

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Radka Synáčová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „*Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu citované literatury.

V Plzni dne 20. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení, podněty a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji Ing. Janě Kuchařové za pomoc při statistickém zpracování dat. Dále děkuji respondentům za ochotu při vyplňování dotazníků. Zároveň patří poděkování mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Synáčová Radka

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: primární péče, všeobecná sestra, prevence, civilizační choroby, kouření, motivace

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku prevence ve zdravotnictví. Charakterizuje poskytovatele primární péče, úlohu všeobecné sestry a preventivní programy

v oblasti primární péče. Upozorňuje na civilizační choroby spojené se životním stylem moderní doby. Praktická část analyzuje informovanost klientů o preventivní péči, jejich postoj a motivaci k preventivním prohlídkám a intervencím, týkající se kouření, prováděné zdravotníky.

Annotation

Surname and name: Synáčová Radka

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Preventive care in the ambulance practitioner

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered : 16

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 42

Keywords: primary care, nurse, prevention, diseases of affluence, smoking, motivation

Summary:

Thesis is focused on the issue of the prevention in healthcare. It characterizes the provider of primary care, the role of the nurse and prevention programs in domain of primary care.

It warns about diseases of affluence linked to lifestyle of the modern age. Practical part analyzes awareness of clients about the preventive care, their attitude and motivation to preventive examinations and medical staff intervention about smoking.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 PREVENTIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	10
1.1 Formy prevence	10
1.2 Primární péče	11
1.2.1 Všeobecná sestra v primární péči	12
1.2.2 Poskytovatelé primární péče.....	13
1.3 Programy v primární péči	17
1.3.1 Preventivní prohlídky	17
1.3.2 Dispenzární péče.....	20
1.3.3 Screeningové programy	20
1.3.4 Očkování.....	21
1.4 Prevence onemocnění hromadného výskytu.....	23
1.4.1 Onkologická prevence	23
1.4.2 Prevence kouření	27
1.4.3 Prevence obezity.....	30
1.4.4 Prevence kardiovaskulárního onemocnění	31
2 CÍLE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	32
2.1 Formulace problému	32
2.2 Dílčí cíle.....	32
2.3 Předpoklady	33
3 METODIKA	34
3.1 Charakteristika souboru	34
3.2 Metoda sběru dat.....	34
3.3 Organizace výzkumu	35
4 ANALÝZA PRŮZKUMU.....	36
5 DISKUSE	58
ZÁVĚR.....	64
LITERATURA A PRAMENY.....	66
SEZNAM ZKRATEK	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

„*Neříkej, že nemůžeš, když nechceš. Protože přijdou velmi brzy dny, kdy to bude daleko horší: budeš pro změnu chtít a pak už nebudeš moci*“.

Jan Werich

Preventivní péče tvoří podstatnou část moderní medicíny. Měla by být poskytována především v rámci primární péče. Hlavními poskytovateli primární péče jsou praktičtí lékaři. Jejich velkou výhodou je znalost kompletního zdravotního stavu klienta/pacienta dále (K/P), jeho sociálního prostředí a možnost pravidelného působení na své registrované K/P. Zdravotní péče může ovlivnit zdraví populace pouze částečně, z velké části zdraví ovlivňuje řada vnějších faktorů např. životní styl, životní prostředí, škodlivé návyky apod. Významnou úlohu v oblasti preventivní péče hrají všeobecné sestry. Sestra může provádět zdravotnickou osvětu, propagovat zdravou stravu, zdravý životní styl stejně kvalitně jako lékař. Vhodnými intervencemi může sestra získat K/P ke spolupráci a vést ho k dodržování léčebného režimu. Preventivní přístupy v moderním světě se zaměřují hlavně na snížení výskytu civilizačních nemocí. Teoretická část bakalářské práce nazvaná *Preventivní péče ve zdravotnictví* je rozdělena do 4 podkapitol. V první podkapitole je vysvětlen pojem primární, sekundární, terciární a kvartérní prevence. V druhé podkapitole je objasněn pojem primární péče, charakterizujeme její poskytovatele a upozorňujeme na důležitou úlohu všeobecné sestry v oblasti primární péče. Ve třetí podkapitole je popsáno, jakým způsobem je realizována preventivní péče v ambulanci praktických lékařů. Blíže jsou charakterizovány nástroje preventivní péče - preventivní prohlídky u praktických lékařů, dispenzární péče, screeningové metody a očkování. Čtvrtá podkapitola je věnována prevenci onemocnění hromadného výskytu. Blíže jsou popsány prevence kouření a obezity. Kouření a obezita jsou významnými rizikovými faktory vzniku řady závažných onemocnění. Mezi nemoci hromadného výskytu, tzv. civilizační nemoci, řadíme i onkologická a kardiovaskulární onemocnění, jejichž prevence je blíže popsána rovněž ve čtvrté podkapitole. V praktické části jsou upřesněny cíle a očekávané výsledky průzkumu, blíže je popsán soubor respondentů, metoda sběru dat a vlastní organizace výzkumu.

Analýzou dat získaných dotazníkovým šetřením se snažíme zmapovat informovanost K/P o preventivní péči. Cílem bakalářské práce na téma *Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře* je na základě získaných informací a připomínek K/P týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance v Plzni rozklíčovat oblasti, kde je preventivní péče nedostatečná a vhodnými intervencemi tyto nedostatky odstranit. Doufáme, že opatření zavedená na základě průzkumu prováděného v rámci bakalářské práce, se v každodenní praxi ujmou a pomohou zlepšit kvalitu preventivní péče v naší ambulanci. Potěšilo by nás, kdyby naše poznatky pomohly zlepšit úroveň preventivní péče i v jiných ambulancích praktických lékařů.

1 PREVENTIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Prevence není samostatný obor, ale je důležitou součástí zdravotní péče v různých oborech medicíny. (Fait, 2011, s. 20)

V současné zdravotnické praxi se prevence soustředila na časnou diagnostiku a účelnou léčbu za pomoci špičkových diagnostických technik a vysoce účinných léčiv. Z hlediska finančních nákladů se jedná o stále náročnější postupy, které jsou uskutečňovány na úkor intervencí z oblasti podpory zdraví a boji proti nemocem. Na primární péči zbývá málo finančních prostředků, primární péče má často charakter pouze časově omezených kampaní a bohužel převládají intervence v oblasti sekundární a terciární prevence.

(Ptáček, 2014, s. 146)

1.1 Formy prevence

Prevenici můžeme dělit s ohledem na to, kdo ji poskytuje, na prevenci zdravotnickou, společenskou a osobní a dále dle medicínského přístupu, přístupu K/P a stádia nemoci na prevenci primární, sekundární, terciární a kvartérní.

Primární prevence zahrnuje podporu zdraví, která je vnímána jako aktivita pro zdraví a prevenci a je zaměřena proti nemocem. Uplatňuje se v období, kdy nemoc ještě nevznikla, má zabránit vzniku nemoci. Zahrnuje aktivity na podporu zdraví, aktivity na rozkrytí rizikových faktorů, intervence proti zjištěným rizikovým faktorům a postupy zaměřené proti určitým nemocem (př. očkování). Každý může pozitivně ovlivnit své zdraví příjmem zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí. Důležitost v podpoře zdraví je přikládána ženám. Na nich většinou závisí správná výživa rodiny, péče o dítě, matka své děti učí hygienickým návykům a formuje vztah ke zdraví. Předpokládaným výsledkem primární prevence je snížení incidence patologických jevů.

Sekundární prevence je zaměřena na včasný záchyt nemoci a včasné zahájení účinné léčby s cílem zabránit rozvoji nemoci a komplikací. Patří sem ty preventivní prohlídky (dále PP), které mají zjistit počáteční stádia onemocnění (gynekologická, mammologická, stomatologická, apod.) Pacienti by měli být poučeni tak, aby věnovali pozornost příznakům, které mohou signalizovat nemoc.

Terciární prevence se v mnohém prolíná se sekundární prevencí. Hlavním cílem terciární prevence je předcházet následkům nemoci, udržovat soběstačnost pacienta v co nejvyšší míře, což přímo úměrně souvisí i s kvalitou jeho života. (Machová, 2009, s. 15)

Příkladem terciární prevence může být implantace stentu u pacienta po prodělaném infarktu myokardu s cílem zabránit opakované příhodě.

Kvartérní prevence má eliminovat postupy eticky nepřijatelné, má zabránit nadměrnému užívání léků dle ordinace lékaře, zbytečným invazivním vyšetřením, která pacienta zatěžují. Je třeba brát v úvahu, že preventivní myšlení a postupy se týkají i pokročilých stádií nevléčitelných nemocí. (Fait, 2011, s. 33) V rámci kvartérní prevence máme předvídat důsledky rozvinutého onemocnění a řešit je včas, aby pacienta co nejméně obtěžovaly (paliativní medicína, psychická, duševní a sociální podpora s ohledem na potřeby pacienta). (Národní referenční centrum, Výklad různých forem prevence 2016, [online])

1.2 Primární péče

Primární péče je soustavná, dlouhodobá, komplexní, zdravotně-sociální péče, všeobecně dostupná, poskytovaná s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby K/P. Jedná se o soubor činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Klíčovým úkolem primární péče je posilování péče o zdraví, prevence chorob, výchova K/P k odpovědnosti za své zdraví a ke zdravému způsobu života. Musí reagovat na demografické změny (stárnutí populace), na nárůst chronicky nemocných, na změny v chování K/P (K/P jsou více informováni, vyžadují náročnější péči, více kritizují), na nové a finančně náročnější vyšetřovací a léčebné postupy, zkracuje se doba hospitalizace apod. O K/P pečují dle potřeby multidisciplinární tým (VPL, všeobecná sestra, agentura domácí péče, rehabilitační pracovník, sociální pracovníce apod.). Cílem primární péče je kontakt K/P s praktickým lékařem, který mu poskytne lékařskou a zdravotní péči dle svých možností, vyžádá si konziliární vyšetření nebo předá K/P na specializované pracoviště. V případě potřeby doporučuje hospitalizaci a po hospitalizaci přebírá K/P zpět do své péče. Praktický lékař může významným způsobem regulovat spotřebu zdravotní péče. (Košta, 2013, s. 13-16)

1.2.1 Všeobecná sestra v primární péči

„Dobrá sestra je nejlepší vizitkou dobrého praktického lékaře.“ (Seifert, 2013, s. 58)

Moderní primární péče vyžaduje vysokou úroveň kompetencí sestry. Náplň práce všeobecné sestry v primární péči závisí na způsobu dělby práce mezi lékařem a sestrou a na organizaci práce v ambulanci. Předpokladem jsou dobré komunikační, organizační a odborné dovednosti.

Klíčové jsou rovněž povahové vlastnosti a chování sestry. K/P se většinou jako první setkává se sestrou a způsob jejího chování může významně ovlivnit jeho celkový názor na zdravotnické zařízení. Chování sestry je proto zásadní pro prezentaci ambulance. Dobré sestře nesmí chybět vysoká úroveň empatie, flexibilita a spolehlivost. Sestra vytváří v ambulanci příjemné klima.

Sestra si průběžně obnovuje a doplňuje své odborné znalosti, vyhledává novinky v oblasti ošetrovatelství, zdravotní a sociální péče, účastní se různých vzdělávacích programů, ovládá práci s počítačem, komunikaci přes internet, výhodou je znalost světového jazyka. Podstatnou část práce sestry tvoří administrativní činnost.

Zabezpečuje materiální zásobení ambulance.

Poskytuje zdravotní péči ve shodě s právními předpisy, ke své práci používá dostupné moderní přístroje. Navštěvuje K/P v domácím prostředí, kde provádí ošetrovatelské činnosti a hodnotí jeho sociální zázemí.

Pro dobrou organizaci práce je důležitý dobře fungující objednávkový systém, který minimalizuje čekání pacientů a umožní efektivní využití času lékaře a sestry. Objednávání pacientů vyžaduje určité zkušenosti a trpělivost. Je třeba hodnotit informace od K/P získané při objednání, odhadnout potřebný časový prostor pro různé druhy návštěv, stanovit důležitost návštěvy, apod. (Seifert, 2013, s. 58-60)

Významnou úlohu má sestra ve výchově K/P. Sestra se snaží podporovat zájem K/P o jeho zdraví, hledá způsoby, jak K/P motivovat k preventivní péči (může poukázat na nepříznivé statistiky, vyzvednout úspěšnost léčby při včasné diagnostice, upozornit na benefity zdravotních pojišťoven, apod.). Objasní K/P základní princip preventivních opatření a očekávané výsledky, snaží se pacienta navést na správný názor. Dle požadavků lékaře poučí K/P o vhodné dietě, režimových opatřeních, o škodlivosti kouření, nádorové prevenci, apod. Edukace nemusí být pouze součástí PP, ale může probíhat i formou

příležitostných krátkých intervencí. Pacientovi podáme krátkou, dobře zapamatovatelnou informaci. Vhodné je informace podávat opakovaně, po částech a doplnit je o stručné písemné informace k vybranému problému. Sestra zabezpečí edukační letáčky týkající se různých témat z oblasti preventivní péče, které si může K/P odnést i domů. Doporučuje se pro registrované K/P vytvořit letáky sestrou nebo lékařem, které K/P zná a má k nim důvěru. Jsou efektivnější než anonymní letáky. Prostor čekárny, sesterny i ordinace lékaře může sestra využít k rozmístění edukačních posterů. Jako účinná se jeví zdravotnická osvěta šířená formou televizní smyčky v čekárně. (Fait, 2011, s. 24-27)

1.2.2 Poskytovatelé primární péče

Primární péči v České republice poskytují praktický lékař pro dospělé (dále PLD), praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD), ambulantní gynekolog, stomatolog, agentury domácí péče, lékařská služba první pomoci a lékárny. (Jarošová, 2007, s. 20) Každý pacient má právo na svobodnou volbu lékaře, může si vybrat, ke kterému praktickému, zubnímu nebo ženskému lékaři se bude registrovat. Registrace je možná pouze za podmínky, že nově zvolený lékař s registrací souhlasí.

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Zákon č.48/1997 sb. O veřejném zdravotním pojištění [online], 2015)

K/P může být registrován pouze u jednoho PL, stomatologa a gynekologa. Přeregistrace k jinému lékaři je možná po uplynutí zákonné 3 měsíční lhůty. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb., 2015, [online])

K/P si nového lékaře vybírá podle různých kritérií. Závisí na tom, jak hustá síť ambulancí je v dané lokalitě, jaká je konkurence. Zcela určitě je důležitá pověst lékaře, jeho hodnocení a doporučení známými, lokalita, ve které se ambulance nachází, dostupnost MHD, možnost parkování, bezbariérový přístup, rozsah ordinační doby, fungující objednávkový systém, možnost elektronické komunikace, návaznost na jiné odbornosti. (Košta, 2013, s. 34, 35)

K/P vnímá výrazně empatii, efektivní komunikaci (úsměv, dotyk, schopnost vyslechnout) a to nejen u lékaře, ale i u ostatního personálu. Spokojenost K/P je ukazatelem kvality zdravotnického zařízení a zpětnou vazbou pro ošetřující personál. (Ondriová, 2013, s. 33 – 35)

V ambulanci PLD pracují, většinou pouze v tandemu, lékař se specializací všeobecné praktické lékařství a všeobecná sestra. V současné době neexistuje specializace pro sestru v ambulanci všeobecného praktického lékaře (dále VPL). (Seifert, 2012, s. 18).

Pro lepší chod pracoviště mohou mít v týmu administrativní nebo recepční pracovníci. VPL zajišťuje léčebnou a preventivní péči u populace od 15 let. Dle statistických údajů pečovalo v ČR ke dni 31. 12. 2013 o dospělé populaci 5331 lékařů. Na jednoho VPL připadalo v průměru 1623 registrovaných K/P. Návštěvy u VPL z důvodu chronických potíží činí zhruba 1/3 všech návštěv, 1/4 připadá na akutní ošetření, o něco méně je kontrol a zbytek jsou preventivní prohlídky a administrativní činnost.

PP představují pouze 6,5% z celkové činnosti.

(Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 20, [online], 2016)

VPL se příliš nedaří zahrnout PP do svého programu.

Existují i týmové praxe VPL. Výhodou může být lepší pokrytí ordinační doby, zastupitelnost lékařů, předávání zkušeností v týmu. Pokud nepracuje jeden lékař stále se stejnou sestrou, je menší riziko vzniku animozit (předrážděnost, předpojatost vůči někomu). Ze strany K/P může být střídání lékařů v ordinaci vnímáno negativně. Na druhé straně existuje skupina K/P, kteří si rádi vyslechnou názory více lékařů. Důležité je umožnit K/P volbu lékaře. Všichni lékaři i sestry musí dodržovat jednotný způsob vedení dokumentace, dokumentace musí být přehledná a srozumitelná pro všechny členy týmu. Model týmové praxe VPL se v ČR vyskytuje prozatím v menšině.

