

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Preventivní činnost v ordinaci praktického lékaře

Bakalářská práce

Autor práce: Romana Ševčíková

Vedoucí práce: MUDr. Skála Bohumil PhD., Hana Pekárková

Hradec Králové, 2008

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDIKAL FACULTY OD HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OD SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Preventive activities in general practice

Bachelor's thesis

Autor práce: Romana Ševčíková

Supervisor: : MUDr. Skála Bohumil PhD., Hana Pekárková

Hradec Králové, 2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové, dne 18.dubna 2008

Romana Ševčíková

Poděkování: Děkuji MUDr. Bohumilovi Skálovi PhD. a paní Haně Pekárkové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad při tvorbě této práce.

Obsah

Úvod	7
HLAVNÍ CÍLE PRÁCE	7
1. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	8
1.1 Prevence jako součást zdravotní péče	8
1.2 Rozdělení prevence.....	8
1.2.1 Primární prevence.....	8
1.2.2 Sekundární prevence.....	8
1.2.3 Terciární prevence	8
1.3 Dispenzární péče.....	9
1.4 Světová zdravotnická organizace.....	10
1.5. Nejzávažnější rizika.....	11
1.6. Úloha praktického lékaře v preventivní činnosti.....	14
1.7. Primární a sekundární prevence arteriální hypertenze	16
1.8 Možnosti praktického lékaře v oblasti primární prevence onkologických onemocnění	16
1.9 Možnosti praktického lékaře v oblasti sekundární prevence onkologických onemocnění	17
1.10 Možnosti sekundární prevence u kardiovaskulárních chorob	19
1.11 Závodní preventivní péče	20
1.11.1 Preventivní péče lze rozdělit do několika částí.	21
1.11.2 Rozdělení závodních preventivních prohlídek	23
1.12 Úloha zdravotního pojištění a legislativy v preventivní činnosti praktického lékaře.....	25
1.13 Úloha sestry v preventivní činnosti praktického lékaře	29
1.13.1 Zdravotní výchova	29
1.14 Úloha pacienta v preventivní péči	32

2. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	34
2.1 Metodika	34
2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	34
2.3 Rozdělení věkových skupin v ordinaci A	35
2.4 Rozdělení věkových skupin v ordinaci B	36
2.5 Porovnání rozdělení věkových skupin a zastoupení v ordinaci A a B	37
2.6 Porovnání počtu preventivních prohlídek mezi ordinacemi A a B	38
2.7 Rozdělení pacientů v ordinaci A do čtyř věkových skupin a porovnání s počtem preventivních prohlídek.....	39
2.8. Rozdělení pacientů v ordinaci B do čtyř věkových skupin a porovnání s počtem preventivních	40
2.9. Porovnání mezi ordinací A a B	41
2.10 Porovnání počtu preventivních prohlídek a zjištěných patologií mezi ordinacemi	42
2.11 Nejčastěji zachycené patologie v ordinaci A	43
2.12. Nejčastěji zachycené patologie v ordinaci B	44
2.13 Porovnání patologií mezi ordinacemi	45
2.14 Edukační plán u pacienta s vysokým krevním tlakem	46
2.15 Edukační plán u pacienta před kolonoskopií	49
VYHODNOCENÍ A DISKUSE	52
ZÁVĚR	53
ANOTACE	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENY	55
SEZNAM ZKRATEK	58
SEZNAM GRAFŮ	59
SEZNAM TABULEK	60
PŘÍLOHY	61

Úvod

Každý máme zdraví na prvním místě. Přejeme si navzájem hodně zdraví modlíme se za zdraví své a ostatních lidí, ale málo kdo přemýšlí, jak o své zdraví pečovat. O tom, jak, je důležité nemocím předcházet a včas je odhalit.

Je popisováno, že jen 10 - 15 % zdraví ovlivní zdravotnické služby, 10 – 15% připadá na biologické faktory, do nichž spadá věk, genetický základ, pohlaví a jiné. Zbývající procenta připadnou na ovlivnění zdraví námi a životním prostředím. Prostředí, ve kterém bydlíme, to jak se staráme o své zdraví, spolu úzce souvisí. Přesto stačí tak málo, abychom ovlivnili své zdraví.

Prevence není jen pojem, který patří do zdravotnictví, ale prolíná se i do dalších oborů.

Dříve jsme toho o prevenci mnoho neslychali, mnoho jsme o ní nevěděli, a proto jsme si mysleli, že není důležitá. Až časem se ukázalo, jak moc je prevence důležitá. Na toto téma bylo provedeno již několik studií, ve kterých se ukázalo, že prevence je levnější než samotná léčba.

Nijak neovlivníme svůj genetický základ, ani své pohlaví či krevní skupinu, ale svým chováním a změnou postojů a názorů můžeme ovlivnit své zdraví.

Touto prací bych chtěla ukázat, jak jsou preventivní prohlídky u lékaře důležité, co vše je její součástí. Neboť i jeden jediný záchyt nemoci ze sta lidí je významným přínosem pro včasnou léčbu a následnou kvalitu života nemocného.

Hlavní cíle práce

1. Zjištění počtu preventivních prohlídek u praktického lékaře a porovnání mezi dvěma ordinacemi.
2. Utvrzení o významu preventivních prohlídek.
3. Dle vyhodnocených pozitivních symptomů stanovení 2 edukačních plánů.

1. Teoretická část práce

1.1 Prevence jako součást zdravotní péče

Prevence je souhrn opatření, metod a prostředků k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemocí a prodloužení aktivního života.

1.2 Rozdělení prevence

Prevence se dělí na primární, sekundární, terciální.

1.2.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je posilování zdraví, zabránění vzniku nemocí, zvyšování zdravotnického uvědomění obyvatelstva, aplikací zdravotně výchovných metod, zvyšováním odolnosti, hygienická opatření a jiné.

(Vožehlová, 1994)

1.2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá včasné diagnostice, včasné a účinné léčbě. Patří sem screeningová vyšetření, dispenzarizace, preventivní prohlídky (Vožehlová, 1994).

1.2.3 Terciální prevence

Terciální prevence začíná současně se sekundární prevencí. Jejím cílem je zabránit nebo snížit následky poruch zdraví, zapojit postiženého do aktivního života (Vožehlová, 1994).

Terciální prevence zahrnuje opatření po již proběhlé atace choroby (infarkt, cévní mozková příhoda, komplikace diabetu) a kryje se v podstatě se zásadami, uvedenými u sekundární prevence. Jako příklad může sloužit rehabilitační režim k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě, nebo komplexní péče o pacienty s diabetickou nohou. Jedná se zpravidla o pacienty, pro které existuje

jen omezená nabídka moderní medicíny, kteří nejsou pro specializovanou péči atraktivní, jsou nákladově drazí, a kterým péče praktického lékaře a jeho týmu může významně ovlivnit kvalitu života (Seifert, 2005).

1.3 Dispenzární péče

Velice účinnou metodou prevence je dispenzární péče tzv. dispenzarizace. Ta spočívá v aktivním vyhledávání a sledování osob nemocných a ohrožených na zdraví, v jejich komplexním vyšetření, a soustavném monitorování jejich zdravotního stavu.

Tato péče se poskytuje skupinám osob zdravých (ohrožených na zdraví) např. těhotným ženám, dětem do jednoho roku života, pracujícím v rizikových provozech. Dispenzární péče se dále poskytuje vybraným skupinám osob nemocných : např. diabetikům, nemocným s hypertenzí, srdečními vadami, tbc , nádory, vředovou chorobou a dalšími nemocemi (Vožehová, 1994).

Preventivní lékařství je samostatným oborem. Prevence, ale není zvláštním oborem medicíny, ale je integrální součástí poskytování lékařské péče. V případě poskytované péče praktickým lékařem to znamená, že každá konzultace může být příležitostí k intervenci ve smyslu primární nebo sekundární prevence, a při každé konzultaci hodnotí praktický lékař individuální riziko závažného onemocnění pacienta, vztahné k problému, který prezentuje (Seifert, 2005).

1.4 Světová zdravotnická organizace

O šíření prevence se velice zasloužila světová zdravotnická organizace, vytvořením svých koncepcí a programů.

Světová zdravotnická organizace

World Health Organization, WHO

Založena z rozhodnutí mezinárodní zdravotnické konference v New Yorku 22.7.1946, kdy zástupci 61 států podepsali její stanovy. Současně byla vytvořena prozatímní komise (WHO Interim Commission), zabývající se mezinárodními zdravotnickými problémy: WHO zahájila práci 7.4.1948, kdy 26 členských zemí ratifikovalo její stanovy (tento den se každoročně slaví jako Světový den zdraví) (Vožehová, 1994).

Koncepce základní primární péče byla deklarována na konferenci v Alma – Atě v roce 1978.

Jde o nezbytně nutnou péči založenou na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech. Je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám a to za cenu, kterou si společnost a stát mohou dovolit na určitém stupni svého rozvoje v souladu s vlastním pojetím, odpovědností a sebeurčením. Je integrální součástí zdravotnictví, jehož je hlavním článkem a metodou, ale i součástí celkového sociálního a ekonomického rozvoje společnosti. Je první linií kontaktu jednotlivce, rodiny a veřejnosti se zdravotnictvím, které přibližuje péči o zdraví co nejvíce k bydlišti a k pracovišti. Základní (primární) zdravotní péče je současně základním článkem péče o zdraví.

Jednou ze složek koncepce je prevence.

Prevenici v základní (primární) péči a podporu zdraví charakterizují přístupy, jimž se celá společnost snaží dosáhnout zlepšení zdravotního stavu populace. K tomu lze využít celou řadu opatření, kde patří zejména:

- **Zdravotní politika státu**
- **Výchova ke zdravému způsobu života**
- **Komunitní programy zaměřené na zlepšení podmínek pro zdravý způsob života a motivující k němu občany.**

➤ **Vyhledávání lidí se zvýšenými riziky a v asymptomatickém stádiu onemocnění a péče o ně**

Preventivní strategie může být cílená na celou populaci, jednotlivé komunity nebo jednotlivce. Po celosvětových zkušenostech z minulých let dochází v současné době k odklonu od široce založených populačních programů. Účinná prevence musí být směřována na jasně definovaná zdravotní rizika a onemocnění a na skupiny lidí, kteří jsou jimi ohroženi. Ideálními prostředníky pro poskytování preventivních služeb jsou praktičtí lékaři a zdravotní sestry (Mastiliaková, 2003).

Zdraví je cennou hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie, i rehabilitace, zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Zdraví je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou v celé společnosti. I když důležitost dílčích opatření v oblasti zdravotnictví je nesporná, mnohé okolnosti, které výrazně ovlivňují zdraví, leží vně tradičně pojímaného rezortu zdravotnictví. V této současnosti je důležité si uvědomit jednotlivé determinanty zdraví a jejich podíl na jeho ovlivnění. I když se jejich vliv může časem poněkud měnit, např. nově se v souladu s WHO uvádí zcela nesporný vliv socio-ekonomických podmínek na zdraví jednotlivce, zcela ve shodě všech studií a statistických analýz je největší vliv přisuzován způsobu života. Hovoří se o 50 – 60 % podílu na celkovém zdraví (Seifert, 2005).

1.5 Nejzávažnější rizika

Nejzávažnějšími riziky způsobu života jsou kuřáctví, energeticky nadměrná a nevhodně složená výživa, nízká pohyblivá aktivita, vysoký výskyt situací vedoucích k psychickým tensím a stresům, zneužívání alkoholu, léků drog, rizikové sexuální chování, rizikové chování vedoucí k úrazům a do určité míry i nezájem o informace a návody o zdravém způsobu života.

Tyto rizikové faktory jsou faktory, které může člověk ovlivnit svým chováním.

Jsou to faktory, které se dají ovlivnit výchovou, edukací, větší celosvětovou osvětou.

Dále zdraví podmiňuje životní prostředí, včetně prostředí pracovního. Jeho podíl na výsledném zdravotním stavu se odhaduje na 20 %. Obdobný podíl je však přisuzován i zdravotní péči, tedy 20 %. Přestože vývoj nových technologií a léčiv umožňuje lepší diagnostické a terapeutické možnosti a zlepšuje tak výrazně prognózu nemocných, vliv samostatného zdravotnictví je ve svém dosahu limitován. Pro úplný výčet determinant je nutné jmenovat genetickou výbavu danou každému jedinci (podíl pouze 1 – 5 %) a dále neopominutelný vliv socio – ekonomických podmínek na zdraví jednotlivce (Seifert, 2005).

Toto jsou faktory, na jejichž ovlivnění se člověk nepodílí či jen z části, jako je tomu u životního prostředí. Každý z těchto rizikových faktorů vede ke vzniku závažných chorob. Nemoci oběhové soustavy jsou nejen nejčastější příčinou smrti, ale i nejčastější příčinou hospitalizace. V České republice způsobují přes polovinu všech úmrtí a přes poměrně ustálený trend úmrtnosti v posledních čtyřech letech měli v roce 2003 za následek 58 tisíc zemřelých (26 tisíc mužů a 32 tisíc žen). Nemocnost ve stejném období, měřená počtem dispenzarizovaných pacientů, mírně vzrůstala. Z důvodu nemocí oběhové soustavy bylo pod stálým dohledem u praktického lékaře 2,5 mil.osob, tj. každý čtvrtý občan ČR, téměř polovinu (43 %) tvořily osoby starší 64 let. Nejčastější příčinou dispenzarizace byla hypertenzní nemoc (56 %), dále ischemická choroba srdeční (33 %) a cévní onemocnění mozku (11 %). Pro akutní infarkt myokardu bylo nově dispenzarizováno 16 tisíc osob, pro cévní onemocnění mozku téměř 28 tisíc osob. Nemoci oběhové soustavy jsou na prvním místě v počtu hospitalizovaných, v roce 2003 pobývalo s tímto zdravotním problémem v nemocnici 366 tisíc osob, mírně převažovali muži. Nemoci oběhové soustavy jsou druhou nejčastější příčinou přiznaných plných a částečných invalidních důchodů při daleko četnějším výskytu u mužů (Seifert, 2005).

Dalším velmi závažným, a tím i medicínsky a statisticky intenzivně sledovaným onemocněním, jsou zhoubné novotvary. Jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí a třetím nejčastějším důvodem hospitalizace (po nemocích oběhové soustavy a nemocích trávicí soustavy).

V roce 2003 zemřelo na novotvary 29 tisíc osob (16 tisíc mužů a 13 tisíc žen , od roku 2000 došlo ke zvýšení o 2,3 %. Nově hlášeno bylo téměř 32 tisíc zhoubných novotvarů u mužů a 31 tisíc u žen (6 % nárůst od roku 2000). Nejčastějším novotvarem u mužů i žen jsou zhoubné novotvary kůže, které mají vysokou dynamiku růstu, ale ve většině případů nízkou fatalitu. Dalším novotvarem u mužů byl zhoubný novotvar kolorekta, průdušek, plic a prostaty. U žen kromě zhoubného novotvaru kůže nejrozšířenějším novotvar prsu, kolorekta a těla a hrdla děložního.

Třetí nejčastější příčinou smrti jsou úrazy. V roce 2003 zemřelo téměř 7300 osob (dvakrát více mužů než žen) na následky vnějších příčin. Počet úmrtí na úrazy se proti předchozímu roku zvýšil o 7 %.

Z dalších civilizačních nemocí má rostoucí charakter také diabetes mellitus. S touto diagnózou se v roce 2003 léčilo již téměř 700 tisíc osob (315 tisíc mužů a 372 tisíc žen) a přes 600 na tuto diagnózu zemřelo. Proti roku 2000 došlo u nás k 5 % nárůstu počtu diabetiků, přičemž přibylo závažnějších forem onemocnění, kde nestačí léčba dietou, ale je třeba nasazovat antidiabetika (perorální antidiabetika – PAD a inzulin). Trvale vyšší zastoupení mezi diabetiky vykazují ženy (zhruba o 10 %) (Seifert, 2005).

