

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Postoj sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám

diplomová práce

Autor práce: Bc. Petra LENKEROVÁ
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária BOLEDOVIČOVÁ, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na zjištění postoje sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám. V teoretické části práce je orientována na oblasti zdraví, prevence, preventivní prohlídky, charakteristiku postojů a edukaci. Není opomenuta role sester a porodních asistentek v prevenci, vymezení kompetencí a problematiky životního stylu v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání. Cílem práce bylo zjištění, zda sestry a porodní asistentky samy pravidelně docházejí na vlastní preventivní prohlídky i to, jak přistupují k informacím o potřebě preventivních prohlídek u obyvatelstva.

Výzkum byl proveden metodou kvantitativního šetření. Technikou sběru dat bylo anonymní dotazníkové šetření u sester a porodních asistentek pracujících v primární péči a v nemocnicích. Celkový počet dotazníků od respondentů zařazených do výzkumu činil 270, z primární péče bylo vráceno 91 a z nemocnic 179 dotazníků, žádný nebyl vyřazen pro jeho neúplnost. V rámci výzkumu byla provedena pilotní studie, kdy bylo rozdáno 10 dotazníků rovnoměrně do sektoru primární péče a do sektoru nemocnic, k ověření, zda se nevyskytnou závažné problémy s jejich vyplněním. Vzhledem k jejich správnému vyplnění byly zařazeny do hlavní studie. Výsledky byly vyjádřeny pomocí tabulek a grafů. Na zpracování údajů byly použity statistické metody v programu MS Excel a testování v programu Statistica.

Kvantitativní veličiny jsou vyjádřeny pomocí četností a procent z celkových počtů v kontingenčních tabulkách. Sledované hypotézy byly statisticky hodnoceny pomocí Pearsonova chi kvadrát testu a Fisherovým testem s nízkými hodnotami v kontingenčních tabulkách. Statisticky významné výsledky byly na hladině významnosti 5%.

Bylo hodnoceno, zda existuje rozdíl v účasti sester a porodních asistentek na preventivních prohlídkách dle věku. Ve věku do 40 let byla četnost pravidelných preventivních prohlídek 62% a ve věku nad 40 let 98%. Věk významně ovlivňuje účast na preventivních prohlídkách. Stupeň vzdělání nemá statisticky významný vliv na účast na preventivních prohlídkách. Výzkum zcela nevyloučil rozdíl v účasti na preventivních prohlídkách dle typu pracoviště. Sestry a porodní asistentky pracující v nemocnicích

chodí na preventivní prohlídky méně pravidelně, než ty, které pracují v primární péči. Sestry a porodní asistentky v primární péči mají prokazatelně vyšší věk a chodí na preventivní prohlídky pravidelněji. Byl zjišťován rozdíl v postoji sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám dle typu pracoviště. Sestry a porodní asistentky, bez ohledu na to, kde pracují, mají pozitivní postoj k preventivním prohlídkám. Jsou jednou z nejčastějších aktivit, pomocí kterých udržují a podporují své zdraví. Motivací pro sestry a porodní asistentky, proč pravidelně navštěvují preventivní prohlídky je v první řadě péče o vlastní zdraví. U celkového počtu sester a porodních asistentek, které se účastní pravidelně preventivních prohlídek a edukují pacienty, bylo při testování dosaženo významné statistické hladiny. Výzkum potvrdil, že sestry a porodní asistentky, které navštěvují preventivní prohlídky pravidelně, mají pozitivnější postoj k informovanosti klientů-pacientů, než ty, které prohlídku neabsolvuji. Sestry a porodní asistentky v nemocnicích se věnují při edukaci více aktuálnímu onemocnění a odvrácení případných komplikací u pacientů, než všeobecné prevenci a preventivním prohlídkám.

Vzhledem ke stanoveným cílům výsledné hodnocení výzkumu prokázalo, že sestry a porodní asistentky mají pozitivní postoj k preventivním prohlídkám a snaží se je pravidelně navštěvovat. Respondenti z primární péče jsou věkově starší a navštěvují preventivní prohlídky pravidelněji. Preventivní prohlídky jsou u respondentů prioritou v podpoře a udržení zdraví. Výzkum prokázal, že v primární péči i v nemocnicích se respondenti vzdělávají v oblasti prevence a preventivních prohlídek a orientují se v legislativě týkající se preventivních prohlídek.

Zjištěné výsledky je možné využít v praxi pro další výzkum. Zkoumanými skupinami by mohly být další nelékařští pracovníci a pacienti. V budoucnosti je i nadále nutné se věnovat v otázkách preventivních prohlídek mladým sestrám a porodním asistentkám z nemocnic, které se neúčastní pravidelně preventivních prohlídek a zaměřit se na jejich motivaci, aby se v rámci edukace pacientů více věnovaly prevenci a preventivním prohlídkám.

Klíčová slova:

Zdraví. Prevence. Preventivní prohlídky. Postoje. Role sester a porodních asistentek.

Abstract

The thesis focuses on an insight into the attitude to prophylactic check-ups among nurses and midwives. The theoretical part deals with health, prevention, prophylactic check-ups, characteristics of attitudes and education. The role of nurses and midwives in prevention, definition of competences and lifestyle problems in relation to healthcare job performance is not omitted. The aim of the thesis was to find out whether nurses and midwives themselves regularly have prophylactic check-ups and how they approach the information on necessity of prophylactic check-ups in the public.

Quantitative method was applied to the research. An anonymous questionnaire research among nurses and midwives working in primary care and in hospitals was used as the data collection technique. The total number of questionnaires returned from the respondents was 270, 91 were returned from primary care and 179 from hospitals. None of the questionnaires had to be rejected for incompleteness. A pilot study was performed within the research, where 10 questionnaires were handed out evenly to the primary care sector and to the hospital sector to verify whether no serious problems with their completion occurred. Thanks to their correct completion they were included into the main research.

The results were presented by means of charts and graphs. Statistic methods in MS Excel and testing in Statistica software we used for data processing. Quantitative values are expressed in contingency tables by means of frequency and percentage of total numbers. The monitored hypotheses were statistically evaluated by means of the Pearson's Chi-Square Test and Fisher's Test with low values in contingency tables. Statistically significant results were at the 5 per cent level of significance.

The fact whether participation of nurses and midwives in prophylactic check-ups differs with age was evaluated. The frequency of regular prophylactic check-ups was 62 per cent at the age below 40 and 98 per cent at the age over 40. Age has significant influence on medical prophylactic check-up attendance. Education level does not have statistically significant influence on prophylactic check-up attendance. The research has not completely refuted difference in prophylactic check-up attendance according to workplace type. Nurses and midwives working in hospitals have prophylactic check-ups

less regularly than those working in primary care. Nurses and midwives in primary care are demonstrably older and they go to prophylactic check-ups more regularly. The difference in approach to prophylactic check-ups among nurses and midwives according to workplace type was monitored. Nurses and midwives have positive attitude to prophylactic check-ups regardless of the type of their workplace. They belong to the most frequent activities they apply to maintenance and improvement of their health condition. Nurses and midwives are first of all motivated to regular visits of prophylactic check-ups by the care of their own health. Statistical level was achieved in the tests for the total number of nurses and midwives regularly attending prophylactic check-ups and educating patients. The research has confirmed that nurses and midwives that regularly visit prophylactic check-ups have more positive approach to providing information to clients-patients than those that do not undergo the prophylactic check-ups. Nurses and midwives in hospitals pay more attention to the disease itself and to prevention of possible complications in patients than to general prevention and prophylactic check-ups in their educational activities.

With regard to the set goals the final evaluation of the research has confirmed that nurses and midwives have positive approach to prophylactic check-ups and try to visit them regularly. Respondents from the primary care are older and visit the prophylactic check-ups more regularly. Prophylactic check-ups have priority in health condition support and maintenance for the respondents. The research has shown that the respondents working in primary care as well as those from hospitals educate themselves in the field of prevention and prophylactic check-ups and are knowledgeable about legislation applicable to prophylactic check-ups.

The found results may be used in practice for further research. Further non-physician staff and patients might be the research groups. Attention should still be paid in the future to young nurses and midwives from hospitals that do not go to regular prophylactic check-ups and to their motivation for deeper involvement in prevention and prophylactic check-ups within patient education.

Key words:

Health, prevention, prophylactic check-ups, attitudes, roles of prophylactic check-ups

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za ochotu a cenné rady. Chtěla bych poděkovat všem sestrám a porodním asistentkám, které věnovaly svůj čas vyplnění dotazníků. Dále bych chtěla poděkovat panu Mgr. V. Bláhovi za spolupráci při zpracování statistických dat. Chci rovněž poděkovat své rodině za pomoc a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY.....	13
1.1 Zdraví.....	13
1.1.1 Definice zdraví.....	13
1.1.2 Základní modely zdraví.....	15
1.1.3 Determinanty zdraví.....	16
1.1.4 Veřejné zdraví.....	18
1.1.5 Výchova ke zdraví.....	21
1.2 Prevence.....	23
1.2.1 Definice prevence.....	23
1.2.2 Druhy prevence.....	23
1.2.3 Význam prevence.....	25
1.3 Preventivní prohlídky.....	25
1.3.1 Všeobecná preventivní prohlídka.....	27
1.3.2 Všeobecná preventivní prohlídka dětí.....	28
1.3.3 Zubní preventivní prohlídka.....	29
1.3.4 Gynekologická preventivní prohlídka.....	30
1.3.5 Pracovně lékařské prohlídky.....	31
1.3.6 Ambulantní a lůžková péče.....	32
1.4 Postoje.....	33
1.4.1 Utváření postoje.....	34
1.4.2 Funkce postojů.....	34
1.4.3 Konzistence postojů.....	35
1.4.4 Postoje a motivy.....	35
1.4.5 Postoje a předsudky.....	36
1.4.6 Postoje a chování.....	36

1.5 Role sester a porodních asistentek.....	36
1.5.1 Příprava a vzdělávání sester a porodních asistentek.....	39
1.5.2 Kompetence sester a porodních asistentek	41
1.5.3 Životní styl sester a porodních asistentek.....	45
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	71
2.1 Cíle práce	47
2.2 Hypotézy	47
3 METODIKA PRÁCE	71
3.1 Technika sběru dat	49
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	49
3.3 Metoda zpracování dat	50
4 VÝSLEDKY	51
4.1 Analýza dotazníků.....	51
4.2 Testování hypotéz.....	63
5 DISKUSE.....	71
6 ZÁVĚR	79
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	81
8 PŘÍLOHY.....	89

Seznam použitých zkratek

BCG	vaccine	živá lyofilizovaná vakcína z atenuovaného kmene Mycobacterium bovis
SSI		
BMI		Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
BOE		Model pro komunikaci
CMP		Cévní mozková příhoda
ČR		Česká republika
EKG		Elektrokardiogram
ESF		Evropský sociální fond
EU		Evropská unie
HDI		Index lidského rozvoje
HDL		High density lipoproteins (lipoproteiny o vysoké hustotě)
HDP		Hrubý domácí produkt
ICHS		Ischemická choroba srdeční
ICN		Mezinárodní rada sester
IES		Mezinárodní Certifikace škol
IM		Infarkt myokardu
IPVZ		Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
ISBN		International Standard Book Number
ISSN		International Standard Serial Number
LDL		Low density lipoproteins (lipoproteiny s nízké hustotě)
MDT		Mezinárodní desetinné třídění
NCONZO		Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů
OSVČ		Osoba samostatné výdělečně činná
SVL ČSL JEP		Společnost všeobecného lékařství Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
SZŠ		Střední zdravotnická škola
SZÚ		Státní zdravotní ústav
UK		Univerzita Karlova
ÚZIS		Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO		Světová zdravotnická organizace

Slovo „ošetřovat“ znamená: chovat, opatrovat, živit, kojit, hýčkat, laskat, zkrátka „pečovat“ o individuální potřeby jak zdravého, tak i nemocného člověka.

doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, Ph.D. (50, s. 1)

ÚVOD

Předcházení chorob a upevňování zdraví občanů je celosvětovou problematikou. Dokumenty jako je „Zdraví pro všechny v 21. století“ jsou toho příkladem. Jednou z možností prevence onemocnění jsou preventivní prohlídky. Umožňují včasný záchyt chorob a poskytnutí účinné léčby již v raných stádiích nemocí. Většina států proto vynakládá nemalé finanční prostředky na zlepšení zdraví své populace. Zdravotnický personál je součástí procesu v předcházení vzniku nemocí, proto je aktivní zapojení zdravotníků velmi důležité. Jejich prioritami má být osvěta, edukace pacientů i vlastní osobní příklad v péči o zdraví a vedení zdravého životního stylu, kterými mohou účinně pacienty motivovat k přebírání zodpovědnosti za své zdraví. Preventivním prohlídkám se v první linii věnují praktičtí lékaři pro dospělé, privátní stomatologická zařízení, gynekologická oddělení a snad nejvíce praktičtí lékaři pro děti a dorost. Zde všude pracují sestry a porodní asistentky, které mohou svým pacientům velmi pomoci při upevňování zdraví. Ne každý jedinec má pevnou vůli, proto je zapotřebí se otázkám předcházení chorob a prevenci v oblasti upevňování zdraví věnovat každodenně při výkonu zdravotnického povolání. Česká republika se o zdraví svých obyvatel stará velmi aktivně. Má jednotně propracovanou legislativu v oblasti veřejného zdravotnictví. Obsah a rozmezí provádění preventivních prohlídek u občanů je upraven zákonem. Další oblastí v ochraně zdraví je též kvalitní vzdělávání zdravotnických pracovníků při přípravě na výkon povolání a s tím související celoživotní vzdělávání. Každý zdravotnický pracovník si musí být vědom svých závazků vůči svému povolání, musí být připraven věnovat se své profesi s plným nasazením. Výchova ke zdraví jako odborného předmětu musí být nevyhnutelně součástí odborného vzdělávání každého zdravotnického pracovníka a také odrazovým můstkem při jeho přípravě na povolání.

