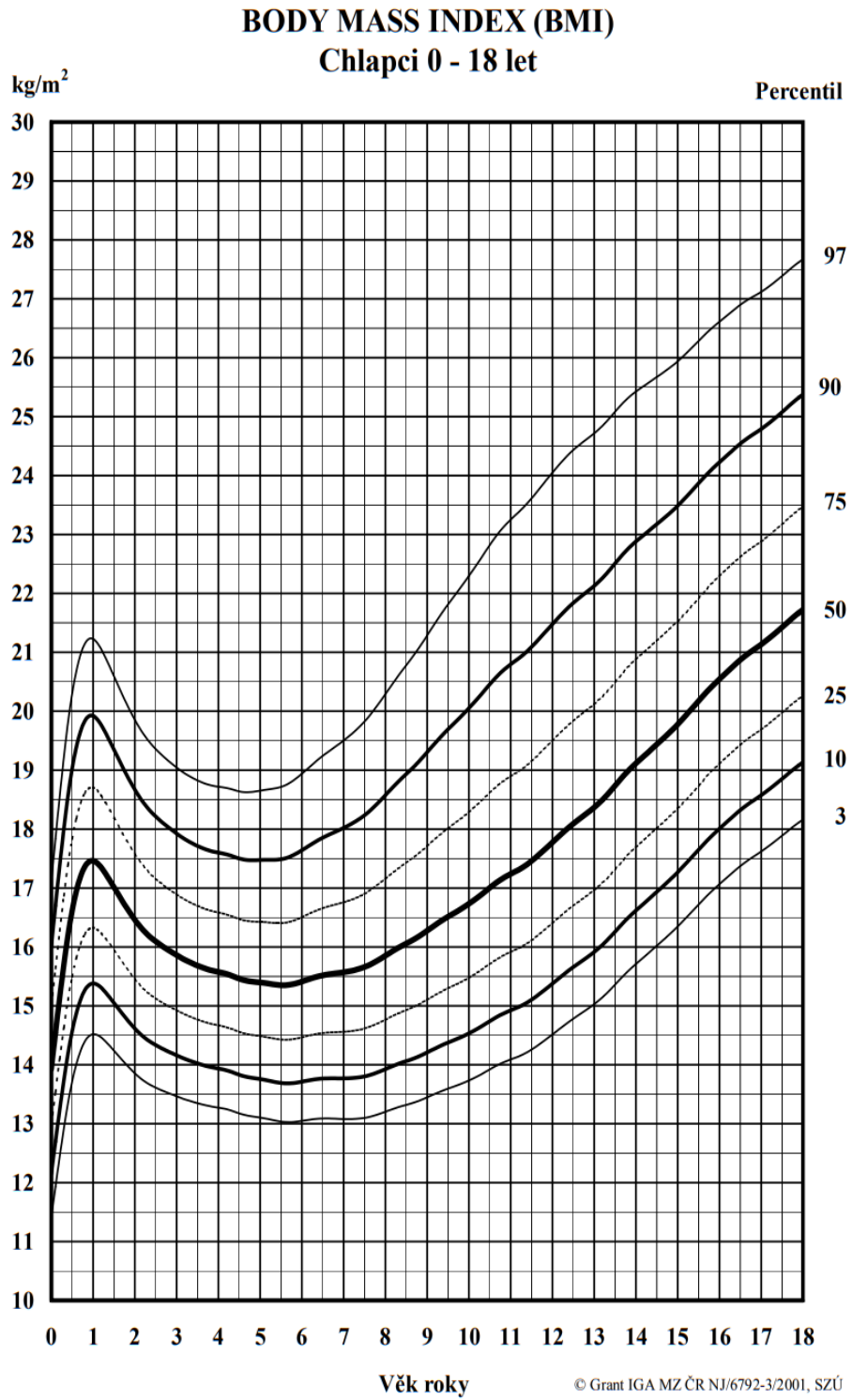
Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 4 Percentilový graf tělesné výšky - dívky 0 – 18 let