1.6 Úloha praktického lékaře v preventivní činnosti

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebně – preventivní (sekundární prevence) péči o dospělé populaci, naopak praktické lékařství pro děti a dorost je nedílnou součástí hlavně primární péče. Je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně – ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství zahrnuje základní poznatky a praxi v různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových. Všeobecné praktické lékařství je také akademickou a vědeckou disciplínou se svou vlastní náplní vzdělávání, výzkumem, svými důkazy a klinickými aktivitami, klinickou specializací orientovanou na primární péči (Seifert, 2005).

Preventivní činnost je jednou z nejvýznamnějších činností praktického lékaře. Ve všeobecném lékařství se hranice mezi kurativou a prevencí prolínají a lékař může využít každého kontaktu s pacientem k intervenci ve smyslu primární nebo sekundární prevence, k edukaci zdravého životního stylu (Seifert, 2005).

Primární prevence je logickým výsledkem pozorování vztahu rizikových faktorů ke vzniku onemocnění. Tento vztah není ničím novým v dějinách lidstva a řada preventivních opatření byla prováděna dávno před vznikem pojmu prevence. Jsou často zakotvena v náboženstvích a také jsou předmětem nejrůznějších tabu kmenových společností. Měla totiž často teritoriální význam ve spojitosti s lokálním výskytem chorob, ale jejich porušení mohla vézt k rozsáhlým epidemiím.

Praktický lékař by měl pacientům poskytovat informace nutné k pochopení smyslu primární prevence, motivovat je ke zdravému způsobu života, pomáhat jim překonávat překážky, související se změnou životního stylu a podporovat vytváření plánů na zavedení změn. Do tohoto procesu by měl angažovat sestru i rodinné příslušníky, kdykoliv to bude možné. Měl by identifikovat a ovlivňovat zjištěné rizikové faktory kardiovaskulárních chorob, zejména kouření, nesprávnou výživu, nízkou pohybovou

aktivitu, nadváhu a obezitu, vysoký krevní tlak, poruchy lipidového mechanismu, diabetes mellitus a metabolický syndrom. Současně doporučená strategie primární prevence kardiovaskulárních chorob se opírá o stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika. U bezpříznakových osob s výrazně zvýšenými hodnotami jednotlivých faktorů (**celkový cholesterol více jak 8 mmol/l, LDL – cholesterol více jak 6 mmol/l, krevní tlak více jak 180/110 mm Hg) nebo diabetes mellitus 2. typu nebo diabetes mellitus 1. typu s mikroalbuminurií**, je absolutní kardiovaskulární riziko automaticky vysoké a hned by měla být zahájena příslušná preventivní opatření. U většiny bezpříznakových osob se rozhodnutí o zahájení preventivních a léčebných opatřeních a jejich intenzitě řídí podle absolutního kardiovaskulárního rizika. Jedinci s vysokým kardiovaskulárním rizikem by měli být co nejdříve rozpoznáni, vedeni k zásadním změnám životního stylu a měla by jim být poskytnuta příslušná farmakoterapie. Pro stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika se používá systém SCORE (Systematic Coronary risk Evaluation). Zahrnuje hodnocení pohlaví, věku, stavu kuřák/nekuřák, systolického krevního tlaku, a hodnoty plazmatické koncentrace celkového cholesterolu nebo poměr cholesterol/HDL-cholesterol. Tabulky systému SCORE vycházejí z českých epidemiologických dat. Absolutní kardiovaskulární riziko se určuje jako pravděpodobnost smrtelně aterosklerotické kardiovaskulární příhody v příštích 10 letech nebo do věku 60 let. Vysoké kardiovaskulární riziko je definováno jako pravděpodobnost výskytu smrtelné kardiovaskulární příhody v příštích 10 letech nad 5% (Seifert, 2005).

Osobám s nízkým kardiovaskulárním rizikem poskytujeme rady, jak tento příznivý stav udržet. U osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem a u těch, které vysoké riziko dosáhnou ve věku do 60 let života, hned zahájíme preventivní opatření a léčbu (Seifert, 2005).

1.7 Primární a sekundární prevence arteriální hypertenze

V primární prevenci arteriální hypertenze se uplatňuje dosažení ideální tělesné hmotnosti, omezení přívodu kalorií a tuků, omezení nadměrného přívodu sodíku a alkoholu (nad 30g/den), zvýšení fyzické aerobní aktivity. Zároveň intervenujeme i další rizikové faktory ICHS, např. kouření.

Sekundární prevence spočívá v časném odhalení nemocných s existující hypertenzí (cca 1/3 pacientů o své hypertenzi neví). Lze toho dosáhnout nikoliv širokými populačními akcemi, ale měřením TK při každé návštěvě v ordinaci kteréhokoliv lékaře a měřením TK u rizikových skupin (potomci rizikových hypertenzních rodin, diabetici.). Podle výsledků velkých metaanalýz účinná léčba významně přispívá ke snížení kardiovaskulární (o 16 %) a cerebrovaskulární mortality (až o 42 %). Léčba hypertenze příznivě ovlivňuje mikroalbuminurii a proteinurii u renálních komplikací esenciální hypertenze a u nemocných s diabetes mellitus zpomaluje pokles renálních funkcí (Seifert, 2005).

1.8 Možnosti praktického lékaře v oblasti primární prevence onkologických onemocnění

Možnosti praktického lékaře v primární prevenci nádorových onemocnění a v primární prevenci vůbec jsou omezené. Stěžejní návyky stravní a životního způsobu života získává každý již v dětství, zde nezastupitelnou roli hraje praktický lékař pro děti a dorost. Přesto existují podklady pro dietní poradenství a ovlivňování životního stylu našich pacientů, které jsou obecně přijímány jako zásady snižující riziko nádoru. Patří mezi ně zvýšení vlákniny ve stravě, omezení podílu živočišných tuků, omezení spotřeby červeného masa a omezení konzumace alkoholu, nekuřáctví, udržování ideální váhy a zavedení režimu pravidelné stolice, pohyb a cvičení a ochrana před nadměrným sluněním.

U některých opatření primární prevence je předpokládán obecný dopad, některá jsou specifická pro určitou lokalizaci nebo typ nádoru jako např. slunění u nádoru kůže.

Do oblasti kde se studují možné primárně preventivní efekty, patří snížení rizika rakoviny střev po podávání kyseliny acetylsalicylové nebo nesteroidních antirevmatik (s přihlédnutím k jejich dalším kontraindikacím) a snížení rizika rakoviny žaludku po eradikaci *Helikobacter pylori*.

Rakovina je onemocněním z poruch genomu, a proto její primární eliminace je v nedohlednu. Z uvedeného vyplývá, že se lékaři musí soustředit na včasný záchyt a sekundární prevenci nádorů (Seifert, 2005).

1.9 Možnosti praktického lékaře v oblasti sekundární prevence onkologických onemocnění

Sekundární prevence zahrnuje včasný záchyt a ovlivňování již vzniklého onemocnění. Záchyt časných stádií nádorů a prekanceróz významně ovlivňuje perspektivu nemocných, jak z hlediska 5letého přežití, tak z hlediska kvality života. Příkladem sekundární prevence je u nás velice dobře rozběhnutý program screeningu nádoru tlustého střeva a konečníku.

První, tzv. Český screeningový program“ se uskutečnil v letech 1985-1991 a zahrnul 109 000 jedinců. Pozitivita činila 2,9 % (Holubec, 2004).

Na základě studií byl zahájen 1.července 2000 program TOKS – kolonoskopie. TOKS na bázi guajakové pryskyřice provádějí praktičtí lékaři a osoby s pozitivním TOKS jsou odesílány ke kolonoskopii na gastroenterologické pracoviště. Podle údajů všeobecné zdravotní pojišťovny se počet provedených testů na okultní krvácení oproti roku 2000 v roce 2005 zvýšil z 13 716 na 239 795 (Kompendium ambulantní medicíny, 2007).

Sekundární prevence vyžaduje dobrou spolupráci lékaře a jeho pacienta a vnější podporu obou.

Praktický lékař by měl vychovávat pacienty v tom smyslu, aby věnovali pozornost varovným známkách, jako jsou nehojící se nebo krvácející eflorescence na kůži, rezistence neznámého původu, neustupující chrapot nebo kašel, změny v pasáži moči a stolice, krve se stolicí nebo v moči, trvalá bolest, nevysvětlitelný úbytek hmotnosti.

Praktický lékař by měl pacientům vysvětlit význam cílených preventivních činností, jako jsou vyšetření kůže, cytologie čípku, vyšetření prsou, vyšetření konečníku, vyšetření stolice na okultní krvácení, vyšetření moči a dalších laboratorních markerů, a v rámci své preventivní činnosti také vyšetření, které jsou v jeho kompetenci, provádět.

Riziko výskytu vzniku nádorů v populaci se mění s věkem. Kromě toho lze u některých konkrétních nádorů identifikovat hereditární a familiární vazby a další okolnosti, které mění asymptomatickou populaci na vysoce rizikovou, a na populaci s průměrným (nízkým) rizikem. Vysoce rizikové osoby jsou nebo by měli být zařazeny do dispenzárních programů vedených specialisty (Seifert, 2005).

Role praktických lékařů zde spočívá:

- *v podílu na vyhledávání těchto osob,*
- *ve sdílení péče o tyto osoby s příslušným specialistou,*
- *v kontrole dispenzárních programů (pacienta, specialisty).*

Příkladem jsou ženy se zvýšeným rizikem nádoru prsu, pacienti s kožními prekancerózami, příbuzní 1. stupně pacientů s nádory tlustého střeva atd.

Pro osoby s průměrným rizikem jsou určeny pravidelné preventivní prohlídky, jejich součástí je onkologická prevence a depistážní onkologické programy. Obsah preventivní prohlídky je dán vyhláškou MZ ČR. Kromě anamnézy, která by měla obsahovat i cílené dotazy popsané výše, se onkologická prevence skládá z fyzikálního vyšetření, zejména vyšetření kůže, vyšetření prsou, varlat a konečníku. Pouhé digitální vyšetření per rektum je schopno odhalit nádor konečníku a současně zjistit hrubým odhadem velikost a tvar prostaty. Následovat by měla obecná i cílená preventivní intervence a poučení pacienta o vlastní nádorové sebekontrolě. Součástí je také laboratorní vyšetření. Od padesáti let v intervalu dvou let je součástí preventivních prohlídky depistáž rakoviny tlustého střeva a konečníku testem na okultní krvácení ve stolici. U žen je prováděn od 20 do 65 let ve tříletém intervalu screening rakoviny

děložního hrdla a od 45 let do 69 let každé dva roky mamografický screening rakoviny prsu. Tato vyšetření praktický lékař sám neprovádí, ale měl by je mít na zřeteli, aktivně své pacientky na vyšetření odesílat a výsledky zaznamenávat v dokumentaci (Seifert, 2005).

I preventivní prohlídka s negativním onkologickým nálezem by měla vyústit ke kvalitativnímu hodnocení individuálního onkologického rizika, které vychází z anamnézy, životního způsobu a opatření se snižování tohoto rizika (Seifert, 2005).

1.10 Možnosti sekundární prevence u kardiovaskulárních chorob

Podíl kardiovaskulárních chorob na celkové úmrtnosti činil v roce 2002 v České republice 48,9 % u mužů a 55,3 % u žen. Nejčastější manifestace aterosklerózy jsou ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární ischemická choroba nebo ischemická choroba dolních končetin. Při klinicky manifestním postižením jedné části tepenného řečiště je vysoká pravděpodobnost postižení tepen i v jiné lokalizaci. Nemocní již diagnostikovaným aterosklerotickým onemocněním jsou prioritní skupinou pro preventivní intervence. Jde o režimová opatření v nejširším slova smyslu: zanechání kouření, dodržování zásad zdravé výživy, přiměřená pohyblivá aktivita, kontrola tělesné hmotnosti, případná rekvalifikace a změna zaměstnání, ovlivnění chování, zejména soutěživosti, příznivé sociální zázemí. Medikamentózní léčba zahrnuje antiagregancia, hypolipidemika, antihypertenziva (Seifert, 2005).

1.11 Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci, včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů.

Cílem závodně preventivní péče je předcházet nemocím související s prací, tedy nemocem, které vlivem pracovních podmínek vznikají nebo se v souvislosti s výkonem práce zhoršují.

Do první skupiny nemocí patří onemocnění, která prokazatelně vznikají v přímé příčinné souvislosti s výkonem práce v konkrétních pracovních podmínkách. Jinak řečeno s příčinou nemoci se prokazatelně setkáváme výlučně při výkonu práce (např. volný oxid křemičitý), nebo příčina nemoci se při výkonu práce vyskytuje v takové míře, která vysoce převažuje možnost jejího působení v běžném životě (kontakt s infekčním onemocněním u zdravotnického pracovníka). Do této skupiny patří pracovní úrazy a nemoci z povolání. Úkoly v prevenci těchto onemocnění jsou právě z důvodu známé příčiny nemocí snažší zejména proto, že preventivní onemocnění lze směřovat pouze k výkonu práce. Při prevenci lze pak aktivně využívat principy kolektivní, tak i individuální prevence.

Prevence onemocnění, která náleží *do druhé skupiny* nemocí související s prací, je podstatně složitější. Důvodem toho je skutečnost, že se převážně jedná o onemocnění, na jejichž vzniku se podílí několik příčin, a současně se ve většině jedná o onemocnění, o kterých stále ještě nemáme dostatek znalostí, neboť jejich příčiny zjišťujeme až s postupným vědeckým pokrokem.

Závodní preventivní péče má zásadní význam v prevenci v dané oblasti. Jejím úkolem je nejenom aktivně vyhledávat počínající onemocnění, ale též vyhledávat při výkonu práce taková chování a zvyklosti, která se podílejí na vzniku nebo negativním vývoji onemocnění.

Dalším úkolem je pak upozornit na zjištěné skutečnosti a doporučit jejich nápravu nejenom zaměstnavatele, ale vhodným způsobem i zaměstnance (Seifert, 2005).

1.11.1 Úkoly závodní preventivní péče lze rozdělit do několika částí.

1. ***Odborná poradenská činnost***, která zpravidla završuje činnost závodní preventivní péče, je poradenství, a to zejména:

- v otázkách hygieny práce, fyziologie a psychologie práce, ergonomie, toxikologie,
- při přípravě návrhů na zařazení prací do příslušných kategorií
- při stanovení a kontrole obsahu lékárniček první pomoci a jejich umístění a školení zaměstnanců v oblasti první pomoci a jejich ochrany zdraví při práci,
- při úpravách pracovních míst, včetně míst pro zaměstnance se změněnou pracovní schopností,
- při stanovení režimu práce a odpočinku a výkonných norem,
- při projektování, výstavbě a rekonstrukci pracovišť a dalších podnikových zařízení
- při zavádění nových technologií, látek a postupů, a to z hlediska jejich vlivu na životní a pracovní prostředí, při výběru technických, technologických a organizačních opatření proti nepříznivým účinkům vlivu práce na zdraví zaměstnanců,
- při výběru osobních ochranných pracovních prostředků, při zpracování havarijních plánů, nebo v souladu se zákoníkem práce poradenství při
- stanovení systému poskytování první pomoci a zajištění školení zdravotníků.

2. ***Dohled nad pracovními podmínkami a dynamikou jejich vývoje.***

Dohled obsahuje zejména :

- provádění pravidelného dohledu na pracovištích za účelem zjišťování a ověřování zdravotní náročnosti práce na jednotlivých pracovních místech,
- vyhledávání nesprávně upravených pracovních míst a nevhodných pracovních návyků zaměstnanců,

- vyhodnocování expozice zaměstnanců škodlivinám v pracovním procesu
- zjišťování podkladů k přípravě návrhů na zařazení prací do příslušných kategorií, popř. návrhů na jejich přehodnocení,
- dohled ve stravovacím provozu a dalších zařízeních podniku.