PLDD pečuje o děti od narození do 14-19 let, poskytuje jim komplexní preventivní a kurativní péči. Spolupracuje s dětskou sestrou. Odborné způsobilosti k výkonu povolání nabývá pracovník studiem oboru dětská sestra a diplomovaná dětská sestra dle dřívější legislativy, specializačním studiem ve specializačním vzdělávacím programu Ošetrovatelská péče v pediatrii, certifikovaným kurzem Specifika ošetrovatelské péče na dětských pracovištích určených pro všeobecné sestry, které jsou způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu, nebo navazujícím magisterským studiem v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii. (Sikorová, 2012, s. 13, 15, 16)

Dle statistických údajů pečovalo v ČR ke dni 31. 12. 2015 o dětskou populaci 2025 praktických lékařů. Na jednoho pediatra v oblasti všeobecné primární péče připadalo v průměru 955 dětských pacientů. PP u dětí jsou prováděny automaticky, bez problémů

a patří k běžné péči pediatra.

Preventivní péče v roce 2013 činila 23,6% všech návštěv praktického lékaře pro děti a dorost.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 27, 2016, [online]

Praktický gynekolog poskytuje ženám preventivní a léčebnou péči a komplexní péči o těhotnou ženu. S lékařem gynekologem spolupracuje diplomovaná porodní asistentka, porodní asistentka bakalářka nebo absolventka střední zdravotnické školy oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud zahájila studium nejpozději ve školním roce 1996/1997. Ošetrovatelskou péči o ženu s gynekologickým onemocněním může vykonávat všeobecná sestra. (Slezáková, 2011, s. 10. Zákon 96/2004)

Dle statistických údajů pracovalo v roce 2013 v ČR 1360 praktických gynekologů. Jeden praktický gynekolog registroval v průměru 3122 žen.

(Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 45, [online], 2016)

Praktický stomatolog spolupracuje s asistenty v současnosti nazývanými profese komplementární zubnímu lékařství (dentální hygienista, zubní instrumentářka, zubní technik).

Dle statistik ke konci roku 2013 pracovalo na území ČR 6410 praktických zubních lékařů. Na 1 lékaře v tomto oboru připadalo 1640 K/P. Preventivní péče činila v průměru 44,5% z celkového počtu ošetření.

(Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 53, [online])

LSPP je v současné době postupně nahrazována zdravotnickou záchrannou službou a ústavními složkami urgentní medicíny. (Košta, 2013, s. 18)

Domácí zdravotní péče (dále jen DZP) je ambulantní zdravotní a sociální péče poskytována K/P, kteří jsou závislí na cizí pomoci, v jejich sociálním prostředí. Cílem DZP je minimalizovat nutnost hospitalizace, udržet nebo obnovit zdraví pacienta a udržet schopnost pečovat o sebe sama v domácím prostředí. DZP je v ČR poskytována od r. 1990,

o K/P se stará multidisciplinární tým zdravotníků (sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut, psycholog, apod.) DZP je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě smluvního vztahu mezi poskytovateli DZP a zdravotními pojišťovnami (dále ZP). Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovým hodnocením obsahuje vyhláška MZ ČR 134/1998 Sb. Další možností financování je přímá platba pacienta, sponzorské dary, příspěvky z nadací a grantů. DZP je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, maximální rozsah domácí péče hrazené ZP je stanoven na 3krát 1 hodinu péče denně. DZP indikuje PLD a PLDD. DZP může indikovat i ošetřující lékař za hospitalizace na dobu nezbytně nutnou, nejdéle však 14 dnů. DZP je poskytována ve formě preventivní domácí péče, domácí hospitalizace (pooperační péče navazující na jednodenní chirurgii), dlouhodobé domácí péče a domácí hospicové péče. V rámci DZP je péče zdravotní a péče sociální poskytována odděleně. Sociální péči zajišťuje pečovatelská služba a ve většině případů se jedná o služby plně či částečně hrazené K/P v závislosti na sociální potřebnosti. Význam DZP s ohledem na demografický vývoj populace roste. (Seifert, 2013, s. 12-15)

Dle statistických údajů ke konci roku 2013 poskytovala DZP v ČR 496 pracovišť. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 56, [online], 2016)

Personál lékáren tvoří farmaceuti s vysokoškolským vzděláním, farmaceutičtí laboranti (farmaceutičtí asistenti) a sanitáři. Farmaceuti v lékárnách vykonávají všechny činnosti vyžadující vysokoškolské farmaceutické vzdělání. Laboranti (asistenti) mají úplné středoškolské zdravotnické vzdělání a jsou kompetentní k příjmu, uložení a kontrole léčiv, k výdeji volně prodejných léčiv a k další činnosti vyplývající z jejich specializace. Sanitáři provádějí pomocné práce. Síť lékáren není rovnoměrná, hustší síť je ve velkých městech. Lékárny se zřizují tam, kde je vyšší koncentrace zdravotní péče, vyšší počet lékařů a velký pohyb obyvatel. (Metyš, 2012, s. 181, 184)

Dochází k neustálému nárůstu zařízení lékárenské péče. Dle statistických údajů bylo na konci roku 2013 v ČR 2796 lékáren a 582 výdejen.

(Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Zdravotnická ročenka České republiky 2013, s. 147, [online], 2016)

1.3 Programy v primární péči

preventivní programy v primární péči obsahují systematickou prevenci prováděnou formou PP, dispenzarizaci pacientů s vybranými chronickými nemocemi, intervence proti zjištěným rizikovým faktorům, intervence na podporu zdraví, screeningové programy a očkování proti přenosným nemocem. (Fait, 2011, s. 21)

1.3.1 Preventivní prohlídky

PP jsou důležitou součástí péče o zdraví, mohou odhalit závažná onemocnění ve stadiu, kdy jsou léčitelná.

Rozsah a časový harmonogram PP upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Preventivní prohlídky [online], 2016)

„Všeobecná preventivní prohlídka u dospělých se provádí od dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách [online], 2013)

Obsahem PP je doplnění anamnézy osobní (cíleně anamnéza kuřácká, alergická, u žen gynekologická), rodinné s důrazem na výskyt kardiovaskulárních nemocí, poruchy metabolismu tuků, hypertenze, diabetu mellitu, nádorových onemocnění, duševních poruch a závislostí, dále doplnění anamnézy pracovní, kdy pátráme po výskytu profesních rizik, zajímáme se o změny v sociálním prostředí K/P. Dobře odebraná anamnéza je důležitým zdrojem při určení rizikových faktorů.

Kontrola očkování proti tetanu.

Kompletní fyzikální vyšetření: změření krevního tlaku, tepové frekvence, zjištění výškově-hmotnostního indexu, orientační vyšetření zraku a sluchu, semikvantitativní vyšetření moči pomocí diagnostického proužku, vyšetření štítné žlázy pohmatem, vyšetření srdce a plic poslechem a poklepem, vyšetření stavu žil a tepen na dolních končetinách.

Onkologická prevence je důležitou částí PP, vyžaduje zvláštní pozornost a bude popsána v samostatné kapitole.

Vyšetření EKG u osob od 40 let ve čtyřletých intervalech.

Laboratorní vyšetření - vyšetření lipidového souboru v 18 letech a dále ve 30,40,50 a 60 letech věku a vyšetření glykémie v 18 letech a od 40 let věku každé dva roky.

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách [online], 2013)

V naší praxi připravuje sestra K/P na vlastní prohlídku u lékaře před vstupem do ordinace. Uvede K/P do sesterny, vysvětlí mu, co je obsahem PP, snaží se navázat příjemnou atmosféru, nechá K/P prostor na případné otázky. Vyšetření sestrou začíná změřením krevního tlaku, tepové frekvence, zvážením a změřením výšky K/P. Dále sestra vyšetří moč semikvantitativně diagnostickým proužkem. Provede orientační vyšetření ostrosti zraku pomocí optotypové tabule a vyšetření barvocitu pomocí tabulek. Zkontroluje údaj o očkování proti tetanu. V případě, že má být K/P přeočkován, předá sestra informaci lékaři, který rozhodne o vhodnosti očkování. Sestra zjišťuje alergickou anamnézu K/P, klade cílené otázky na lékovou a potravinovou alergii.

U K/P nad 40 let ve čtyřletých intervalech sestra registruje EKG. U K/P hypertoniků dispenzarizovaných praktickým lékařem provádíme registraci EKG každoročně. V případě, že je pacient dispenzarizován na interní ambulanci nebo v kardiologické poradně přikládáme lékaři poslední odborný nález a v tomto případě EKG neregistrujeme. Jednalo by se o duplicitní vyšetření. U pacientky nad 45 let zjišťuje sestra datum posledního mamografického vyšetření. V případě, že je interval od posledního vyšetření 2 roky a více, může praktický lékař vystavit žádanku na toto vyšetření. U pacientů nad 50 let se sestra angažuje v onkologické prevenci kolorektálního karcinomu. Onkologická prevence bude podrobně popsána v kapitole 1.4.1 Onkologická prevence. V případě nároku na prevenci vydá sestra K/P test na okultní krvácení nebo zajistí žádanku na kolonoskopické vyšetření. Při vydání testu sestra K/P řádně edukuje o správném provedení, upozorní na edukační leták, který je součástí testu. Všechny zjištěné údaje zaznamená sestra do dekurzu K/P a K/P uvede do ordinace lékaře.

Po prohlídce předá lékař K/P zpět do péče sestry a ta provádí ordinace lékaře.

O dětskou populaci ve věku 0-19 let pečuje pediatr. Preventivní péče zahrnuje novorozenecký screening. Provádí se 4-5 den po narození metodou suché kapky krve. Cílem screeningu je rychlá diagnostika a včasná léčba vybraných vrozených či dědičných chorob u novorozenců. U novorozence se rovněž vyšetřují oči k vyloučení vrozené katarakty. Další screeningovou metodou je vyšetření kyčlí novorozence s cílem odhalit vrozenou luxaci kyčlí.

První PP dítě absolvuje většinou do 48 hodin po propuštění z porodnice v domácím prostředí v rámci návštěvní služby dětské sestry a pediatra.

Následují PP ve 14 dnech, 6 týdnech, 3, 4, 6, 8, 12 měsících, dále po půl roce v 18 měsících a po té v každém lichém roce života. Poslední prohlídka je před ukončením 19. roku a následuje předání do péče PLD. (Fait, 2011, s. 37, 38)

První gynekologická prohlídka se provádí v 15 letech a dále zpravidla po uplynutí 11 měsíců od poslední preventivní gynekologické prohlídky. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách [online], 2013)

Ženy by měly první gynekologickou prohlídku absolvovat ještě před zahájením sexuálního života, přestože nemají žádné potíže.

„Zubní preventivní prohlídka se provádí u dětí v prvním roce života mezi 6. měsícem a 12. měsícem a dvakrát ročně u dětí a dorostu od 1 roku života do 18 let věku, zpravidla po uplynutí 5 měsíců od poslední preventivní zubní prohlídky. Zubní preventivní prohlídka u dospělých se provádí jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců od poslední preventivní zubní prohlídky.“

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. [online], 2013)

Prevence v zubním lékařství má velký význam. Postižení tvrdých zubních tkání a paradontu je vysoce preventabilní.

(Fait, 2011, s. 139)

1.3.2 Dispenzární péče

Dispenzarizací rozumíme aktivní dohled VPL nebo odborného lékaře nad zdravotním stavem K/P ohroženého nebo trpícího určitou nemocí. Intervaly dispenzárních prohlídek se řídí zdravotním stavem K/P. Dispenzární prohlídka musí být však provedena minimálně 1x ročně. Cílem dispenzarizace je zabránit možnému zhoršení současného zdravotního stavu. (Fait, 2011, s. 14)

Dispenzarizační péči upravuje vyhláška 39/2012 Sb., o dispenzární péči. Seznam nemocí, u nichž se dispenzární péče poskytuje, určuje příloha k vyhlášce 39/2012 Sb. K/P může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho VPL nebo specialisty.

(Košta, 2013, s. 16, 17)

1.3.3 Screeningové programy

Screening je důležitou součástí preventivní zdravotní péče. Pod pojmem „screening“ rozumíme velkoplošné vyšetřování K/P v dobré zdravotní kondici, bez příznaků onemocnění, v časně fázi nemoci. Cílem je včasná diagnostika nemoci a tím reálná možnost úspěšné léčby. Na základě rozboru individuálních rizikových faktorů, životního stylu a rodinné historie nebo na základě příslušnosti k určité věkové kategorii nebo dle pohlaví určíme skupinu K/P, u kterých provádíme předepsaná vyšetření v určitých časových intervalech. (Kirch, 2008, s. 296)

Více o screeningových programech bude pojednáno v kapitole „Onkologická prevence“.

1.3.4 Očkování

„Očkování patří mezi neúčinnější a nákladově nejefektivnější preventivní opatření“ (Seifert, 2013) Očkování v České republice se provádí dle očkovacího kalendáře a řídí se řadou právních norem. Základním právním předpisem je vyhláška č.537/2006 Sb. o očkování a infekčních nemocech novelizovaná vyhláškou č.65/2009 Sb. a vyhláškou č.299/2010 Sb. Mimo plošného, pravidelného očkování existuje očkování ze specifické indikace dle zdravotního stavu pacienta (kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, respirační nemoci, apod.) pracovního zařazení (př. očkování zdravotnických pracovníků proti hepatitidě skupiny B). Tato očkování jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Doporučená očkování (cestovní očkování, pobyt v přírodě, v určitých lokalitách apod.), která se provádí na žádost K/P, si hradí K/P sám. (Seifert, 2013, s. 571, 572. Příloha č. 2 – č. 4)

Větší pozornost si zaslouží očkování proti tetanu, neboť je v současné době jediným druhem očkování u dospělých, které je plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění plošně, pro všechny K/P, tudíž je dostupné všem K/P. Díky vysoké proočkovanosti proti tetanu se toto onemocnění v současné době v ČR nevyskytuje. Kontrola očkování proti tetanu je součástí všeobecné PP.

Tetanický toxoid je součástí hexavakcíny, která se podává ve 4 dávkách dle očkovacího kalendáře v období od 13. týdne do 18. měsíce věku dítěte.

Přeočkování se provádí v 5-6 roce a 10-11 roce věku dítěte kombinovanou vakcínou. Další přeočkování je již v kompetenci VPL, provádí se zpravidla v 25-26 letech monovakcínou Tetavax. (Fait, 2011, s. 76)

Základní očkovací schéma v dospělém věku jsou 3 dávky anatoxinu očkované výchozí den, za 6-10 týdnů a za 6-10 měsíců po druhé dávce. U osob nad 60 let a u osob s imunodeficitem, vzhledem k předpokládané snížené imunitní odpovědi, provádíme přeočkování po deseti letech. V případě, že není znám časový údaj o očkování, lze hladinu protilátek proti tetanu stanovit laboratorní metodou ELISA

Po zranění, v rámci postexpoziční prevence nebo před plánovanou operací na tlustém střevě a konečníku, přeočkovujeme každého, který byl očkovan před více než pěti lety.

Můžeme kombinovat i s pasivní imunizací tetanickým imunoglobulinem.

(Chlábek, 2013, s. 7)

V procesu očkování má nezastupitelnou úlohu všeobecná sestra. Úloha sestry začíná plánováním očkování. Je třeba objednat dostatečné množství očkovačích látek s ohledem na předpokládanou spotřebu, expirační dobu a finanční možnost ambulance. Sestra rovněž zodpovídá za skladování vakcín, kontroluje dodržování chladového řetězce, sleduje a zaznamenává teplotu okolí.

Důležité je, aby se sestra v problematice očkování dobře orientovala, znala principy správného očkování, správně reagovala na případné dotazy K/P.

Sestra organizuje očkování. Systematicky kontroluje a ve spolupráci s lékařem provádí očkování proti tetanu. Při sezonním očkování proti chřipce a pneumokokové nákaze informuje chronicky nemocné K/P a seniory o možnosti bezplatného očkování. Využívá formu hromadných SMS, využívá elektronické komunikace, informuje K/P při návštěvě ambulance. Provádí osvětu u všech pacientů. Zabezpečí informační letáčky.

Je vhodné K/P zvát na očkování mimo akutní ordinaci. Před vlastním očkováním odebírá sestra anamnézu, pátrá po předchozích postvakcinačních reakcích, veškeré informace konzultuje s lékařem. Sestra edukuje K/P o druhu očkovačích látek, K/P bude znát možné nežádoucí účinky, nutná režimová opatření, apod. Pacienta je třeba poučit, aby 30 minut po aplikaci očkovačích látek zůstal pod odborným dohledem.

Do zdravotní dokumentace K/P je třeba zaznamenat všechny důležité informace o očkování (druh použité očkovačích látek, datum očkování, číslo šarže, eventuálně nežádoucí reakci po očkování). (Strnadová, 2013, s. 30, 31. Seifert, 2013, s. 573, 574)

Aby očkování určitou vakcínou bylo účinné a zamezilo šíření infekční nemoci v populaci, musí být proočkováno minimálně 85 % populace, optimálně až 95%. Módní záležitostí současné moderní společnosti je svobodné rozhodování jednotlivce a zpochybňování významu očkování. Díky dobré proočkovanosti se přenosné choroby, proti kterým se očkuje, stávají vzácné. Hlavním cílem osvěty je přesvědčit K/P o převaže užitku očkování nad potenciálním rizikem nežádoucích účinků. K/P chápe důležitost očkování a nepodceňuje riziko vzniku a šíření přenosných chorob. (Ptáček, 2014, s. 152, 153)

Příkladem je plošné očkování proti tetanu prováděné v ČR. Dle statistických údajů se onemocnění v ČR vyskytlo naposledy v r. 2001. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Zdravotnická statistika 2010 – 2013, Infekční nemoci. [online], 2016)

1.4 Prevence onemocnění hromadného výskytu

Pojmem onemocnění hromadného výskytu rozumíme nemoci související se způsobem života lidí. Civilizační pokrok vede ke změně rizik, k vytváření nových rizik a podle toho se mění charakteristika nemocí. Problémem moderního světa je stále se zvyšující počet obézních jedinců a s tím související výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu a dalších komplikací. K civilizačním chorobám rovněž řadíme onkologická onemocnění.