Zdravotnický pracovník je sám jedním z mnoha občanů České republiky, kterých se celý program veřejného zdraví týká. Znalost a dodržování zdravého životního stylu pak samotným zdravotníkům napomůže zvládat velmi náročnou psychickou a fyzickou pracovní zátěž spojenou s výkonem jejich tak krásného povolání. Stanou se oporou svým pacientům.

K danému tématu práce jsme si zadaly cíle zjistit, zda sestry a porodní asistentky pravidelně docházejí na preventivní prohlídky, jak přistupují k informacím o potřebě preventivních prohlídek a jak přistupují ke svému zdraví. Zaměříme se na sestry a porodní asistentky, které pracují v primární péči, a které pracují v nemocnicích. V rámci výzkumu budeme v hypotézách určovat, zda existují rozdíly v účasti na preventivních prohlídkách a zda se liší postoje sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám v primární péči a v nemocnicích. Pokusíme se zjistit, zda sestry a porodní asistentky, které se účastní pravidelně preventivních prohlídek, mají pozitivnější postoj k informovanosti a edukaci pacientů, zda mohou být svým pozitivním přístupem vzorem svým pacientům. Jedním z důvodů, proč jsem si zvolila toto téma je, že pracuji jako vrchní sestra v ambulantním zařízení v primární péči a samotnou mě zajímá, jak sestry a porodní asistentky přistupují k prevenci a k preventivním prohlídkám. Pozitivní postoj se odráží v samotném chování sester a porodních asistentek k pacientům. Jejich úkolem je vedení, podpora a motivace pacientů, aby se aktivně podíleli na podpoře a udržování svého zdraví. Každý občan je povinen starat se o své zdraví, ale zdravotnický personál jej musí umět povzbudit.

V době, kdy se celosvětově více zaměřuje pozornost na prevenci a podporu zdraví je role sester a porodních asistentek v prevenci nevyhnutelná. Proto je důležité pozitivně motivovat a ovlivňovat postoj těchto pracovníků, aby se účinně věnovali otázkám prevence, preventivních prohlídek, zdravotní výchově a edukaci pacientů. Sestry a porodní asistentky jsou jednou z nejpočetnějších skupin zdravotnických pracovníků, které se v primární péči přímo podílí na preventivních prohlídkách pacientů.

1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

Ke stanoveným cílům v teoretické části diplomové práce se zaměříme na problematiku a objasnění pojmů, zdraví, prevence, preventivních prohlídek. Budeme se zabývat rolí, kompetencemi a životním stylem sester a porodních asistentek.

1.1 Zdraví

Od prvopočátků vzniku civilizace se člověk jako jedinec pohybuje v prostředí, které se neustále mění. Člověk jako živá bytost, která je schopna přemýšlet, si začal klást otázky o existenci života. Již v dobách starověku se poprvé definují termíny zdraví, stavy spojované s nemocí, první snahy o léčení. Nové objevy v přírodních a společenských vědách napomohly v průběhu staletí dalšímu rozvoji v oblasti péče o zdraví i formování otázek kvality života (1). Zavázalová (2, s. 18) hodnotí zdraví a nemoc jako specifické kvality živých organismů. Podmínkou zdraví je optimální a vyvážené fungování organismu. V systému hodnot by mělo zaujímat přední místo. Dobré zdraví umožňuje plnější realizaci, dosahování osobních cílů a snadnější plnění sociálních rolí. Zdraví a nemoc jsou výsledkem oboustranného dynamického vztahu mezi organismem a prostředím. Veleminský (3, s. 8) vyslovil názor, že dělicí čára mezi zdravím a nemocí není zcela zřetelná a vyřešit otázku, kde leží hranice mezi úplným zdravím a počátkem nemoci, je prakticky nemožné. Řešení problémů souvisejících se zdravím se stala součástí mnoha oborů souvisejících s rozvojem společnosti a to v celosvětovém měřítku. Odborníci se snaží formulovat nejvhodnější definice zdraví, specifikovat modely, jak chápat zdraví a péči o něj, vymezují a sledují faktory, které ovlivňují zdraví, budují celé systémy péče o zdraví s přesně definovanou koncepcí (1; 2; 3).

1.1.1 Definice zdraví

Specifikovat a přesně definovat zdraví jako takové je velmi náročně. Většina jedinců si cenu nebo hodnotu zdraví uvědomí až v momentě, kdy přijde nemoc.

Významem zdraví a jeho definicí se již zabývali v dobách před naším letopočtem. Holčík (4, s. 24) jako příklad uvádí výrok Herakleita z Efezu, z doby již 500 let před naším letopočtem: „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný“. To dokazuje, že problémy se zdravím provázejí lidstvo od nepaměti.

Zdraví je biologickou potřebou pro jedince. V osobní rovině má pro každého rozdílnou individuální hodnotu. Pro společnost je zdraví jedinců nutné pro hospodářský rozvoj, zlepšení ekonomiky a udržuje příznivou sociální atmosféru (2, s. 18-22).

Holčík (5, s. 13) dále soustředil a citoval několik definicí zdraví od autorů: prof. Bureše - zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí; prof. Žáčka - zdraví je relativně optimální stav, tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí; Mahlera, generálního ředitele WHO-1988 - zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.

Nejvíce po celém světě známou a používanou je definice WHO. Do roku 1948 WHO používala definici zdraví jako: „*Stav nepřítomnosti nemoci a tělesných defektů.*“ Po 1948 byla definice upravena na: „*Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci a vady*“ a v roce 1977 WHO doplnila stávající definici o: „*Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (1, s. 28).

Dle názoru Křivohlavého (6) je ideál zdraví nepraktický a je postaven nerealisticky až nedosažitelně vysoko. Naopak kladem je, že definice je dobře zapamatovatelná, jednoduchá, pozitivní a zaobírá se bio-psycho-sociální stránkou člověka (6, s. 38). Zdraví je hodnotou, schopností, vlastností jedince nebo prostředkem, pomocí kterého každý jedinec dosahuje svých osobních cílů. Jednotlivé definice zdraví je možné rozdělit na operační a koncepční.

1.1.2 Základní modely zdraví

Zdraví lze jen obtížně vyjádřit jednoduchou definicí a proto vznikly základní modely, které blíže charakterizují zdraví jako předmět výzkumu, studie, praxe a výkladu. Modely nám dávají možnost různých pohledů na zdraví a také obraz, jak lidé své zdraví sami vnímají. Modely nám napomáhají k specifikaci možností, jak o zdraví pečovat (4).

Biomedicínský model

V tomto modelu hrají hlavní roli nemoci, jejich diagnostika, vyšetření a vhodná léčba. Lékaři řeší zdravotní problémy, které mají jejich pacienti, opírají se přitom o výsledky vyšetření a soudí stav organismu. Tento model je doplňován o další modely. Model sociologický zkoumá roli jednotlivce ve skupině, humanitní model se zabývá existencí člověka, model behaviorální respektuje chování lidí a snaží se správně využít poznatků, jak přispět ke zlepšení jejich zdraví. K tomu, aby se podařilo účinně řešit zdravotní stav populace, nestačí biomedicínský model zdraví (4).

Ekologicky sociální model zdraví

Je chybné oddělovat podmínky přírodního a sociálního prostředí, které určují zdraví lidí v průběhu života. U ekologicko-sociálního modelu je v popředí jedinec a jeho zdraví, ale nezapomíná se na opatření realizovaná na populační úrovni, jež mohou mít příznivý nebo negativní dopad na zdraví lidí. Lidé většinou nemají zdraví jako hlavní životní cíl. Dávají přednost jiným zájmům a hodnotám. Být šťastný, spokojený, mít spoustu přátel nebo naopak vést klidný bezstarostný život, mít skvělou kariéru nebo se věnovat více rodině a dětem. Tyto rozdíly popisují sociální a kulturní podmíněnost zdraví a popisují různé typy chování ať už prospěšného pro zdraví nebo pro zdraví škodlivého. Zároveň je důležité zdůraznit péči o sebe sama. To je nezbytná součást lidského zdraví, základní podmínka a také první forma udržování zdraví. Ekologicko-sociální model zdraví neodděluje léčbu, prevenci a občanské aktivity. V žádném případě není protipólem biomedicínského přístupu, dá se říci, že je jeho rozšířením. Ekologicko-sociální model má i své modifikace, např. celostní (holistický) model zdraví. Zdraví je jednou z charakteristik života v jeho plnosti, důkazem je, že lidé zdraví studují, ochraňují, prožívají (4).

Adaptační model

Tento model vyjadřuje schopnost jedince cíleně se přizpůsobovat změnám prostředí. Jedinec je schopen buď změnit nebo upravit nepříznivé prostředí nebo změnit svůj vlastní způsob života podle změn prostředí. Kopecká (7, s. 30-31) uvádí, že zdraví podle tohoto modelu je stav, kdy se jedinec přizpůsobuje změnám po stránce bio-psycho-sociální s cílem udržet si stabilitu a pohodu v úsilí při dosahování svých osobních a kulturních potřeb.

Model hraní role

Model je založen na teorii, že nemocný člověk není schopen vykonávat svoji práci. Zdravý je tedy člověk tehdy, pokud je schopen vykonávat svoje zaměstnání, i když u něj může být klinicky prokázáno závažné onemocnění. Model opomíjí fakt, že člověk zastává v životě více rolí, které pro něj mohou mít větší prioritu. Jsou to například role matky, otce, dcery, prarodiče (7).

Eudaimonistický model

Zdraví je spojeno s filozofickým učením, kdy cílem člověka je dosažení stavu blaženosti, kdy je člověk schopen využít svých schopností k realizování svých osobních představ, bez jakéhokoliv omezení a současně je zachována jeho integrita a harmonie s prostředím. Nemoc dle tohoto modelu znamená stav, který brání jedinci ve vlastní seberealizaci, brání mu využít naplno svůj potenciál schopností (7; 8).

1.1.3 Determinanty zdraví

Na zdraví živých organismů a také na zdraví člověka samotného působí mnoho faktorů nebo podnětů, které jsou odborně nazývány determinanty. Jedná se o komplexy faktorů působících na jedince, které je či není schopen ovlivnit. Jednotlivé determinanty působí na jedince společně, ale každý v různé síle. Důležité je, zda jednotlivé faktory působí pozitivně nebo negativně na zdravotní stav. Do skupiny neovlivnitelných determinant patří vnitřní individuální faktory. Individuální faktory, jež ovlivňují zdraví jedince jsou endogenní (genetické vlohy), psychické a behaviorální. Do skupiny ovlivnitelných determinant, tedy vnějších faktorů, lze zařadit životní a socio-ekonomické prostředí, životní styl a zdravotní péči (9).

Faktory, které působí na zdraví, jsou prostředí a individuální faktory. Prostedí je děleno na přírodní a sociální. Přírodní prostředí je charakterizováno přírodními faktory, mezi něž patří ovzduší, voda, vzduch, flóra, fauna, energie, klimatické a geografické podmínky. Sociální prostředí je provázáno lidskou činností. Na zdravotní stav jedince působí nejvíce socio-ekonomické faktory týkající se životní úrovně, životních jistot, zdravého životního prostředí, pracovních podmínek, možností vzdělání, kultury a umění, pracovního prostředí a podmínek k práci, vzájemných mezilidských vztahů v sociálních skupinách, systému zdravotní a sociální péče a demografických podmínek. Pracovní prostředí a pracovní proces patří do sociálního prostředí. Práce je jednou z možností seberealizace jedince. Pokud je nevhodné pracovní prostředí nebo jsou pracovní nároky na zaměstnance příliš veliké často v průběhu času dochází k poruše zdraví zaměstnance. S pracovními podmínkami souvisí civilizační proces. Člověk svou prací mění prostředí a mění sám sebe.

Důležitý je životní styl člověka, který poškozujee jednotvárná pracovní činnost, nedostatek tělesného pohybu, alkohol, kouření a jiné návykové látky, nekvalitní potraviny a přejídání, vysoké životní tempo a stres, rovněž rizikové sexuální chování. Negativní faktory prostředí a způsob života lidí jsou dnes příčinou vzniku civilizačních chorob. Jsou to choroby oběhové soustavy - vysoký krevní tlak, ICHS, zhoubné nádory, alergie, chronické záněty průdušek, diabetes, nemoci pohybového aparátu, obezita, nemoci zažívacího traktu nebo psychická onemocnění. Na těchto nemocech má podíl i složka psychická. Tato onemocnění jsou klasifikována jako psychosomatická onemocnění (2; 10).

Duševní hygiena je součástí zdravého zdravotního stylu. V podstatě se jedná o nauku, jak chránit a upevňovat duševní stránku svého života, jak odolávat škodlivým vlivům, jak předcházet psychickým obtížím. Duševní hygiena je úzce spjata s pocitem štěstí a osobní pohodou. Duševní zdraví se řadí k celkovému zdraví člověka (10).