3. Dohled nad zdravím zaměstnanců a jeho vývoj

Právě tato část je důvodem, pro který je závodní preventivní péče vyloučena ze svobodné volby lékaře (§ 9 zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, § 11 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

Dohled nad zdravím zaměstnanců obsahuje zejména provádění:

- *lékařských preventivních vstupních, periodických, řadových, mimořádných a výstupních prohlídek* zaměstnanců za účelem posouzení způsobilosti k práci v konkrétních pracovních podmínkách, vydávání lékařských posudků o zdravotní způsobilosti k práci. Rozsah vyšetření při zdravotních prohlídkách obecně vyplývá z § 10 odst. 2 a 3 směrnice MZ č. 49/1967 věst. MZ ČSR, o posuzování zdravotní způsobilosti k práci, a odvíjí se jednak od kvality zdraví posuzovaného zaměstnance, jednak od náročnosti podmínek výkonu práce,
- *klinických studií* – skupinových vyšetření, jejichž cílem je hodnocení zdravotního stavu mimo termíny závodních prohlídek, popř. hodnocení pomocí vyšetření, která nejsou součástí z hlediska ochrany zdraví nezbytná, nicméně mohou významně přispět k podpoře zdraví a tím stabilizaci pracovního kolektivu.

Rozdíl mezi závodními preventivními prohlídkami a preventivními prohlídkami prováděnými podle § 29 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, které jsou poskytovány s využitím svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení, jejich provádění zaměstnavatel nemůže ovlivnit. Rozdílný je i obsah závodních preventivních prohlídek a preventivních prohlídek prováděných registrujícími praktickými lékaři (§ 18 odst. 3. Zákona č. 48/1997 Sb.) za účelem zhodnocení zdravotního stavu. Jejich obsah je zaměřen na včasné zjištění závažných onemocnění a je taxativně vymezen

vyhl.č. 56/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (Seifert, 2005).

1.11.2 Rozdělení závodních preventivních prohlídek

➤ *Vstupní prohlídka*

Vstupní prohlídka, která se provádí vždy před zařazením zaměstnance k práci, ne tedy pouze v případě přijetí nového zaměstnance, ale též v případě jeho převedení na jinou práci nebo na stejnou práci ale za jiných podmínek. Vzhledem k předpokladu dlouhodobosti výkonu práce a zvýšené náročnosti výkonu nové práce v nových podmínkách jsou posudková kritéria vždy nejpřísnější a tato prohlídka nejnáročnější.

➤ *Periodická prohlídka*

Periodická prohlídka, která se provádí v termínech předem stanovených obecně závazným předpisem nebo rozhodnutím orgánu ochrany veřejného zdraví. Termíny jsou stanoveny na dobu, ke které lze důvodně předpokládat změny zdravotního stavu vlivem práce vykonávané v určitých podmínkách, nebo v souvislosti se stárnutím organismu a tím ztrátou požadované kvality zdraví. Pokud není nová prohlídka provedena ve stanoveném termínu, který se váže ke dni provedení poslední závodní prohlídky, stává se zaměstnanec k výkonu práce zdravotně nezpůsobilým.

➤ *Mimořádná prohlídka*

Mimořádná prohlídka, která se provádí v případech, kdy v souvislosti s kvalitou zdraví je potřebné zkrátit termín další periodické prohlídky nebo v případech, kdy provedení prohlídky nařídí příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (§ 84 odst. 1 písm. v zák. č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů), nebo v případech uvedených v § 13 odst. 4 a § 14 odst. 2 směrnice č. 49/1967 věst. MZ , kdy si ji může vyžádat i zaměstnavatel

➤ ***Řadová prohlídka***

Řadová prohlídka, která se provádí u zaměstnanců u kterých nejsou předepsány prohlídky periodické, a to jedenkrát za 5 let, resp. u osob starších 50 let jedenkrát za 3 roky

➤ ***Výstupní prohlídka***

Výstupní prohlídka, která by měla být provedena vždy v souvislosti s ukončením práce v konkrétních podmínkách, tedy i v případě převedení na jinou práci u téhož zaměstnavatele. Jejím účelem je zjištění zdravotního stavu při ukončení výkonu práce v konkrétních podmínkách. Obsah prohlídky by měl být minimálně stejný jako u prohlídky periodické. V závěru prohlídky se neprovádí posouzení zdravotního stavu k výkonu práce, ale zaměstnavateli se podává písemná informace o tom, že byla prohlídka provedena (Seifert,2005).

1.12. Úloha zdravotního pojištění a legislativy v preventivní činnosti praktického lékaře

Zákon č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění platných vyhlášek

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

§ 13

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a zdravotní péče uvedená v odstavci 3.

(2) Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (dále jen "hrazená péče") zahrnuje:

- a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče
- b) o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),
- b) pohotovostní a záchrannou službu,
- c) **preventivní péči,**
- d) **dispenzární péči,**
- e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),
- f) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- g) potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- h) lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- i) **závodní preventivní péči,**
- j) dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- k) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- l) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- m) dopravu odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4),
- n) posudkovou činnost,
- o) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy

Primární zdravotní péče

§ 20

(1) Primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař.

(2) Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Předchozí registrující lékař je povinen novému registrujícímu lékaři tyto informace předat písemně. Nový registrující lékař seznámí pojištěnce při převzetí do péče s plánem preventivních prohlídek podle § 29.

(3) Registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce; praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost je povinen zajišťovat pro registrované pojištěnce též návštěvní službu.

Preventivní péče

§ 29

(1) V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař, není-li ze zdravotnické dokumentace pojištěnce zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v dále uvedených lhůtách v požadovaném rozsahu preventivní prohlídky vyšetřen.

(2) U pojištěnců se provádí preventivní prohlídka:

a) v prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispenzární péče,

b) v 18 měsících věku,

c) ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky.

(3) V oboru stomatologie se provádí preventivní prohlídka:

a) u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,

b) u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,

c) u dospělých jedenkrát ročně.

(4) V oboru gynekologie se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje patnáctým rokem věku jedenkrát ročně.

(5) Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Závodní preventivní péče § 35

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů. m jejich registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař.

(2) Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Předchozí registrující lékař je povinen novému registrujícímu lékaři tyto informace předat písemně. Nový registrující lékař seznámí pojištěnce při převzetí do péče s plánem preventivních prohlídek podle § 29.

Hrazená péče zahrnuje:

- a)** zdravotní výkony provedené v rámci první pomoci;
- b)** periodické preventivní prohlídky zaměstnanců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, zaměstnanců na rizikových pracovištích, zaměstnanců, jejichž činnost může ohrozit zdraví ostatních zaměstnanců nebo jiných osob, a zaměstnanců, u nichž je vyžadována zvláštní zdravotní způsobilost, v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem;
- c)** mimořádné prohlídky nařízené ze zdravotních důvodů;
- d)** dispenzární prohlídky osob s hlášenou nemocí z povolání a osob, u kterých vlivy pracovních rizik působí i po ukončení expozice riziku.

(www.vzp.cz)

Vyhláška MZ ČR č. 56/1997 Sb. stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v souladu s platným zněním vyhlášky č. 183/2000 Sb. a novelizace č. 372/2002

Preventivní prohlídka je celkovým vyšetřením, na které přicházíte jedenkrát za dva roky (nejdříve však 23. měsíc po provedení poslední preventivní prohlídky), a to i když nemáte zdravotní obtíže. Její součástí je anamnéza, kdy praktický lékař pro dospělé cílenými dotazy na onemocnění v rodině, na vaše dřívější onemocnění, vaše pracovní zatížení a životní návyky zjišťuje předpokládaná zdravotní rizika. Kontroluje očkování proti tetanu. Dále lékař provádí vlastní vyšetření pohledem na kůži a sliznice, např. spojivky. Dívá se na jazyk, do hrdla, pohmatem vyšetří štítnou žlázu a hlavní skupiny uzlin. Poklepem a poslechem vyšetřuje srdce a plíce, spočítá tep a změří krevní tlak, prohmatá břicho, zjišťuje bolestivost v oblasti ledvin, stav žil a tepen na dolních končetinách, zváží vás nebo i změří, orientačně vyšetří sluch a vidění. Povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence. Lékař provede vyšetření moči, konečníku, varlat a prsů, spolu s poučením o nutnosti způsobu samovyšetřování.

- Od 40 let se provádí vyšetření EKG (v čtyřletých intervalech).
- V 18, 40, 50 a 60 letech lékař zařídí provedení vyšetření cholesterolu a tukových látek v krvi.
- Od 45 let se provádí i kontrola hladiny cukru v krvi v dvouletých intervalech.
- Od 50 let se provádí v intervalu dvou let preventivní vyšetření stolice na přítomnost krve, což může včas odhalit počáteční stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku.
- U žen ve věku od 45 do 69 let praktický lékař ověřuje, zda bylo v posledních dvou letech provedeno mamografické vyšetření. Pokud se tak nestalo, doporučuje jeho provedení na některém z akreditovaných pracovišť.

Výsledkem preventivní prohlídky jsou konkrétní závěry. V případě nálezu zajistí lékař poskytnutí potřebné odborné zdravotní péče. Je samozřejmé, že preventivní prohlídky jsou zaměřeny především na vyhledávání závažných onemocnění, která jsou předmětem zdravotních programů zaměřených např. na onemocnění srdce a cév, nádory, cukrovku, dále pak na onemocnění, která vyžadují zdravotní péči v rámci dispenzární péče a zachycují i nemocné s vzácně se vyskytujícími onemocněními, která vyžadují specializovanou péči.(www.vzp.cz)

1.13 Úloha sestry v preventivní činnosti praktického lékaře

Sestra praktického lékaře zajišťuje bezchybný a plynulý chod praxe, podmínky pro poskytování kvalitní péče, pomoci a podpory pacientům a plní další úkoly v oblasti organizační, odborné a administrativní. Pro splnění této nelehké role musí mít sestra nejen příslušnou kvalifikaci a praxi, ale také stejně jako lékař, potřebuje morálně volní vlastnosti. Kvalifikační nároky se budou v budoucnu zvyšovat. V současné době platí, že sestra pracující v ordinaci praktického lékaře nemusí mít Osvědčení o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání. Výkony, které provádí, jsou pak vždy pod dohledem lékaře.

1.13.1 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova je jedním z nejdůležitějších a nejnáročnějších úkolů sestry. Sestry jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků, která je v úzkém kontaktu a velmi častém kontaktu s veřejností. Proto mají velkou možnost působit na zdraví celého národa

(Česká asociace sester, 1997)

Možnosti zdravotní výchovy:

- Vydávání odborně garantovaných letákových a brožurovaných informací pro pacienty, článků v populárních časopisech odborné popularizované literatury,
- Pořádání odborně garantovaných pořadů v televizi rádiu,
- Edukační a informační využití internetu,
- Edukace pacientů a jejich rodin v nemocnicích a lékařských ordinacích,
- Komunitní programy zdravotní výchovy (Seifert, 2005)

Do budoucna bude nezbytné aby sestra zvládala aktivně jeden cizí jazyk, práci s počítačem, komunikaci přes internet, obsluhu přístrojů, používání nástrojů, využití a aplikaci kompenzačních pomůcek. Současně je nutné, aby měla přirozené organizační schopnosti a komunikační schopnosti pro zajištění bezproblémového chodu ordinace. Neméně důležité jsou i povahové a charakterové vlastnosti: vysoká úroveň empatie, flexibilita, loajalita a spolehlivost, které usnadní spolupráci s praktickým lékařem a přinesou spokojenost pacientům při kontaktu s ordinací (Seifert, 2005).

Výhodou v práci sestry v ordinaci praktického lékaře je úzký kontakt s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, velice dobrá znalost prostředí, ve kterém pacient žije. Další důležitou činností sestry v preventivní činnosti je edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků o rizicích a možnosti jejich omezování a to v oblasti jakou je například kouření, nevyvážená strava, tělesná hmotnost, alkohol, jiné toxikomanie, nedostatečná pohybová aktivita, stres, sluneční záření, rizikové sexuální chování, expozice karcinogenů v zaměstnání.

Podílí se na edukaci a podávání instrukcí ohledně samovyšetřování prsů, kůže, ústní dutiny. Podává informace při screeningových vyšetřeních stolice na okultní krvácení, mamografické vyšetření, screeningové vyšetření v rámci gynekologického vyšetření.

Nedílnou součástí je i administrativní činnost jako například zvaní k preventivním a dispenzárním prohlídkám, sledování termínů, vydávání vhodného informačního materiálu. K tomu, aby mohla sestra kvalitně edukovat pacienty a jejich rodinné příslušníky, je potřeba neustálé vzdělávání v nových možnostech léčby, rehabilitace, a zvyšování kvality života.

Sestra na základě nějakého problému sestaví edukační plán, podle kterého edukuje pacienta či celou rodinu (Seifert, 2005).

Edukační plán by měl obsahovat:

- Téma
- Anamnéza
- Edukační dg. - deficitní vědomosti
- Cíle: Kognitivní
 - Psychomotorický
 - Afektivní
- Organizace edukačního procesu

- Časová dotace
- Obsah
- Kdo bude edukován: P/K, rodinný příslušník
- Pomůcky
- Místo konání
- Zhodnocení edukačního plánu

(www.sestra.cz)

Právě proto by měly být v ordinaci praktického lékaře sestry, které jsou kvalifikované a mohou pracovat bez odborného dohledu.

I dnes nalezneme v některých ordinacích zaměstnance bez zdravotnického zaměření, kteří provádějí pouze administrativní činnost. Roli sestry přebírá lékař.

Sestry nejsou samozřejmě jedinými zdravotnickými pracovníky, jejichž povinností je mimo jiné vzdělávat obyvatele a podporovat jejich zdraví. Aby dosáhly svého cíle musí ve zdravotní výchově, musí být v této oblasti respektovány i dalšími profesními skupinami a pracovníky (Česká asociace sester, 1997).

Základní intervencí v možnosti prevence je systematická zdravotní výchova zaměřená na předcházení rizikům vycházejícím ze způsobu života, a na to všem se setra podílí. Je to například měření krevního tlaku, odběry, sledování váhy, EKG, vyšetření zraku, sluchu, apod.

1.14 Úloha pacienta v preventivní péči

Cílem zdravotního systému je co nejvíce podpořit zájem populace o prevenci a ochranu svého zdraví a v případě moci aktivně zapojit pacienta do léčebného procesu. K tomu je potřebná kontinuální a odborně garantovaná zdravotní edukace obyvatelstva. Kromě zajištění dostupnosti informací je třeba populaci motivovat ke zvýšení sebedpěče i dalšími metodami např. ekonomickou motivací. V současné době je dostatek informací o zdraví, jsme bohatě zásobeny různými letáky, články, brožurami, zdravotně – populárními knihami, televizní reklamou, pořady v televizi či rádiu. I kdybychom společnost zahrnuli dostupnou, odborně garantovanou zdravotní výchovou, můžeme si být jisti že části populace poskytované informace nebudou mít odezvu. Musíme proto hledat cesty, jak skupiny, v nichž nestačí výchova motivovat k zájmu o své zdraví (Seifert, 2005).

Sebedpěče ve zdraví zahrnuje podporu a ochranu zdraví a prevenci úrazů a nemocí. To je například zdraví životní styl, nekuřáctví, vhodná strava, pravidelná fyzická aktivita, udržování optimální váhy, prevence úrazů, zdraví sexuální život, prevence infekčních nemocí a podstoupení preventivního očkování, účast na doporučených preventivních prohlídkách apod. Tyto zásady představují významnou součást primární i sekundární prevence kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění a významně snižuje jejich riziko, případně riziko jejich komplikací. Hlavním nositelem sebedpěče v rodinách je obvykle žena (Seifert, 2005).

Žena je ta, která v rodinách obstarává nákupy, plánuje činnost, a proto dokáže v mnoha případech změnit životní styl rodiny a snížit tak rizika civilizačních chorob.