1.4.1 Onkologická prevence

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v naší republice.

(Mullerová, 2014, s. 156)

Počet nově vzniklých nádorových onemocnění stále stoupá. Výskyt nádorů je většinou spojován s vyšším věkem, ale zaznamenáváme přesun nemoci do mladších ročníků.

Nádorová onemocnění řadíme k civilizačním chorobám. Základem nádorového bujení je nádorová buňka, která vzniká z normální buňky v procesu kancerogeneze. V současné době se popisuje více než 3000 kancerogenů. (Fait, 2011, s. 339, 341, 346)

Faktory, které ovlivňují vznik nádorového onemocnění, můžeme rozdělit na vnitřní a zevní. Vnitřní faktory nemůže pacient žádným způsobem ovlivnit, podílejí se na vzniku nádorového onemocnění z 10-15% (věk, pohlaví, genetická výbava).

(Žaloudík, 2008, s. 27)

Zevní faktory jsou K/P ovlivnitelné a podílejí se na vzniku nádorových onemocnění z 80-90 %. Nejrizikovější jsou výživové faktory, kouření, obezita, nízká pohybová aktivita a nadměrná konzumace alkoholu. Kategorii výživy rozumíme složení potravin, úpravu i skladování. Při nevhodném skladování potravin se mohou tvořit plísně produkující aflatoxiny s kancerogenním účinkem. Snažíme se eliminovat přípravu potravin s využitím vysokých teplot (grilování, rožnění, smažení).

Kouření má zásadní pronádorový vliv i na ostatní tkáně našeho organismu. Každá vykouřená cigareta znamená inhalaci 60 kancerogenů. S kouřením často souvisí i špatný životní styl jako noční život, nepravidelná strava, konzumace alkoholu, promiskuita apod. Škodlivé je i pasivní kouření.

Maligní choroby mohou vyvolávat i infekční činitelé. Karcinom děložního hrdla souvisí s infekcí některými kmeny lidského papilomaviru, který se přenáší především sexuálním stykem. Virus hepatitidy B má souvislost s karcinomem jater. *Helicobacter pylori* má souvislost se vznikem karcinomu žaludku. (Vorlíček, 2012, s. 33-48)

Primární prevence nádorů je rozsáhlou oblastí, je třeba širokou veřejnost informovat o tom, jaké jsou rizikové faktory vzniku nádorů a jak riziko vzniku nádoru co nejvíce eliminovat. Prevence nádorů by měla začínat již v dětském věku vštěpováním zásad správného životního stylu. (Seifert, 2013, s. 554)

Snažíme se zamezit kancerogenní přeměně buňky, aby nádorové onemocnění nevzniklo.

K primární prevenci, kromě vyhledávání a eliminace rizikových faktorů, řadíme odstraňování přednádorových stavů, preventivní odstranění tkáně či orgánu podezřelých z maligního zvratu na základě genetického testování, dále pak očkování vakcínou předcházející vzniku karcinomu děložního čípku u dívek před zahájením sexuálního života. (Fait, 2011, s. 341, 343)

Nezastupitelnou roli v primární prevenci má všeobecná sestra, která může K/P podat validní informace o prevenci nádorových onemocnění, o počátečních příznacích nemoci, o zdravém životním stylu a podpořit K/P v úsilí o změnu dosavadního životního stylu. Je schopna analyzovat osobní a rodinnou anamnézu. Vede K/P k redukci faktorů, které mohou přispět ke vzniku nádorového bujení. Umí komunikovat s klientem, doporučí mu odborné poradenství v potřebných oblastech včetně kontaktů a zajistí vhodné edukační materiály. (Vorlíček, 2012, s. 49,50)

Principem sekundární prevence je vyhledávání nemocí v časných, často bezpříznakových stádiích, kdy je velká naděje na úspěšnou léčbu, eventuálně na úplné uzdravení.

Prostředkem k sekundární prevenci jsou onkologické PP a screeningové programy. Na nádorové onemocnění mohou upozornit jednak celkové příznaky jako je závažná ztráta hmotnosti, nevysvětlitelné subfebrilie až febrilie, únava, nechutenství, slabost, nadměrné pocení i místní příznaky jako je dlouhotrvající kašel, dlouhodobý chrapot, polykací potíže, zažívací dyskomfort, změny ve vyprazdňování, přítomnost krve ve sputu, moči, ve stolici, gynekologické krvácení mimo menstruační cyklus a u postmenopauzálních žen, změny pigmentových névů, neurologické potíže, změny psychiky a řada dalších. Velmi důležitý je časový faktor. (Fait, 2011, s. 343, 344)

Onkologická prevence je součástí všeobecné PP a spočívá ve vyhodnocení onkologických rizik, vyšetření kožního krytu, dutiny ústní pohledem, vyšetření prsů, varlat a břicha pohmatem, poslech hrudníku, digitální vyšetření konečníku a prostaty a zjišťování mikroskopické přítomnosti krve v moči a ve stolici.

Vyšetření pohmatem nám nevyloučí nádory uložené v břišních orgánech, vyšetření per rektum nevyloučí nádor střeva uložený v místě nad dosahem prstu, často je pacienty negativně vnímáno a ne vždy je lékařem prováděno. Pouze pečlivé vyšetření kožního krytu můžeme označit jako spolehlivé. PP může zaručit negativní onkologický nálezn pouze v orgánech, které byly vyšetřeny a pouze na určitý čas. Preventivně nevyšetřujeme orgány, kde se zhoubné nádory vyskytují vzácně, a vyšetření by bylo neefektivní. Onkologická prevence hrazená z veřejného zdravotního pojištění nám dává maximálně 60% jistotu. Rozšířené onkologické prohlídky zvyšují jistotu, že netrpíme nádorovým onemocněním, až na 90%. Zvýšení jistoty nad 90% není v praxi reálné. Vyšetření nad rámec běžné onkologické prevence si hradí K/P sám. O spolehlivosti prohlídky rozhoduje rozsah vyšetření dle věku, osobního rizika, časový faktor a kvalifikace lékaře. Rozšířené preventivní onkologické prohlídky doporučujeme absolvovat přímo v některém onkologickém ústavu, v ročních, maximálně dvouletých intervalech.

(Žaloudík, 2008, s. 80-88. Masarykův onkologický ústav, Prevence [online], 2016)

Součástí onkologické prevence jsou screeningová vyšetření.

Pod pojmem screeningové onkologické vyšetření rozumíme vyšetření předem definované skupiny lidí za účelem zachytit přednádorové stavy nebo počáteční stádia nádorového onemocnění. Cílem je také snížit vysoké náklady na léčbu pokročilých stádií maligních chorob, stát se efektivním, šetřícím programem. Screening můžeme realizovat za předpokladu, že se jedná o onemocnění časté, s vysokou morbiditou, máme k dispozici jednoduchou a relativně levnou metodu k průkazu choroby a pro dané onemocnění v časných stádiích existuje účinná léčba. Je nezbytné využít všechny možné způsoby k přesvědčení co největšího počtu osob účastnit se programu. V ČR provádíme 3 celoplošné screeniny: Pro karcinom prsu, kolorektální karcinom a karcinom děložního čípku. (Fait, 2011, s. 344, 345)

MZ spolu se ZP vyhotovilo „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy“. Projekt má dvě části. V lednu 2014 bylo zahájeno adresné zvaní na vyšetření v rámci screeningových programů. Zvací dopisy posílají příslušné ZP cílovým skupinám K/P z řad svých pojištěnců. Pro adresné zvaní byly určeny cílové skupiny K/P. Pro screening karcinomu prsu ženy ve věku od 45 let do 70 let,

pro kolorektální karcinom muži a ženy ve věku od 50 let do 70 let a pro karcinom děložního hrdla ženy ve věku od 25 let do 70 let. ZP posílají zvací dopisy K/P, kteří náleží do výše uvedené skupiny a současně neabsolvovali screeningové vyšetření. Druhou částí projektu je celorepubliková propagace prevence prováděná formou rozhlasových

a televizních spotů nebo televizních smyček v čekárnách lékařů. Cílem projektu je zvýšit účast na preventivních prohlídkách a podpořit aktivní přístup K/P k péči o své zdraví.

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření, [online], 2014)

Cílovou skupinou pro mammární screening jsou zdravé ženy nad 45 let věku bez známek nádorového onemocnění. Mamografický screening byl v ČR zahájen v září 2002.

Vyšetření hradí ZP ženám nad 45 let věku 1krát za 2 roky. Vyšetření provádí určená akreditovaná pracoviště na základě doporučení PL nebo gynekologa. Mammárního screeningu se účastní okolo 50% žen a zaznamenáváme postupný vzestup.

(Seifert, 2013, s. 556)

Cílovou skupinou pro screening kolorektálního karcinomu je každý muž nebo žena starší 50 let, u nichž nebylo provedeno vyšetření v předepsaném intervalu. U rizikových osob se doporučuje snížit věkovou hranici na 40 let. Nejčastější screeningová metoda vychází z poznatku, že nádory střeva občas krvácejí a je založena na průkazu skrytého (okultního) krvácení ve stolici. Zhruba 30% nádorů nekrvácí nebo krvácí občas, proto nám test zcela nevyloučí maligní proces. Pro zvýšení spolehlivosti je test třeba opakovat, nejlépe každoročně. Falešně pozitivní výsledek mohou způsobit i zánět nebo krvácení z hemeroidů. Screening se provádí formou testu na okultní krvácení u K/P ve věku 50-55 let 1krát ročně, ve věku od 55 let 1krát za dva roky prostřednictvím PL nebo gynekologa. Alternativní metodou je kolonoskopické vyšetření na akreditovaných pracovištích 1x za deset let. (Vorlíček, 2012, s. 284, Seifert, 2013, s. 557, 558)

Cílovou skupinou pro screening děložního čípku jsou ženy do 3 let od zahájení sexuální aktivity, nejpozději však od 21 let věku. Vyšetření provádí praktický gynekolog 1krát ročně a spočívá v odběru vzorku z děložního čípku k cytologickému vyšetření v akreditované laboratoři. (Seifert, 2013, s. 564)

1.4.2 Prevence kouření

Závislost na tabáku je nejrozšířenější závislostí a také po zubním kazu nejčastější chronickou a recidivující nemocí v ČR. Dle MKN se jedná o samostatnou diagnózu F17. V ČR kouří průměrně 30% populace ve věku nad 15 let. Během dospívání začíná kouřit cca 90% všech kuřáků. Dospělí většinou kouřit nezačínají. Špatným trendem je stále se snižující věk první cigarety. Proto by prevence měla být zaměřena hlavně na dospívající generaci, kterou lákají rizika, a chce vyzkoušet zakázané. Je třeba volit vhodný způsob komunikace. Kouření se výraznou měrou podílí nejen na vzniku nádorových, kardiovaskulárních a chronických plicních onemocnění, ale má i negativní vliv na celý organismus. Pod vlivem dlouhodobého účinku toxických látek z tabákového kouře je narušena schopnost organismu odolávat vlivům zevního prostředí, je narušena schopnost organismu udržovat správné vnitřní prostředí a organismus není schopen opravy chyb v genetické výbavě buněk.

Závislost na tabáku má 2 složky. Jednak určité naučené chování, tzv. kuřácké stereotypy, kdy K/P potřebuje kouřit v určitých situacích a jednak vlastní závislost na tabáku. Obecně platí, že kuřák závislý na nikotinu kouří denně 10 a více cigaret, cítí potřebu kouřit do 1 hodiny po probuzení a pokud nekouří, pociťuje abstinenční příznaky (carving - bažení po cigaretě, špatná nálada, deprese, poruchy spánku, podrážděnost, nesoustředěnost apod). (Fait, 2011, s. 313-322. Králíková, 2015, s. 158)

Existuje více forem užívání tabáku. V ČR je nejrozšířenější tabákový kouř ve formě cigaret, méně často ve formě doutníků nebo klasických dýmek. Tabákový kouř obsahuje 4000 látek, z toho 63 kancerogenů. Tabák může být užíván jako bezdýmny šňupací (do nosu) nebo žvýkací (orální). Vzhledem k tomu, že při žvýkání nebo šňupání tabáku nevznikají zplodiny spalování, je bezdýmny tabák méně toxický, nikoli neškodný. Paradoxně je však v celé EU, kromě Švédska, tato forma tabáku zakázána.

Zejména mezi mladou generací je oblíbené kouření vodní dýmky. Tato forma je velmi riziková. Vdechuje se velký objem koncentrovaného kouře, který obsahuje oproti cigaretovému kouři více toxických látek. Tabák může obsahovat zbytky pesticidů. Opomenout nelze ani přenos nález jako tuberkulóza, hepatitidy, herpetické a chřipkové viry při kouření vodní dýmky ve skupině. Z praktických důvodů je třeba se v této části zmínit o elektronické cigaretě, přestože není mezi tabákové výrobky řazena. Co se týče regulace prodeje a kouření ve veřejných prostorách je k elektronickým cigaretám přístupováno z hlediska legislativy stejně jako k tabákovým výrobkům. Elektronická cigareta je směs nikotinu a aromatických látek, které spolu s nosným plynem vytváří aerosol a napodobují tak klasické kouření. Neřeší problém závislosti na nikotinu. Pozitivně lze e-cigarety vnímat stran téměř nulového rizika pasivního kouření. Neexistuje žádná studie, podle které by bylo označeno kouření elektronické cigarety jako zcela neškodné. (Fait, 2011, s. 313-316)

Základem kontroly nad tabákem je dobrá komplexní legislativa, která řeší nekuřácké veřejné prostory, předepsané neatraktivní balení kuřiva s výrazným zdravotním varováním, zpřísnění reklamy a vysokou cenu tabákových výrobků. V ČR máme výrazné rezervy v kontrole nad tabákem. Je nutné aktivně nabízet K/P pomoc při odvykání kouření za současné existence dostupné a hrazené léčby závislosti na tabáku. (Fait, 2011, s. 317-320)

Dle statistických údajů by 70% dospělých kuřáků raději nekouřilo. Existuje účinná léčba. Je ekonomicky nepoměrně výhodnější než následné klinické intervence. Je jednou z nejefektivnějších terapií s ohledem na náklady. Je vhodná v každém věku. Léčba má smysl pouze tehdy, pokud si K/P přeje přestat kouřit. K edukaci jsou kompetentní jak lékaři, tak i nelékařský zdravotnický personál. V ideálním případě by měl být ten, kdo edukuje, nekuřák, podporovat nekuřácké prostředí, být aktivní v léčbě závislosti na tabáku a využívat každé příležitosti ke krátkým intervencím. Chronickým kuřákům, kteří vyžadují intenzivnější léčbu a podporu, je vhodné doporučit specializovanou péči v Centrech pro závislé na tabáku. (Fait, 2011, s. 322, 323)

Důležité je K/P, kteří mají zájem přestat kouřit, aktivně vyhledávat, motivovat je a nabízet jim pomoc. Účinné jsou krátké intervence - metoda 5A (5P)

1.Ask-Ptát se - při každém kontaktu s K/P bychom se měli ptát, zda kouří.

Do dokumentace zaznamenat od kolika let věku kouří, kolik cigaret/doutníků/dýmek denně/týdně, popřípadě záznam v dokumentaci aktualizovat. Kuřácká anamnéza by měla být součástí dokumentace každého P/K

2.Advise - Poradit - kuřákovi jednoznačně doporučit přestat kouřit.

3.Assess - Posoudit - je třeba posoudit ochotu K/P přestat kouřit, K/P vhodně motivovat, projevit empatii

4.Assist - Pomoci - těm K/P, kteří mají snahu přestat kouřit, nabídneme intervence dle našich časových možností, farmakoterapii nebo přímo specializovanou pomoc.

5.Arrange controls- Plánovat – K/P v léčbě domluvit kontrolní návštěvu.

Léčbu je třeba pojmut komplexně, kombinovat intervence, režimová opatření a farmakoterapii. (Fait, 2011, s. 323, 324. Králíková, 2015, s. 159)

Důležité je také pomoci K/P v boji proti kouření také zvyšováním jeho motivace. Jako účinná je popsána **metoda 5R**

1. Relevance (relevance) - intervence bude účinnější, pokud se bude týkat osobně K/P, jeho zdravotního stavu, konkrétního problému, bude souviset s jeho rodinou, sociální situací, apod.

2.Risks (rizika) - vhodné je zjistit míru informovanosti o rizicích kouření, upozornit na rizika, která pacient podceňuje, zdůraznit škodlivost pasivního kouření.

3.Rewards (odměny) – K/P je třeba ukázat potenciální prospěch z toho, že přestane kouřit. (zlepšení zdraví, finanční úspora, zlepšení čichu, chuti, apod.)

4.Roadblocks (bariéry) – je třeba zjistit, čeho se pacient obává a intervenci zaměřit na zjištěný problém.