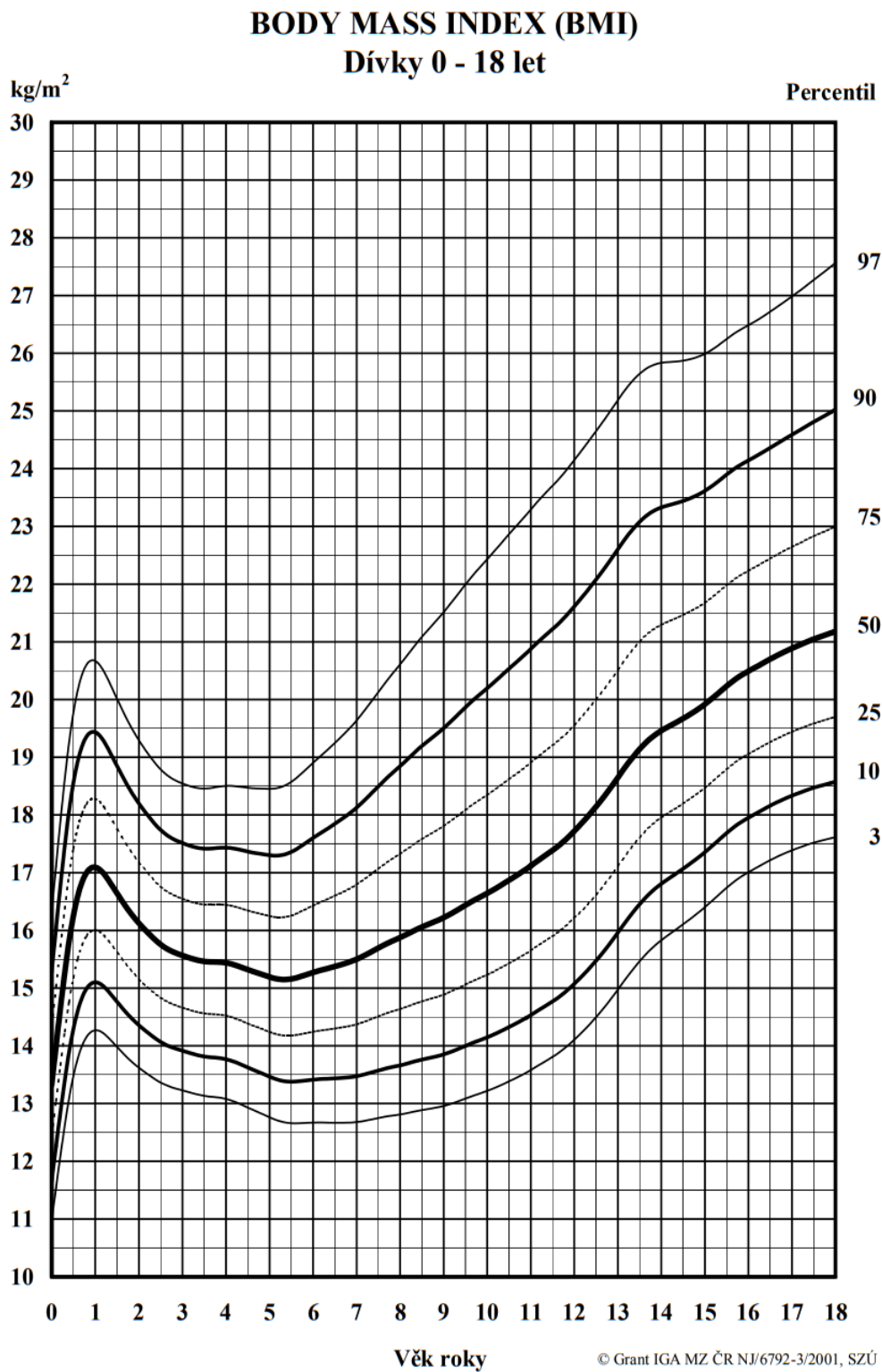
Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 5 Percentilový graf BMI – chlapci 0 – 18 let



Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 6 Percentilový graf BMI – dívky 0 – 18 let



Zdroj: Státní zdravotní ústav

Příloha 7 Očkovací kalendář hrazeného očování v ČR od 1.1. 2022

Termín Věk dítěte	Povinná hrazená očování		Nepovinná hrazená očování	
	Nemoc	Očkovací látka	Nemoc	Očkovací látka
od 4. dne do 6. týdne	Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací) †	BCG vaccine SSI		
od započatého 9. týdne (2 měsíce)	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, virová hepatitida B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae b	Hexavakcína: Infanrix Hexa, Hexacima 1. dávka *		
2.–3. měsíc			IMO B	Bexsero – 1. dávka**
			IPO	Prevenar 13, Synflorix – 1. dávka ***
4 měsíce	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, virová hepatitida B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae b	Hexavakcína: Infanrix Hexa, Hexacima 2. dávka*		
4.–6. měsíc			IMO B	Bexsero – 2. dávka
			IPO	Prevenar 13, Synflorix – 2. dávka ***
11.–13. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, virová hepatitida B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae b	Hexavakcína: Infanrix Hexa, Hexacima 3. dávka*		
12.–15. měsíc			IMO B	Bexsero – 3. dávka
			IMO A,C,W,Y	Nimenrix, Menquadfi – 1. dávka****
			IPO	Prevenar 13, Synflorix – 3. dávka ***
13.–18. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	M-M-RVAXPRO 1. dávka		
od dovršení 5. do dovršení 6. roku věku dítěte	Spalničky, zarděnky, příušnice	M-M-RVAXPRO 2. dávka		
	Záškrt, tetanus, černý kašel	Tdap vakcína: Infanrix, Boostrix (přeočkování)		
od dovršení 10. do dovršení 11. roku	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna	Tdap-IPV vakcína: Boostrix polio, Adacel Polio (přeočkování)		
od dovršení 13. do dovršení 14. roku			Onemocnění lidským papilomavirem	Cervarix, Gardasil, Gardasil 9 (celkem 2 dávky)
od dovršení 14. do dovršení 15. roku věku			IMO B	Trumenba, Bexsero (celkem 2 dávky) ▯
			IMO A,C,W,Y	Nimenrix, Menveo, Menquadfi 1 dávka ▯ ▯