K motivování zájmu o své zdraví přistoupili někteří zaměstnavatelé v rámci zvýšení pracovní produktivity svých zaměstnanců. Hradí jim preventivní prohlídky, preventivní očkování, přispívají na jejich sportovní aktivity, pořádají pro ně zdravotní přednášky, investují do ochranných pomůcek apod. Tím tam přispívají o zvyšování péče o zdraví a tím prevenci různých onemocnění.

I aktivní zapojení pacienta do rozhodovacího procesu o léčbě, trpělivé vysvětlení podstaty nemoci a očekávaných léčebných výsledků a případné ohleduplné vysvětlení názorů zvyšuje jeho compliance a podporuje zájem o zdraví.

Prevence je oblast, která se u nás zanedbává. Změnila se role pacienta tím, že má právo více vědět, možnost rozhodování a aktivní zapojení do léčby, ale na druhé straně to znamená i více zodpovědnosti ze strany pacienta o své zdraví jako předcházení onemocněním, podrobování preventivních prohlídek, udržování správných zásad životního stylu. V žádném případě nemůže pacient spoléhat na to, že vše za něj vyřeší lékař, nebo pomůže nějaká pilulka. Možná by měl ten, který si své zdraví vědomě ničí, platit za zdravotní pojištění více, než ten kdo o zdraví pečuje (Seifert 2005).

2. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1. METODIKA

K získání potřebných informací bylo sběr dat z dokumentace od jednotlivých pacientů. Sběr dat byl zaměřen nejprve na počet pacientů a počet preventivních prohlídek provedených za období dvou let v ordinaci A a ordinaci B. Vyhodnocení preventivních prohlídek, záchyt patologií a porovnání mezi ordinací A a ordinací B.

Na základě sebraných a vyhodnocených statistických dat byly vytvořeny dva edukační plány.

K získávání dat byl použit program Amicus. Zpracování dat bylo provedeno programem Microsoft Excel.

2.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Ordinace A je soukromé nestátní zdravotnické zařízení, kde lékař pracuje jako zaměstnanec a je v ní zaregistrováno 1582 pacientů.

Ordinace B je nestátní zdravotnické zařízení, kde lékař je majitelem a je zde zaregistrováno 1630.

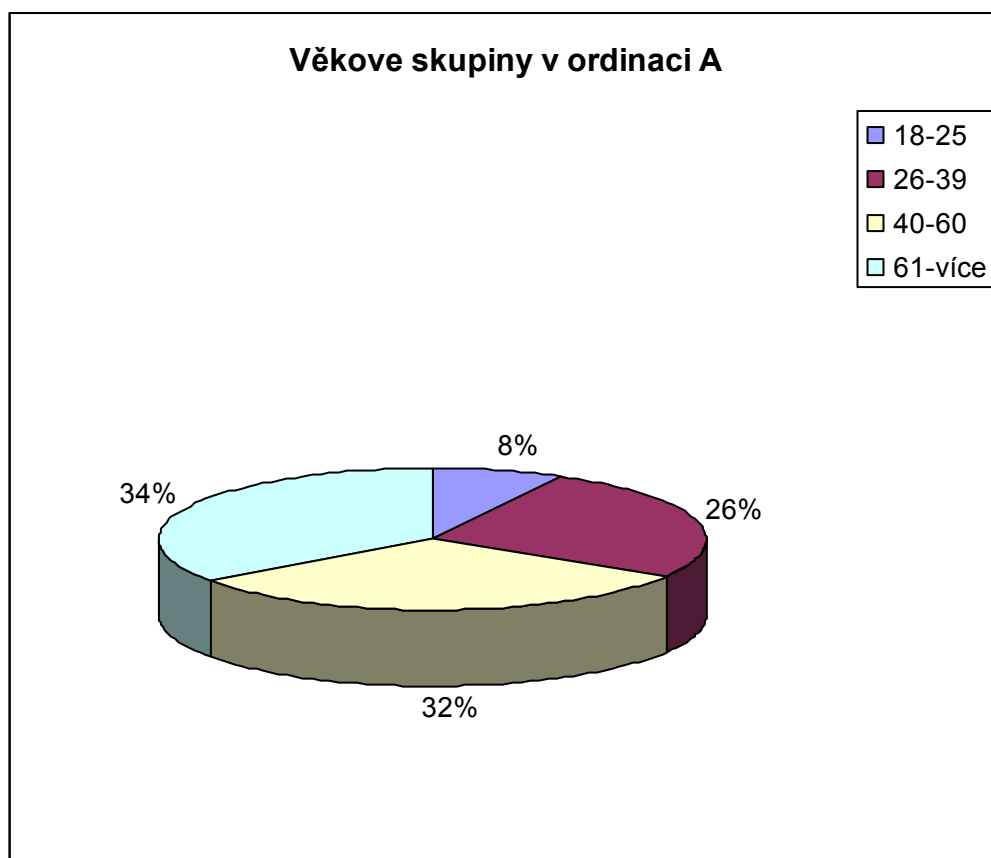
2.3 ROZDĚLENÍ VĚKOVÝCH SKUPIN V ORDINACI A

V ordinaci A bylo nevíce zastoupeno pacientů ve věkovém rozmezí 61 a více 34% a následně za ní ve věkové skupině 40 – 60 let 32% pacientů. Nejméně pacientů bylo zastoupeno ve věkové skupině 18-25 let 8%.

TAB č. 1 Rozdělení věkových skupin v ordinaci A

věkové skupiny	počet
18-25	122
26-39	408
40-60	499
61-více	553

GRAF č. 1 Rozdělení věkových skupin v ordinaci A



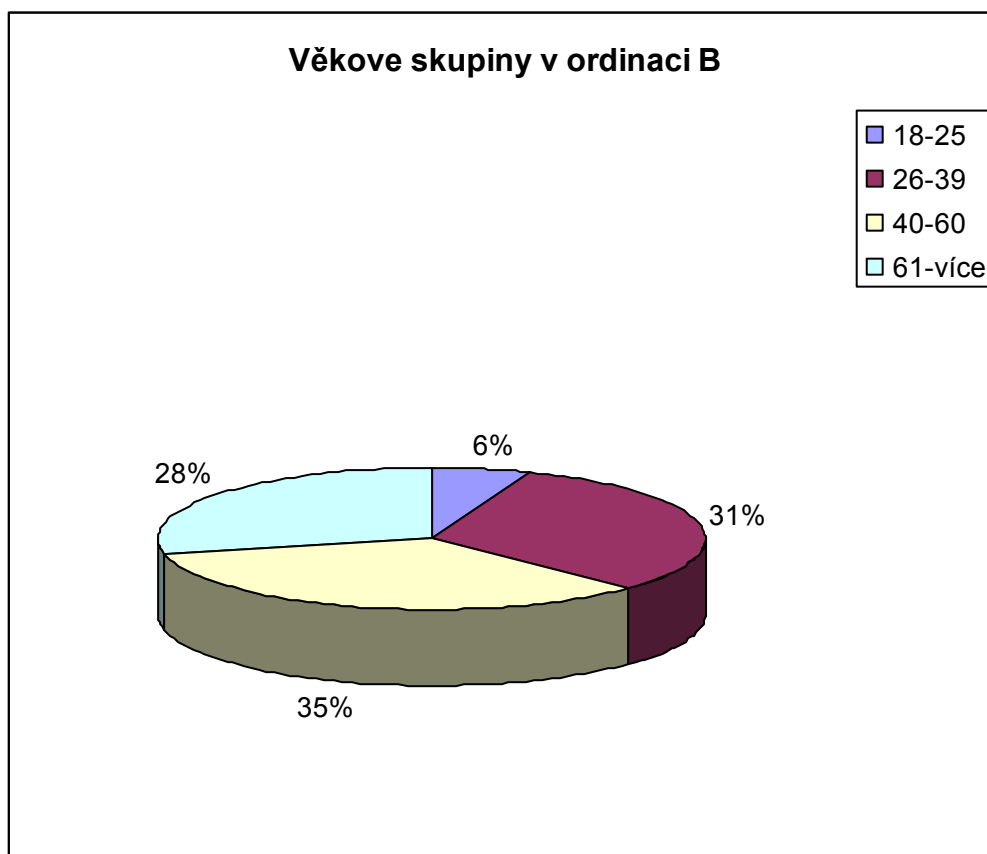
2.4 ROZDĚLENÍ VĚKOVÝCH SKUPIN V ORDINACI B

V ordinaci B bylo nevíce zastoupeno pacientů ve věkovém rozmezí 40-60 let 35% a následně za ní ve věkové skupině 26-39 let 31% pacientů. Nejméně pacientů bylo zastoupeno ve věkové skupině 18-25 let 6%.

TAB č. 2 Rozdělení věkových skupin v ordinaci B

věkové skupiny	počet
18-25	96
26-39	511
40-60	563
61-více	460

GRAF č. 2 Rozdělení věkových skupin v ordinaci B



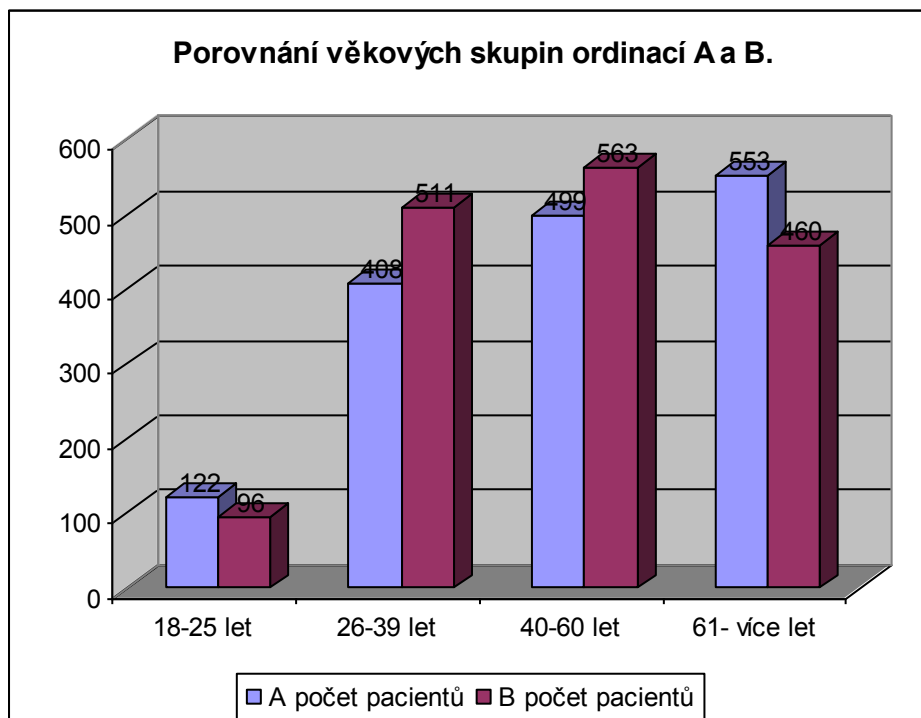
2.5 POROVNÁNÍ ROZDĚLENÍ VĚKOVÝCH SKUPIN A ZASTOUPENÍ V ORDINACI A A B.

V ordinaci A je nejvíce zastoupen počet pacientů v nejvyšší věkové kategorii 61 let a více, oproti tomu v ordinaci B je nejvíce zastoupen počet pacientů ve věkové skupině mladší, 40-60 let. V obou ordinacích je v nejmladší věkové skupině nejméně pacientů.

TAB č. 3 Porovnání rozdělení do věkových skupin a zastoupení v ordinacích A a B.

Ordinace	18-25 let	26-39 let	40-60 let	61- více let
A počet pacientů	122	408	499	553
B počet pacientů	96	511	563	460

GRAF č. 3 Porovnání rozdělených věkových skupin a jejich počtu ordinací A a B.



2.6 POROVNÁNÍ POČTU PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK MEZI ORDINACÍ A A ORDINACÍ B

V ordinaci A bylo provedeno od 1.1.2006 - 1.1.2008 281 preventivních prohlídek

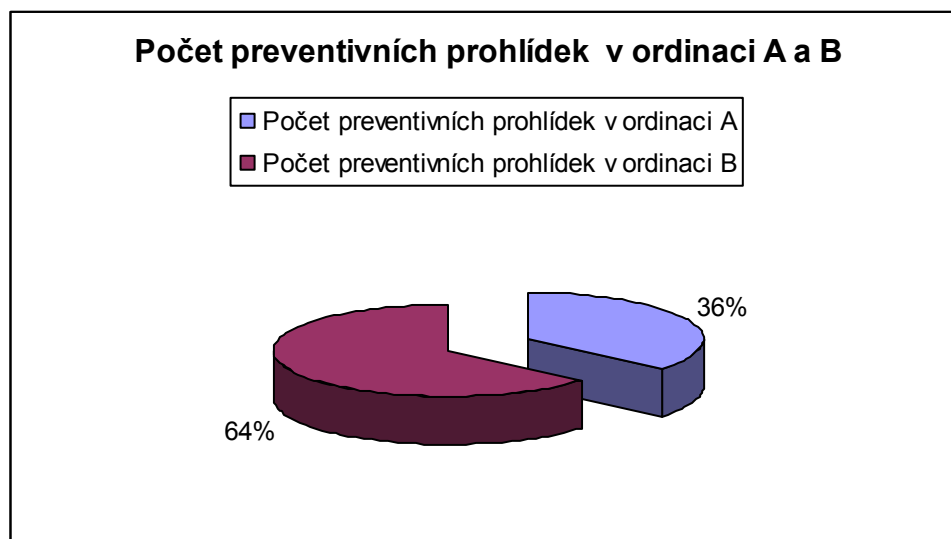
V ordinaci B bylo provedeno od 1.1.2006 - 1.1.2008 496 preventivních prohlídek

Nejvíce preventivních prohlídek bylo provedeno v ordinaci B 64 % , v ordinaci A bylo provedeno 34 % preventivních prohlídek.

TAB č. 4 Porovnání počtu preventivních prohlídek mezi ordinací A a ordinací B

Počet preventivních prohlídek v ordinaci A	Počet preventivních prohlídek v ordinaci B
281	496

GRAF č. 4 Porovnání počtu preventivních prohlídek mezi ordinací A a ordinací B



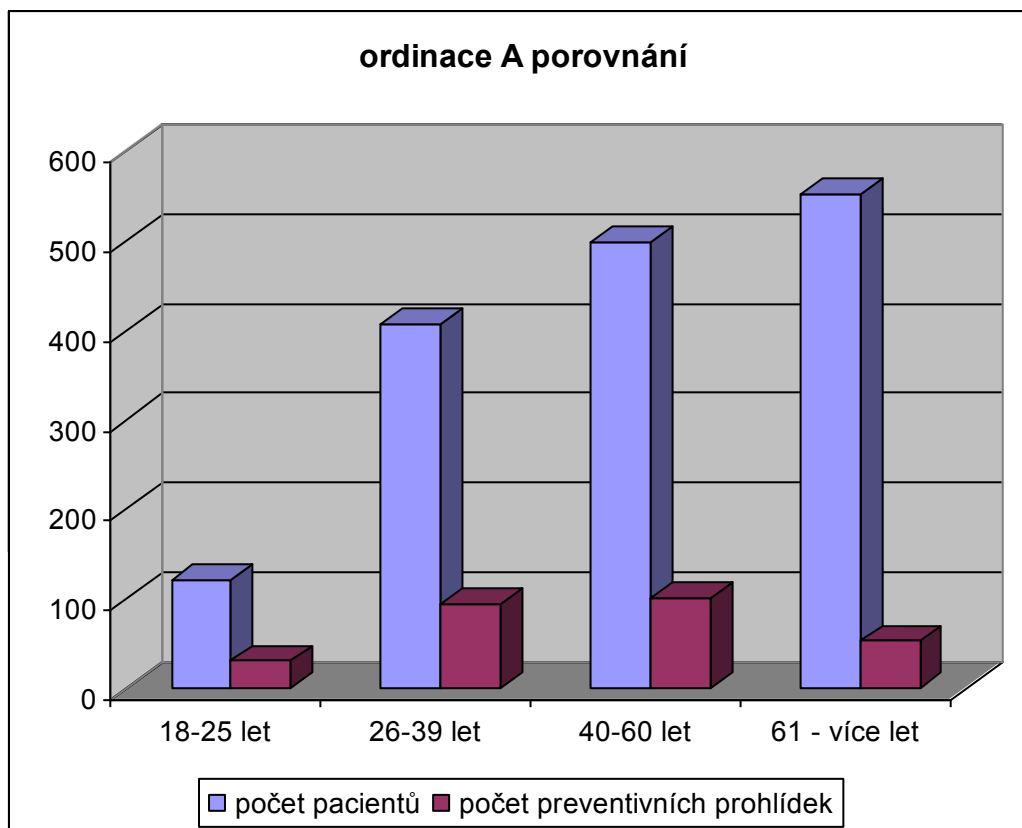
2.7 ROZDĚLENÍ PACIENTŮ V ORDINACI A DO ČTYŘ VĚKOVÝCH SKUPIN A POROVNÁNÍ S POČTEM PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK

V ordinaci A bylo nejvíce provedeno preventivních prohlídek ve věkové skupině 40 – 60 let , dále věkové skupině 26-39 let a nejméně v nejmladší věkové skupině 18-25 let.