5.Repetition (opakování) - motivační intervenci je třeba trpělivě a empaticky opakovat při každém kontaktu s nemotivovaným K/P. (Fait, 2011, s. 324. Králíková, 2015, s. 1510)

1.4.3 Prevence obezity

Obezita je chronické metabolické onemocnění spojené s nadbytečným množstvím tukové tkáně v organismu. Při ukládání tukové tkáně viscerálně (v břiše) hovoříme o androidním typu obezity, při ukládání tukové tkáně v oblasti stehen a hýždí o typu gynoidním.

Androidní typ vykazuje metabolické změny, které vedou ke kardiovaskulárním a trombotickým komplikacím, k vývoji diabetu a je pro K/P rizikový. Obezita obecně K/P zatěžuje opotřebením nosných kloubů a páteře, častějším výskytem kožních lézí, může být příčinou neplodnosti u žen, je rizikovým faktorem vzniku nádorů. Obezita má významný vztah k ischemické chorobě srdeční, k arteriální hypertenzi a diabetes mellitus. Obézní K/P často trpí poruchou dýchání. Obezita se vyskytuje u 7% dětí a je vysoká pravděpodobnost, že zůstanou obézními i v dospělosti. Patříme mezi země s nejvyšším výskytem obezity v Evropě. Nárůst obezity v populaci je varovný, je celosvětovým problémem a dá se hovořit o pandemii obezity. Rizikovými faktory vzniku obezity jsou genetické vlivy a dle prudkého vzestupu počtu obézních jedinců v populaci usuzujeme na významný a převažující vliv civilizačních faktorů. Významný podíl má současný životní styl, hlavně pokles fyzické aktivity, složení, množství, snadná dostupnost stravy a nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie.

Hmotnost hodnotíme pomocí BMI (hmotnostně-výškový index= body mass index, hmotnost v kg/m^2). BMI do 24,9 kg/m^2 znamená normální hmotnost, BMI od 25 do 29,9 kg/m^2 nadváhu a BMI nad 30 kg/m^2 . Hlavní strategií v prevenci a léčbě obezity je komplexní přístup. Nutná jsou režimová opatření, změna dosavadního životního stylu, dietoterapie, léčba fyzickou aktivitou i psychologická podpora. Těžké formy obezity je třeba řešit za pomoci farmakoterapie nebo pomocí chirurgických postupů, přičemž režimová opatření jsou nezbytnou součástí léčby. Nutností je spolupráce K/P. (Mullerová, 2014, s. 138 – 145)

1.4.4 Prevence kardiovaskulárního onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění (dále KVO) patří mezi nejčastější příčiny předčasných úmrtí, KVO často vedou k invaliditě člověka a podílejí se výraznou měrou na neustálém zvyšování nákladů na zdravotní péči. Ateroskleróza nevzniká náhle, rozvíjí se postupně, řadu let, často již od dětství. (Seifert, 2013, s. 168)

Prevence v dětském věku má velký význam, dítě si utváří určitý životní styl, který ho bude ovlivňovat i v dospělosti. KVO jsou onemocnění, která vznikají na podkladě nefunkčního zásobení důležitých orgánů či tkání v důsledku aterosklerotického postižení cév.

Nejčastějšími klinickými projevy aterosklerózy jsou ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární ischemická choroba nebo ischemická choroba dolních končetin.

Rizikové faktory vzniku KVO můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné faktory.

K ovlivnitelným řadíme věk, pohlaví a genetickou dispozici. Jako rizikové považujeme muže nad 45 let a ženy nad 55 let, ženy s předčasnou menopauzou bez substituce hormonů a K/P s pozitivní rodinnou anamnézou. Mezi hlavní ovlivnitelné faktory patří arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus, abdominální obezita, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nízká pohybová aktivita, vysoká míra stresu. Principem primární prevence je aktivní vyhledávání osob ohrožených vznikem KVO, vyhledávání rizikových faktorů a jejich odstraňování. V případě KVO řadíme k primární prevenci i důslednou léčbu arteriální hypertenze, dyslipidémie a diabetes mellitus, přestože z hlediska jejich léčby se jedná již o prevenci sekundární. Sekundární prevencí u KVO rozumíme soubor opatření, která mají snížit riziko recidivy ischemické choroby srdeční a zabránit rozvoji nemoci. Terciární prevence znamená předcházet následkům vzniklého onemocnění a komorbiditám důslednou léčbou. Mezi sekundární a terciární prevencí je velmi úzká hranice, často se obě formy prevence prolínají. Příkladem je předcházení srdečního selhávání. Prevence KVO by měla být zájmem celé společnosti. Komunitní preventivní péče spočívá v ovlivňování stravovacích, pohybových a kuřáckých návyků, v prevenci obezity apod. Nezastupitelnou úlohu v prevenci KVO mají lékaři primární péče. (Mullerová, 2014, s. 145-147)

2 CÍLE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

2.1 Formulace problému

Preventivní péče je důležitou součástí zdravotní péče v ambulanci praktického lékaře. Zahrnuje aktivity na podporu zdraví, aktivity na rozkrytí rizikových faktorů, intervence proti zjištěným rizikovým faktorům a postupy zaměřené proti určitým nemocem. V případě nemoci pak její včasný záchyt a včasné zahájení účinné léčby s cílem zabránit rozvoji nemoci, vzniku komplikací, předcházet následkům nemoci a udržovat soběstačnost v co nejvyšší možné míře. Dle statistických údajů činí preventivní péče v ambulanci praktického lékaře pro dospělé pouze 6,5% z celkové péče.

(Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech, s. 20, [online], 2016)

V preventivní péči máme v ČR velké rezervy. Toto je výzvou pro praktické lékaře i sestry pracující s nimi. Ke zlepšení situace by zcela určitě přispěl aktivní postoj zdravotníků a zvýšení informovanosti klientů.

“ Jaké je povědomí české populace o preventivní péči.?”

Hlavní cíl průzkumu:

Zjistit, jaké je povědomí české populace o preventivní péči.

2.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat míru informovanosti klientů o problematice preventivních prohlídek.
2. Zjistit míru využívání všeobecných PP klienty týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. v Plzni.
3. Zjistit, jakým způsobem klienty motivovat k vyšší účasti na preventivních prohlídkách.
4. Zjistit míru intervencí týkajících se kouření v rámci všeobecných PP.

2.3 Předpoklady

1. Předpokládáme, že nejvíce informací o PP získávají klienti od zdravotnických pracovníků.
2. Předpokládáme, že účast klientů Mojí ambulance a.s. v Plzni na všeobecných PP je srovnatelná s celorepublikovým průměrem (20-30%). (Košta, 2013, s. 56)
3. Předpokládáme, že největší motivací k PP je strach o své zdraví.
4. Předpokládáme, že intervence týkající se závislosti na tabáku nejsou prováděny u většiny kuřáků. Jako kritérium pro většinu jsem stanovili 60% a více.

3 METODIKA

3.1 Charakteristika souboru

Základní soubor tvořili K/P registrovaní v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance a.s. v Plzni. Z těchto K/P jsme utvořili výběrový soubor. Jednalo se o náhodný vzorek K/P při snaze zachovat určité procento zastoupení každé věkové kategorie a pohlaví. Podmínkou zařazení do tohoto souboru byla možnost elektronické komunikace.

K/P byli osloveni s prosbou o vyplnění dotazníku formou emailingu. Po předchozích zkušenostech jsme předpokládali návratnost dotazníků 5 – 10%. Pro vyhodnocení průzkumu jsme si stanovili minimální počet vrácených dotazníků 100, tudíž jsme oslovili 2000 klientů.

3.2 Metoda sběru dat

K získání požadovaných dat jsme zvolili kvantitativní průzkum metodou dotazníkového šetření za použití strukturovaného dotazníku. Mezi výhody dotazníkového průzkumu patří zjištění velkého množství informací, od velké skupiny respondentů, za krátký čas. Data jsou srovnatelná, získaná stejným způsobem, za stejné období a je zajištěna aktuálnost dat. Dotazníkové šetření je anonymní, respondenti se vyjadřují bez zábrán a odpovídají upřímněji. Dotazník obsahuje celkem 21 otázek. 14 otázek je uzavřených, 4 otázky jsou polouzavřené, kde respondenti mají možnost slovně doplnit konkrétní odpověď nebo vyjádřit svůj názor. Otázka č. 13 je filtrační a rozděluje respondenty na skupinu kuřáků a skupinu nekuřáků. Na otázky 14- 18 odpovídají pouze kuřáci. Závěrečná otázka je otevřená a umožňuje respondentům vyjádřit svůj názor a připomínky k danému tématu. Dle pravidel marketingu je dotazník zakončen segmentačními otázkami na věk a pohlaví. První část dotazníku (otázka 1 – 6) se vztahuje k cíli č. 1 a sleduje míru informovanosti klientů o problematice PP. Otázkou č. 7 a č. 8 jsme zjišťovali míru využívání všeobecných PP klienty týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s., otázkou č. 9 a č. 10 jsme zjišťovali jakým způsobem motivovat K/P k vyšší účasti na PP. Otázky 11 – 18 se týkají problematiky kouření.

3.3 Organizace výzkumu

Dotazník byl rozeslán výběrovému souboru elektronicky prostřednictvím emailingu.

Pro snadnější vyhodnocení dotazníku byl dotazník zpracován elektronicky pomocí nástrojů Google. Odpovědi respondentů tak byly automaticky zaznamenávány do tabulky.

Funkčnost dotazníku jsme si ověřili rozdáním 10 kusů dotazníků v tištěné podobě K/P přímo v ordinaci praktického lékaře. Takto získaná data byla zahrnuta do celkového průzkumu. Sběr údajů prostřednictvím elektronického dotazování proběhl od 14. 12. 2015 do 31. 12. 2015. Vyplněné dotazníky byly od respondentů zpětně přijímány v následujících 2 týdnech. Celkový počet dotazníků převýšil náš předpoklad. Celkem jsme získali 262 dotazníků v elektronické podobě a z pilotní studie 10 dotazníků v tištěné podobě.

4 ANALÝZA PRŮZKUMU

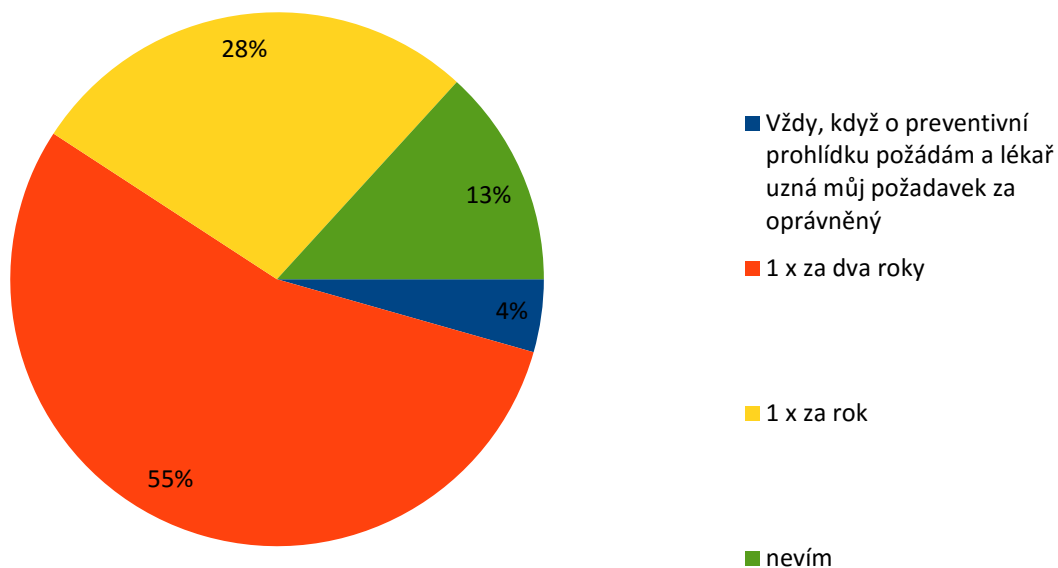
Průzkumem, prováděným u K/P Moje ambulance a.s. v Plzni, jsme zjišťovali, jaké je povědomí české populace o preventivní péči. Elektronicky, formou emailingu, jsme rozeslali 2000 dotazníků (viz příloha 1). Dotazník vyplnilo 272 oslovených respondentů, 262 respondentů odpovídalo elektronicky, 10 respondentů vyplnilo dotazník v tištěné podobě v rámci pilotní studie. Pro analýzu a přehledné zobrazení dat byl využit tabulkový procesor Excel a textový editor Word z řady Microsoft Office

Položka č. 1

V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho všeobecného praktického lékaře hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění?

Z celkového počtu 272 (100%) dotazovaných K/P 149 (55%) K/P označilo správně dvouletý interval preventivní prohlídky u všeobecného praktického lékaře. 75 (28%) dotazovaných K/P se mylně domnívá, že má nárok na preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře jedenkrát za rok, 12 (4%) dotazovaných K/P uvedlo možnost preventivní prohlídky kdykoli o ní požádá a lékař uzná důvod za oprávněný. 36 (13%) dotazovaných neví v jakém intervalu má nárok na všeobecnou preventivní prohlídku.

Graf 1 Nárok K/P na preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře



Položka č. 2

V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho praktického gynekologa hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění? (odpovídají pouze ženy)

Z celkového počtu 155 žen (100% dotazovaných žen) označilo 150 (97%) žen správně nárok na preventivní prohlídku jedenkrát za rok. Pouze 2 ženy si myslí, že mají nárok na preventivní prohlídku u svého praktického gynekologa jedenkrát za 2 roky a 3 ženy neví, jak často mohou preventivní gynekologickou prohlídku absolvovat. Možnost, pokud se cítí žena zdráva, je dostačující interval jedenkrát za 5 let, neoznačila žádná z dotazovaných žen.

Tabulka 1 Nárok žen na preventivní prohlídku u praktického gynekologa

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x za rok	150	97%
nevím	3	2%
1 x za dva roky	2	1%
pokud se cítím zdráva, je dostačující interval 1 x za 5 let	0	0%
Celkem	155	100%

Položka č. 3

V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho stomatologa hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění?

Z celkového počtu 272 (100%) dotazovaných K/P si myslí 191 (70%) K/P, že mají nárok na preventivní prohlídku u svého stomatologa 1x za půl roku. 63 (23%) dotázaných K/P označilo interval zubní preventivní prohlídky jedenkrát ročně. Pouze 2 (1%) K/P si myslí, že mohou zubní preventivní prohlídku absolvovat pouze za podmínky vlastního trvalého chrupu a to jedenkrát ročně. 5 (2 %) K/P označilo dvouletý interval preventivní zubní prohlídky a 11 (4%) dotázaných K/P neví, jak často mají nárok na preventivní zubní prohlídku.

Tabulka 2 Nárok K/P na preventivní prohlídku u praktického stomatologa

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x za půl roku	191	70%
1 x ročně	63	23%
nevím	11	4%
1 x za dva roky	5	2%
1 x ročně po dobu vlastního trvalého chrupu	2	1%
Celkem	272	100%

Položka č. 4

Jakým způsobem získáváte informace týkající se preventivní péče? (můžete označit více možností)

Na výše uvedenou otázku odpovídalo 272 respondentů. Nabídku označit více možností využilo 114 K/P. Dotazníkovým šetřením jsme získali 448 odpovědí. Četnost jednotlivých odpovědí je popsána v tabulce 4 (viz níže). 2 K/P, kteří uvedli jiný způsob získávání informací, tento způsob blíže nespecifikovali.

Tabulka 3 Způsob získávání informací o preventivní péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhovor s lékařem	118	26%
informace vyhledávám sám (sama) na internetu nebo v odborné literatuře	71	16%
rozhovor se sestrou	56	13%
informace nevyhledávám	52	12%
informace od své zdravotní pojišťovny	48	11%
informace od známých, kolegů, rodinných příslušníků	44	10%
tištěný materiál (letáčky, brožurky,....)	28	6%
rozhovor doplněný o tištěný materiál	15	3%
reklamní spoty	14	3%
jiné	2	0%
Celkem	448	100%

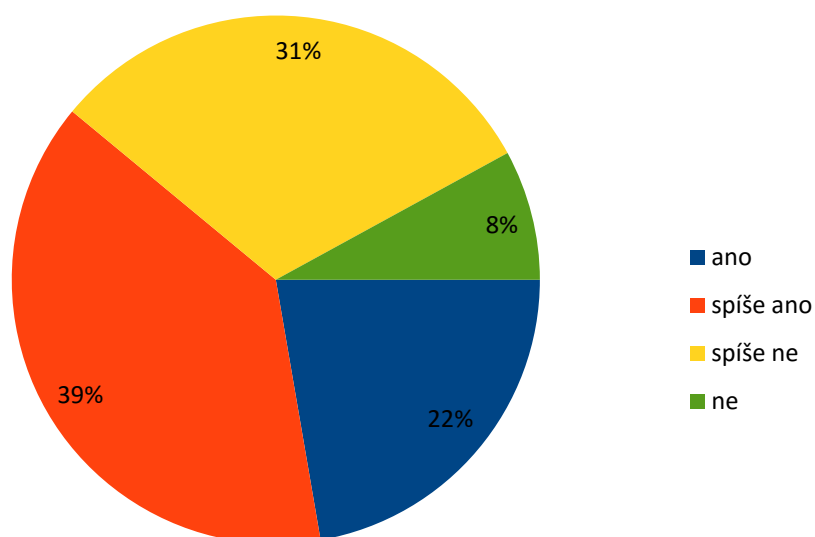
Položka č. 5

Čtete ve svých ordinacích informace na nástěnkách, letáčky a brožurky?