Individuální faktory ovlivňující zdraví jedince jsou endogenní, psychické, behaviorální. Endogenní faktor je vyjádřen genetickými vlohami, které jedinec sám neovlivní. Psychické faktory je jedinec schopen ovládat sám. Mnoho nemocí je spojeno s psychikou. Odolnost organismu jedince je velmi individuální. Psychické faktory

souvisí s behaviorálním faktorem a mohou chování člověka výrazně změnit. Behaviorální faktor promítá chování člověka ke svému zdraví, postoj, jaký člověk ke svému zdraví zaujímá. Postoj ke zdraví se liší individuálním hodnotovým systémem, zásadami, prioritami člověka. Chování člověka ke svému zdraví je velice subjektivní. Prostředí a individuální faktory vedou člověka k určitému způsobu života. V zemích společensky vyspělých má největší podíl na zdraví způsob života. Lidé žijící v horších sociálních podmínkách, s nižšími příjmy, s nižším vzděláním často mají negativní postoj ke svému zdraví (10).

Mnozí autoři odkazují na výsledky studie, které z determinant a v jakém pořadí nejvíce ovlivňuje zdraví. Zdravotní stav z 50% - 60% ovlivňuje životní styl, z 20% - 25% vnější prostředí (životní a socioekonomické prostředí), z 15 - 20% zdravotní péče a z 10% - 15% genetická výbava (1; 2; 10). Drbal (11) k této všeobecně používané studii namítá, že procentuelní vyjádření jednotlivých determinant již neodpovídá. Uvádí nové aspekty, které se promítají do tohoto schématu a tím jsou čas a prostor. Změny, které provádí člověk svou činností, jsou tak rychlé a obrovské, že se narušily přirozené adaptační mechanismy, které se jindy vyvíjely velmi dlouhou dobu.

Kvalita života spíše vyjadřuje životní úroveň, popisuje se kvantitativně, ekonomicky. Dále se rozlišuje úroveň společnosti a úroveň jednotlivce. Kvalita života se měří indikátorem indexu lidského rozvoje (HDI), který je současně indikátorem modernizace. Indikátor je složen z hrubého domácího produktu (HDP), z indexu očekávané délky života a z indexu gramotnosti. HDI vyjadřuje skutečnou kvalitu života, životní úrovně ve všech státech světa (10).

1.1.4 Veřejné zdraví

Veřejné zdraví se dá popsat jako zdraví pro všechny, tedy ne jen jednoho jedince, ale celé společnosti. Velké epidemie infekčních nemocí a útrapy válek, přírodní pohromy přesahující hranice jednoho státu, zasahující celé kontinenty a s těmito faktory související chudoba, hladovění lidí ukázaly potřebu zabývat se zdravím a nemocemi v širším celospolečenském měřítku (1, s. 14-16).

Holčík (4, s. 123) uvádí význam slova „*Public Health*“ doslovně „*Veřejné zdraví*“, který v anglosasky hovořících zemích znamená činnost oboru, zabývající se péčí o zdraví v širších dimenzích a ne jen z pohledu medicíny. Pojem veřejné zdraví je možné prezentovat jako snahu organizované společnosti, která má za cíl ochranu, rozvíjení, navrácení a zlepšení zdraví všech lidí pomocí tvorby a aplikace skupinových opatření. Veřejné zdraví je organizováno v podobě komplexní zdravotní politiky, a to budováním systémů pečujících o zdraví.

Průlomem po druhé světové válce byl v roce 1948 vznik Světové zdravotnické organizace (WHO), která je jednou ze specializovaných agentur Organizace spojených národů. Úkolem organizace je řízení a koordinace zdravotnické činnosti v celosvětovém měřítku. Cílem je zabezpečení co největší možné úrovně zdraví všem lidem bez rozdílu, aby všichni měli možnost vést produktivní život (12, s. 140). WHO poskytuje v oblasti zdravotnictví poradenství, vytváří standardy pro zdraví pro celý svět, dále spolupracuje s jednotlivými vládami při tvorbě a rozvoji regionálních a národních programů k podpoře zdraví. Rozšiřuje vhodné zdravotnické technologie, nové poznatky a informace. Jedním z koncepčních programů vytvořených WHO byl „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“, na nějž navázal rozšířený program „*Zdraví 21*“. Pro evropský region bylo stanoveno 21 cílů pro jeho realizaci (13). ČR tento dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva přijala v roce 2002. Cíle byly rozpracovány na dílčí úkoly na jednotlivá časová období (příloha A).

Změny a problémy v oblasti veřejného zdraví monitoruje a zpracovává taktéž Evropská unie, která vydala dokument „*Bílá kniha*“ – Společně pro zdraví - strategický přístup pro Evropskou unii na období 2008 - 2013. Je to koncepce EU, na jejímž základě by měl mít každý občan na principu spravedlnosti a solidarity právo na stejně vysokou úroveň zdravotní péče. K hlavním cílům této koncepce patří podpora zdravého stárnutí, měnící se struktura nemocí, prevence měnící se struktury nemocí, zvýšení propagace zdravého životního stylu, ochrana před zdravotními riziky. Zodpovědnost za tento zdravotní systém mají jednotlivé členské státy EU. Významnou částí veřejného zdraví je také podpora zdravotních systémů a nových technologií. Nové technologie mají potenciál zlepšit zdravotní systémy a tím celou zdravotní péči (14).

V ČR se ochranou a podporou veřejného zdraví největší měrou zabývají oblasti veřejného zdravotnictví, sociálního lékařství, hygieny a environmentální medicíny, preventivního lékařství, epidemiologie. Vymezení práv a povinností fyzických a právnických osob v oblasti veřejného zdraví včetně struktury, definování pravomocí a působnosti orgánů pověřených ochranou veřejného zdraví je v ČR zakotveno v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Orgány státní správy dle tohoto zákona jsou Ministerstvo zdravotnictví, které řídí a usměrňuje činnost krajských a okresních hygieniků, Ministerstva vnitra a Ministerstva obrany (15).

Health promotion- podpora zdraví

Holčík (4) uvádí jednu z možností, jak porozumět termínu „*health promotion*“, který lze v překladu vyjádřit jako podpora zdraví. Svým významem odráží soubor myšlenek, názorů, metod, jak a pomocí jakých prostředků je možné chránit, posilovat, upevňovat a rozvíjet zdraví. Podpora zdraví je realizována v rámci celé společnosti za aktivní účasti jednotlivců, skupin a organizací.

Veleminský (3, s. 16) vyjadřuje názor, kdy filosofie podpory zdraví by měla být společná všem a měla by být uplatňována všude, tedy v sociálním prostředí. Vyslovil myšlenku „*Prevence je levnější než léčba. Předcházet nemocem je levnější, než nemocné léčit nebo je ztrácet jejich úmrtím.*“

Důležitým dokumentem v oblasti Health promotion byla v roce 1986 přijata Ottawská charta, která byla zaměřena na posilování a rozvoj zdraví. Podpora zdraví má být směřována na celou populaci, má se věnovat zejména determinantám ovlivňujícím zdraví, má vytvářet taková opatření, která mají vybízet celou veřejnost, aby se zapojila do této činnosti. Předpokládá, že zdravotníci jsou důležitým článkem při podpoře zdraví ve společnosti. Příkladem programů věnujících se podpoře zdraví, které navrhla a podpořila WHO jsou projekty „Zdravý region“, „Zdravé město“, „Škola podporující zdraví“, „Zdravé pracoviště“, komunitní program zaměřený na prevenci úrazů a nehod „Bezpečná komunita“. Česká republika se do těchto projektů zapojila po roce 1989 (3; 4; 5).

1.1.5 Výchova ke zdraví

Výchova je předávání vědomostí a dovedností. Člověk ovlivňovaný výchovou mění své postoje a chování, utváří si návyky. Juřeníková (16, s. 9) definuje výchovu jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Výchova ke zdraví je specifickým oborem, který má za cíl poskytnout lidem všech věkových skupin dostatečné množství informací o ochraně jejich zdraví, o předcházení nemocem. Cílem výchovy ke zdraví je také pozitivně motivovat celou populaci k aktivnímu přístupu při péči o své zdraví. Výchova ke zdraví je součástí podpory zdraví, uplatňuje se v primární prevenci, ale dotýká se sekundární i terciární prevence. Čerpá především ze základů pedagogiky, psychologie, medicíny, ošetrovatelství a sociologie. Výchova ke zdraví je součástí péče o zdraví, na kterou má občan právní nárok, je ovšem důležité, aby za své zdraví byl schopen nést odpovědnost. V ČR je pověřen organizováním výchovy ke zdraví na úrovni realizace programů Státní zdravotní ústav, který spolupracuje s dalšími resorty (17; 18). Výchova ke zdraví je předávání informací k podpoře zdraví, které je směřováno na jednotlivce, na různé sociální skupiny a na celou populaci. Velemínský (3, s. 9) se přiklání k názoru, že s podporou zdraví a výchovou ke zdraví je zapotřebí začít v batolecím věku, kdy si dokáže dítě nejlépe osvojit návyky a dovednosti vedoucí ke zdraví a jeho podpoře. Zaměření jednotlivých témat výchovy ke zdraví se mění dle aktuálních potřeb společnosti. ČR v současnosti je zapojena do programů Zdraví 21, které jsou nyní prioritou (17; 18).

Hlavními zásadami vedení výuky je, aby probíhala uceleně, systematicky, kdy se přechází od nejjednoduchých věcí ke složitým, od konkrétních věcí k abstraktním. Zohledněn by měl být věk, pohlaví, vzdělání, zdravotní stav a sociální postavení jedince nebo skupin. V rámci výuky je nutné seznámit posluchače s tím, co by se měli dozvědět, používat příklady z praxe a zpětnou vazbou si ověřit, zda si osvojili znalosti a dovednosti a zda jsou schopni je aplikovat v běžném životě (17).

Jednotlivé metody výuky jsou vybírány podle specifických cílů, které jsou v danou chvíli aktuální nebo naléhavé. Existují metody k upoutání pozornosti, které jsou součástí tzv. sociálního marketingu. Jedná se o soubor reklamních činností, s cílem

ovlivnit co největší skupinu obyvatel. Informace je možné předat formou knižní nebo pomocí tematických brožur nebo pomocí medií. Větší množství informací se dá sdělit formou přednášek, konferencí, besed, odborných kurzů. V současnosti se využívá čerpání informací z internetu (17; 18; 19).

Strejčková (18, s.74) uvádí, že nejdůležitější metodou je osobní sdělení a osobní příklad toho, kdo danou prevenci vykonává. Uvádí také jednu ze zajímavých metod výuky a tou je Peer výchova, která je založena na proškolení lidí ze stejné sociální a věkové skupiny, kteří mají pozitivní vztah ke zdravému životnímu způsobu života a ti pak působí na své vrstevníky a vedou je ke změnám postoje a chování ke zdravému životnímu stylu. Výchova ke zdraví v ČR je směřována na změny v oblasti životního stylu a posilování sociálních vazeb: jak se správně stravovat, dodržovat pitný režim, mít dostatek pohybu, pečovat o duševní zdraví, vědět, jak předcházet úrazům a otravám, mít informace o správném sexuálním chování a o plánovaném rodičovství, vyvarovat se zneužívání návykových látek (tabák, alkohol, drogy). Dále je důležitá oblast ochrany životního a pracovního prostředí (18).

Zdravotní výchova je svěřena do rukou zdravotnických pracovníků. Zdravotní výchova a edukace pacientů by měla být každodenní záležitostí při poskytování zdravotní péče. Používá se v primární prevenci u zdravých jedinců. Edukace má využití ve všech typech prevence u zdravých a nemocných jedinců. Základem edukace je osvojování si vědomostí, dovedností, návyků a rozvíjení poznávacích procesů a je součástí standardní péče o pacienta. Edukace je záměrná činnost s cílem dosáhnout změny postojů a chování pacientů. Součástí edukace je vytvoření edukačního plánu, s jednotlivými fázemi. 1. fází je diagnostika stávajících vědomostí a dovedností pacienta, zjišťování edukačních potřeb. 2. fáze je projektování - plánování cílů, téma edukace, výběr metod k edukaci, vytvoření časového plánu. 3. fáze je realizace. V této fázi přichází samotný výklad, motivace pacienta a zpětné ověření, zda pacient chápe výklad. 4. fáze je upevnění a prohlubování vědomostí, opakování. 5. fáze je hodnocení výsledků, kterých bylo dosaženo. Důležité je zařadit i navazující reedukaci, která rozšiřuje a rozvíjí vědomosti a dovednosti pacienta, popřípadě opravuje nesprávně zafixované poznatky. Edukaci je zapotřebí provádět komplexně, aby pacient byl

schopen si dát věci do souvislostí. Edukace v ošetrovatelství má za úkol podpořit pacienty a jejich rodiny na cestě k dosažení nezávislosti, napomoci pacientům udržet a zlepšit kvalitu jejich života. Správně cílená edukace dokáže pomoci při zvládnutí a snížení úzkosti, stresu u pacienta. V konečném důsledku edukace brání rozvoji dalších komplikací choroby a pozitivně motivuje pacienta při dodržování léčebného režimu (16; 20).

1.2 Prevence

Termín prevence provází po celý život každého člověka. Cokoliv v našem životě uděláme s cílem, aby se nic špatného nebo zlého nestalo, je vždy provázeno nějakou činností, jak tomu zabránit. Jedná se provedení různých opatření, abychom zamezili něčemu nepříznivému, co poškodí člověka nebo nějakou věc.

1.2.1 Definice prevence

V lékařském slovníku je uveden původ slova „prevence“ z latinského termínu „praevenio“ a znamená předcházet (21). V oblasti zdraví a nemoci je prevence charakterizována jako soubor aplikovaných opatření, metod a postupů s cílem zabránit vzniku onemocnění nebo úrazu, včas odhalit nemoc v době, než se objeví první příznaky nemoci a odstranit nebo zmírnit následky způsobené již probíhající nemocí (1; 21).