TAB č. 5 V ordinaci A byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

Věkové skupiny	počet pacientů	počet preventivních prohlídek
18-25 let	122	31
26-39 let	408	95
40-60 let	499	102
61 - více let	553	53

GRAF č. 5 V ordinaci A byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek



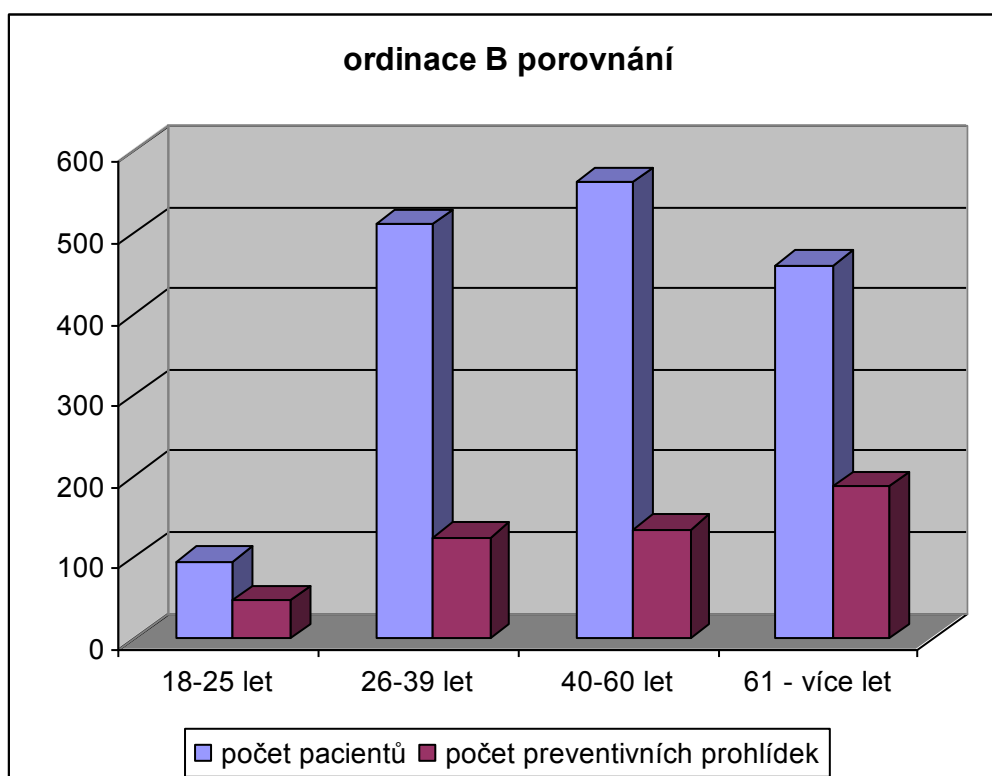
2.8 ROZDĚLENÍ PACIENTŮ V ORDINACI B DO ČTYŘ VĚKOVÝCH SKUPIN A POROVNÁNÍ S POČTEM PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK

V ordinaci B bylo nejvíce provedeno preventivních prohlídek ve věkové skupině 61 a více let, dále věkové skupině 40-60 let a nejméně v nejmladší věkové skupině 18-25 let.

TAB č. 6 V ordinaci B byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

Věkové skupiny	počet pacientů	počet preventivních prohlídek
18-25 let	96	48
26-39 let	511	125
40-60 let	563	135
61 - více let	460	188

GRAF č. 6 V ordinaci B byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek



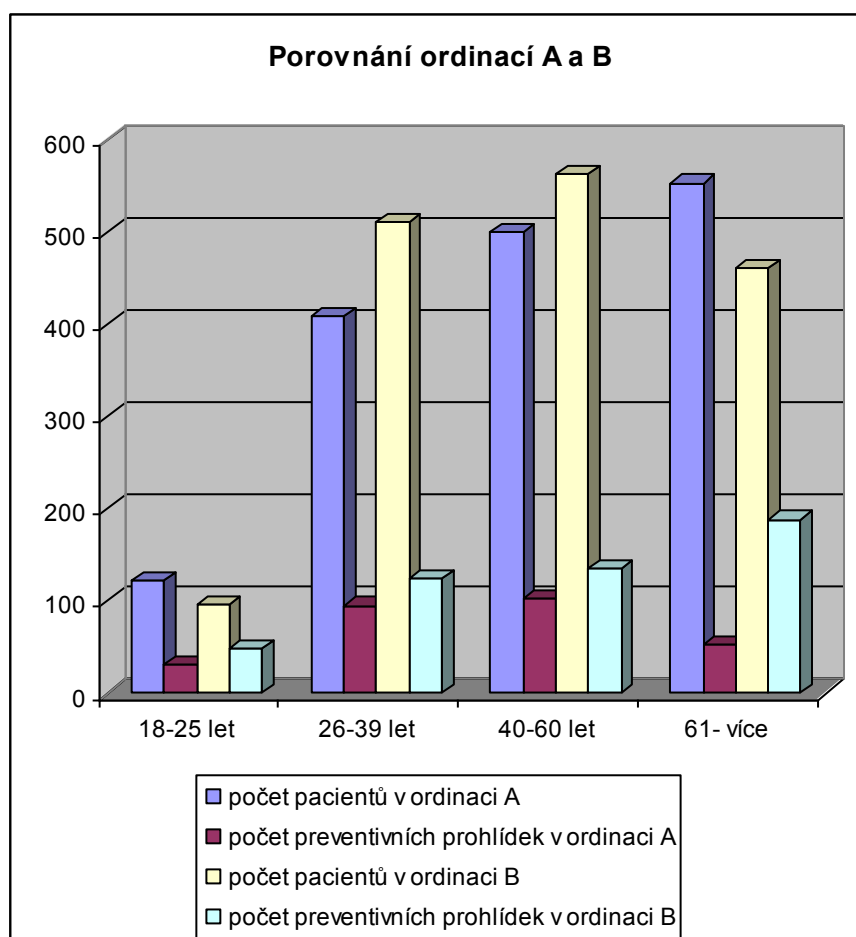
2.9 POROVNÁNÍ ORDINACE A A B

Nejvíce preventivních prohlídek bylo provedeno v ordinaci B ve věkové skupině 61 a více let, dále ve věkové skupině 40 –60 let, také v ordinaci B. V obou ordinacích bylo provedeno nejméně preventivních prohlídek ve věkové skupině 18-25 let.

TAB č. 7 Porovnání ordinace A s ordinací B

věkové skupiny	18-25 let	26-39 let	40-60 let	61- více
počet pacientů v ordinaci A	122	408	499	553
počet preventivních prohlídek v ordinaci A	31	95	102	53
počet pacientů v ordinaci B	96	511	563	460
počet preventivních prohlídek v ordinaci B	48	125	135	188

GRAF č. 7 Porovnání ordinace A s ordinací B



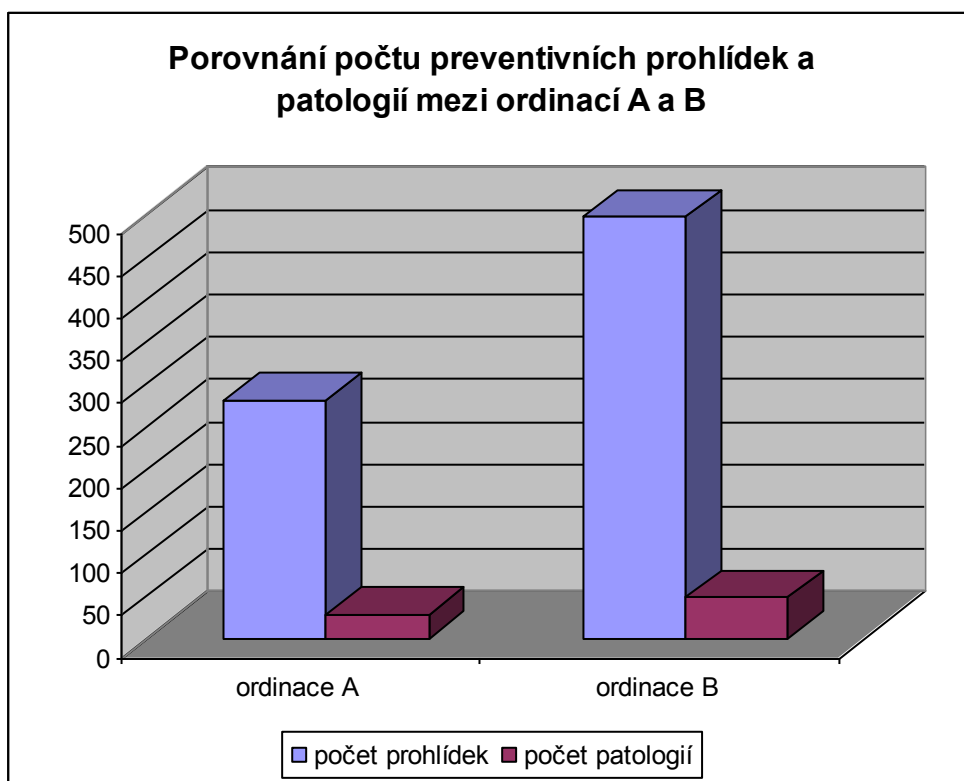
2.10 POROVNÁNÍ POČTU PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK A ZJIŠTĚNÝCH PATOLIGIÍ MEZI ORDINACEMI

V ordinaci A bylo provedeno 281 preventivních prohlídek a z toho se zachytilo 28 patologií. Oproti tomu v ordinaci B bylo provedeno 496 preventivních prohlídek, při nichž bylo zachyceno 48 patologií.

TAB č. 8 Porovnání počtu preventivních prohlídek a zjištěných patologií mezi ordinací A a B

	počet prohlídek	počet patologií	procento
ordinace A	281	28	10,03 %
ordinace B	496	48	10,33 %

GRAF č. 8 Porovnání počtu preventivních prohlídek a zjištěných patologií mezi ordinací A a B



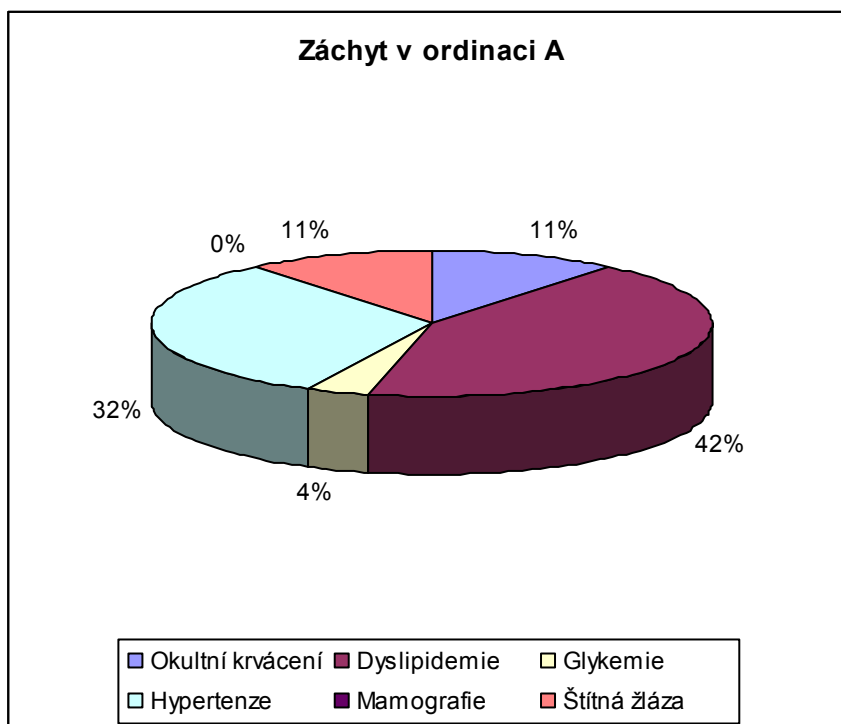
2.11 NEJČASTĚJI ZACHYCENÉ PATOLOGIE V ORDINACI A

V ordinaci A byl nejvíce zachycen výskyt dyslipidemie 42 %, dále hypertenze 32%, okultní krvácení a patologie v oblasti štítné žlázy byli rovnocenné 11%. Žádný záchyt patologie nebyl při mamografickém vyšetření.

TAB č. 9 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci A

patologie	počet
Okultní krvácení	3
Dyslipidemie	12
Glykemie	1
Hypertenze	9
Mamografie	0
Štítná žláza	3

GRAF č. 9 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci A



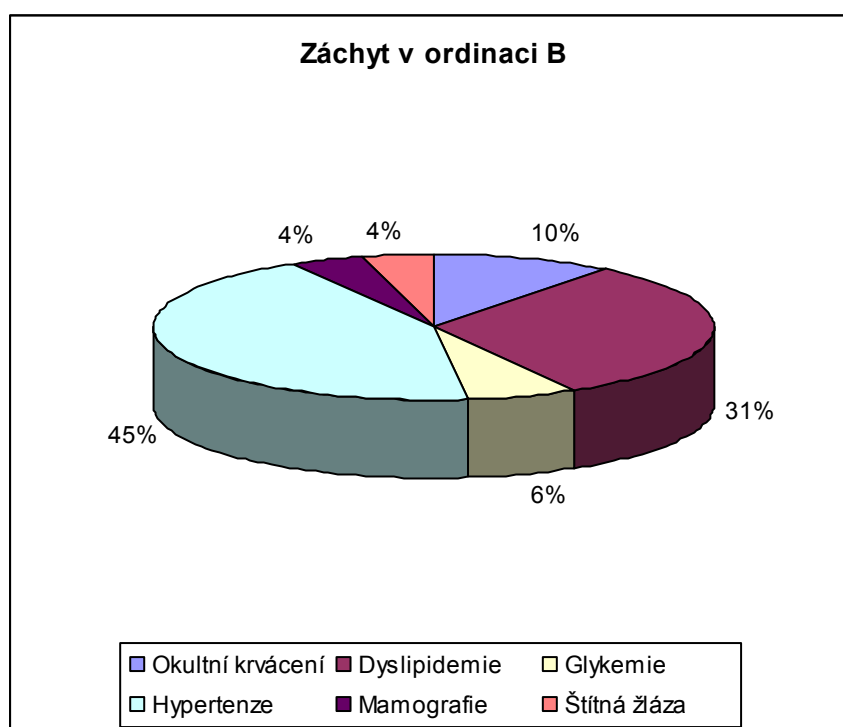
2.12 NEJČASTĚJI ZACHYCENÉ PATOLOGIE V ORDINACI B

V ordinaci B byla nevíce zachycena hypertenze 45%, jako druhá dyslipidemie 31%, okultní krvácení mělo pozitivních 10% pacientů a zachyceny byli i patologie v oblasti štítné žlázy a při mamografickém vyšetření 4%.