Včetně tuberkulinového testu prováděného v případech, kdy je třeba očkovat dítě starší 6 týdnů; očkování se v takovém případě provádí jen tehdy, je-li tuberkulinový test negativní. Vše platí pro rizikové skupiny dětí.

* U nedonošených dětí se očkování provede třemi dávkami očkovací látky podanými v intervalech nejméně jednoho měsíce mezi dávkami a čtvrtou dávkou podanou nejméně 6 měsíců po podání třetí dávky (tedy schéma 3+1).

** Proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B, je-li očkování zahájeno do dovršení dvanáctého měsíce věku.

*** U nedonošených dětí se očkování provede třemi dávkami očkovací látky podanými v intervalech nejméně jednoho měsíce mezi dávkami a čtvrtou dávkou podanou nejméně 6 měsíců po podání třetí dávky (tedy schéma 3+1).

**** Proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny A, C, W, Y, je-li očkování provedeno jednou dávkou od dovršení prvního do dovršení druhého roku věku.

▯ Proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B, je-li očkování provedeno jednou dávkou od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku. Očkování je hrazeno, pokud bylo v tomto věku zahájeno.

▯▯ Proti invazivním meningokokovým infekcím skupiny A, C, W, Y, je-li očkování provedeno jednou dávkou od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku.

IMO Invazivní meningokokové onemocnění

IPO Invazivní pneumokokové onemocnění

Upraveno podle vyhl. č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, a podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zdroj: nzip.cz, 2022

Příloha 8: Výzkumné otázky pro sestry

Identifikační údaje:

1. Jak dlouho pracujete u praktického lékaře pro děti a dorost?
2. Jaká je celková délka Vaší praxe?
3. Jaké je Vaše nejdéle dosažené vzdělání?
 - Musela jste si dodělat specializační kurz dětské sestry pro práci u PLDD?

Výzkumné otázky pro sestry:

1. Jakým způsobem od Vás dostávají rodiče dětí informace o preventivních prohlídkách?
2. Chodí děti na pravidelné preventivní prohlídky?
3. Myslíte si, že rodiče dětí, které nechodí na pravidelné preventivní prohlídky, si uvědomují rizika, které mohou nastat?
4. Jak se snažíte přesvědčit rodiče o důležitosti provádění preventivních prohlídek?
 - Jakým způsobem řešíte, pokud děti opakovaně nechodí na pravidelné preventivní prohlídky?
5. Co všechno provádíte u dětí v rámci preventivní prohlídky?
6. Jak se snažíte v rámci prevence působit na děti a rodiče?
7. Jak pečujete o ordinaci a čekárnu v rámci preventivního působení?
8. Jakým způsobem edukujete dětské pacienty a jejich rodiče o upevnění zdraví?
9. Máte nějaké preventivní programy pro děti, které se týkají prevence úrazu a zdravé výživy?

Zdroj: vlastní

Příloha 9: Potvrzení o provedení výzkumného šetření

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Pediatrické ošetřovatelství

Jméno a příjmení studenta/studentky: Tereza Tlačilová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): -

Název zdravotnického zařízení: Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost

Název práce: Primární péče z pohledu dětské sestry pracující u praktického lékaře pro děti a dorost

Výzkumné otázky:

1. Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci preventivních prohlídek u PLDD?
2. Jaká část činností v práci sestry u PLDD se váže k poskytování preventivní péče?
3. Jaká je spolupráce rodičů se sestrami v rámci preventivních prohlídek?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

K získávání dat bude využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru, který bude veden se sestrami pracujícími u praktického lékaře pro děti a dorost.

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím

Jméno a Příjmení:

Podpis:

Zdroj: vlastní

10 Seznam zkratek

NCO A NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických obor

č. – číslo

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

Sb. – sbírka

ČR – Česká republika

POCT – point of care testing

BMI – Body mass index

WHO – Světová zdravotnická organizace

tzv. – takzvaný

ARO a JIP – Anesteziologicky resuscitační oddělení a Jednotka intenzivní péče