1.2.2 Druhy prevence

Podle časové posloupnosti prováděných preventivních opatření rozlišujeme fázi primární, sekundární a terciární prevence. Preventivní opatření realizuje celá společnost nebo každý občan individuálně. Jedná se o jakoukoliv nespécifickou preventivní činnost, kterou organizují všechny instituce v jednotlivých resortech, státní orgány, organizace a zájmové skupiny. Po stránce odborné to jsou specifická opatření svěřená do rukou zdravotnických pracovníků, kteří ji vykonávají na profesionální úrovni.

Prevence primární je základem podpory zdraví (health promotion). Jsou to všechny činnosti, které vedou ke snížení incidence nemocí. Cílem je ovlivnění rizikových faktorů způsobujících onemocnění. Několik z mnohých takových opatření jsou výchova ke zdraví cílená na zdravý životní styl populace, jodidace soli, fluoridace pitné vody, kontrola a vitaminizace potravin a v nemalé míře ochrana životního prostředí. Zdravotničtí pracovníci provádějí primární prevenci formou zdravotní výchovy a edukace, pomocí hygienických a protiepidemických opatření. Nelze opomenout organizování a provádění cíleného očkování (vakcinace). Očkování má v České republice dlouholetou tradici. Československo patřilo k průkopnickým státům v zavádění celoplošného očkování proti infekčním chorobám. Očkovací kalendář upravuje očkování a je dán vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, novelizována vyhláškou č. 299/2010 Sb. V příloze B je uveden očkovací kalendář (24). Existují různé typy očkování: pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování, očkování při poraněních a úrazech a očkování na žádost pacienta. Předáváním informací a aplikací očkovací látky jsou pověřena očkovací centra (15; 22; 23; 24). Odborný dozor vykonávají orgány a zařízení ochrany veřejného zdraví - hygienické stanice, které jsou odvětvím spadajícím do primární prevence a vycházejícím ze základů epidemiologie, která se zabývá studiem faktorů ovlivňujících nemocnost a zdraví obyvatel (10).

Prevence sekundární je zaměřena na realizaci opatření a postupů snižujících prevalenci onemocnění. Jedná se o včasné detekování a správné diagnostikování chorob. Do spektra sekundární prevence jsou zahrnuty preventivní prohlídky, depistáž, která pomocí screeningových metod slouží k aktivnímu včasnému vyhledávání nemocí u zdravé populace nebo u rizikových skupin. Pacienti s určitým rizikem nebo nemocí jsou aktivně zařazeni do dispenzární péče, jsou pravidelně zváni na prohlídky. Dispenzarizace tedy poskytuje zahájení včasné léčby u pacientů s rizikem nebo účinnější léčbu a prevenci komplikací už již probíhajících onemocnění. Do dispenzární péče jsou zařazeny osoby sice zdravé, ale ohrožené na zdraví, těhotné ženy, děti do 1. roku života, dorostová mládež, osoby s pracovním rizikem. Samostatnou skupinou jsou nemocní pacienti trpící například hypertenzí, ICHS, diabetem, vředovou chorobu,

záchvatovými onemocněními. Sekundární prevence spadá do kompetencí lékařů, sester a porodních asistentek v praktickém lékařství nebo specializovaných pracovišť (1; 2; 9).

Prevence terciární navazuje na sekundární prevenci. Jejím cílem je co nejvíce obnovit zdraví, zmírnit dlouhodobé a trvalé následky onemocnění. Náplní činnosti je doléčování a rehabilitace vedoucí k zajištění co největší možné soběstačnosti pacienta. To vše je prováděno formou ambulantní, formou lázeňské péče nebo péče v rehabilitačních ústavech. Tyto druhy péče jsou velmi intenzivní, jejich smyslem je naučit pacienta soběstačnosti, zlepšit co možná nejvíce kvalitu života pacienta (1; 2; 9).

1.2.3 Význam prevence

Propracovaným systémem nescifických a specifických preventivních opatření je dán základ pro podporu a ochranu zdraví. Význam prevence však velmi souvisí nejen se zdravím jako takovým, ale podstatně ovlivňuje i kvalitu života celé společnosti, nejvíce však kvalitu života jednotlivců. Jakékoliv preventivní opatření, které je provedeno s dobrým úmyslem ještě nemusí mít správnou odezvu. Velmi záleží, jakým způsobem je šířeno a prezentováno mezi populací. Příkladem jsou reklamní kampaně farmaceutických firem. Velké rozdíly jsou ve vnímání lidí týkající se preventivních prohlídek. I když jsou bezplatné, účastní se jich velmi málo pacientů. Účelná prevence je tedy dána tím, jak hluboce osloví jedince ke změnám jeho postojů a chování ke svému zdraví. V konzumní společnosti je jednou z motivací, proč něco zlepšit, finanční profit. Dnes už tuto motivaci používají ve svých preventivních programech zdravotní pojišťovny. Pro ekonomiku států je kvalitní prevence ekonomicky méně náročná, než sice vynikají a úspěšná, ale velmi drahá léčba.

1.3 Preventivní prohlídky

Jak uvádí Vurm (1, s. 33), preventivní prohlídky jsou jasně dané postupy, které spadají do oblasti sekundární prevence a definuje je jako opatření, jejichž snahou je, co nejdříve detekovat a správně diagnostikovat chorobu, zejména ještě

v presymptomatologické fázi. Poskytování zdravotních služeb a provádění těchto prohlídek vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Preventivní prohlídky provádí primární ambulantní zařízení, kde se pacient registruje. Primární ambulantní zařízení poskytují svou péči v těchto oborech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství a obor gynekologie a porodnictví. Podle těchto čtyř oborů rozlišujeme preventivní prohlídky dle svého zaměření. Každá prohlídka v daném oboru je odlišná. Rozdíly jsou v obsahu prohlídky a časovém rozmezí (25, s. 4731). Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb., která byla v souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách novelizována vyhláškou č.70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, s účinností od 1. 4. 2012 (26).

Preventivní prohlídky jsou zakotveny v zákonných normách ČR, jsou bezplatné a osvobozeny od regulačního poplatku u lékaře, jejich obsah je sestaven odborníky z oblastí medicíny, ekonomie, zástupci zdravotních pojišťoven a dalšími. Jejich rozhodnutí jsou doložena statistickými údaji nejčastějších onemocnění podílejících se na zvýšeném procentu úmrtí občanů ČR. Dalším faktem je povinnost poskytovatelů primární zdravotní péče tyto prohlídky vykonávat, občané ale na prohlídky moc nedocházejí. Chudobová (27) z Ústavu zdravotnických statistických informací a statistiky uvádí: „*Ve statistice ÚZIS za rok 2011, bylo provedeno 37,5 milionů ošetření a vyšetření u všeobecných praktických lékařů, z toho 5,9 % byly preventivní prohlídky. Situace se liší dle regionů. Podotýká, že Češi navštěvují lékaře převážně v případě akutních nebo chronických onemocnění a preventivní prohlídky zanedbávají.*“ Zájem pacientů o preventivní prohlídky se zvýší při kampaních v médiích, nebo když se v rodině vyskytne závažné onemocnění. Většinou si pacienti sami nehlídají termíny a navštíví lékaře až v době akutního onemocnění. Ti, kteří již mají diagnostikované onemocnění, jsou pravidelně sledováni v rámci dispenzární péče (28).

1.3.1 Všeobecná preventivní prohlídka

Terminologie v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách byla pozměněna na všeobecnou preventivní prohlídku. Provádí jí registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství (25).

Dle § 2 vyhlášky č. 70/2012 Sb., se všeobecná preventivní prohlídka provádí v časovém rozmezí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. V rámci prohlídky se od pacienta odebírá anamnéza, se zaměřením na oblast sociální, rizikové faktory, profesní rizika, na výskyt závislostí. Rodinná anamnéza je zaměřena na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetes mellitus, poruch metabolismu tuků a nádorových onemocnění a kontrola očkování. Komplexní fyzikální vyšetření u prevence kardiovaskulárních onemocnění a obezity se týká hodnocení krevního tlaku, zjištění BMI, orientační vyšetření zraku a sluchu, vyšetření moči diagnostickým papírkem, laboratorní vyšetření krve (celkový cholesterol, HDL a LDL cholesterol, triglyceridy) v intervalu při první prohlídce po registraci pacienta, dále ve 30, 40, 50 a 60 letech. Nad 40 let se provádí EKG, dále pak ve čtyřletých intervalech. Z důvodu rizika onemocnění kontroly diabetem se odebírá glykemie po první registraci pacienta, po dovršení 40 let vždy ve dvouletých intervalech od posledního vyšetření (26, s. 842-843).

Do onkologické prevence patří vyšetření kůže, při předpokládaném riziku – pozitivní anamnéze je prováděno vyšetření per rektum a u mužů pak vyšetření varlat, u žen od 25 let klinické vyšetření prsů. Samozřejmostí je poučení pacientů o samovyšetřování varlat u mužů, u žen prsů. V 50 letech je doporučeno provést u pacienta test na okultní krvácení, v 55 letech jej lze nahradit kolposkopickým vyšetřením. U žen toto vyšetření může v rámci prevence provést i registrující gynekolog. Totéž platí u žen nad 45 let, kdy se provádí mamografické vyšetření. Pokud výsledek není k dispozici, pacientka se odešle k dodatečnému vyšetření (26, s. 842-843).

1.3.2 Všeobecná preventivní prohlídka dětí

Terminologie v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách byla změněna na všeobecnou preventivní prohlídku dětí. Provádí jí registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství dětí a dorost. Obsah a rozmezí preventivní prohlídky dětí se řídí dle § 3, 4, 5 vyhlášky č. 70/2012 Sb.

Děti do 1,5 roku života mají specifika v průběhu všeobecných preventivních prohlídek. Preventivní prohlídka je u dětí provedena devětkrát do 1 roku věku dítěte, dále v 1,5 roce a pak už vždy dle rozpisu periodicky se opakujících vyšetření.

Základem je posouzení sociálního prostředí dítěte, rodinná anamnéza včetně osobní a těhotenské anamnézy matky, zhodnocení prenatalních, perinatálních a postnatálních údajů včetně lékařské zprávy o novorozenci a vyšetření celkového stavu dítěte se zaměřením na změny stavu vývoje hlavy, končetin a orgánů. Celkově je sledován a vyšetřován i psycho-motorický vývoj dítěte a reflexů. K dalšímu sledování patří kontrola a provádění očkování dle očkovacího kalendáře, preventivní podávání vitamínu D a K. Po stanovení diagnostického závěru je proveden psychoterapeutický pohovor s rodiči o stavu dítěte, jeho výživě, o případné poruše zdravotního stavu v důsledku nepříznivého vlivu prostředí. První všeobecná prohlídka je provedena u novorozence do 2 dnů od propuštění z nemocnice, druhá prohlídka se provádí u 14-ti denního dítěte včetně doporučení na ortopedické vyšetření kyčlí u dítěte. Další prohlídky jsou v 6-ti týdnech věku dítěte, ve 3 měsících věku dítěte, dále v období mezi 4. - 5. měsícem se zaměřením na orientační vyšetření zraku a sluchu. V 6 měsících věku je specifikem kontrola chrupu a v 8 měsíci a v období mezi 10. - 11. měsícem je vždy opakující se základ preventivní prohlídky, očkování a podání vitamínu D proti křivici.

Následná prohlídka v 1 roce věku dítěte je rozšířena o antropometrické měření a zhodnocení výsledků měření. V psychomotorické oblasti je kromě jiného posuzován vývoj řeči. Po tomto období se interval jednotlivých prohlídek prodlužuje.

Ve 3 letech věku dítěte se připojuje k základnímu vyšetření ještě měření krevního tlaku, vyšetření moči diagnostickým papírkem a u psycho-motorického vývoje lateralita a orientační znalost barev včetně poučení rodičů o výživě a prevenci úrazů.

Při prohlídce v 5 letech je kromě jiného posuzován stav výživy s ohledem na výskyt obezity, proveden odběr krve se základním laboratorním hodnocením a je nutné zhodnocení školní zralosti dítěte.

U preventivních prohlídek ve školním věku se vyšetření provádí v intervalu v 7, 9, 11, 13, 15, 17 let a končí poslední prohlídkou nejdéle do dovršení 19 let věku dítěte. Základem je vždy doplnění anamnézy za pomoci rodiče, kontrola očkování, komplexní fyzikální vyšetření včetně pohybového aparátu, štítné žlázy a sekundárních pohlavních znaků, kontrola barvocitu, měření váhy, výšky, stanovení BMI, vyšetření moči. Pravidelně se kontroluje stav chrupu. Specifickými oblastmi v tomto školním období je u preventivních prohlídek sledování průběhu a zvládnutí školní docházky. Ve 13 letech je dívkám doporučeno očkování proti karcinomu děložního čípku a od 15 let první gynekologická preventivní prohlídka. Poslední všeobecná preventivní prohlídka dětí se provede do dovršení 19 let, spolu s komplexním vyšetřením se vyhotoví závěrečné zhodnocení zdravotního stavu. Zdravotní péče přechází do ambulantního zařízení všeobecného lékaře pro dospělé, kterého si pacient může vybrat (26, s. 843-846).

1.3.3 Zubní preventivní prohlídka

Terminologie zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách byla změněna na zubní preventivní prohlídku. Provádí jí registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru zubní lékařství. Obsah a rozmezí preventivní prohlídky se řídí dle § 6 vyhlášky č. 70/2012 Sb.