TAB č. 10 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci B

patologie	počet
Okultní krvácení	5
Dyslipidemie	15
Glykemie	3
Hypertenze	21
Mamografie	2
Štítná žláza	2

GRAF č. 10 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci B



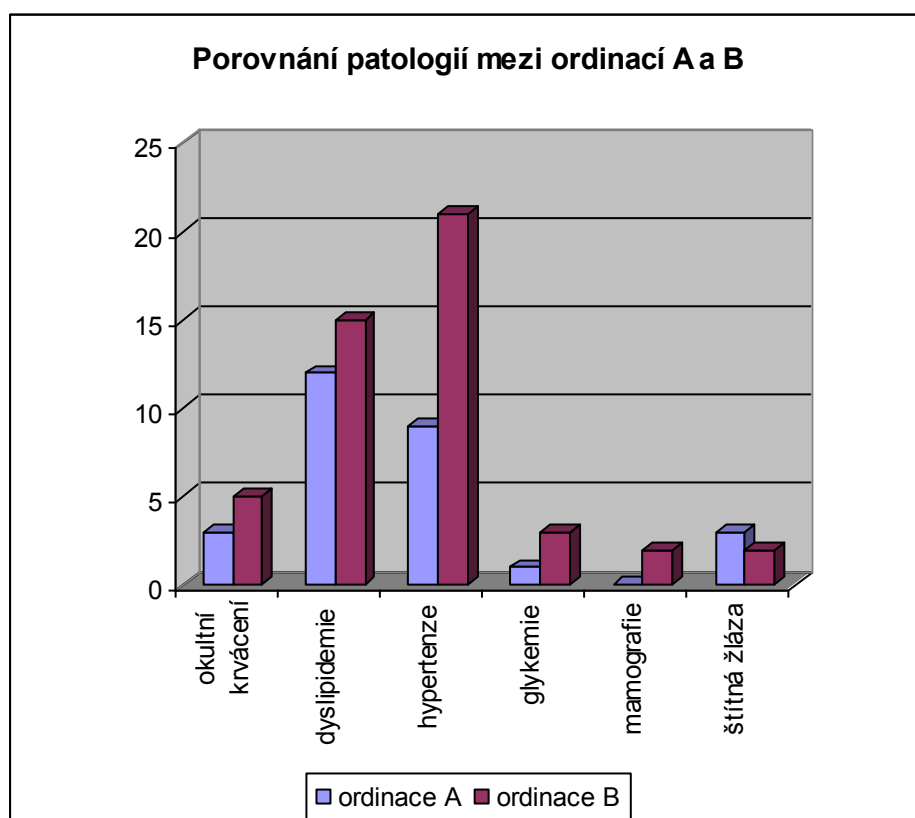
2.13 POROVNÁNÍ PATOLOGÍÍ MEZI ORDINACÍ A A B

Nejčastějšími patologiemi u obou ordinací je hypertenze a dyslipidemie, dále pozitivní okultní krvácení, patologie v oblasti štítné žlázy a nejméně záchytů při mamografickém vyšetření a při glykémii.

TAB č. 11 Porovnání patologií mezi ordinací A a B

patologie	ordinace A	ordinace B
okultní krvácení	3	5
dyslipidemie	12	15
hypertenze	9	21
glykemie	1	3
mamografie	0	2
štítná žláza	3	2

GRAF č. 11 Porovnání patologií mezi ordinací A a B



2.14 Edukační plán u pacientů s vysokým krevním tlakem

Cílem edukace je pacienta dostatečně informovat o měření tlaku, o dietních opatřeních,

STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY :

- Neznalost funkce oběhového systému
- Deficit vědomostí o onemocnění
- Deficit vědomostí o možných komplikacích
- Deficit vědomostí o dietním opatření
- Deficit vědomostí o pohybovém režimu
- Neznalost pojmu a provádění selfmonitorinku
- Strach ze snížení kvality života

CÍL EDUKACE :

a) KOGNITIVNÍ

- Pacient zná možné projevy a příznaky onemocnění
- Pacient je seznámen s kompletním léčebným plánem
- Pacient zná svoji medikaci
- Pacient je seznámen se zásadami režimu hypertonika, správné výživy a pohybové aktivity

b) PSYCHOMOTORICKÉ

- Pacient si umí monitorovat krevní tlak v domácím prostředí, provádět záznamy hodnot

c) AFEKTIVNÍ

- Pacient si uvědomuje nutnost celoživotní léčby, aniž by byla snížena kvalita jeho života
- Pacient se aktivně zapojuje do procesu léčby

ORGANIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU :

- a) časová dotace – 15 min.
- b) obsah - pacient bude seznámen s podstatou onemocnění, s možnými projevy, příznaky a komplikacemi onemocnění a s léčebným plánem. Budou vysvětleny zásady selfmonitorinku s praktickým nácvikem a dále vysvětleny zásady dietních a pohybových opatření. Vše bude doplněno edukačními materiály a bude zapůjčen tlakoměr k monitoraci TK
- c) metody edukace – rozhovor, demonstrace, přednáška, diskuze
- d) použité pomůcky – letáky, tonometr,
- e) místo konání – ordinace praktického lékaře
- f) jméno edukátora

REALIZACE EDUKACE :

- pacient je seznámen s tím, že rozlišujeme hypertenzi primární /esenciální/, kdy dochází z neznámých příčin k vasokonstrikci cév a tím k většímu odporu v oběhovém systému, a hypertenzi sekundární s postižením některých orgánů, především ledvin. Podstata primární HCH není známa, ale souvisí s nezdravým životním stylem a má i genetický podklad. Prevalence v dospělé populaci je u nás vysoká. Při neléčené chorobě dochází k přetížení oběhového systému, především srdečního svalu a ledvin a může dojít k nezvratným orgánovým změnám. Komplikacemi jsou především náhlá smrt, AIM, CMP.

Pacient je poučen o tom, že nemusí mít vůbec žádné příznaky onemocnění / zrádnost – tichý vrah! / nebo bolesti hlavy, bušení srdce, hučení v uších, nespavost, podrážděnost, poruchy spánku, pocit nepohody, únava. Je nutné upravit stravu : omezit solení, tuky a cukry a zvýšit podíl vlákniny, zeleniny, ovoce, tekutiny alespoň 2 - 3 litry za den. Pozor na skryté tuky – uzeniny a masné výrobky, smetanové výrobky a cukry – bílé pečivo, pivo a destiláty, příliš sladké ovoce. Doporučení pohybové aktivity – alespoň 3 až 4 x týdně po dobu 45 minut, vhodná : jízda na kole, plavání, chůze s delším zadýcháním, nevhodná : posilovna / velký tlak/. Je předveden praktický nácvik měření krevního tlaku na digitálním přístroji Omron : manžeta na levé paži nad loketní jamkou ve výši srdce, předvedena obsluha přístroje, pacient musí sedět po celou dobu měření v naprostém

klidu. Po měření je proveden záznam hodnoty TK a P do záznamníku, pacient je poučen o provádění měření v různou denní dobu se záznamem času a je upozorněn na důležitost hodnoty naměřené ráno před užitím léků /důležitý údaj pro lékaře!/, léčba musí být nastavena tak, aby i při tomto měření byly hodnoty TK optimální – tj. do 140/90. Pacientovi jsou předány edukační materiály, záznamník TK a zapůjčen digitální přístroj pro domácí monitoraci. Pacient je poučen o nutnosti užívání léků dle ordinace lékaře, je upozorněn na možné obtíže v úvodu léčby /hypotenze, otoky DK, dráždivý kašel/ a je seznámen s tím, kam se obrátit v případě komplikací v mimo ordinaci době, jsou předána telefonní čísla. Je nutné zdůraznit, že medikací se nijak nezmění kvalita jeho života, spíše naopak – z léčby bude profitovat. Pacient si připraví event. další otázky k příštímu sezení.

ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ EDUKACE:

Sestra zjistí zda-li bylo pro pacienta vše srozumitelné a chápe podstatu svého onemocnění, zná zásady dietního a pohybového opatření, umí si sám monitorovat krevní tlak a hodnoty zaznamenává. Zda pacient chápe nutnost užívání léků a pravidelných kontrolních vyšetření, spolupracuje a zná svůj léčebný plán.

2.15 EDUKACE PACIENTA PŘED KOLONOSKOPIÍ

Edukační plán před kolonoskopickým vyšetřením

Cílem edukace je informovanost pacienta o vyšetření, psychická a fyzická připravenost na období přípravy na vyšetření, vlastní vyšetření a období bezprostředně po vyšetření

STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY

- deficit vědomostí o vlastním pojmu kolonoskopie
- deficit vědomostí o přípravě roztoku k vyprázdnění střeva a dietním režimu před vyšetřením
- deficit vědomostí o průběhu vyšetření
- deficit vědomostí o možných rizicích vyšetření

CÍLE EDUKACE

a) KOGNITIVNÍ

- pacient zná a umí popsat pojem kolonoskopie
- pacient zná a umí popsat průběh přípravy a dietní omezení

b) PSYCHOMOTORICKÝ

- pacient si umí připravit roztok k vyprázdnění střeva
- pacient umí zaujmout polohu, ve které se vyšetření provádí

c) AFEKTIVNÍ

- pacient zaujímá kladný postoj k edukaci, sám klade otázky
- pacient vyjadřuje pocity zmírnění strachu a stresu z vyšetření

ORGANIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU

a) časová dotace

- b) obsah - objasnění pojmu kolonoskopie, vysvětlení přípravy před vyšetřením
seznámení s vlastním vyšetřením, seznámení s riziky vyšetření,

doporučení jak se chovat bezprostředně po vyšetření a po příchodu domů

- c) metody edukace – rozhovor, demonstrace
- d) použité pomůcky – letáky
- e) místo konání – ordinace praktického lékaře
- f) jméno edukátora
- g) zpětná vazba – kontrolní otázky
- h) závěrečné hodnocení

REALIZACE EDUKACE

Úvod edukačního setkání začínáme motivační větou.

Objasnění pojmu kolonoskopie. Vysvětlení přípravy před vyšetřením.

Po tomto sezení by jste měl rozumět pojmu kolonoskopie a dokázat provést správně a samostatně přípravu na toto vyšetření.

Kolonoskopie je: vyšetření tlustého střeva (colon) pomocí kolonoskopu, což je dlouhý ohebný optický přístroj, opatřený světelným paprskem. Tento přístroj se zavádí konečníkem. Vyšetření se provádí při podezření na jakékoli onemocnění tlustého střeva. V průběhu tohoto vyšetření může lékař odebrat i malé kousíčky tkáně střeva na mikroskopické vyšetření. Odběr tkáně je bezbolestný. Nezhoubné nádorky (polypy) mohou být přímo během tohoto vyšetření odstraněny.

Aby mohl lékař vaše tlusté střevo vyšetřit, musíte být řádně připraven. Příprava spočívá v dodržení diety a řádném vyprázdnění tlustého střeva.

- Dietní opatření:
- týden před vyšetřením je nutno vysadit preparáty železa (např. Ferronat retard), neboť dělají stolicí černou, mazlavou a špatně vyprazdnitelnou
- týden před kolonoskopií nejsou vhodné ani potraviny obsahující mák, neboť ucpávají sací kanál kolonoskopu
- alespoň 3dny před vyšetření nejezte ovoce s zrníčky (kiwi, hrozny)
- den před vyšetřením nepít mléko
- osoby, které trpí zácpou – 3dny před vyšetřením – pouze tekutá strava
- osoby s pravidelnou stolicí – 1den před vyšetřením – tekutá dieta (viz.dále)

Vlastní příprava

Den před vyšetřením:

Ráno- snídaně tekutá (čaj, bílá káva, minerálka, ovocné šťávy)

V poledne :oběd tekutý, např. polévka typu bujón

V 16.00-17.00 : vypít 4litry Fortranzu – co hodina to litr. Balení obsahuje 4 sáčky.

1 sáček se rozpustí v 1litru vlažné vody. Po dobu popíjení Fortranzu se zdržujte v blízkosti WC. Bude totiž docházet k postupnému vyprazdňování střeva. Poté můžete pít tekutiny (komě mléka), nesmíte jíst.

V den vyšetření:

Do vlastního vyšetření smíte pouze pít. Nesmíte jíst.

Po tomto našem sezení budete vědět, jak probíhá vlastní vyšetření a co se od vás očekává.

Po příchodu na gastroenterologické pracoviště, kde se toto vyšetření provádí, se vás lékař nejprve zeptá, zda –li jste toto vyšetření již někdy absolvoval. Pokud ne, což je váš případ, znovu vám celé vyšetření podrobně popíše a ukáže vám pomůcky, které bude k vyšetření používat. Také se vás bude ptát, jestli nemáte alergii na nějaké léky a jak vypadala vaše poslední stolice. Tato informace je velmi důležitá, protože tím zjistí, jestli je střevo dostatečně vyprázdněné a tudíž přehledné.

Poté vás vyzve, aby jste se svlékl od pasu dolů a lehl si na vyšetřovací lůžko. Vaše poloha by měla být v leže na levém boku s pokrčenými koleny, které si přitáhnete k břichu. Nyní bych vás chtěla poprosit, jestli by jste mohl takovouto polohu zaujmout, abych se přesvědčila, že vám to nebude činit žádné problémy.

Sestřička vám pak na pokyn lékaře podá do žíly lék na zklidnění. Vyšetřující lékař zavede ohebný kolonoskop do vašeho konečníku a bude ho opatrně posouvat dále do tlustého střeva (přes esovitou kličku, sestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník).

ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ EDUKACE

Sestra se přesvědčí zda-li bylo pro pacienta vše srozumitelné, popřípadě zodpoví další otázky.

DISKUSE

V bakalářské práci jsem se zaměřila na provádění preventivních prohlídek a jejich výsledky. Byly vybrány dvě podobné ordinace, s rozdílným pracovněprávním vztahem lékaře k provozovateli. Pacienti byli rozděleni do čtyř věkových skupin, přičemž rozložení pacientů ve věkových skupinách obou ordinací bylo podobné. Po nalezení všech provedených preventivních prohlídek ve stanoveném dvouletém období bylo zjištěno, že ambulance lékaře v soukromém nestátním zdravotnickém zařízení provedla 64 % z celkového počtu preventivních prohlídek z obou ordinací. K tomuto faktu mohla přispět i přímá finanční motivace soukromého lékaře. Při porovnání rozložení preventivních prohlídek v jednotlivých věkových skupinách v obou ambulancích, byla zjištěna výraznější odchylka v ambulanci B ve věkové skupině 18-25 let, kde procento prohlídek dosahovalo 50 % z celkového počtu v této věkové skupině. Podrobnějším prostudováním dokumentace byla zjištěna zavedená praxe této ordinace, při registraci nového pacienta současně se seznámením s dokumentací provést i preventivní prohlídku. V žádné z obou ordinací nebylo nalezeno žádné další zaměření preventivních prohlídek na některou věkovou skupinu. V poslední fázi práce byly vybrány nejčastější patologické nálezy z preventivních prohlídek.

I přes rozdílný celkový počet prohlídek bylo procento všech záchytů u obou ordinací prakticky stejné. V obou ordinacích se nejčastěji, jako nově zjištěná patologie objevovala hypertenze společně s dyslipidemií. Vyšší počet hypertenzí v ordinaci B je možno vysvětlit větším počtem preventivních prohlídek ve vyšších věkových skupinách, kde incidence narůstá. Ostatní patologie se nalézaly v menším počtu a jejich srovnání mezi ambulancemi by bylo vzhledem k počtu neobjektivní. Přesto rozsah a množství nálezů lze považovat za významný přínos preventivní péče.

ZÁVĚR

Zdraví je nejcennější součástí lidského života, a proto bychom o ně měli pečovat a umět dostatečně předcházet nemocím. Tyto mají dopad na celou společnost a to nejenom ekonomický, ale i sociální. Z výsledků statistik je nám známo, že 75% úmrtí zapříčiňují kardiovaskulární nemoci a onkologická onemocnění. Právě rizikové faktory, nebo přímo první příznaky těchto chorob, mohou preventivní prohlídky s časovým předstihem odhalit a včasná terapie by mohla výrazně snížit mortalitu těchto závažných onemocnění.