Otázkou č. 5 jsme zjišťovali, zda pacienti využívají edukační tištěné materiály a informace předkládané na nástěnkách v ambulanci. Z celkového počtu 272 (100%) dotázaných K/P odpovědělo kladně 61 (22%) K/P a záporně odpovědělo 20 (8 %) dotázaných K/P.

Nejčastěji označená možnost byla spíše ano. Tuto možnost označilo 106 (39%) dotazovaných K/P. Možnost spíše ne označilo 85 (31%) dotazovaných K/P.

Graf 2 Zájem K/P o informace na nástěnkách, o letáčky a brožurky



Položka č. 6

Jak hodnotíte předávání informací o preventivních prohlídkách prostřednictvím sester

V otázce č. 6 K/P hodnotili předávání informací o preventivních prohlídkách sestrou. Z celkového počtu 272 (100%) K/P označilo 127 (47%) K/P množství informací jako dostatečné. Naopak 49 (18%) dotázaných K/P by uvítalo více informací. 36 (13%) K/P uvedlo, že informace dostanou až na požádání, 19 (7%) K/P chybí prostor na otázky, 11 z dotázaných K/P chybí tištěný materiál, 17 (6%) K/P by uvítalo více soukromí. Možnost vyjádřit vlastní názor využilo 13 (5%) K/P. 8 z těchto 13 K/P uvedlo, že neumí situaci posoudit, 1 K/P uvedl, že od sester žádné informace týkající se preventivní prohlídky nedostává. Naopak jiná K/P označila informace od sester školním známkováním na 1. 3 K/P uvedli, že jsou nově registrovanými klienty, svůj kontakt s naší ambulancí označili jako minimální a proto se nemohou vyjádřit.

Tabulka 4 Hodnocení informací o preventivních prohlídkách, předaných sestrou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
množství informací je dostatečné	127	47%
uvítal/a bych více informací	49	18%
informace dostanu až na požádání	36	13%
chybí prostor na otázky	19	7%
uvítal/a bych více soukromí	17	6%
jiný názor	13	5%
uvítal/a bych více tištěných informací (letáčky, brožurky)	11	4%
Celkem	272	100%

Položka č. 7

Využíváte možnost preventivních prohlídek u svého všeobecného praktického lékaře?

V otázce č. 7 jsme zjišťovali účast K/P na preventivních prohlídkách u všeobecného praktického lékaře. Nejčastější odpovědí byla možnost, že K/P docházejí na preventivní prohlídky po vyzvání sestrou nebo lékařem. Z celkového počtu 272 (100%) dotázaných K/P tuto možnost označilo 114 (42%) K/P. 79 (29%) K/P uvedlo, že na preventivní prohlídky chodí pravidelně, 36 (13%) K/P dle průzkumu chodí na preventivní prohlídky, ale nepravidelně, ve 32 (12%) případech se K/P cítí zdrávi a na preventivní prohlídky nedochází vůbec. 11 (4%) K/P je v péči odborných lékařů, myslí si, že je to dostačující a všeobecné preventivní prohlídky tedy neabsolvuji.

Tabulka 5 Účast K/P na preventivních prohlídkách u VPL

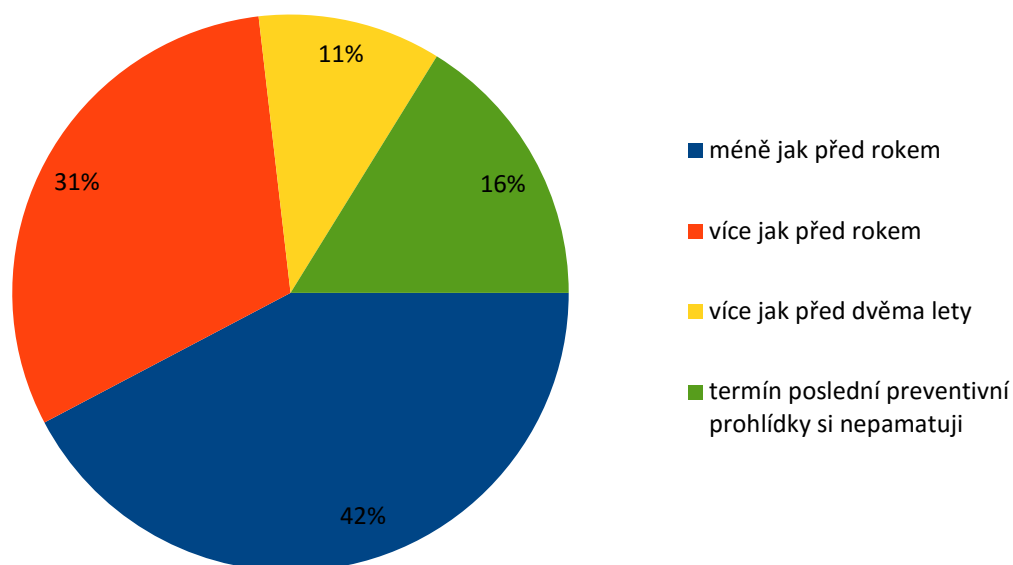
	Absolutní četnost	Relativní četnost
na preventivní prohlídky chodím, pokud jsem vyzván/a sestrou nebo lékařem	114	42%
na preventivní prohlídky docházím pravidelně	79	29%
na preventivní prohlídky docházím, ale nepravidelně	36	13%
na preventivní prohlídky nedocházím, cítím se zdrav/a	32	12%
na preventivní prohlídky nedocházím, jsem v péči odborného lékaře a myslím si, že je to dostačující	11	4%
Celkem	272	100%

Položka č. 8

Kdy jste byl/a na poslední preventivní prohlídce u Vašeho praktického lékaře?

Na výše uvedenou otázku odpovědělo, že absolvovali poslední všeobecnou PP méně než před rokem z celkového počtu 272 (100%) K/P 115 (42%) dotazovaných K/P. Všeobecnou preventivní prohlídku v intervalu větším než 1 rok absolvovalo 84 (31%) dotázaných K/P a 29 (11%) K/P uvedlo poslední všeobecnou preventivní prohlídku více než před dvěma lety. 44 (16%) K/P si termín poslední preventivní prohlídky nepamatuje.

Graf 3 Termín poslední preventivní prohlídky



Položka č. 9

Jakým způsobem by Vás sestra mohla motivovat k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách?

Z celkového počtu 272 (100%) dotázaných K/P by 154 (57%) K/P uvítalo upozornění na termín preventivní prohlídky formou SMS a 48 (18%) K/P telefonickým hovorem. 36 (13%) dotázaných K/P dochází na preventivní prohlídky pravidelně a tuto potřebu nemá. 28 (10%) K/P by uvítalo, kdyby jim byla preventivní prohlídka nabídnuta a spojena s návštěvou ambulance pro jiné účely. Jinou možnost uvedlo 6 (2%) dotázaných K/P. 2 K/P by vyhovovalo upozornění na termín preventivní prohlídky emailem, 4 K/P se vyjádřili ve smyslu, že preventivní prohlídku nyní nepotřebují, cítí se zdraví a uvedené sesterské intervence jim připadají zbytečné.

Tabulka 6 Sesterské intervence jako nástroj motivace k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách

	Absolutní četnost	Relativní četnost
upozorněním na termín preventivní prohlídky formou SMS	154	57%
telefonickým kontaktem a objednáním na konkrétní termín	48	18%
není třeba, na preventivní prohlídky docházím pravidelně	36	13%
sloučením preventivní prohlídky s návštěvou lékaře pro jiné účely (potvrzení zdravotní způsobilosti, konzultace apod.)	28	10%
jiná možnost	6	2%
Celkem	272	100%

Položka č. 10

Co by Vás motivovalo k účasti na pravidelných preventivních prohlídkách? (Ize označit více možností).

Na výše uvedenou otázku odpovídalo 272 respondentů. Nabídku označit více možností využilo 99 K/P. Dotazníkovým šetřením jsme získali 460 odpovědí. Četnost jednotlivých odpovědí je popsána v tabulce 10 (viz níže). 4 K/P se vyjádřili svými slovy, že motivací pro ně je pečlivé provedení preventivní prohlídky.

Tabulka 7 Způsob motivace k účasti na pravidelných preventivních prohlídkách

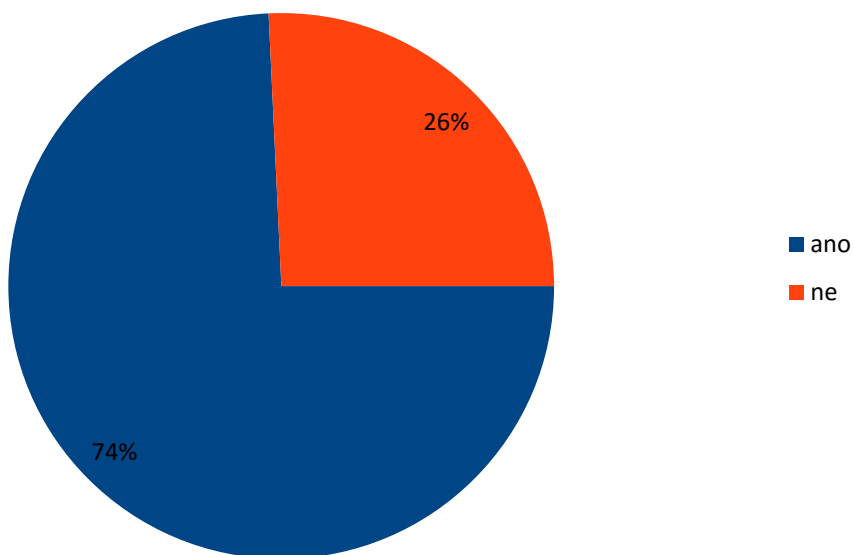
	Absolutní četnost	Relativní četnost
pozvání sestrou	112	24%
zdravotní potíže	98	21%
strach o své zdraví	83	18%
bonusy a výhody podmíněné absolvováním preventivních prohlídek (příspěvky na očkování, relaxaci, sportovní aktivity, vitamíny apod.)	53	12%
výskyt závažné choroby u rodinného příslušníka, kolegy, známého	46	10%
více informací o obsahu preventivní prohlídky	42	9%
příkladné chování blízké osoby	16	3%
nic, o preventivní prohlídce nemám zájem	5	1%
jiné, napište Váš názor	4	1%
reakce na reklamní spot se známou osobou	1	0%
Celkem	460	100%

Položka č. 11

Byl/a jste v rámci preventivní prohlídky dotazován/a sestrou zda kouříte?

Z celkového počtu 272 (100%) dotazovaných K/P odpovědělo 202 (74%) K/P, že byli v rámci preventivní prohlídky dotazováni sestrou, zda kouří. 70 (26%) K/P udalo, že na kouření sestrou dotazováni nebyli.

Graf 4 Dotaz na kouření sestrou v rámci preventivní prohlídky

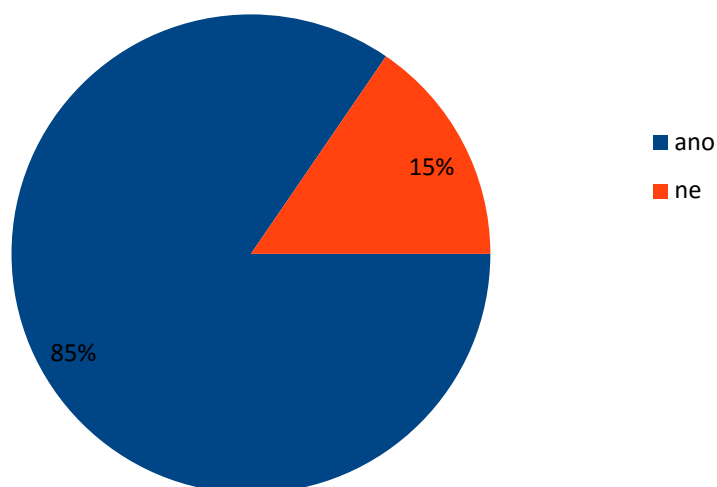


Položka č. 12

Byl/a jste v rámci preventivní prohlídky dotazován/a lékařem zda kouříte?

Z celkového počtu 272 (100%) dotazovaných K/P odpovědělo 230 (85%) K/P, že byli v rámci preventivní prohlídky dotazováni lékařem, zda kouří. 42 (15%) K/P udalo, že na kouření lékařem dotazováni nebyli.

Graf 5 Dotaz na kouření lékařem v rámci preventivní prohlídky

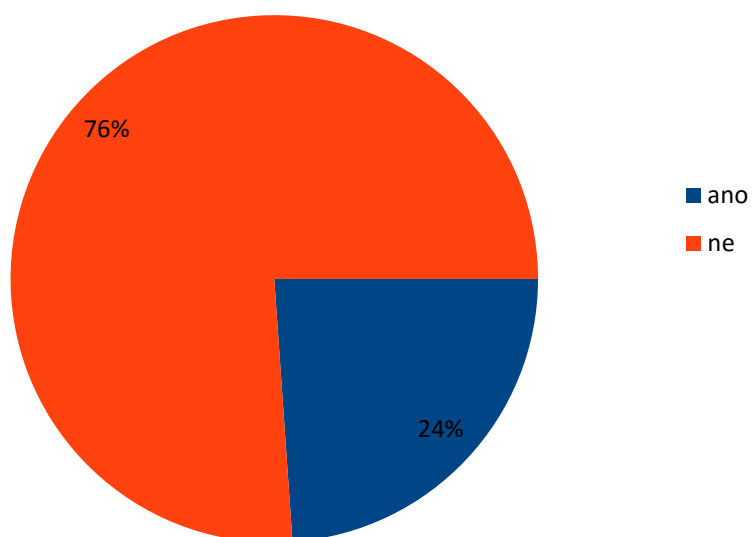


Položka č. 13

Jste kuřák?

Z celkového počtu 272 (100%) dotazovaných K/P odpovědělo 207 (76%) K/P, že nekouří, naopak kuřáctví v dotazníku přiznalo 65 (24%) dotazovaných K/P.

Graf 6 Dotaz na kuřáctví



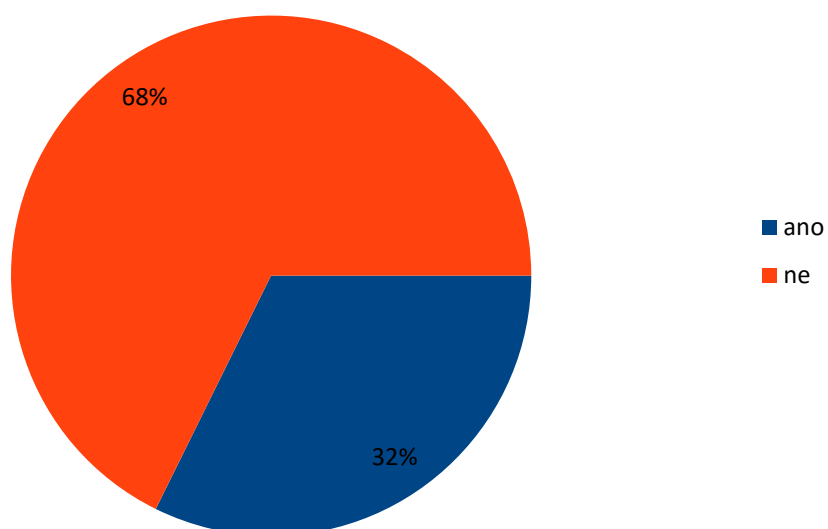
Na otázku 14 – 18 odpovídali pouze kuřáci.

Položka č. 14

Byla Vám sestrou vysvětlena v rámci preventivní prohlídky rizika kouření?

Z celkového počtu 65 (100%) kuřáků odpovědělo 21 (32%) kuřáků, že jim byla v rámci preventivní prohlídky vysvětlena sestrou rizika kouření. Negativně odpovědělo 44 (68%) kuřáků.

Graf 7 Vysvětlení rizik kouření v rámci preventivní prohlídky sestrou

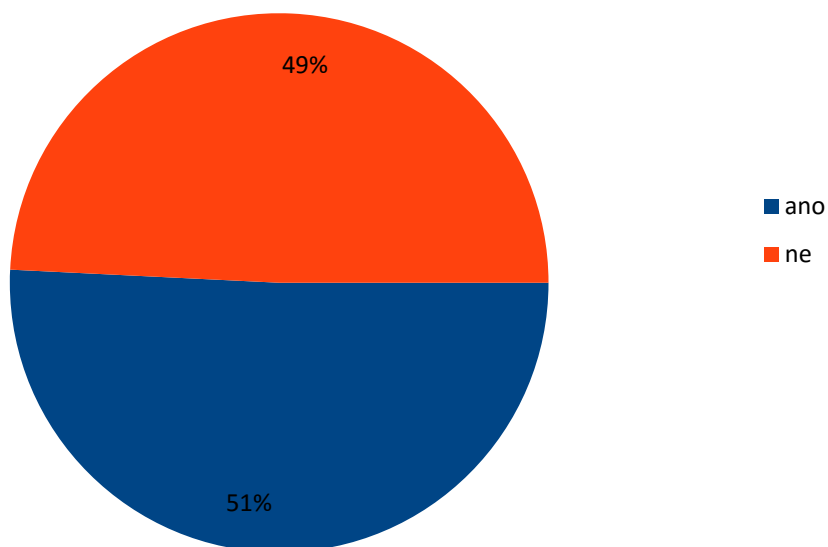


Položka č. 15

Byla Vám vysvětlena lékařem v rámci preventivní prohlídky rizika kouření?