Zubní preventivní prohlídka je rozdělena na péči o děti a dorost, kdy se provádí 1 krát ročně u dítěte do 1 roku, dále pak v intervalu 2 krát ročně do dovršení 18 let věku dítěte. U dospělých je interval zubních prohlídek stanoven na období 1 prohlídka ročně.

U dětí a dorostu je obsahem zubní preventivní prohlídky zavedení zdravotnické dokumentace včetně registrace, odebírání se kompletní anamnéza, která se v průběhu orofaciálního vývoje doplňuje. Při vyšetření se provádí kontrola stavu chrupu, parodontu, kontrola sliznice a měkkých tkání dutiny ústní s ohledem na přednádorové změny a nádorové projevy v dutině ústní, oblasti obličeje a krku. Hodnotí se anomálie

v postavení zubů a čelistí. V závěru prohlídky je dítě spolu s rodičem poučeno o významu zubní prevence, o rizicích zubního kazu včetně fluoridace.

U dospělých se kromě hodnocení anomálií v postavení zubů a čelistí provádí ve stejném rozsahu jako u dětí, pouze však jedenkrát do roka. V rámci prevence je pacient poučen o správné hygieně dutiny ústní.

U těhotných žen se zubní preventivní prohlídka provádí v rozsahu péče jako u dospělých, ale 2 krát za celé těhotenství. V závěru prohlídky je žena poučena o sanaci chrupu ještě před porodem z důvodu přenosu kariogenních mikroorganismů z dutiny ústní matky do úst dítěte a s nutností zajištění zubní preventivní prohlídky svého dítěte, a to první mezi 6 a 12 měsícem jeho života (26, s. 846).

1.3.4 Gynekologická preventivní prohlídka

Terminologie zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách byla změněna na gynekologickou preventivní prohlídku. Provádí jí registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru gynekologie a porodnictví. Gynekologická preventivní prohlídka se provádí vždy 1 krát ročně, zpravidla 11 měsíců od provedení poslední prohlídky.

První preventivní vyšetření by měla dívka absolvovat již v 15 letech. Nejprve je založena zdravotnická dokumentace a odebrána anamnéza včetně doplnění rizikových faktorů. U žen s pozitivní rodinou anamnézou s dědičným či familiárním výskytem zhoubného nádoru prsu nebo jiných rizikových faktorů, se provádí klinické vyšetření prsů již v 25 letech. V další fázi je žena, která není gravidní vyšetřena v zrcadlech a kolposkopem, odebírá se materiál na cytologické vyšetření, popřípadě na bakteriologické či virologické laboratorní vyšetření. Obsahem prohlídky je bimanuální palpační vyšetření. V rámci gynekologické onkologické prevence při první prohlídce je dívka či žena proškolená v nácviku samovyšetřování prsů. Od 45. roku ženy se provádí screeningové mamografické vyšetření prsů vždy jednou za 2 roky, plus stanovení okultního krvácení pomocí testu a to u žen od 50 do 54 let, nad 55 let lze toto testování nahradit kolonoskopickým screeningem. Mamografické vyšetření a test na stanovení

okultního krvácení žena může absolvovat i u praktického lékaře a doloží gynekologovi výsledky vyšetření (26, s. 846-847).

1.3.5 Pracovně lékařské prohlídky

Významnou roli v oblasti preventivních prohlídek hrají preventivní prohlídky z oblasti pracovního lékařství, zaměřené především na předcházení nemocí z povolání a posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu povolání a vzdělávání, k přípravě na povolání. Tyto prohlídky jsou zakotveny v legislativě a to v zákonu č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a vyhlášce č. 79/2013 Sb. Nemoc z povolání je pojem právní, nikoli lékařský. Za nemoc z povolání se považuje odchylka od normálního zdravotního stavu, jež můžeme zařadit do některé z položek platného seznamu nemocí z povolání (příloha k nařízení vlády č. 290/1995 Sb., novelizace seznamu č. 114/2011 Sb.). Každý zaměstnavatel je povinen zajistit svým zaměstnancům adekvátní pracovní podmínky, vyhodnotit případná pracovní rizika, poskytovat ochranné pracovní pomůcky. K povinnostem patří organizování pracovně lékařských prohlídek pro své zaměstnance na základě písemné smlouvy s poskytovatelem těchto služeb, které zaměstnavatel i plně hradí. K povinnostem lékaře a sestry, která se v tomto oboru může specializovat, patří identifikace a hodnocení pracovních rizik a kvality pracovních podmínek zaměstnanců, poradenství k bezpečnosti práce a pracovním podmínkám. Provádějí edukaci zaměstnanců v rámci školení první pomoci a bezpečnosti práce, ale i navrhují zaměstnavateli nová řešení k podpoře zdraví. V pracovním lékařství se provádí celkem pět typů preventivních prohlídek. Jsou to vstupní, periodické, výstupní, následné a mimořádné prohlídky. Jejich četnost nařizuje orgán ochrany veřejného zdraví tj. hygienik. Každý pracovník je zařazen do jedné z kategorií I. až IV. podle pracovního rizika a náročnosti výkonu pracovního místa. Vstupní prohlídka má účel posouzení způsobilosti zaměstnance určité pracovní zařazení vykonávat. Obsah a frekvence periodické prohlídky se liší dle kategorie a slouží ke sledování zdravotního stavu zaměstnance, k včasnému rozpoznání zdravotních potíží popřípadě vzniku nemoci z povolání. Výstupní prohlídky se provádějí u zaměstnanců

při odchodu ze zaměstnání nebo při přeřazení na jiný druh práce. Mimořádné prohlídky se provádějí při náhlé změně pracovních podmínek. Iniciovat tuto prohlídku může orgán ochrany veřejného zdraví nebo sám zaměstnavatel na základě žádosti nebo pokud zaměstnanec práci po stanovenou dobu nevykonával. Následné prohlídky se provádějí již v době, kdy zaměstnanec rizikovou práci nevykonává, ale zdravotní následky výkonu rizikové práce se mohou objevit až po delší době s odstupem několika let. Závěr prohlídky je vždy uveden v řádně označeném lékařském posudku (29; 30; 31).

1.3.6 Ambulantní a lůžková péče

Zdravotní péče je stanovena v zákonných normách a to zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, dále se jedná o zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. I když se v roce 2012 pozměnila terminologie týkající se zdravotnických zařízení, jejich provozní činnosti a náplň práce se nezměnily (25; 33). Poskytování zdravotních služeb lze rozdělit dle několika hledisek. Jedná se o to, kde je služba poskytována. Tím je ambulantní, jednodenní nebo lůžková péče a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dle účelu je péče dělena na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační péči, ošetrovatelskou, paliativní a lékárenskou péči. Dle časového hlediska rozlišujeme péči neodkladnou, akutní, nezbytnou (příkladem je ošetření cizince) a plánovanou.

Ambulantní péče je druhem péče, kdy pacient dochází do ambulance a jeho zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci (21). Primární ambulantní péči provádí registrující lékař v oborech praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekologové a stomatologové. V ambulancích zpravidla pracuje lékař se specializací v daném oboru a sestra nebo porodní asistentka způsobila k výkonu povolání. V pediatrickém oboru pracují v některých ambulancích sestry se specializací dětská sestra. Organizace práce je individuálně rozdělena dle požadavků lékaře. Náplní jejich činnosti jsou služby v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné, posudkové a konzultace. Součástí této péče je i návštěvní služba. Specializovanou ambulantní péči

poskytují zdravotníci z jednotlivých oborů zdravotní péče. Stacionární péče se poskytuje u pacienta, který vyžaduje opakované denní ambulantní ošetření.

V dnešní době jsou ambulantní zařízení provozována soukromými subjekty, a to buď jako samostatná zařízení nebo se sdružují na poliklinikách a ve skupinových praxích. Mohou být však součástí nemocnic nebo lázeňských léčeben. Jednodenní péče je pobyt pacienta s krátkodobou hospitalizací na lůžku po dobu kratší než 24 hodin. Tuto péči lze poskytovat pouze v případě dostupnosti lůžkové intenzivní péče.

Lůžková péče je péče poskytována v rámci hospitalizace pacienta, vyžaduje-li to jeho zdravotní stav a ambulantní péče je nedostačující. Lůžková péče zajišťuje nepřetržitý provoz. Péči o nemocného zabezpečuje tým lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci odborných specializací. Péče o pacienta je zaměřena na sekundární a terciární prevenci. Hospitalizován může být pacient v nemocnicích a v odborných léčebnách. Do souboru odborných léčeben patří léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, psychiatrické léčebny, léčebny pro nemocné tuberkulózu a respiračními nemocemi, rehabilitační ústavy, lázeňské léčebny, léčebny s ochrannou léčbou, sanatoria, kojenecké ústavy. Dle typu ústavního léčení je pacientovi poskytována intenzivní, standardní, následná, dlouhodobá, léčebně rehabilitační a paliativní péče. Při hospitalizaci pacienta se na uspokojování jeho potřeb významně podílí nelékařský zdravotnický personál. Ošetrovatelská péče je prováděna formou ošetrovatelského procesu personálem s náležitou odbornou kvalifikací (25; 33).

1.4 Postoje

S pojmem postoje se setkáváme v různých oblastech a rovinách našeho života. Může se jednat o postoj jednice, skupiny nebo o postoj národů, přičemž předmět postoje může být hmotný i nehmotný. V psychologickém slovníku je postoj definován jako hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama. Postoje jsou součástí osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění. Jsou relativně trvalé a obsahují složku poznávací, kognitivní, citovou,

afektivní, činnostní, konativní, behaviorální. Postoje lze měřit kvantitativně, pomocí škál, či analyzovat obsahově podle vztahu k hierarchii hodnot (34, s. 192).

1.4.1 Utváření postoje

Postoj vyjadřuje pozitivní nebo negativní cítění, vztahující se k danému předmětu. Na základě nových informací, zkušeností a dalších podnětů se postoj mění, nebo můžeme použít výraz „vyvíjí“. Postoje si většinou lidé vytvářejí na podkladě vlastních zkušeností, ale také zprostředkovaně pouze z převzatých informací. Identita jedince se významně podílí na utváření postojů. Jedinec, který je příslušníkem určité sociální skupiny, bývá významně ovlivňován postojem skupiny k danému podnětu. Postoj tedy vyjadřuje hodnocení objektu subjektem, které se pohybuje v kontinuu, jehož krajní póly tvoří naprosto pozitivní a naprosto negativní vztah, například naprostý souhlas či nesouhlas s určitým výrokem (např. „náboženská víra zušlechťuje člověka“), prostá přitažlivost nebo odpudivost a podobně (35, s. 234).

1.4.2 Funkce postojů

Atkinson (36, s. 617-619) vychází z prací známých psychologů (např. Herek, 1986; Thiandis, 1975; Katz, 1960; Smith, Bruner a White, 1956), kteří identifikovali a popsali řadu funkcí postojů.

Instrumentální funkce mají postoje, které zastáváme z praktických nebo utilitárních důvodů. Jednoduše vyjadřují zvláštní případy naší obecné touhy po dosažení prospěchu nebo odměny a přání vyhnout se trestu. Aby člověk takové postoje změnil, potřebuje být přesvědčen, že nějaká alternativa mu přinese větší prospěch.

Postoje, které mají funkci znalostní, jsou v podstatě schémata, která nám umožňují účinně uspořádat a zpracovávat informace, aniž bychom se museli zabývat detaily. Takové postoje, podobně jako jiná schémata, často přespříliš zjednodušují realitu a zkreslují naše vnímání událostí.

Postoje, které vyjadřují naše hodnoty nebo odrážejí naše sebepojetí slouží hodnotové funkci. Protože postoje jsou odvozeny od hlubší hodnotové orientace či od

sebepojetí, vykazují tendenci k vzájemné konzistenci. Takové postoje se nemění snadno. Člověk musí být přesvědčen, že alternativní postoj bude konzistentnější s jeho zásadními hodnotami nebo sebepojetím.

Ego-obranná funkce slouží postojům, které nás chrání před úzkostí nebo ohrožením naší sebeúcty. Obrana ega je pojem pocházející z psychoanalytické teorie Sigmunda Freuda. Jedinec vytěsňuje nepřijatelné impulzy a pak vyjadřuje hostilní postoje vůči druhým, u kterých tyto impulzy vidí.

Sociálněadjustační funkce, která nám pomáhá k tomu, abychom se cítili součástí sociálního společenství. Postoje sloužící především sociálněadjustační funkci se pravděpodobně změní, jestliže se změní sociální normy.

1.4.3 Konzistence postojů

Postoje lidí vykazují logický základ. Někteří psychologové tuto logiku popsali pod označením kognitivní konzistence. Toto vyjádření znamená, že každý jedinec se snaží o to, aby jeho přesvědčení, názory a postoje byly soudržné. Pokud v takovémto vztahu nejsou, motivují jedince ke změně postoje. Soudržné postoje a přesvědčení jsou základem pro vytvoření názoru. Názor se skládá z přesvědčení, postoje a percepce sociální podpory z názoru (36, s. 616-617).

1.4.4 Postoje a motivy

V souvislosti s tím, co bylo o postojích uvedeno, je třeba upozornit na některé rozdíly. Především je to rozdíl mezi postoji a motivy: motivy aktivizují chování, postoje se projevují v jeho obsahu. S tím souvisí rozdíl mezi postojem a behaviorálním vzorcem, tj. způsobem chování vůči určitému objektu: způsob chování je určován situací, v níž probíhá, přičemž se uplatňují schopnosti, rysy temperamentu a kognitivní styl zpracování situace (35, s. 237-238).