Jak ukazuje tato práce záchyt patologických stavů při preventivních prohlídkách je relativně vysoký, přičemž nejvíce patologických stavů jsou rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a v druhé řadě symptomy onkologických onemocnění. V této souvislosti je třeba si položit otázku zda celkový počet provedených prohlídek je dostatečný a zda se také ve skupině pacientů, kteří nebyli vyšetřeni v rámci preventivní péče vyskytuje 10% skrytých patologií. Zde spatřuji nezastupitelnou roli sestry, která může v ordinaci praktického lékaře informovat pacienty a významu preventivních prohlídek.

Náplní práce praktického lékaře je nejenom léčebná péče, ale i preventivní činnost. V budoucnu bude nutno tuto část práce praktických lékařů posílit a současně do procesu preventivní péče aktivně zapojit jak sestry, tak i pacienty. Málokdo si nyní uvědomuje, že žádost o provedení preventivní prohlídky u svého registrujícího lékaře, může ve výsledku znamenat odhalení prvních příznaků závažného onemocnění a včasná léčba, případně preventivně léčebná opatření mohou zabránit vážnému poškození zdraví a prodloužit věk nejen jedince ale i celé společnosti.

Anotace

Autor: Romana Ševčíková
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Preventivní činnost v ordinaci praktického lékaře
Vedoucí práce: MUDr. Bohumil Skála, PhD., Hana Pekárková
Rok obhajoby: 2008
Počet stran: 70
Počet příloh : 8
Klíčová slova: preventivní prohlídka, prevence, edukace, kvalita života, praktický lékař,

Bakalářská práce pojednává o preventivní činnosti prováděné v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Popisuje rozsah činnosti v oblasti preventivní péče prováděné praktickými lékaři pro dospělé. Co je součástí preventivní prohlídky a o jakou legislativu se opírá. Důraz je kladen na zapojení sestry do oblasti prevence, zejména na její edukační činnost.

Ze statistických údajů nám vyplívá význam provádění preventivních prohlídek. Každý včasný záchyt nemoci výrazně ovlivňuje následnou kvalitu života pacienta.

Bachelor work is concerned with preventive activities in general practice for adults. This paper describes range of activities in the field of preventive care in general practice for adults - what is involved in preventive examination and what laws is it based on. This work lays emphasis on the engagement of nurses into preventive care, especially into education of patients. Every immediate finding of a disease affects considerably future quality of patient's life.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1. BAUER, J. Onkologie praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Anomal, 1994. 88s. ISBN 80-901474-1-0
2. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Lemon 4. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 160s. ISBN 80-7013-248-5
3. HRNČÍŘ, E., KNEIDLOVÁ, M. Závodní preventivní péče v nynějších podmínkách. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1998. 56s. ISBN 80-7168-607-7
4. HOLUBEC, L. SEN., a kolektiv. Kolorektální karcinom. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 194s. ISBN 80-247-0636-9
5. IVANOVÁ, K., KLOS, R. Kapitoly z lékařské etiky. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 146s. ISBN 80-244-0892-9
6. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství 1. díl. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova- Karolinum, 2003. 187s. ISBN 80-246-0429-9
7. MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 211s. ISBN 80-246-1062-0
8. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. Prevence v primární péči. Doporučené postupy WHO. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1997. 135s. ISBN 80-7071-107-8

9. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. Manuál prevence v lékařské praxi V. Prevence nepříznivého působení faktorů pracovního prostředí a pracovních procesů. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, Fortuna, 1997. 143s. ISBN 80-7071-066-7
10. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. Manuál prevence v lékařské praxi VII – doporučené preventivní postupy v primární péči. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, Fortuna, 1999. 56s. ISBN 80-7071-135-3
11. SEIFERT, B., BENEŠ, V. Všeobecné praktické lékařství. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2005. 292s. ISBN 80-7262-369-9, ISBN 80-246-1131-7
12. VOŽEHOVÁ, S., a kolektiv. Základy veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova – Karolinum, 1994. 73s. ISBN 80-7066-919-5
13. WIDIMSKÝ, J. Sekundární prevence po infarktu myokardu. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 117s. ISBN 80-7254-058-0

Internetové zdroje

Server všeobecné zdravotnické pojišťovny. Klíčové slovo: Preventivní prohlídky (online). (staženo 24.11.2007).

Dostupné z www.vzp.cz

Server časopisu sestra. Klíčové slovo: Edukační plán (online). (staženo 11.2.2008).

Dostupné z www.sestra.cz

SEZNAM ZKRATEK

AIM – akutní infarkt myokardu

Apod. – a podobně

Č. – číslo

CMP – cévní mozková příhoda

ČR – Česká Republika

ČSR – Československá Socialistická Republika

DK – dolní končetina

Event. – eventuelně

EKG – elektrokardiogram

ICHS – ischemická choroba srdeční

HCH – hypertenzní choroba

MZ – ministerstvo zdravotnictví

Např. – například

Odst. - odstavec

Resp. – respektive

Sb. – sbírka

s. –strana

SCHORE – Systematic Coronary Risk Evaluation

Tzv. – takzvaně

TK – tlak krevní

Tj. – tak jinak

TOKS – test na okultní krvácení ze stolice

Vyhl. – vyhláška

Věst. – věstník

Vyd. – vydání

WHO – Světová zdravotnická organizace

Zák. - zákon

SEZNAM GRAFŮ

GRAF č. 1 Rozdělení věkových skupin v ordinaci A

GRAF č. 2 Rozdělení věkových skupin v ordinaci B

GRAF č. 3 Porovnání rozdělených věkových skupin a jejich počtu ordinací A a B.

GRAF č. 4 Porovnání počtu preventivních prohlídek mezi ordinací A a ordinací B

GRAF č. 5 V ordinaci A byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

GRAF č. 6 V ordinaci B byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

GRAF č. 7 Porovnání ordinace A s ordinací B

GRAF č. 8 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci A

GRAF č. 9 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci B

GRAF č. 10 Porovnání nejčastějších patologií mezi ordinací A a ordinací B

GRAF č. 11 Porovnání patologií mezi ordinací A a B

SEZNAM TABULEK

TAB č. 1 Rozdělení věkových skupin v ordinaci A

TAB č. 2 Rozdělení věkových skupin v ordinaci B

TAB č. 3 Porovnání rozdělených věkových skupin a jejich počtu ordinací A a B.

TAB č. 4 Porovnání počtu preventivních prohlídek mezi ordinací A a ordinací B

TAB č. 5 V ordinaci A byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

TAB č. 6 V ordinaci B byli pacienti rozděleni do čtyř věkových skupin a porovnány s počtem provedených preventivních prohlídek

TAB č. 7 Porovnání ordinace A s ordinací B

TAB č. 8 Porovnání počtu preventivních prohlídek a patologií mezi ordinací A a B

TAB č. 9 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci A

TAB č. 10 Záchyt nejčastějších patologií v ordinaci B

TAB č. 11 Porovnání patologií mezi ordinací A a B

SEZNAM PŘÍLOH

Osvětové letáky, pomůcky

- 1) OPTOTIPOVÁ TABULE
- 2) TEST NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ
- 2) DIETA KE SNÍŽENÍ HLADINY CHOLESTEROLU
- 4) DIETA KE SNÍŽENÍ TRIACYLGLYCEROLŮ
- 5) SYSTEMATICKÉ HODNOCENÍ KORONÁRNÍHO RIZIKA
- 6) MEDIKAČNÍ KARTA HYPERTONIKA
- 7) SELFMONITORING

1) OPTOTIPOVÁ TABULE



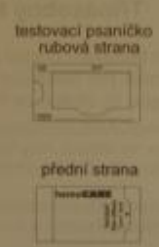
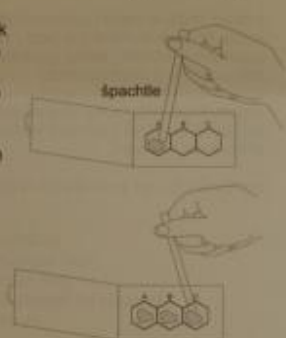
2) TEST NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ

strana 2

Návod k použití hemoCARU

1. Na zadní stranu psaníčka napíšeme jméno a příjmení pacienta a datum odběru vzorku.
2. Psaníčko otevřeme na přední straně ("Patient hier öffnen"), špachtlí odebereme ze stolice vzorek velký asi jako čočka a rozetřeme jej na levé políčko A.
3. Novou špachtlí odebereme druhý vzorek z jiného místa stolice a rozetřeme jej na střední políčko B, novou špachtlí odebereme třetí vzorek z dalšího jiného místa stolice a rozetřeme jej na pravé políčko C. Psaníčko uzavřeme a uchováme je chráněno před intenzivním světlem a teplem.
4. Stejným způsobem budeme zacházet s druhým a třetím psaníčkem v dalších dvou dnech, anebo při dalších dvou následujících stolicích.

Všechna tři psaníčka vložíme do obálky a předáme lékaři nebo určené laboratoři.

NAME
NAME

DATUM
DATE

Anweisungen für den Arzt:
Instructions to the physician:

1-2 Tropfen Entwicklungslösung direkt auf jede Stuhlprobe tropfen. Ergebnis innerhalb von 30 bis 120 Sekunden ablesen.

Apply 1-2 drops of developer directly over each stool specimen. Read results between 30 and 120 seconds.

Hier NUR VOM ARZT zu öffnen
To be opened BY PHYSICIAN ONLY

ADRESSE
ADDRESS

NAME
NAME

DATUM
DATE

Anweisungen für den Arzt:
Instructions to the physician:

1-2 Tropfen Entwicklungslösung direkt auf jede Stuhlprobe tropfen. Ergebnis innerhalb von 30 bis 120 Sekunden ablesen.

Apply 1-2 drops of developer directly over each stool specimen. Read results between 30 and 120 seconds.

Hier NUR VOM ARZT zu öffnen
To be opened BY PHYSICIAN ONLY

ADRESSE
ADDRESS

NAME
NAME

DATUM
DATE

Anweisungen für den Arzt:
Instructions to the physician:

1-2 Tropfen Entwicklungslösung direkt auf jede Stuhlprobe tropfen. Ergebnis innerhalb von 30 bis 120 Sekunden ablesen.

Apply 1-2 drops of developer directly over each stool specimen. Read results between 30 and 120 seconds.

Hier NUR VOM ARZT zu öffnen
To be opened BY PHYSICIAN ONLY

ADRESSE
ADDRESS

NAME
NAME

DATUM
DATE

Anweisungen für den Arzt:
Instructions to the physician:

1-2 Tropfen Entwicklungslösung direkt auf jede Stuhlprobe tropfen. Ergebnis innerhalb von 30 bis 120 Sekunden ablesen.


Apply 1-2 drops of developer directly over each stool specimen. Read results between 30 and 120 seconds.

Hier NUR VOM ARZT zu öffnen
To be opened BY PHYSICIAN ONLY

ADRESSE
ADDRESS

POZITIVNÍ VÝSLEDEK


Hinweis für Arzt oder Labor:



Name Datum






NEGATIVNÍ VÝSLEDEK

Hinweis für Arzt oder Labor:



Name Datum

3) Dieta ke snížení hladiny cholesterolu

DIETA KE SNÍŽENÍ HLADINY TUKŮ V KRVÍ (UPRAVENO PODLE DOPORUČENÍ EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO ATHEROSKLERÓZU)			
	DOPORUČENÉ POTRAVINY	POTRAVINY V OMEZENÉM MNOŽSTVÍ	NEVHOODNÉ POTRAVINY
DRESINKY A KOŘENÍ 	Koření všeho druhu, jogurtové dresinky	Dresinky s nízkým obsahem tuku	Majonézy
TUKY 	Celkovou spotřebu tuků snížit	1. Nenasycené rostlinné oleje - slunečnicový, kukuřičný, sojový 2. Monosaturované oleje - olivový, řepkový 3. Margaríny odvozené z těchto olejů	Másla, sádlo, lůj, vypečený tuk, palmový olej, kokosový olej, ztužené margaríny, hydrogenované tuky
RYBY 	Všechtypy ryby grilované, vařené v páře, uzené. Odstranit tučnou kůži. Vhodné jsou zejména treska, šle, okoun, štika, pstruh.	Ryby smažené v doporučováním oleji	Jikry z mlíčí, ryby smažené v nevhodném oleji nebo tuku
MASO 	Křída, kuře, telecí, králík, zvěřina, mládě jehnědí	Zcela libové hovězí, šibová šunka, moravské uzené, skopové bez loje (1-2× týdně), drůbeží uzeniny	Kachna, husa, tučné vepřové vnitřnosti, vidličný tuk na maso a uzeninách, párky, salámy, mletá masa, paňky, kůže z drůbeže
POLEVKY 	Netučný vývar, zeleninové polévky		Tučné polévky, polévky zahusťované jíškou nebo smetanou
MLÉČNÉ VYROBKY 	Netučné podmáslí, acidofilní mléko, kefír, lisový, netučný tvaroh, sýry s velmi nízkým obsahem tuku (do 20 % tuku v suštině), jogurt s nízkým obsahem tuku (do 1,5 %), vařený sýr	Polotučné mléko do 7 % tuku, sýry se sníženým obsahem tuku (do 30 % tuku v suštině), 2 celá vejce za týden pouze k přípravě pokrmů	Plnotučné mléko, sušené a kondenzované mléko, smetana, šlehačka, smetanový jogurt, sýry s vyšším obsahem tuku (nad 40 % tuku v suštině)

DIETA KE SNÍŽENÍ HLADINY TUKŮ V KRVÍ

(UPRAVENO PODLE DOPORUČENÍ EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO ATHEROSKLERÓZU)

	DOPORUČENÉ POTRAVINY	POTRAVINY V OMEZENÉM MNOŽSTVÍ	NEVHODNÉ POTRAVINY
OVOCE ZELENINA LUŠTĚNINY 	Veškerá čerstvá i mražená zelenina, velmi vhodné jsou luštěniny, fazole, čočka, hrách, kukuřice, brambory vařené nebo pečené ve slupce, veškeré čerstvé nebo sušené ovoce, konzervované ovoce bez cukru	Restované brambory nebo hranolky připravované na doporučených olejích	Restované brambory nebo smažené bramborové hranolky, chipsy, zelenina smažená na nevhodných tucích a olejích neznámého složení Solené zeleninové konzervy, kandované ovoce
PEČIVO A OBILOVINY 	Celozrnný (tmavý) chléb, ovesné vločky, mšičí výrobky, vlákninové křupky, ovesná kaše, nízkovaječné těstoviny, křehký chléb, rýže, celozrnné výrobky, dalaňárky, pečivo z tmavé mouky	Netučné pečivo a moučnický připravované z doporučených rostlinných tuků	Tučné pečivo, lupáčky, brišky, smažené koblihy
DEZERTY 	Želé, ovocná vodová zmrzlina, pudinky z odtučněného mléka, ovocné saláty		Smetanové zmrzliny, pudinky, dezerty a omáčky s použitím másla nebo smetany
CUKRÁRSKÉ VÝROBKY 			Hotové cukrářské výrobky, koláče, dorty, čokoláda, cukrovinky, kokosové tyčinky, máslové krémy
OŘECHY 	Vlašské ořechy, lískové ořechy, mandle, pečené kaštany	Burské oříčky, pestíkové oříčky	Kokosové oříčky, Slané oříčky
NÁPOJE 	Čaj, přikapávaná nebo instantní káva, voda, nízkokalorická nealkoholická nápoje	Alkohol (pivo, víno), nízkotučné čokoládové nápoje	Čokoládové nápoje, inská káva, turecká káva, destiláty

F FOURNIER PHARMA

Materiál připravila společnost Laboratoires Fournier, s.r.o.