Z celkového počtu 65 (100%) kuřáků odpovědělo 33 (51%) kuřáků, že jim byla v rámci preventivní prohlídky vysvětlena lékařem rizika kouření. Negativně odpovědělo 32 (49%) kuřáků.

Graf 8 Vysvětlení rizik kouření v rámci preventivní prohlídky lékařem

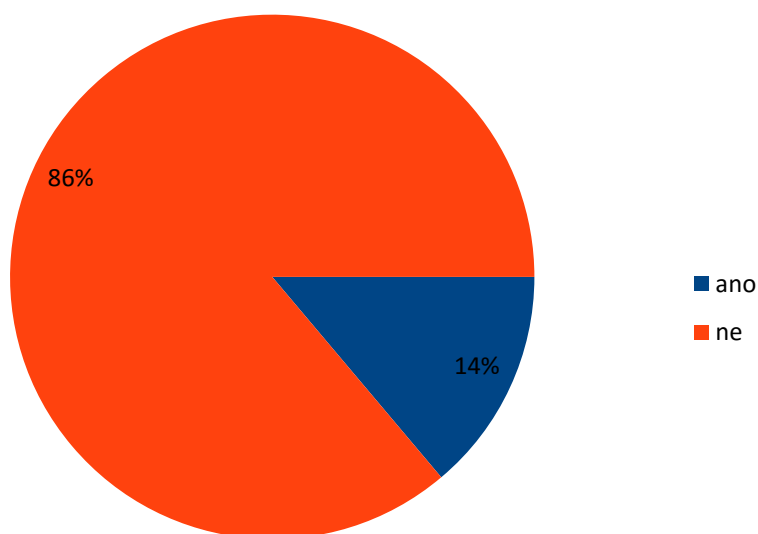


Položka č. 16

Obdržel/a jste v ambulanci praktického lékaře tištěný materiál o problematice kouření?
(brožurky, letáčky, odkazy, kontakty)

V rámci dotazníkového šetření z celkového počtu 65 (100%) kuřáků uvedlo pouze 9 (14%) kuřáků, že obdrželi v ambulanci praktického lékaře tištěný materiál o problematice kouření. Zbýlých 56 (86%) kuřáků uvedlo, že tištěný materiál o problematice kouření v ambulanci praktického lékaře neobdrželi.

Graf 9 Dotaz na poskytnutí tištěného materiálu o problematice kouření

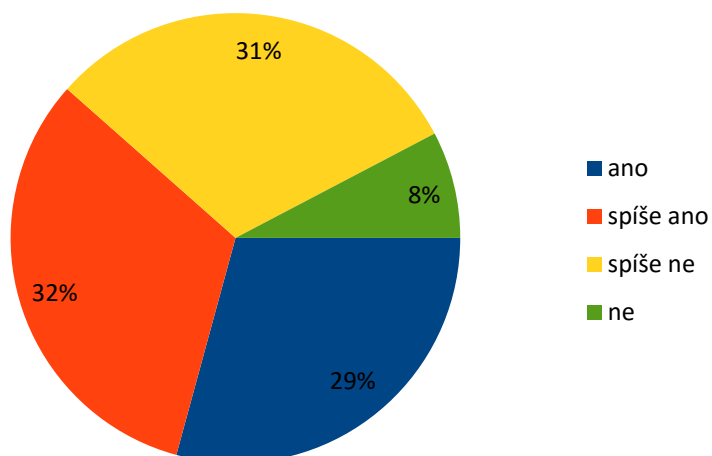


Položka č. 17

Máte zájem přestat kouřit?

Na výše uvedenou otázku odpovědělo z celkového počtu 65 (100%) kuřáků kladně 19 (29%) kuřáků a záporně 5 (8%) všech dotázaných kuřáků. Zcela přesvědčených není 41 kuřáků, 21 (32%) z nich odpovědělo spíše ano, 20 (31%) z nich odpovědělo spíše ne.

Graf 10 Zájem K/P přestat kouřit

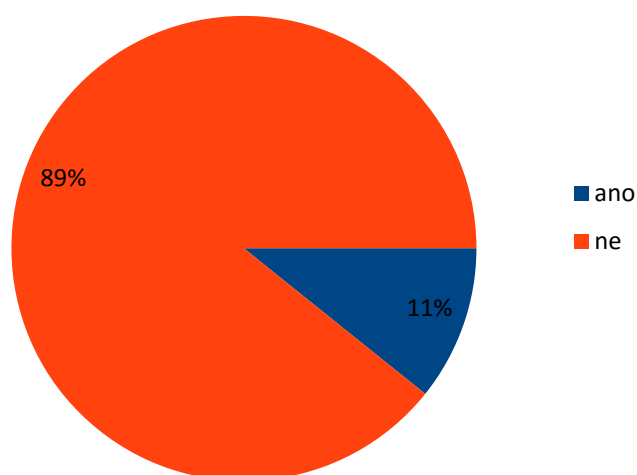


Položka č. 18

Byla Vám nabídnuta lékařem pomoc při odvykání kouření?

Z celkového počtu 65 (100%) kuřáků odpovědělo pouze 7 (11%) kuřáků, že jim byla lékařem nabídnuta pomoc při odvykání kouření, 58 (89%) kuřákům údajně lékař pomoc při odvykání kouření nenabídl.

Graf 11 Nabídka pomoci lékaře při odvykání kouření



Položka č. 19

Pokud k danému tématu máte připomínky a návrhy, prosím uveďte je:

Možnosti napsat připomínky a návrhy k danému tématu využilo 24 dotazovaných respondentů. 10 K/P uvedlo slovně, že k danému tématu nemají žádné připomínky. Někteří klienti poděkovali za zájem sester a lékařů.

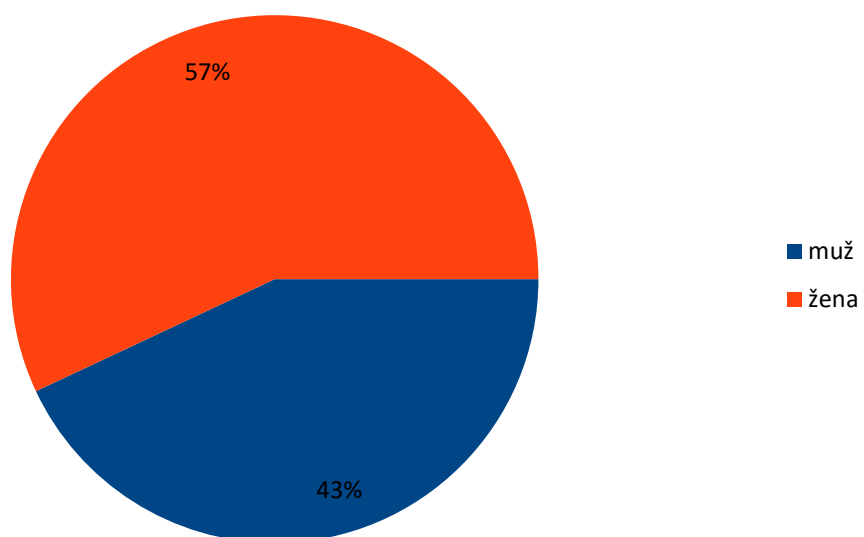
Další připomínky: K/P by uvítali možnost alternativní medicíny, K/P zdůraznili upozornění na preventivní prohlídku formou SMS nebo emailu, někteří K/P vyslovili nesouhlas s rozsahem preventivní prohlídky, uvítali by podrobnější vyšetření v rámci onkologické prevence. Dvěma klientům se nelíbily otázky týkající se kouření, dle jejich názoru není kouření součástí preventivní péče, nesouhlasí s tím, že odvykací farmakologická léčba není hrazena z veřejného zdravotního pojištění

Položka č. 20

Vaše pohlaví

Z celkového počtu 272 (100%) respondentů bylo 155 (57%) žen a 117 (43%) mužů.

Graf 12 Pohlaví respondentů

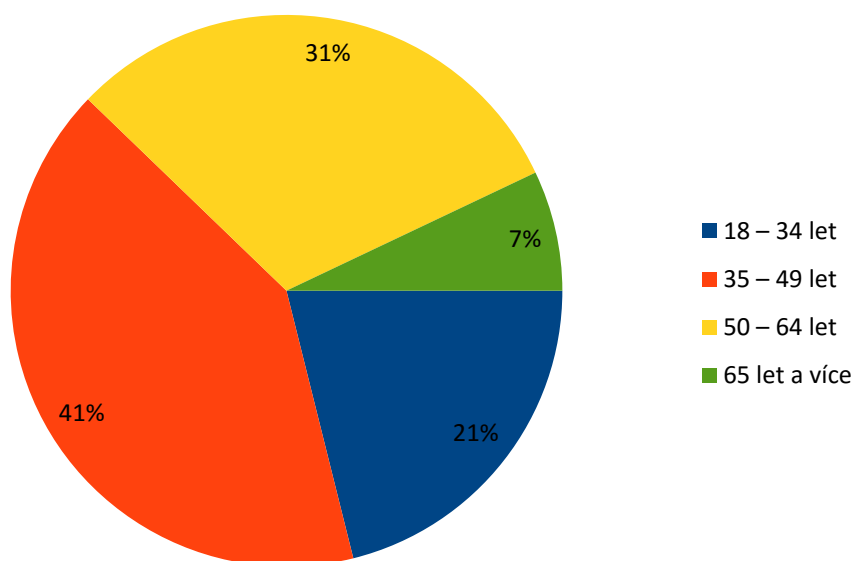


Položka č. 21

Kolik je Vám let?

Z celkového počtu respondentů 272 (100%) patří 57 (21%) respondentů do věkové skupiny 18-34 let. Nejpočetnější skupinu 111 (41%) respondentů tvoří respondenti ve věku 35-49 let, 83 (30%) respondentů patří do skupiny 50-64 let a nejméně početnou skupinu 21 (7%) respondentů tvoří respondenti ve věku nad 65 let.

Graf 13 Věk respondentů



5 DISKUSE

Cílem bakalářské práce na téma Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře bylo zjistit, jaké je povědomí české populace o preventivní péči.

Vhodně zvolenými otázkami jsme se snažili zjistit, do jaké míry jsou K/P informováni o PP.

Hodnotili jsme účast klientů na gynekologických, stomatologických a všeobecných prohlídkách zaměřených na prevenci a jejich motivaci k nim. Dostatečný prostor jsme věnovali prevenci kouření, kde jsme předpokládali nedostatečný rozsah prevence.

S prosbou o vyplnění dotazníku jsme oslovili stejný počet mužů i žen napříč všemi věkovými kategoriemi. Cílem bylo získat co nejvíce objektivní informace. Dále jsme již v analýze dat položky věk a pohlaví respondentů nevyužili. Dotazník vyplnilo 155 žen a 117 mužů. Převaha žen nebyla výrazná. Vzhledem k distribuci dotazníku formou emailingu odpovídali dle očekávání častěji respondenti nižších věkových kategorií.

Nejčastěji odpovídali respondenti ve věku 35 – 49 let, druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 50 – 64 let. Přestože nejmladší respondenti ve věku 18 – 34 let mají zřejmě nejblíže k moderní komunikaci, netvořili největší skupinu a dle počtu se zařadili na třetí místo. Vysvětlujeme si to tím, že v tomto věku není péče o zdraví v popředí a tudíž téma dotazníku pro ně nebylo aktuální a zajímavé. Potřeba pečovat o své zdraví se posouvá spíše do období středního a staršího věku. Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti starší než 65 let. Přesto bylo zastoupení seniorů v průzkumu oproti našemu očekávání poměrně vysoké a pozitivně překvapující.

Analýzou dat jsme zjistili, že velmi dobře jsou informovány ženy o intervalu PP u svých praktických gynekologů. Téměř všechny ženy správně uvedly, že mají navštěvovat svého gynekologa za účelem prevence jedenkrát za rok.

Co se týče zubní prevence, proplácení zdravotní pojišťovny během jednoho roku jednu preventivní prohlídku, jak jim ukládá vyhláška 70/2012 sb. a jednu pravidelnou prohlídku zaměřenou na prevenci nad rámec této vyhlášky. Zřejmě zdravotní pojišťovny shledaly preventivní intervence finančně efektivnější než zásahy následující při nedostatečné prevenci. Informovanost respondentů o zubní prevenci můžeme označit jako velmi dobrou. Většina respondentů zareagovala na současnou situaci ve zdravotnictví a označila interval mezi jednotlivými zubními preventivními prohlídkami 1/2 roku. Další K/P uváděli nárok na preventivní stomatologickou prohlídku u dospělé osoby jedenkrát ročně, v souladu

s platnou legislativou. Vzhledem k tomu, že v položené otázce nebylo specifikováno, zda máme na mysli nárok dle platné legislativy a obsah prohlídky je pro K/P v obou případech stejný, nelze označit žádnou z těchto odpovědí za chybnou.

Více než polovina dotazovaných respondentů, správně označilo dvouletý interval mezi všeobecnými PP. Zbylí respondenti mají mylné informace o četnosti těchto prohlídek nebo jim informace zcela chybí.

Respondenti v dotazníku ve více případech uváděli, že jsou nespokojeni s rozsahem a četností PP. I v praxi se často s tímto názorem setkáváme. Součástí prohlídky nemusí být laboratorní vyšetření, zvláště pak u mladých klientů. K/P neuznává odebrání anamnézy, hodnocení rizik a následná navržená opatření týkající se například změny životního stylu jako součást prevence. Při pozvání klient často očekává rozsáhlá laboratorní vyšetření dle svých požadavků, a pokud mu není vyhověno, je zklamaný. Starší K/P poukazují na nedostatečnou prevenci onkologických onemocnění a bohužel je nutné jim dát za pravdu. Negativní onkologický nález můžeme zaručit pouze v orgánech, které byly vyšetřeny a pouze na omezenou dobu. Vyšetření, která jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění nám, zaručují pouze 60% jistotu, že netrpíme nádorovým onemocněním a toto tvrzení lze považovat za spolehlivé ve většině případů maximálně po dobu 1 roku. Jistotu, že netrpí nádorovým onemocněním, si může K/P zvýšit vyšetřením, které si sám uhradí vlastními finančními prostředky. (Žaloudík, 2008, s. 80 - 88)

Řešením nespokojenosti K/P s obsahem a četností preventivně zaměřených prohlídek by mohla být aktivní nabídka rozšířené prevence těmto K/P. Jednalo by se i o určitou formu výchovy k zodpovědnému přístupu ke svému zdraví. Tato možnost je často

lékaři i sestrami opomíjena. Přínosné může být upozornění K/P na možnost využití bonusového programu jednotlivých zdravotních pojišťoven. (příloha č. 5)

Další část našeho průzkumu se týkala způsobu získávání informací. Zjišťovali jsme, jakým způsobem respondenti nejčastěji získávají informace týkající se preventivní péče, zda využívají letáčky a brožurky, které jsou jim k dispozici a jak hodnotí předávání informací o preventivních prohlídkách sestrou. Respondenti uvedli, že nejčastěji získávají informace týkající se preventivní péče rozhovorem s lékařem, další v pořadí byla varianta, kdy si K/P vyhledávají informace sami na internetu nebo v literatuře. Získávání informací souvisejících s PP od sestry bylo v bodovém hodnocení na třetí příčce. Další označené možnosti byly vyrovnané a pro naše závěry nemají zásadní význam. Dále jsme šetřili, zda K/P využívají brožurky a letáčky, které jsou jim k dispozici. Dle průzkumu je převaha K/P,

kteří tištěný materiál nezavrhují, a předpokládáme, že je pro ně přínosný. S předáváním informací o PP sestrou byla téměř polovina respondentů spokojena a informace jim připadaly dostatečné. Někteří respondenti považují informace jako nedostatečné, jiní by uvítali aktivnější přístup sester a prostor na otázky nebo více soukromí. Účastníci průzkumu měli možnost vyjádřit vlastní názor, ale bohužel konkrétně se nikdo z nich ke způsobu podávání informací sestrou nevyjádřil a nedal nám žádný podnět ke zlepšení stávající situace.

K dílčímu cíli č. 1 zmapovat míru informovanosti K/P o problematice PP se můžeme vyjádřit následovně: K/P jsou velmi dobře informováni o intervalech, v jakých probíhají PP u praktických lékařů. Potvrdil se nám předpoklad vztahující se k cíli 1, že nejvíce informací získávají klienti od zdravotníků. Aktivní předávání informací zdravotníky je třeba stále podporovat, protože informace získané jiným způsobem nemusí být validní. Informace podané erudovanou osobou mohou doplnit nebo upravit informace získané jiným postupem. Množství informací, které vyhovuje určitým K/P, může být pro jiné K/P nedostačující. 47% K/P označilo množství informací jako vyhovující. Doporučujeme tedy ponechat stávající míru informací, aktivně pátrat po případných dotazech a ponechat dostatečný prostor pro případné otázky. Na rozhovor je třeba si vyčlenit přiměřený čas a zajistit nerušené prostředí. Základem budou informace podané ústně, které doporučujeme doplnit o informace v tištěné podobě. Z průzkumu vyplývá, že klienti mají o tištěný materiál zájem. Letáčky a brožurky umožňují klientův připomenutí a rekapitulaci informací, které jim byly předány sestrou nebo lékařem. Druhým cílem bylo zjistit míru využívání všeobecných PP klienty týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. v Plzni. Dle dotazníkového šetření většina respondentů (73%) absolvovala PP v časovém odstupu menším než 2 roky.