1.4.5 Postoje a předsudky

Zvláštní součástí postojů jsou předsudky. Získáváme je na základě převzatých iracionálních informací s potlačením objektivní skutečnosti, které ovlivní náš vlastní postoj, na základě něhož si vytvoříme (převzeme) vlastní názor. Předsudky často bývají výrazným způsobem emočně zabarvené. Předsudky většinou mají negativní význam, v některých případech mohou být pozitivní (35; 36).

1.4.6 Postoje a chování

I přesto, že zastáváme nějaký postoj, podněty působící na člověka v daném čase a místě způsobí, že se člověk zachová v rozporu se svým postojem. Atkinson (36, s. 620-621) uvádí, že predikovat výsledné chování jedince nejlépe umožňují postoje, které jsou silné a konzistentní, mají úzký vztah k předvídanému chování, jsou založené na přímé osobní zkušenosti a jedinec si je svých postojů vědom.

1.5 Role sester a porodních asistentek

Funkce sester a porodních asistentek v systému poskytování zdravotních a sociálních služeb je nezastupitelná. V České republice bylo k 1. 1. 2013 registrováno přes 146 tisíc nelékařských zdravotnických pracovníků, z toho přes 101 tisíc všeobecných sester a přes 6 tisíc porodních asistentek. Jsou tedy nejpočetnější skupinou zdravotnických pracovníků, kteří se věnují péči o pacienty (37).

Ošetřovatelství je samostatnou vědní disciplínou. Je směřováno na systematické a komplexní upokojujání bio- psycho- sociálních a duchovních potřeb člověka. Cílem ošetřovatelství je podpora a upevňování zdraví, navracení zdraví, zmírňování utrpení nemocného a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetřovatelství věnuje pozornost jednotlivcům, rodinám i skupinám ve společnosti. Charakteristickým rysem ošetřovatelské péče je aktivní poskytování individualizované péče založené na holistickém přístupu. K základním činnostem ošetřovatelství patří preventivní péče, základní a specializovaná ošetřovatelská péče, diagnostická a terapeutická péče, neodkladná, rehabilitační a dispenzární péče. Poskytování ošetřovatelské péče je

založeno na vědeckých poznatcích, které je podloženo výzkumem. Ministerstvo zdravotnictví v České republice na základě doporučení WHO, směrnic EU, doporučení Evropské komise a Mezinárodních sesterských organizací vypracovalo jednotnou koncepci ošetrovatelství uvedenou ve věstníku č. 9/2004. Cílem této koncepce bylo stanovení jednotných postupů v poskytování ošetrovatelské péče ve všech typech zdravotnických zařízení (8; 38; 39).

Ošetrovatelská profese má ve společnosti svou image. Farkašová et al. (8, s. 180-182) charakterizuje profesi sestry jako povolání, které ve společnosti hraje významnou sociální roli. Role sester a porodních asistentek se v průběhu historie stále mění. V současné době je toto povolání považováno za profesi, jejíž hlavní činností je profesionální ošetrovatelství. Od sestry se tedy očekává, že bude kompetentní, vzdělanou osobností, která je schopna přizpůsobit se změnám v systému poskytování ošetrovatelské péče a efektivně řídit své ošetrovatelské činnosti. K těmto činnostem se řadí i organizační a administrativní činnosti. V rámci své sesterské profese aktivně hájí zájmy pacientů. Sestra má být osobností, která při své práci získává nové poznatky a snaží se je začlenit do svých pracovních činností. Důležitou roli v práci sester hraje výzkum, který by ona sama byla schopna realizovat a podpořit tím zkvalitnění ošetrovatelské praxe. Sestry a porodní asistentky musí dále předávat zkušenosti a dovednosti mladší generaci v jejich oboru. Dostávají se do pozice mentorek. Jedná se o zvládnutí výchovně - vzdělávacích aktivit při výuce studentů ošetrovatelství a porodní asistence. Pedagogické znalosti využijí současně při edukaci jednotlivců a skupin. V rámci edukace budou schopny působit a formovat postoje jedinců ve společnosti k zodpovědnému chování ke zdraví (8; 40).

Bártlová (40, s. 136-137) uvádí, že osvojení si role sestry úzce souvisí s osobností sestry s jejími postoji, chováním a emocemi. Pochopení role sestry ze sociologického hlediska je velmi důležité. Rozpor mezi přijetím role sestry a vlastním chováním a postoji sestry vede k neefektivnímu výkonu povolání. Role sester a porodních asistentek skrývá mnoho konfliktů. Jedná se o povolání, které má své univerzální normy. Pro sestry je náročné tyto normy aplikovat individuálně vzhledem k potřebám pacienta. Dále se jedná o práci týmovou, spolupráci v rámci kolektivu.

Role sestry je velmi emočně náročná, vyžaduje ovládnání citů. Bártlová hodnotí sestru jako osobnost kdykoliv aktivovatelnou pro každého, kdo je nemocný, se schopností sebezapření, zanedbávání svých vlastních zájmů a ochotě přinést oběť ve prospěch nemocného. Proces neustálé adaptace na roli sestry ve společnosti vyžaduje mnoho duševních sil, silnou motivaci spojenou s dalším vzděláváním pro sestry samotné.

Všeobecné sestry a porodní asistentky patří do skupiny regulovaných povolání. Výkon povolání je zakotven v legislativě. Klíčovým dokumentem pro specifikaci zdravotnického povolání nelékařských zdravotnických pracovníků se stal zákon č. 96/2004 Sb. Poslední novelizace proběhla v roce 2011, zákon č. 105/2011 Sb. vztahující se ke stanovení podmínek k získání způsobilosti k výkonu povolání v České republice, dále řeší celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a uznávání způsobilosti k výkonu u osob, které získaly způsobilost v jiném členském státě nebo osob hostujících v ČR. Sestra a porodní asistentka musí být osobou bezúhonnou, zdravotně a odborně způsobilou. Hlava II. uvedeného zákona definuje v §5 odbornou způsobilost pro všeobecné sestry a §6 pro porodní asistentky (41).

V oblasti prevence a preventivních prohlídek v primární péči je role sester a porodních asistentek dána jako zákonná povinnost, kterou musí spolu s lékařem vykonávat. S tím souvisí i předpoklady, které jsou potřebné ke splnění této povinnosti. Způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu je specifikována zákonem, souvisí s odbornou přípravou a vzděláváním a vymezením kompetencí. Proces vzdělávání musí být zaměřen na získání komplexních vědomostí a dovedností v ošetrovatelství, mimo jiné i v oblasti zdravotní výchovy a edukace, která je významnou součástí prevence, ke které patří preventivní prohlídky. K úspěšnému zvládnutí role sestry a porodní asistentky v prevenci by měla být i jejich samotná osobnost, která má odpovídající morální a etické kvality, vybavená odpovídajícími komunikačními schopnostmi. Osobnost schopná navození adekvátního a vstřícného vztahu s pacienty. Sestry a porodní asistentky působí jako vzor svým pacientům. Je tedy rovněž velmi důležité, aby samy pečovaly o své zdraví, které podmiňuje jejich zdravotní způsobilost k výkonu povolání (8; 42; 43).

1.5.1 Příprava a vzdělávání sester a porodních asistentek

Pro Českou republiku jako i pro ostatní státy Evropy je vzdělávání a příprava nelékařských zdravotnických pracovníků jedním z cílů, které stanovila WHO. Po vstupu České republiky do Evropské unie i ona musela zareagovat na nové přístupy ke vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. WHO ve svých strategických dokumentech specifikovala vzdělávání sester a porodních asistentek. Klíčovým dokumentem v oblasti posílení ošetrovatelství a porodní asistence bylo přijetí Mnichovské deklarace ze 17. června 2000. Plány studijních programů vypracované WHO za spolupráce ICN a dalších mezinárodních sesterských společností obsahují strukturu vzdělávání, definující proces výuky s požadovanou délkou studia a určení úrovně vzdělání, které má být dosaženo. Získání odborné způsobilosti v bakalářských studijních programech má být tříleté, alespoň 4600 vyučovacích hodin, z toho 50% hodin s výkonem praxe (42; 43). V ČR byly tyto požadavky v souladu s dokumenty WHO specifikovány v zákonu č. 96/2004 Sb. Sestry a porodní asistentky patří do kategorie zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud splní podmínky odborné způsobilosti absolvováním kvalifikačního studia na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách. Studium probíhá v akreditovaných vzdělávacích zařízeních. Příprava sester a porodních asistentek probíhá ve dvou formách, a to absolvováním kvalifikačního studia a formou celoživotního vzdělávání. §5 příslušného zákona definuje délku studia u všeobecných sester na nejméně tříleté bakalářské studium na vysoké škole nebo tříleté studium v oboru diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické škole. Aby bylo vyrovnáno přechodné období, kdy probíhaly změny ve vzdělávání sester, byla uznána způsobilost všeobecným sestrám a sestrám z dalších oborů v rámci absolvování střední zdravotnické školy s udělením výjimek do roku 2008. Pro splnění podmínek práce bez odborného dohledu je také důležitá i doba výkonu povolání. Podle zákona se jedná o všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost a vykonávaly povolání všeobecné sestry minimálně po dobu tří let. §6 příslušného zákona specifikuje podmínky získání odborné způsobilosti bez odborného dohledu pro porodní asistentky. Podmínkou je tedy absolvování tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru

porodní asistentka nebo tříletého studia na vyšší zdravotnické škole v oboru diplomovaná porodní asistentka. V přechodném období získaly osvědčení k výkonu bez odborného dohledu i ženské sestry a porodní asistentky po absolvování střední zdravotnické školy. Pravidlo tří let výkonu povolání po ukončení studia platí jako u všeobecných sester (41).

Další formou je celoživotní vzdělávání v rámci výkonu povolání všeobecných sester a porodních asistentek. Cílem je prohlubování a zvyšování vědomostí a dovedností v odbornosti v souladu s novými vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je hodnoceno kreditním systémem, kdy v průběhu 10 let je zapotřebí získat 40 kreditů. Po splnění těchto podmínek na základě podání žádosti a zaplacení 100,- Kč poplatku je sestrám a porodním asistentkám vydáno nebo prodlouženo osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Kreditní systém je v ČR definován ve vyhlášce č. 423/2004 Sb. s poslední úpravou v roce 2011 (42; 45). V rámci celoživotního vzdělávání mohou v současnosti sestry a porodní asistentky rozšířit své vysokoškolské studium o magisterské a doktorandské. Další linií je specializační vzdělávání ve specializovaných oborech dle vyhlášky č. 31/2010 Sb., kde jsou uvedeny jednotlivé obory. Všeobecné sestry se mohou specializovat v intenzivní péči, perioperační péči, ošetrovatelské péči v chirurgických, interních oborech v psychiatrii a ošetrovatelské a intenzivní péči v pediatrii. Specializace v pediatrii nahradila po roce 2006 obor dětská sestra, dříve vyučovaný na SZŠ. Porodní asistentky se mohou specializovat v oborech intenzivní péče v porodní asistenci, perioperační péče v gynekologii a porodnictví a komunitní péči v porodní asistenci (46). Celoživotně se vzdělávat je možné na seminářích, kongresech a konferencích za pasivní a aktivní účasti, pomocí e-learningu nebo absolvováním akreditovaných odborných kurzů a odborných stáží. Vzdělávání pomocí internetu se stalo moderní a velmi dostupnou variantou vzdělávání. V roce 2009 vznikla v ČR první E-Univerzita s platným mezinárodním certifikátem IES. Pro nelékařský personál má k dispozici na svém portálu s ročním předplatným kurzy pro specializované obory (47). Jak uvádí Vrbovská (48), důležitou roli sehrává v prohlubování a zvyšování odborných znalostí vzdělávání, podpora v rámci ESF. Projekty organizuje IPVZ v Praze a NCONZO v Brně. Žádat o

finanční podporu z ESF mohou však i jiné subjekty na podkladě vlastních vzdělávacích projektů. Závěrem podotýká, že český zdravotník chce být odborně erudovaný, plně konkurenceschopný v kontextu svých evropských kolegů. Sestry a porodní asistentky mohou v rámci celoživotního vzdělávání vykonávat pedagogickou činnost v rámci teoretické a praktické výuky, mohou se věnovat vědecko-výzkumné a publikační činnosti.

1.5.2 Kompetence sester a porodních asistentek

Kompetence sester a porodních asistentek v ČR vymezuje vyhláška č. 424/2004 Sb., s poslední novelizací v roce 2011, vyhláška č. 55 Sb. Vymezením kompetencí sester a porodních asistentek byl položen základ jednak pro jejich odbornou přípravu a vzdělávání, ale hlavně se stal výhodou pro pacienty a pro sestry samotné. Pacientovi se dostane kvalitní plánované péče. Sestrám přináší možnost kvalitního vzdělání. Mají možnost odborného růstu, navyšuje se u nich pocit uspokojení z výkonu povolání. Nelze opomenout právní stránku poskytování zdravotní péče, kdy se nedostávají do rozporu se zákonem (50).