LABORATOIRES
FOURNIER.com

4) DIETA NA SNÍŽENÍ TRIACYLGLYCEROLŮ

H Hypertriacylglycerolémie

Pokud Vám při vyšetření u lékaře zjeví vyšší hladinu triacylglycerolů, upravit si životní styl. Je to první a ničím nenahraditelný krok ke snížení rizika srdečního infarktu, cévní mozkové příhody nebo jiných kardiovaskulárních komplikací. Je důležité, aby vaše strava byla pestrá a vyvážená. Není to dieta na pár dní. Je to celoživotní úprava stravovacích návyků.

Jak na to?

Důležité je omezit ve stravě příjem živočišných tuků (obsahují mnoho cholesterolu a nasycených mastných kyselin) a naopak zvýšit příjem nenasycených mastných kyselin (jaco důležité, hlavně pokud máte současně nízkou hladinu HDL cholesterolu). Nenasycené mastné kyseliny jsou přítomné hlavně v tekutých rostlinných olejích a v rybách. Příjem nenasycených mastných kyselin by měl převýšovat příjem nasycených mastných kyselin. Celkový energetický příjem by měl být pokrytý tuky pouze asi z 30 %. Asi 50 % energetického příjmu by mělo být pokryto sacharidy, především polysacharidy, které se nacházejí v tmavém chlebě, pečivu a příchotech k jídlům. Je rovněž třeba snížit příjem jednoduchých cukrů, jako jsou cukr, med, cukrovinky. Důležitý je dostatečný příjem vlákniny, alespoň 30 g za den – celozrnné výrobky, zelenina. Máte nadváhu? Je nutné zredukovat hmotnost. Kouříte? Zbavte se tohoto zlovyklů! Dbejte na dostatek pohybu. Dopřejte si minimálně třikrát týdně svižnou hodinovou procházku.

Vhodné a nevhodné druhy potravin

Mléko a mléčné výrobky

Konzumujte jen odtučněné mléko a výrobky z nízkotučného mléka, tzn. nízkotučné jogurty, sýry s obsahem tuku do 30 %. Pozor na bryndzu, zářky, jsou vyrobené z plnotučného mléka. Mléko používejte jen výjimečně, obsahuje mnoho cholesterolu. Nepoužívejte smetanu, ani mléčné výrobky obohacené smetanou.

Veje

Pokud nemáte zvýšenou hladinu cholesterolu, můžete vejce konzumovat bez výraznějšího omezení.

Chléb a pečivo

Vhodné jsou tmavé druhy chleba, celozrnné, obohacené vlákninou. Rovněž pečivo z tmavé mouky, grahamové rohlíky, sojové rohlíky a celozrnné pečivo.

Maso a masné výrobky

Vyberte si ze stravy všechny druhy tučného masa. I hovězí maso obsahuje tuky. Vhodné je kuřecí a krůtí. Konzumujte ho bez kůže. Vepřové maso jezte výjimečně. Vyberte ze stravy salámy i dietní párky, uzeniny. Nejezte vnitřnosti, paštiky. Naopak zařaďte si do svého jídelníčku alespoň třikrát do týdne ryby, ale ne smažené. Můžete konzumovat též sardinky ve vlastní šťávě nebo v oleji. Pokud máte současně vyšší hladinu kyseliny močové, nejezte tmavé druhy masa ani sardinky.

Ovoce a zelenina

Přívě ovoce a zelenina by měly být ve vašem jídelníčku bohatě zastoupené. Vhodné jsou všechny druhy zeleniny. Zařaďte si do stravy brokolice, cukety, květák, luskoviny, papriky, rajčata. Z ovoce jsou pro vás vhodné hlavně méně sladké druhy, grape, jablko. Sladké druhy ovoce konzumujte s mírou. Ovoce a zeleninu jezte denně!



H Hypertriacylglycerolémie

Oleje a ztužené tuky



Nejčernější jsou ve vaší stravě tekuté oleje používané za studena. Obsahují nenasycené mastné kyseliny, které jsou pro organismus důležitě. Tepelnou úpravou se však právě tyto znehodnotí. Nesmažte tedy na oleji. Olej používejte na hotová jídla, na přípravu salátů a podobně. Nejvhodnější je olivový olej, ale můžete používat i jiné druhy olejů. Ztužením rostlinných tuků se tvoří trans-nenasycené formy mastných kyselin, které nejsou zdravě prospěšné. Používání ztužených rostlinných tuků se vyhněte. K mazání používejte výrobky obsahující méně než 5 % trans-nenasycených mastných kyselin. Na tepelnou úpravu nepoužívejte ztužené tuky vůbec. Olivový olej obsahuje mono-nenasycené mastné kyseliny, které jsou nejdolnější vůči tepelnému zpracování. Tedy nejvhodnější na tepelnou úpravu je právě olivový olej. Smažená jídla však nepatří do vašeho jídelníčku.

Těstoviny a přílohy



Měly by být ve stravě bohatě zastoupené. Vhodná je i rýže a brambory. Pokud máte nadměrnou, kontrolujte si množství příloh!

Alkohol a nealkoholické nápoje



Nepijte žádné alkoholické nápoje. Černou kávu pít můžete, nejvíce 2 až 3 denně. Čaj můžete pít bez omezení, hlavně zelený a ovocný. Ovocné šťávy je vhodné ředit vodou v poměru 1:1. Vhodné jsou minerální vody neslazené. Vyhněte se slazeným nápojům. Dbejte na dostatečný příjem tekutin, okolo 2 litrů denně.

Ořechy, semena



Pro obsah nenasycených mastných kyselin a stopových prvků je vhodné zařadit do stravy vlašské ořechy, slunečnicová semena, sezam. Méně vhodný je mák, kokos, burské ořechy. Solené a smažené burské ořechy nekonzumujte vůbec.

Moučnický a cukrovinky



Moučnický si můžete dopřát jen výjimečně, bez šlehačky, bez krémů, raději ovocné koláče, Bonbonům, čokoládě a nejrůznějším sušenkám a plněným oplatkám se celkové vyhněte. Pokud máte chuť na sladké, zvolte cereální tyčinky nebo ovoce.

Technologie přípravy jídel



Smažení a fritování není vhodná příprava jídel. Jídla připravujte na vodu nebo pečené v alobalu bez tuku. Naopak do hotových jídel přidávejte tekuté oleje. Na zahulhívání pokrmů nepoužívejte smetanu, nahraďte ji odtučněným nebo sojovým mlékem. Ve stravě preferujte mnoho syrové zeleniny a ovoce.

Na závěr:



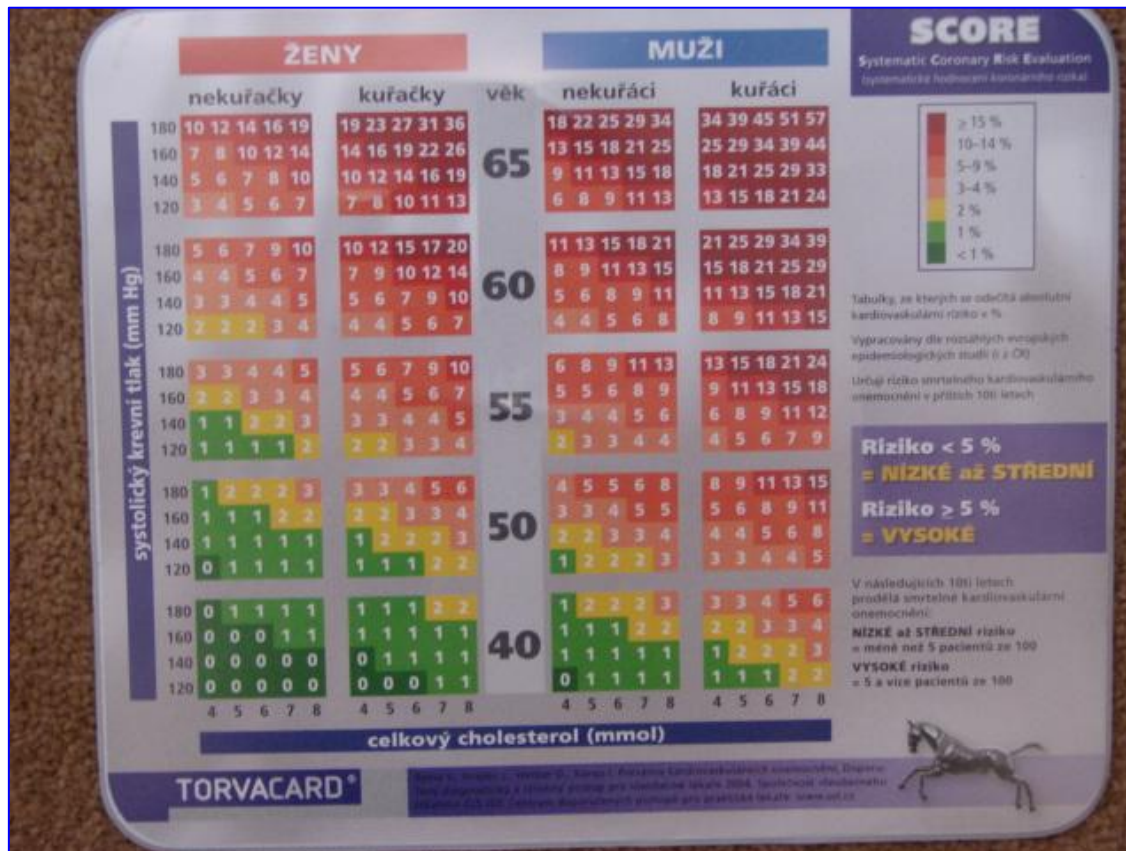
Dodržujte životní styl bez ohledu na to, jestli užíváte léky upravující hladinu tuků v krvi. Farmakologická léčba dietu nenahradí. Velmi důležité je správné a množství. Při vysoké hodnotě triacylglycerolů vás kromě kardiovaskulárních chorob ohrožuje i zádní síňky tlátní. Snižte množství a vyváženou stravou předepjete tomuto nepříjemnému onemocnění. Omezte příjem sladkosti kvůli obsahu jednoduchých cukrů a dodržujte zákaz při alkoholu. Pokud máte nízkou hladinu HDL, cholesterolu, dopávejte si ve stravě nenasycené mastné kyseliny a věnujte dostatek času pohybu.

MUDr. Jana Franeková, Oddělení klinické biochemie, Nemocnice Třinec

Bristol Myers Squibb

V přípravě kaprekční nepravosti ovládné obsahu tohoto článku, kontaktujte prosím svého lékaře.

5) SYSTEMATICKÉ HODNOCENÍ KORONÁRNÍHO RIZIKA



6) MEDIKAČNÍ KARTA HYPERTONIKA

*znát svůj tlak =
pomáhat svému* 

JAKÉ HODNOTY JSOU NORMÁLNÍ?

- ▶ krevní tlak méně než 140 / 90 mmHg
- ▶ cholesterol méně než 5,2 mmol / l
- ▶ cukr méně než 5,8 mmol / l
- ▶ kyselina močová méně než 420 umol / l
(muži), 340 umol / l (ženy)
- ▶ hmotnost: výška minus 100 (a méně)



MEDIKAČNÍ KARTA

Jméno a příjmení pacienta: _____

Rodné číslo: /

Zdravotní pojišťovna: _____

*znát svůj tlak =
pomáhat svému* 

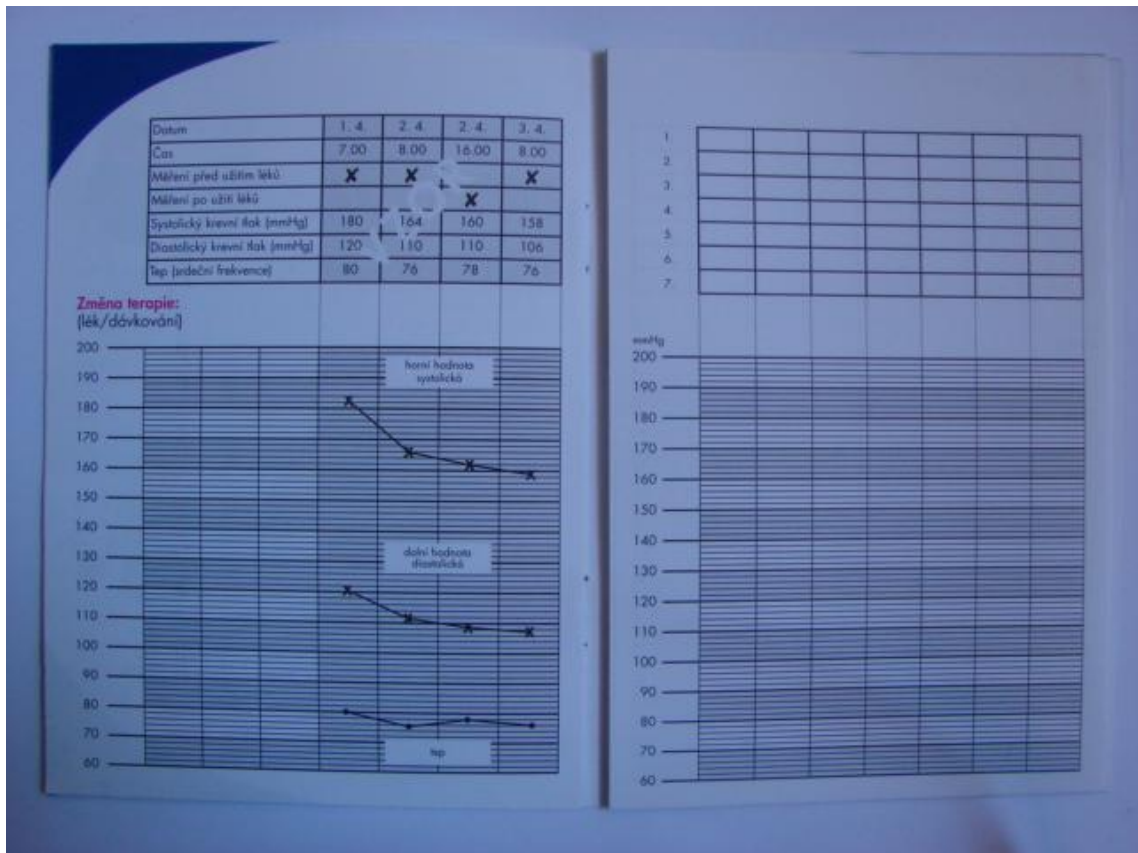
Kontakt na svého ošetřujícího lékaře:



Lék	Dávkování		
	R	P	V

Záznamník			
Datum	Krevní tlak (mm Hg)	Poznámky	Datum příští návštěvy

7) SELFMONITORING



Návod k zápisníku krevního tlaku

- Uveďte prosím ve spodní části stránky své osobní údaje a na první stránce svůj osobní rizikový profil (pokud ho znáte) a léky, které užíváte.
- Na následujících stránkách si přečtěte, jak se krevní tlak správně měří a co můžete sami dělat proti vysokému krevnímu tlaku.
- Před každým měřením zaznamenejte do příslušné tabulky datum a čas.
- Krevní tlak měřte před užitím léků!
- Příslušné hodnoty krevního tlaku zapíšte do tabulky. Hodnoty můžete navíc znázornit graficky, a to tak, že hodnoty horního a dolního tlaku zanesete do grafu jako křížky „X“ a můžete je spojit (viz příklad).
- Změřte si tep (srdeční frekvenci) a hodnotu rovněž zaznamenejte, jak je uvedeno v příkladu. Body v grafu případně spojte.
- Pokud Vám bude dělat zakreslování křížků a bodů problémy, můžete hodnoty zapisovat pouze do tabulky.

Jméno: _____
Datum naměření: _____
Ulce: _____
PřC/vevo: _____

Váš osobní rizikový profil

Datum					Člověk hodnots
Hmotnost (kg)					
Celkový cholesterol (mg/dl)					
HDL cholesterol (mg/dl)					
LDL cholesterol (mg/dl)					
Krevní cukr (mg/dl)					
Počet cigaret/den					

Léky: _____
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Dávkování: _____