Náš předpoklad pro cíl č. 2, že účast klientů Mojí ambulance a.s. v Plzni na všeobecných preventivních prohlídkách je srovnatelná s celorepublikovým průměrem (20-30%), se nepotvrdil. (Košta, 2013, s. 56)

K vyslovení tohoto předpokladu nás vedly i data z bakalářské práce studentky Zahradníkové na téma „*Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé.*“

Z průzkumu Ludmily Zahradníkové vyplynulo, že se všeobecné PP pravidelně účastní 28% respondentů, což je ve shodě s celorepublikovým průměrem.

(Zahradníková [online], 2012, s. 60)

Můžeme se domnívat, že dotazník vyplnili především K/P, kteří mají o preventivní péči zájem, a výsledek šetření může být tímto ovlivněn.

K upřesnění údajů jsme použili statistická data naší ambulance. K 31. 12. 2015 bylo v naší ambulanci registrováno 7919 K/P. Z toho 2542 K/P absolvovalo během roku 2015 PP. Ne všichni klienti na ni měli v r. 2015 nárok. Účast K/P naší ambulance na prevenci převyšuje celorepublikový průměr a pravděpodobně je výsledkem aktivního přístupu sester

k prevenci. Tuto naši domněnku potvrzuje téměř polovina dotázaných respondentů, kteří z nabízených eventualit uvedli, že absolvují PP právě po vyzvání sestrou nebo lékařem.

Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem klienty motivovat k vyšší účasti na prohlídkách zaměřených na prevenci, přičemž jsme předpokládali, že největší motivací k PP je strach o své zdraví. Tento předpoklad se nám nepotvrdil. Jako nejčastější způsob motivace

k prevenci uváděli účastníci dotazníkového šetření pozvání sestrou, druhou nejvíce frekventovanou odpovědí bylo, že motivací k prohlídce je výskyt určitých zdravotních potíží. Strach o své zdraví, jako důvod k prohlídce s cílem prevence, uvedli respondenti až na 3. místě. Z průzkumu je patrné, že většina K/P očekává aktivní přístup zdravotníků. Více než polovina respondentů označila potřebu upozornění na termín PP formou SMS.

V souladu s naším průzkumem také respondenti v již zmíněné bakalářské práci studentky Zahradníkové ocenili aktivní přístup zdravotníků v oblasti preventivní péče. Jako hlavní motivaci k účasti na PP označili pozvánku od lékaře a naopak jako hlavní důvod neúčasti uvedli, že je nikdo k návštěvě nevyzval.

(Zahradníková [online], 2012, s. 53, 54)

Neméně významnou oblastí prevence, které jsme se věnovali, je oblast kouření. Cílem bylo zhodnotit, v jaké míře je prováděna prevence kouření v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance. Kuřácká anamnéza by měla být součástí každého lékařského vyšetření.

V průzkumu jsme pátrali, zda byli K/P dotazováni v rámci preventivní prohlídky sestrou a lékařem na kuřáctví. Většina respondentů uvedla, že dotazováni na kuřáctví byli, přičemž aktivita lékařů byla vyšší než u sester. Lékaři se dotázali na kuřáctví 85% klientů, přičemž sestry s tímto dotazem oslovily 74% klientů. Větší aktivitu lékařů si můžeme vysvětlit tím,

že lékař při preventivní prohlídce odebírá anamnestické údaje, hodnotí rizikové faktory, mezi které kouření bezpochyby patří a tráví s klientem při PP více času než sestra.

Položka č. 13 byla filtrační a rozdělila nám skupinu respondentů na kuřáky a nekuřáky. Další otázky týkající se kouření byly kladeny pouze kuřákům. Zjišťovali jsme, zda mají dotázaní kuřáci zájem přestat kouřit, zda jim byla vysvětlena rizika kouření sestrou a lékařem, zda obdrželi v naší ambulanci tištěný materiál o problematice kouření a zda jim byla nabídnuta pomoc lékaře při odvykacím procesu.

Čtvrtým cílem bylo zjistit míru intervencí týkajících se kouření v rámci všeobecných PP.

K cíli č. 4 se vztahoval předpoklad, že intervence týkající se závislosti na tabáku nejsou prováděny u většiny kuřáků. Jako kritérium pro většinu jsme stanovili 60% a více. Tento předpoklad se potvrdil. Prevence kouření v naší ambulanci není prováděna v dostatečné míře. Pouze 32% klientů byla vysvětlena rizika kouření sestrou a 51% K/P uvedlo, že jim rizika kouření vysvětlil lékař. Většina K/P uvedla, že jim nebyl poskytnut žádný tištěný materiál vztahující se k problematice kouření ani jim lékař nenabídl pomoc při odvykání.

Musíme konstatovat, že i činnost Centra pro odvykání závislosti na tabáku v Plzni je z hlediska kapacity nedostatečná. Ordinační doba je pouze 2 hodiny v týdnu, přednostně jsou objednávaní K/P plicní kliniky a objednávací doba v současnosti je více než 3 měsíce. Proto je pro naše K/P velmi důležité, aby se praktický lékař angažoval do léčby kouření, aktivně svým pacientům nabízel pomoc a zastoupil odborné centrum. V naší ambulanci jsou dobré předpoklady pro léčbu kouření. Celý kolektiv sester i lékařů je nekuřácký. Velmi dobře si uvědomujeme, že kouření má negativní vliv na celý organismus, zhoršuje zdravotní stav chronicky nemocných, především K/P s kardiovaskulárním a plicním onemocněním. Každá i minimální intervence týkající se odvykání kouření je pro K/P přínosná.

MUDr. Králíková ve své publikaci uvádí, že v ČR kouří 30% dospělých osob a 60 – 70 % z nich má zájem přestat kouřit. (Králíková, 2015, s. 157) Pokud budeme brát v úvahu, že přestat kouřit chtějí K/P, kteří označili v dotazníku pod položkou č. 17 možnost ano a spíše ano, vytvoříme skupinu, která je početně srovnatelná s údaji uváděnými

MUDr. Králíkovou. K porovnání můžeme využít studii „*Faktory přispívající k odvykání kouření ve Velké Británii.*“ Cílem této studie bylo zjistit faktory, které vedou kuřáka ke změně chování. Studie byla prováděna u klientů, kteří se rozhodli přestat kouřit.

Kuřáci byli rozděleni do tří skupin podle toho, jak je velké jejich odhodlání přestat kouřit. První skupině kuřáků chyběl úmysl změnit chování, což odpovídá naší skupině, která označila možnost spíše ne. Druhou skupinu tvořili kuřáci, kteří si byli vědomi problému, ale nebyli odhodláni k akci. Tuto skupinu je možné porovnat se skupinou kuřáků, kteří v našem průzkumu označili možnost spíše ano. Poslední skupinu tvořili kuřáci, kteří byli pevně rozhodnutí s kouřením přestat. V porovnání s kuřáky z Velké Británie, byli kuřáci z naší ambulance méně motivováni k léčbě. Základem léčby kouření je vysvětlit K/P rizika kouření. K/P musí pochopit škodlivost kouření. V této studii se můžeme inspirovat, jakým způsobem motivovat naše K/P. Dle této studie je velkou motivací pro kuřáky strach z rakoviny plic, srdečních chorob, obava o celkový zdravotní stav, obava o zdraví dítěte související s pasivním kouřem, výdaje za kuřivo, nízký sociální statut, apod. (Nanguzgambo, 2008, s. 9-13)

Léčba kouření není hrazena zdravotními pojišťovnami, pouze některé zdravotní pojišťovny na léčbu přispívají v rámci svých bonusových programů. (příloha č. 5)

Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny hradí léčbu jiných závislostí (alkohol, drogy, patologické hráčství), je zcela nelogické, že nehradí léčbu závislosti na tabáku.

Analýzou dat jsme dospěli k výsledkům, které nás inspirovaly k níže popsaným změnám v naší ambulanci. Hlavním cílem je zlepšit péči o naše klient v oblasti prevence.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na téma *Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře* bylo zjistit, do jaké míry jsou klienti informováni o problematice PP, zjistit míru využívání všeobecných PP a způsob, jak klienty motivovat k vyšší účasti na PP. Dalším úkolem bylo zjistit míru intervencí týkajících se kouření v rámci všeobecných PP. Snažili jsme se zjistit, jak K/P hodnotí preventivní péči, která je jim poskytována. Průzkum byl prováděn u K/P registrovaných v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance v Plzni. Z šetření vyplynulo, že K/P jsou velmi dobře informováni o intervalech, ve kterých jsou prováděny stomatologické a všeobecné PP. Téměř všechny ženy znají interval mezi PP prováděnými praktickým gynekologem. Potvrdil se nám předpoklad, že K/P získávají informace o PP především od zdravotnických pracovníků. Tím je zaručeno, že K/P dostává validní informace. Pozitivním zjištěním bylo, že účast K/P týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance v Plzni na PP převyšuje celorepublikový průměr. Domníváme se, že je to zásluhou aktivního přístupu sester k preventivní péči. Tuto domněnku potvrzuje fakt, že K/P v průzkumu uvedli, že nejčastěji docházejí na PP na základě pozvání sestrou nebo lékařem. Více K/P uvedlo, že jsou nespokojeni s rozsahem a četností PP. Preventivní péče se jim zdá nedostatečná. Na základě těchto zjištění budeme provádět následné intervence s cílem zkvalitnit poskytovanou preventivní péči

K/P budeme informovat o nároku na PP a vyzveme je k objednání na konkrétní termín formou SMS. Zprávy budeme rozesílat pravidelně, vždy k 15. v měsíci a za rozeslání zpráv bude odpovědná konkrétní sestra.

K/P budeme nabízet možnost preventivního vyšetření nad rámec preventivní péče hrazené zdravotními pojišťovnami na finanční náklady K/P. Upozorníme na možnost využít bonusový program zdravotních pojišťoven.

Informace o PP budeme poskytovat ve stejné míře, budeme aktivně pátrat po případných dotazech a ponecháme dostatečný prostor pro případné otázky. Základem budou informace podané ústně, které doporučujeme doplnit o informace v tištěné podobě. Na rozhovor je třeba si vyčlenit přiměřený čas a zajistit nerušené prostředí.

Jako zcela nedostatečnou jsme vyhodnotili prevenci v oblasti kouření. K/P nebyli v dostatečné míře informováni o riziku kouření, nebyl jim dostatečně vysvětlen škodlivý vliv kouření na jejich zdraví. K/P nebyl ve většině případů poskytnut žádný tištěný materiál týkající se prevence kouření. Přitom i minimální krátká intervence je efektivnější než nedělat nic.

Tabakismus je celospolečenským problémem. Bohužel ČR je v regulaci kouřen dosti liberální. Restriktivní opatření týkající se kouření, jako zákaz kouření ve veřejných prostorách, zákaz reklamy, vysoká spotřební daň apod., jsou v ČR nedostačující. Odvykací léčba není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, síť Center pro odvykání závislosti na tabáku není dostatečná. Na tyto problémy můžeme pouze upozornit, vyjádřit nesouhlas s dosavadní legislativou týkající se kouření, ale nejsme kompetentní ke změnám.

Za účelem zlepšit situaci v oblasti prevence kouření bude v sesterské části PP odebrat sestra kuřáckou anamnézu. V případě kuřáka budeme postupovat podle metody 5A,

u nemotivovaného K/P použijeme metodu 5R. Metody byly popsány v teoretické části.

Všechny sestry ambulance budou s metodou 5A a 5R seznámeny. Zajistíme brožurky

a letáčky týkající se prevence kouření. K/P vybavíme kontakty na odbornou pomoc.

V případě, že K/P má zájem přestat kouřit zajistíme ve spolupráci s lékařem komplexní

léčbu. Prevence kouření je vhodným tématem na další průzkum. Přestože ke každému K/P

je třeba přistupovat individuálně, mohl by být průzkum určitým vodítkem, jak

nejefektivněji provádět krátké intervence.

Systematicky prováděné PP jsou nezastupitelnou součástí péče o zdraví K/P. Ale je nutné zdůraznit, že PP sami o sobě nestačí. Velký vliv na celkový zdravotní stav osob má způsob jejich života. Proto je velmi důležité K/P vychovávat ke zdravému způsobu života a vést je k odpovědnosti za své zdraví.

LITERATURA A PRAMENY

- FAIT, Tomáš, VRABLÍK, Michal a ČEŠKA, Richard. *Preventivní medicína*. 2.rozš.a přeprac.vyd.Praha: Maxdorf, 2011. 770s. ISBN 978-80-7345-237-7.
- CHLÍBEK, Roman a kol. *Očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013. s.40. ISBN 978-80-86998-64-0
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitivního ošetrovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KIRCH, Wilhelm. *Encyclopedia of Public Health*. 2.vyd. New York: Springer, 2008. ISBN 978-1-4020-5615-4
- KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2013. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Vnitřní lékařství, 2015. roč.61, č.5, suppl.1. ISSN 0042-773X.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- METYŠ, Karel a BALOG, Peter. *Marketing ve farmacii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 208 s. 80-247-0830-2.
- MULLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2014. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
- NANGUZGAMBO, Aldoph., GWYNNE, Daffydd a PEARCE, Mark. Factors Contributing to Smoking Cessation Behaviour in North Wales, United Kingdom: A Cross-Sectional Study. *Journal of Smoking Cessation*. April 2008, vol. 3, no. 1, s. 9-13. ISSN 1834-2612.
- ONDRIOVÁ, Iveta, HUDÁKOVÁ, Anna a PAVELKOVÁ, Matilda. *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče*. Sestra, 2013, roč.23, č.1, s.33 – 35. ISSN 1210-0404.
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21.století*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 519 s. ISBN 978- 80-247-5471-0.

SEIFERT, Bohumil, BENEŠ, Václav, BÝMA, Svatopluk. *Všeobecné praktické lékařství*. 2.dopl.a přeprac.vyd. Praha: Galén, 2013. 673 s. ISBN 978-80-7262-934-3.

SEIFERT, Bohumil, ČELEDOVÁ, Libuše. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2012. 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

STRNADOVÁ, Alice a LUKÁŠOVÁ, JEŘÁBKOVÁ, Lenka. *Role sestry v očkování proti chřipce*. Sestra, 2013. roč.23, č.10, s.30-31. ISSN 1210-0404.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 2.přeprac.a dopl.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

ŽALOUDÍK, Jan. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 189 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Elektronické zdroje:

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Preventivní programy ČPZP v roce 2016* [online], 2016, [cit. 2016-03-06]. Dostupné z www:

<http://www.cpzp.cz/clanek/4400-0-Preventivni-programy-CPZP-v-roce-2016.html>

ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Očkovací kalendář pro dospělé 2015* [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www:

http://www.vakcinace.eu/data/files/ockov_kal_2015.pdf

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Prevence* [online], 2016, [cit. 2016-02-28].

Dostupné z www: www.mou.cz/prevence

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vyhláška o preventivních prohlídkách 70/2012* [online], 23.07.2013, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č.48/1997 sb. O veřejném zdravotním pojištění* [online], 24.11.2015, [2016-02-28]. Dostupné z www:

http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č.372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online], 5.11.2015, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření*, [online], 07.05.2014, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/obsah/projekt-adresneho-zvani-na-preventivni-screeningova-vysetreni_3024_1.html

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výklad různých forem prevence*. [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www https://kvalita.nrc.cz/standarty/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3j_Vyklad_ruznych_forem_prevence.pdf

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravotně preventivní programy* [online], 2016, [cit. 2016-03-06]. Dostupné z www: <http://www.ozp.cz/benefity/zdravotne-preventivni-programy>

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Balíčky prevence* [online], 2016, [cit. 2016-03-06]. Dostupné z www: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/balicky-prevence/>

SPOLEČNOST VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP. *Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. Očkovací kalendář pro dospělé – osoby v riziku*. [online] *Očkovací kalendář pro dospělé – osoby s chronickým onemocněním*. [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www: http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Ockovaci_kalendar.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická statistika. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných* [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www :<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka české republiky* [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY.