Na podkladě ujasněných kompetencí dle ICN mohou sestry a porodní asistentky vykonávat profesionální, etickou a zákonnou praxi. ICN definovala čtyři základní oblasti tvořící základní strukturu kompetencí. Tím jsou definice sestry, definice ošetrovatelství, definice role všeobecné sestry a definice kompetencí. Definice kompetencí je vyjádřena jako úroveň výkonu, při níž se projevuje efektivní aplikace znalostí, dovedností a úsudku. Dovednosti se promítají v oblasti kognitivní, technické, psychomotorické a komunikační. Úroveň výkonu je závislá na řadě osobních vlastností a postojů sester v ošetrovatelské profesi (51, s. 54). Kompetence sester jsou zaměřeny na zdravé a na nemocné pacienty. Jedná se o soubor činností v oblasti podpory zdraví, prevence, diagnostiky a léčby, rehabilitace a ošetrovatelské péče. Činnosti jsou rozděleny na dvě linie. První linií jsou kompetence vykonávané bez odborného dohledu a bez indikace lékaře a druhou linií jsou kompetence vykonávané pod odborným dohledem na základě indikace lékaře. Ošetrovatelská péče je rozdělena na základní, specializovanou, vysoce specializovanou péči a specifickou péči. V oblasti kompetencí

pro sestry v primární péči vychází ICN z podkladů převzatých z jednotlivých národních sesterských organizací a národních organizací porodních asistentek. Příkladem jsou standardy kompetencí Australské sesterské federace. Zde se nám ukazují jasné důkazy vývoje nových kompetencí, kdy se v rámci rozmanité praxe mění i funkční činnosti, které sestry vykonávají. Základem je potřeba sjednocení kompetencí v rámci jednoho státu, protože v některých ordinacích praktických lékařů jsou sestry pověřeny samostatným prováděním klinických výkonů, samostatně posuzují zdravotní stav pacienta a řídí léčení u chronicky nemocných pacientů (52; 53).

Všeobecné sestry a porodní asistentky organizují průběh preventivní prohlídky, objednání pacienta. Zajišťují a provádějí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a z kapilární krve a další screeningové metody. Sumarizují a kompletují výsledky laboratorních vyšetření. Sledují a orientačně hodnotí fyziologické funkce a další tělesné parametry a celkový stav pacienta. Pokud jsou pověřeny lékařem, odebírají od pacienta anamnézu nebo ji doplňují. Hodnotí rizikové faktory u pacienta. Kontrolují očkování, případně aplikují na základě indikace lékaře očkovací látky. Sestry v rámci svých kompetencí poskytují oporu svým pacientům, respektují jejich bio-psycho-sociální potřeby. Při preventivních prohlídkách je jednou z prioritních oblastí vymezených kompetencí všeobecných sester edukační činnost. Sestry a porodní asistentky musí být schopny hodnotit zdravotní stav pacienta, musí být schopny detekovat potřeby pacienta. Na základě těchto zjištění pak zaměřují edukaci na odstranění nebo zmírnění rizik a podporu činností vedoucích ke zlepšení zdraví pacienta. Sestry musí být schopny sestavit individuální edukační plán pro každého pacienta, který vede k optimalizaci nebo alespoň stabilizaci zdravotního stavu pacienta.

Kromě společných činností všeobecných sester v primární péči je velmi specifická práce všeobecných sester a dětských sester v oblasti péče o děti všech věkových skupin. Specifikem je zde i komunikace s dětským pacientem. Hodnocení zdravotního stavu dětského pacienta je rozdílné z důvodu probíhajícího růstu, psychomotorického a sociálního vývoje dítěte. V rámci prevence a preventivních prohlídek se provádí poradenství, výchovná péče. V jednotlivých věkových etapách se zaměřuje sestra na rizikové oblasti, u dětí do tří let na riziko úrazů, rozpoznání

nežádoucích sociálních vlivů, mezi něž patří týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. U starších dětí dále sleduje sestra jeho sociální začlenění v předškolním a školním zařízení, rizika škodlivých návyků včetně návykových látek. Sestra je kompetentní osobou pro edukaci nejen dětí, ale v převážné míře i rodičů nebo osob, které mají dítě v péči. Od prvopočátku zaměřuje své výchovné působení na oblast podpory zdravého životního stylu, výživy, péči rodiče o dítě, pomoc při vytváření vhodného sociálního zázemí. Výchovu, poradenství a edukaci dítěte a rodiny provádí jak v ambulanci, tak při návštěvní službě. Preventivní činnosti směřuje na detekci závažných onemocnění. Při preventivních prohlídkách klade sestra důraz na dodržení intervalu povinných očkování u dětí zvláště v prvním roce života. Sestra si musí být vědoma toho, že je jedním z prvních zdravotnických pracovníků v primární péči, se kterým se dítě setkává. Proto je velmi důležité, aby navázala s dítětem a jeho rodinou od prvopočátku pozitivní vztah založený na důvěře (50; 54; 55; 56). Sedlářová zdůrazňuje fakt, že jakékoliv jednání v oblasti ochrany a péče o dítě vždy musí hájit nejlepší zájmy dítěte (54, s. 205). Zouharová doplňuje toto tvrzení faktem, že péče o zdraví dítěte v žádném případě není srovnatelná se zdravotní péčí poskytovanou dospělému (56, s. 206).

Kompetence sester při zubních preventivních prohlídkách se odvíjí od základních kompetencí sester. Jsou však zaměřeny na orofaciální soustavu, tzv. orofaciální zdraví. Práce sestry je specifická z důvodu poskytování péče dětem, dospělým a těhotným ženám. Cílem prevence je správný vývoj chrupu, fixace návyků spojených s pravidelnými návštěvami stomatologa už od dětství. Snahou je v průběhu života u pacienta udržení skloviny odolné proti kazu, dále je snahou významně ovlivnit kariogenní floru. Edukace sestry spočívá v podpoře při prevenci, v péči o hygienu dutiny ústní včetně instruktáže spojené s nácvikem správného čištění zubů, doporučení vhodných pomůcek pro ústní hygienu. Sestra vede pacienty k orientaci na správnou skladbu stavy, podporu mineralizace chrupu, která souvisí v prevenci zubního kazu, tvorbě plaku a zubního kamene. Pro pacienty je mnohdy návštěva stomatologa spojena s obavami a strachem. Sestra musí být schopna podpořit a motivovat pacienta (26; 57; 58).

Porodní asistentky při preventivních prohlídkách a prevenci samotné se zaměřují na komplexní individuální péči poskytovanou ženám. Cílem porodní asistence je podpora a udržení zdraví žen v průběhu celého života. Kompetence jsou rozloženy do oblastí dětské a dorostové gynekologie, gynekologickou péčí o ženu a v neposlední řadě péče o ženu po celou dobu těhotenství včetně porodu a v šestinedělí. Do kompetencí je zařazena péče o novorozence. Porodní asistentka pracuje v soukromé sféře jako OSVČ, která vede těhotenskou poradnu a další kurzy pro těhotné. V mnoha případech externě spolupracuje s privátními gynekologickými ordinacemi. Edukace v rámci prevence je zaměřena u mladých dívek na plánované rodičovství, prevenci sexuálně přenosných onemocnění, problematiku antikoncepce. V oblasti onkologické prevence se zaměřuje na zdůraznění významu preventivních prohlídek, provádí nácvik v samovyšetřování prsů. Poskytuje ženám podporu při problémech s otěhotněním. V období těhotenství edukuje ženy v oblasti životosprávy v těhotenství a při kojení, v přípravě na porod, poskytuje poradenství v péči o novorozence, spolupracuje s rodinnými příslušníky. Kompetence porodních asistentek nejsou doposud v ČR optimálně dořešené. Jedná se zejména o problematiku domácích porodů vedených porodní asistentkou. V Mezinárodním etickém kodexu porodních asistentek je uvedeno, že porodní asistentka je sama kladným příkladem v propagaci zdraví mezi ženami všech věkových skupin, v rámci rodin a mezi ostatními zdravotníky (44, s. 101).

Strnadová poukazuje na zvyšující se nároky kladené na sestry a porodní asistentky v primární péči. Poukazuje na změny v ošetřovatelství v primární péči, která se týká samotné sestry a její práce s pacientem v oblasti prevence a s ní spojené edukační činnosti. Pro práci sester a porodních asistentek jsou důležité osobnosti vlastnosti, empatické chování, spolehlivost, flexibilita (49).

Klíčovou kompetencí pro sestry a porodní asistentky při preventivních prohlídkách je edukace a zdravotní výchova, která závisí na navázání správného vztahu s pacienty, zvládnutí komunikačních dovedností. V rámci edukace pacienta se uplatňují složky verbální a neverbální komunikace. Craford (59) uvádí nový model pro komunikaci ve zdravotnictví. Model pojmenoval zkratkou BOE, v překladu se jedná o stručnou, běžnou a efektivní formu komunikace. Cílem použití tohoto modelu je

zapojení složky neverbální komunikace, běžná forma znamená nepoužívání odborné terminologie ani žargonu v rozhovoru s pacientem. Efektivní forma komunikace je vyjádření přesně formulovaných informací a rad vedoucích k podpoře konstruktivní interakce. Tento model je možné použít při krátké intervenci při rozhovoru s pacientem nebo je využíván v rámci edukace a reedukace pacienta.

Součástí denní práce sester a porodních asistentek je navazování rozmanitých mezilidských vztahů při kontaktu s pacientem. Proto i povolání sester vychází z etických základů. Základními principy péče o pacienta jsou zachování autonomie jedince, konání dobra ve prospěch druhého, poskytování důvěryhodné péče a pravdivých informací, rovné zacházení se všemi pacienty. Etika při práci sester a porodních asistentek je přesněji definována v Kodexu sestry ICN z roku 1953 a v Mezinárodním etickém kodexu porodních asistentek z roku 1993, které vychází z mnoha dalších etických norem (60).

1.5.3 Životní styl sester a porodních asistentek

Volba zdravotnického povolání znamená pro sestry a porodní asistentky přijetí životního stylu, který obnáší uzpůsobení osobního života této profesi. Toto povolání není jen výkon práce, ale je posláním. Jedná se o povolání velmi náročné jak po fyzické tak psychické stránce, který se odráží v sociální oblasti života. Kaneová (61) provedla výzkum, který poukazuje na prokazatelný vliv stresu při výkonu povolání sestry a vznik psychosomatických onemocnění.

Výkon zdravotnického povolání přináší mnoho pracovních rizik, kterých si musí být sestry a porodní asistentky vědomy. Statistiky v ČR hodnotí výkon zdravotnického povolání jako profesi, která je na druhém místě v žebříčku povolání s největším ohrožením nemocí z povolání (62). Profesními riziky práce zdravotníků jsou nesespecifické faktory jako směnný provoz, stres, fyzicky a psychicky náročná práce, nedostatek odpočinku a volného času. Ke specifickým rizikům patří fyzikální, chemické a mikrobiologické faktory. Nesespecifické faktory jsou z hlediska zaměstnavatele podružné a nepřikládají jim velkou váhu. Psychické a fyzické přetížení vede k zvýšení výskytu psychosomatických onemocnění. V oblasti specifických rizik zaměstnavatel

provádí činnosti a opatření k ochraně bezpečnosti práce zaměstnanců. Poskytuje ochranné pracovní pomůcky, povinné očkování, hygienické a dezinfekční prostředky, školení bezpečnosti práce, pracovně lékařské prohlídky.

Dopady působení nespecifických faktorů ovlivňují sestry a porodní asistentky samy za pomoci uzpůsobení životního stylu. Jak uvádí Vybíhalová, sestry mají dostatečné vědomosti týkající se zlepšení jejich životního stylu a péče o zdraví, ale záleží jen na nich, zda se těmto problémům věnují (63).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo získání informací od sester a porodních asistentek, zda samy pravidelně docházejí na preventivní prohlídky a jak přistupují k informacím o potřebě preventivních prohlídek u obyvatelstva. Sekundárními cíli práce bylo zjistit, jak sestry a porodní asistentky subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav a pomocí jakých aktivit si zlepšují své zdraví, jaká je jejich motivace, aby chodily na preventivní prohlídky a co by mohlo všeobecně motivovat pacienty k návštěvě preventivních prohlídek, kterou z preventivních prohlídek by hodnotily nejlépe na základě její dobré kvality a průběhu. Dalším cílem bylo zjistit, zda se sestry a porodní asistentky vzdělávají v oblasti prevence a preventivních prohlídek a v rámci celoživotního vzdělávání zjistit, zda se v problematice orientují a jak jsou informované v oblasti legislativy týkající se časového rozmezí jednotlivých preventivních prohlídek. K dalším cílům v rámci výkonu povolání sestry a porodní asistentky patřilo, jakých metod využívají při edukaci pacientů.

2.2 Hypotézy

- H 1 Existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku, stupně vzdělání a typu pracoviště.
- H 2 Existuje rozdíl mezi postojem sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám podle typu jejich pracoviště.
- H 3 Sestry a porodní asistentky, které absolvují preventivní prohlídky, budou mít pozitivnější postoj k informovanosti klientů- pacientů, než ty, které je neabsolvují.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Technika sběru dat

K tématu diplomové práce ke zpracování výzkumu byla zvolena metoda kvantitativního šetření, kdy technikou sběru dat bylo anonymní dotazníkové šetření u dvou skupin respondentů. Byly vypracovány dva druhy dotazníků pro sestry a porodní asistentky pracující v primární péči a pro pracující v nemocnici.

Nezávisle proměnná - věk, vzdělání, typ pracoviště sester a porodních asistentek z primární péče a z nemocnic.

Závisle proměnná - preventivní prohlídky, postoj k účasti na preventivních prohlídkách.

Anonymní dotazník pro primární péči (příloha C) obsahoval 18 otázek, z toho 11 otázek bylo uzavřených a 9 otázek polouzavřených, kde mohli respondenti doplnit jinou variantu.