Zdravotnická statistika. Infekční nemoci. [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z
www: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/infekcni-nemoci-drive-prenosne-nemoci>

VITAE. *Doporučené očkovací schéma v ČR* [online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné
z www: http://www.vitae.ic.cz/images/Ockovaci_kalendar.png

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Program preventivní
zdravotní péče 2016* [online], 2016, [cit. 2016-03-06]. Dostupné z www:
<https://www.vozp.cz/cs/klient/program-preventivni-pece/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Preventivní prohlídky*
[online], 2016, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www:

<https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výhody a příspěvky* [online], 2016, [cit.
2016-03-06]. Dostupné z www: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky>

ZAHRADNÍKOVÁ, Ludmila. *Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé*
[online], 2012, [cit. 2016-02-28]. Dostupné z www:

http://is.muni.cz/th/358718/lf_b/Bakalarska_prace.pdf

ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA. *Zdravotní programy 2016* [online], 2016,
[cit. 2016-03-06]. Dostupné z www: <http://www.zpskoda.cz/pojistenec/zdravotni-programy-2016>

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Programy preventivní
péče 2016* [online], 2016, [cit. 2016-03-06]. Dostupné z www:

<http://www.zpmvcr.cz/prevence/>

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body mass index = hmotnostně výškový index
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
EU	Evropská unie
DZP	Domácí zdravotní péče
K/P	Klient/pacient
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
MHD	Městská hromadná doprava
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PL	Praktický lékař
PLD	Praktický lékař pro dospělé
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
VPL	Všeobecný praktický lékař
SMS	Short message service - krátká textová zpráva

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nárok žen na preventivní prohlídku u praktického gynekologa

Tabulka 2 Nárok K/P na preventivní prohlídku u praktického stomatologa

Tabulka 3 Způsob získávání informací o preventivní péči

Tabulka 4 Hodnocení informací o preventivních prohlídkách, předaných sestrou

Tabulka 5 Účast K/P na preventivních prohlídkách u VPL

Tabulka 6 Sesterské intervence jako nástroj motivace k pravidelné účasti
na preventivních prohlídkách

Tabulka 7 Způsob motivace k účasti na pravidelných preventivních prohlídkách

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nárok K/P na preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře

Graf 2 Zájem K/P o informace na nástěnkách, o letáčky a brožurky

Graf 3 Termín poslední preventivní prohlídky

Graf 4 Dotaz na kouření sestrou v rámci preventivní prohlídky

Graf 5 Dotaz na kouření lékařem v rámci preventivní prohlídky

Graf 6 Dotaz na kuřáctví

Graf 7 Vysvětlení rizik kouření v rámci preventivní prohlídky sestrou

Graf 8 Vysvětlení rizik kouření v rámci preventivní prohlídky lékařem

Graf 9 Dotaz na poskytnutí tištěného materiálu o problematice kouření

Graf 10 Zájem K/P přestat kouřit

Graf 11 Nabídka pomoci lékaře při odvykání kouření

Graf 12 Pohlaví respondentů

Graf 13 Věk respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník
2. Doporučené očkovací schéma v ČR – děti
3. Očkovací kalendář pro dospělé – podle věku
4. Očkovací kalendář pro dospělé – osoby s chronickým onemocněním
5. Výběr z bonusového programu zdravotních pojišťoven

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Radka Synáčková a jsem jedna z Vašich sestřiček na pobočce Moje ambulance v Plzni. Dokončuji třetí ročník studia v oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého anonymního dotazníku na téma Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře. Získané informace poslouží ke zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za Váš čas a pomoc při dokončení bakalářského studia.

1. V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho všeobecného praktického lékaře hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění?

- Vždy, když o preventivní prohlídku požádám a lékař uzná můj požadavek za oprávněný
- 1 x za dva roky
- 1 x za rok
- nevím

2. V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho praktického gynekologa hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění? (odpovídají pouze ženy)

- 1 x za dva roky
- 1 x za rok
- pokud se cítím zdráva, je dostačující interval 1 x za 5 let
- nevím

3. V jakém intervalu máte nárok na preventivní prohlídku u Vašeho stomatologa hrazenou z Vašeho veřejného zdravotního pojištění?

- 1 x za půl roku
- 1 x ročně
- 1 x ročně po dobu vlastního trvalého chrupu
- 1 x za dva roky
- nevím

4. Jakým způsobem získáváte informace týkající se preventivní péče? (můžete označit více možností)

- rozhovor se sestrou
- rozhovor s lékařem
- tištěný materiál (letáčky, brožurky,)
- rozhovor doplněný o tištěný materiál
- informace vyhledávám sám (sama) na internetu nebo v odborné literatuře
- informace od známých, kolegů, rodinných příslušníků
- informace od své zdravotní pojišťovny
- reklamní spoty
- informace nevyhledávám
- jiné

5. Čtete ve svých ordinacích informace na nástěnkách, letáčky a brožurky?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

6. Jak hodnotíte předávání informací o preventivních prohlídkách prostřednictvím sester?

- množství informací je dostatečné
- uvítal/a bych více informací
- informace dostanu až na požádání
- uvítal/a bych více tištěných informací (letáčky, brožurky)
- chybí prostor na otázky
- uvítal/a bych více soukromí
- jiný názor

7. Využíváte možnost preventivních prohlídek u svého všeobecného praktického lékaře?

- na preventivní prohlídky docházím pravidelně
- na preventivní prohlídky chodím, pokud jsem vyzván/a sestrou nebo lékařem
- na preventivní prohlídky docházím, ale nepravidelně
- na preventivní prohlídky nedocházím, jsem v péči odborného lékaře a myslím si, že je to dostačující
- na preventivní prohlídky nedocházím, cítím se zdrav/a

8. Kdy jste byl/a na poslední preventivní prohlídce u Vašeho praktického lékaře?

- méně jak před rokem
- více jak před rokem
- více jak před dvěma lety
- termín poslední preventivní prohlídky si nepamatuji

9. Jakým způsobem by Vás sestra mohla motivovat k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách?

- není třeba, na preventivní prohlídky docházím pravidelně
- upozorněním na termín preventivní prohlídky formou SMS
- telefonickým kontaktem a objednáním na konkrétní termín
- sloučením preventivní prohlídky s návštěvou lékaře pro jiné účely (potvrzení zdravotní způsobilosti, konzultace apod.)
- jiná možnost

10. Co by Vás motivovalo k účasti na pravidelných preventivních prohlídkách? (lze označit více možností).

- zdravotní potíže
- strach o své zdraví
- výskyt závažné choroby u rodinného příslušníka, kolegy, známého
- příkladné chování blízké osoby
- pozvání sestrou
- bonusy a výhody podmíněné absolvováním preventivních prohlídek (příspěvky na očkování, relaxaci, sportovní aktivity, vitamíny apod.)
- více informací o obsahu preventivní prohlídky
- reakce na reklamní spot se známou osobou
- nic, o preventivní prohlídky nemám zájem
- jiné, napište Váš názor.....

11. Byl/a jste v rámci preventivní prohlídky dotazován/a sestrou zda kouříte?

- ano
- ne

12. Byl/a jste v rámci preventivní prohlídky dotazován/a lékařem zda kouříte?

- ano
- ne

13. Jste kuřák?

- ano
- ne

Na otázku 14. - 18. odpovídají pouze kuřáci

14. Byla Vám sestrou vysvětlena v rámci preventivní prohlídky rizika kouření?

- ano
- ne

15. Byla Vám vysvětlena lékařem v rámci preventivní prohlídky rizika kouření?

- ano
- ne

16. Obdržel/a jste v ambulanci praktického lékaře tištěný materiál o problematice kouření? (brožurky, letáčky, odkazy, kontakty)

- ano
- ne

17. Máte zájem přestat kouřit?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

18. Byla Vám nabídnuta lékařem pomoc při odvykání kouření?

- ano
- ne

19. Pokud k danému tématu máte připomínky a návrhy, prosím uveďte je:

.....

20. Vaše pohlaví

- muž
- žena

21. Kolik je Vám let?

- 18 – 34 let
- 35 – 49 let
- 50 – 64 let
- 65 let a více

Příloha č. 2 - Doporučené očkovací schéma v ČR – děti
 Zdroj: VITAE. *Doporučené očkovací schéma v ČR* [online], 2016,

Doporučené očkovací schéma v ČR

Věk dítěte	Povinné pravidelné očkování	Doporučené očkování <i>Prevenar</i> <small>Trivalentní vakcína proti dětské obrně</small>
4. den až 6. týden	Tuberkulóza	
Od 13. týdne (3 měsíce)	Hexavakcína, 1. dávka	Prevenar, 1. dávka
4 měsíce	Hexavakcína, 2. dávka	Prevenar, 2. dávka
5 měsíců	Hexavakcína, 3. dávka	Prevenar, 3. dávka
15. měsíc	Spalničky, příušnice, zarděnky, 1. dávka	
11. – 18. měsíc	Hexavakcína, 4. dávka	Prevenar, 4. dávka
21. – 25. měsíc	Spalničky, příušnice, zarděnky, 2. dávka (v odstupu 6 až 10 měsíců po 1. očkování)	
5. – 6. rok	Záškrt, tetanus, dýchací kašel, přeočkování	
10. – 11. rok	Záškrt, tetanus, dýchací kašel, dětská přenosná obrna, přeočkování	
12. – 13. rok	Virová hepatitida typu B (pouze u dětí, které nebyly očkovány v prvních měsících života) – 3 dávky v rozestupu 0, 1 a 6 měsíců	
13. – 14. rok	Dětská přenosná obrna (přeočkování) pro děti, které nedostaly 5. dávku mezi 10.-11. rokem	
14. – 15. rok	Tetanus (přeočkování, další vždy po 10-15 letech), pro děti očkované proti tetanu mezi 10.-11. rokem přeočkování až v 25 letech	

Imunizace hexavakcínou a pneumokokovou 7valentní vakcínou současně nebo s posunem 14 dnů.



Prevenar
Chrání životy

Globálně prověřená vakcína

Příloha č. 3 - Očkovací kalendář pro dospělé – podle věku

Zdroj: ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Očkovací kalendář pro dospělé 2015*, [online]

Nemoc	Věková kategorie				Přeočkování	Poznámka	Vakciny
	18–26 let	27–49 let	50–59 let	60–64 let			
Tětanus		booster po 10–15 letech			po 10–15 letech	očkování také v rámci úrazů a poranění	TETANOL PUR, TETA VAX
Pertuze		minimálně 1 dávka 1x za život			po 10–15 letech	zejména rodinné kontakty dětí do 1 roku věku, těhotné ženy; možné v rámci očkování proti tetanu	BOOSTRIX, ADACEL
Varicella			2 dávky		nestanoveno	pro vnitřně (bez historie nemoci nebo séronegativní) + práce v riziku + rizikové skupiny	VARILRIX
VHA			2 dávky		nestanoveno	pro vnitřně a neočkované v dětství + práce v riziku + rizikové chování; možné aplikovat kombinovanou VHA/VHB vakcínu	VAQTA, AVAXIM, HAVRIX, TWINRIX
VHB			3 dávky		nestanoveno	pro vnitřně a neočkované v dětství + rizikové skupiny + rizikové chování; možné aplikovat kombinovanou VHA/VHB vakcínu	ENGERIX-B, FENDRIX, TWINRIX
HPV		3 dávky			nestanoveno	pro ženy i muže neočkované v dětství	SILGARD - muži i ženy, CERVARIX - pouze ženy
Herpes zoster				1 dávka	nestanoveno	očkování se doporučuje zahájit co nejdříve	ZOSTAVAX
Klíšková encefalitida		3 dávky, přeočkování po 5 letech		3 dávky, přeočkování po 3 letech	po 3–5 letech	rizikové skupiny + práce v riziku; první přeočkování po 3 letech	FSME-IMMUN, ENCEPIUR
Pneumokokové nákazy		1 dávka PCV nebo PPV		1 dávka PPV + 1 dávka PCV nebo PPV/23	PPV; po 5 letech pouze 1 x	u kombinovaných schémat se zahajuje PCV	PREVENAR 13, PNEUMO 23
Meningokokové nákazy			1–2 dávky MCV4, menB		MCV4 po 5 letech	rizikové skupiny + práce v riziku + cestovatelé; přeočkování pouze pro osoby s pleťváječím rizikem infekce	BEXSERO, MENVEO, NIMENRIX
Chřipka			1 dávka		každoročně	očkování se týká zdravých osob + osob s rizikovými faktory + osob pracujících v riziku nad 18 let	IDFlu, INFLUVAC, VAXIGRIP, OPTAFLU
Hib			1 dávka		nestanoveno	rizikové skupiny	HIBERIX
Vzteklina		5 dávek, postexpozice / 3 dávky preexpozice			po 2–5 letech pouze při práci v riziku	od roku 2002 se v ČR vzteklina nevyskytuje	VERORAB

doporučeno všem dané věkové kategorie
 doporučeno v případě rizikových faktorů

Vysvětlivky:
 PPV pneumokoková polysacharidová vakcína
 menB meningokoková vakcína proti serotypům B
 MCV4 meningokoková konjugovaná hexavalentní vakcína proti serotypům A, C, YW135
 PPV trivalentní polysacharidová
 VHA virus hepatitidy typu A
 VHB virus hepatitidy typu B
 HB Herpes zoster infekce typ B
 PCV pneumokoková konjugovaná vakcína
 HAVrix virus ŽP, všech zrněných vakcín naleznete na stránkách SÚBLU: <http://www.subl.cz/mobile/medication/sovah.php>

Čižbaň F. a kol. Česká vakcínologická společnost ČS-VP.

Příloha č. 4 - Očkovací kalendář pro dospělé – osoby s chronickým onemocněním

Zdroj: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, *Očkovací kalendář pro dospělé – osoby v riziku.* [online]

Očkovací kalendář pro dospělé - osoby s chronickým onemocněním

Chronické onemocnění	Očkování proti	Počet dávek	Chronické onemocnění	Očkování proti	Počet dávek
Diabetes mellitus	chřipka	1 dávka	HIV/AIDS	VHB	3 dávky
	pneumokoková onemocnění	1 dávka		meningokoková meningitida	2 dávky
	VHB	3 dávky		pneumokoková onemocnění	2 dávky
Chronická hepatopatie	VHB	3 dávky	chřipka	1 dávka	
	VHA	2 dávky	hemophilus influenzae typ b	1 dávka	
	pneumokoková onemocnění	1 dávka	pertuse	1 dávka	
CHOPN, astma bronchiale	chřipka	1 dávka	Onemocnění ledvin, renální selbátní, hemodialyzační pacienti	VHB	3 dávky
	pneumokoková onemocnění	1 dávka		pneumokoková onemocnění	1 dávka
	pertuse	1 dávka		chřipka	1 dávka
Hyposplenismus/splenie	meningokoková meningitida	2 dávky	Kardiovaskulární onemocnění	varicella	2 dávky
	pneumokoková onemocnění	2 dávky		chřipka	1 dávka
	chřipka	1 dávka		pneumokoková onemocnění	1 dávka
	hemophilus influenzae typ b	1 dávka		varicella	2 dávky
Imunosuprese (včetně transplantací, onkologických onemocnění)	meningokoková meningitida	2 dávky	Živátní neurodermatitida	chřipka	3 dávky
	pneumokoková onemocnění	2 dávky		meningokoková onemocnění	1 dávka
	chřipka	1 dávka		chřipka	1 dávka
	hemophilus influenzae typ b	1 dávka		meningokoková meningitida	1 dávka
	pertuse	1 dávka		pertuse	1 dávka

Yvoštělky:

CHOPN chronická obstrukční plicní nemoc
VHA viróva hepatitida typu A

AIDS syndrom získané imunoséficence
HIV viróva lidské imunoséficence

VHB

viróva hepatitida typu B

Příloha č. 5 – Výběr z bonusového programu zdravotních pojišťoven

Zdroj: webové stránky zdravotních pojišťoven

Výběr z bonusového programu zdravotních pojišťoven na rok 2016

Zdravotní pojišťovna	Příspěvek na odvykací kúru kouření	Prevenice karcinomu prsu	Prevenice kožních nádorů	Prevenice karcinomu prostaty	Prevenice karcinomu tlustého střeva	Ostatní
Všeobecná zdravotní pojišťovna	2 500,00 Kč Centra pro závislé na tabáku		500,00 Kč			
Vojenská zdravotní pojišťovna	400,00 Kč praktický lékař	800,00 Kč/2 roky 30 - 39 let UZ vyšetření 40 - 45 let mamografie	400,00 Kč		40 - 50 let/1x rok 150,00 Kč TOK	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna		300,00 Kč/2 roky 30 - 39 let UZ vyšetření 40 - 45 let mamografie	500,00 Kč		500,00 Kč	
Oborová zdravotní pojišťovna	4 000,00 Kč Centra pro závislé na tabáku	40 - 45 let/2 roky mamografie zdarma	na vybraných pracovištích zdarma	vyšetření krve prost. antigen zdarma	40-50 let/1 rok TOK zdarma u PL	RTG plic, onkologická prevence orgánů dutiny břišní a ústní zdarma
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda		40 - 45 let mamografie 700,00 Kč UZ vyšetření 300,00 Kč				
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR		do 40 let UZ vyšetření 40 - 45 let mamog. vyš. max. 500,00 Kč *	max. 500,00 Kč *	UZ vyš. Prostaty lab. vyšetření max. 500,00 Kč *	40 - 50 let/1x rok TOK max. 500,00 Kč *	RTG plic UZ vyš. dutiny břišní max. 500,00 Kč *
Revírní bratrská pojišťovna		do 44 let UZ vyš. 40 - 44 let mamog. vyš.	vyšetření kůže 1x ročně	vyš. prostaty lab. vyšetření 1 x 2 roky	do 49 let TOK	

Zdroj: webové stránky zdravotních pojišťoven

TOK = test na okultní krvácení

* možno vybrat pouze jednu z takto označených možností prevence