Anonymní dotazník pro nemocnice (příloha D) obsahoval 20 otázek, z toho 12 otázek uzavřených a 8 otázek polouzavřených, s možností doplnění jiných variant. Pouze otázka č. 9 a č. 20 se neshodovaly s dotazníkem z primární péče.

Ke zjištění postojů byly položeny otázky týkající se hodnocení zdravotního stavu, aktivit ke zlepšení zdraví sester a porodních asistentek. Druhým okruhem byly otázky týkající se preventivních prohlídek. Třetím okruhem byl dotaz na edukaci pacientů. Identifikační otázky typu pohlaví, věk, kvalifikace v oboru, doba praxe, typ pracoviště byly záměrně zařazeny na konec dotazníku, což umožnilo rychlejší vyplnění dotazníků.

V rámci výzkumu byla provedena pilotní studie. Rozdáno bylo 5 dotazníků do primární péče všeobecným sestrám z ordinací praktického lékaře ve Spádovém vojenském zdravotnickém zařízení Bechyně a 5 dotazníků sestrám a porodním asistentkám v Nemocnici a. s. v Českých Budějovicích. Hlavní sestra Mgr. Kyselová vyslovila souhlas se šetřením. Sestry a porodní asistentky k vyplněným dotazníkům neuvedly žádné závažné problémy spojené s vyplněním. Hodnotily dotazníky jako jednoduše vyplnitelné, časově nenáročné. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly řádně

vyplněny, byly zahrnuty do hlavní studie. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci kvantitativního výzkumu bylo provedeno dotazníkové šetření v období března 2013. Základní populací byly sestry a porodní asistentky pracující v primární péči a v nemocnicích. Záměrným výběrem jsme vytvořili dva výzkumné vzorky z regionu Jižních a Západních Čech. První vzorek tvořilo 91 sester a porodních asistentek z primární péče (ordinace všeobecného lékaře pro dospělé, pediatra a gynekologa). Druhý vzorek tvořilo 179 sester a porodních asistentek z nemocnic. Kritériem pro zařazení do výzkumného vzorku byla ochota spolupracovat.

Celkem bylo rozdáno 350 dotazníků, z toho 125 dotazníků v primární péči rovnoměrně dle odborností a 225 dotazníků v nemocnicích České Budějovice, Tábor, Písek a Domažlice. Všechny hlavní sestry v uvedených nemocnicích vyjádřily písemný souhlas s dotazníkovým šetřením. Z primární péče bylo vráceno 91 (72,8 %) a z nemocnic 179 (79,6 %) dotazníků od respondentů, ze kterých nebyl žádný vyřazen pro jeho neúplnost. Ke statistickému zpracování tedy bylo použito celkem 270 dotazníků od respondentů, z toho 91 (33,7%) z primární péče a 179 (66,3%) z nemocnic. Jednotlivá specializovaná pracoviště byla soustředěna do hlavního oboru, např. pracoviště JIP, porodní sály, operační sály. Údaje o počtech jednotlivých respondentů jsou uvedeny v následující tabulce č. 1.

Tab. č. 1 Rozdělení počtu respondentů dle typu pracoviště

Typ pracoviště	Rozdělení podle typu oddělení										
	pro dospělé	pro děti a dorost	gynekologie	Infekční odd.	chirurgie	interna	gynekologie- porodnictví	dětské odd.	LDN	onkologie	Celkový součet
primární péče	44 (48%)	22 (24%)	25 (27%)	-	-	-	-	-	-	-	91
nemocnice	-	-	-	8 (4%)	61 (34%)	53 (30%)	31 (17%)	6 (3%)	15 (8%)	5 (3%)	179
Celkový součet	44 (16%)	22 (24%)	25 (27%)	8 (4%)	61 (34%)	53 (30%)	31 (17%)	6 (3%)	15 (8%)	5 (3%)	270

3.3 Metoda zpracování dat

Zpracované odpovědi v dotazníku jsou znázorněny v grafech. Výsledky k testovaným hypotézám jsou zpracovány pomocí kontingenčních tabulek a dalších výpočtů tabulkovým procesorem MS Excel a programu Statistica. Jsou rozděleny zvlášť pro nemocnice a primární péči. Protože se jedná o kvantitativní veličiny, jsou vyjádřeny pomocí četností a procent z celkových počtů. Zaokrouhlením u výpočtu procent se nemusí jejich součet rovnat 100%. Sledované hypotézy jsou hodnoceny pomocí chí kvadrát testu a pomocí Fisherova testu. Statisticky významné výsledky pro nás byly výsledky na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (64).

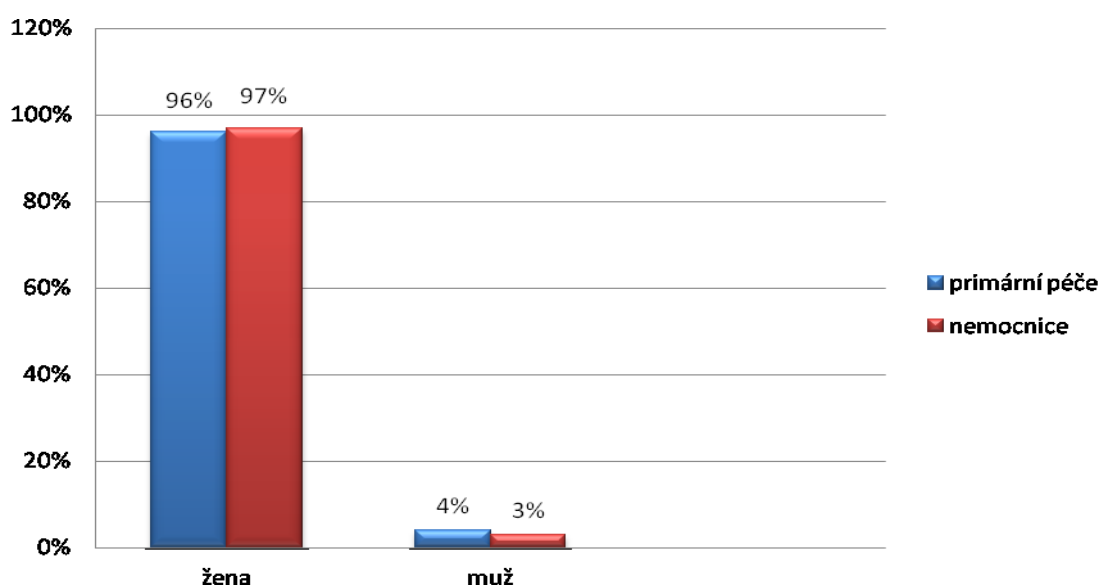
4 VÝSLEDKY

Jednotlivé odpovědi respondentů ze dvou typů dotazníků byly zpracovány do tabulek a znázorněny pomocí grafů. K hlavním hypotézám byly stanoveny pracovní a nulové hypotézy, četnosti byly zpracovány pomocí kontingenčních tabulek. K ověření hypotéz byly použity test shody Pearsonův chí kvadrát (χ^2) a Fisherův test při nízkých hladinách v kontingenčních tabulkách.

Ke statistickému zpracování bylo použito celkem 270 dotazníků od respondentů, z toho 91 z primární péče a 179 z nemocnic.

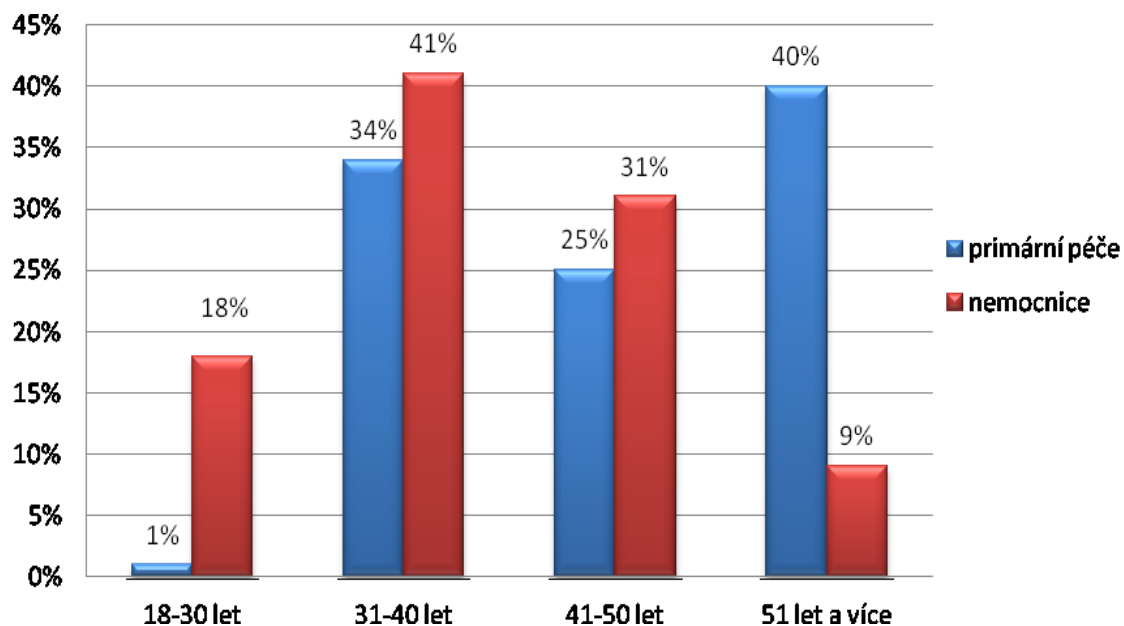
4.1 Analýza dotazníků

Graf č. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví



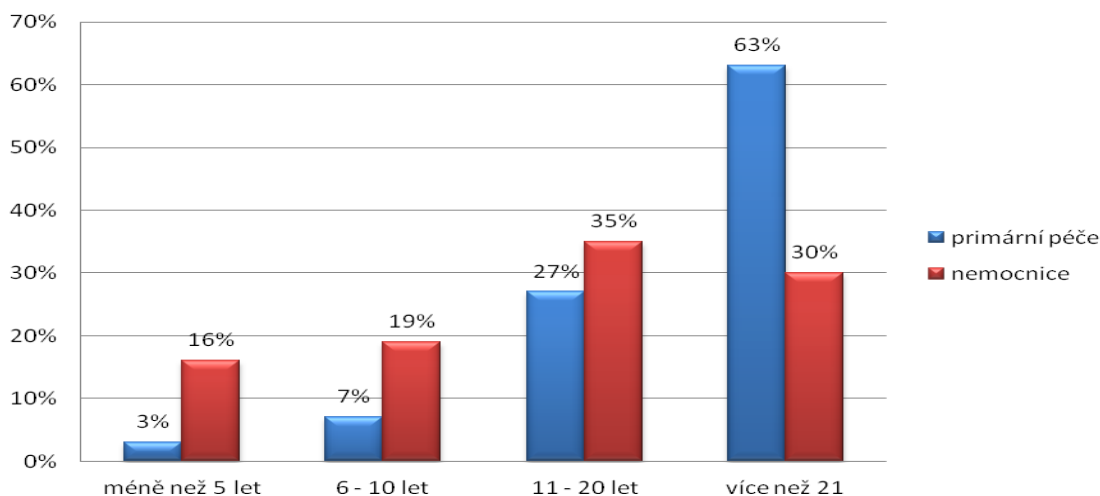
Z celkového počtu 270 respondentů bylo v primární péči 96% žen a 4% mužů a v nemocnicích bylo 97% žen a 3% mužů.

Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle věku



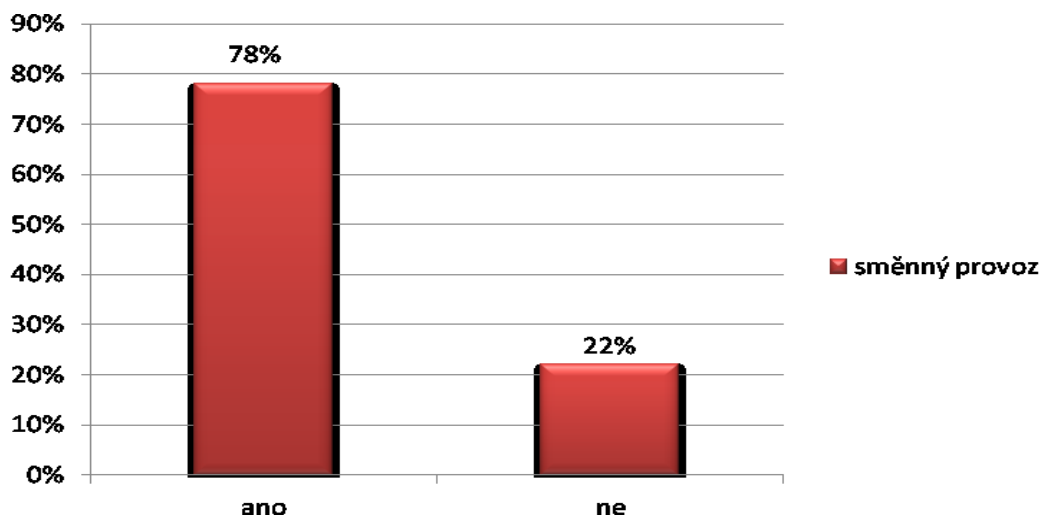
Z celkového počtu 270 respondentů bylo ve věku 18-30 let v primární péči 1% a v nemocnicích 18% respondentů. Ve věku 31-40 let bylo v primární péči 34% a v nemocnicích 41% respondentů. Ve věku 41- 50 let bylo v primární péči 25% a v nemocnicích 31% respondentů. Ve věku 51 a více let bylo v primární péči 40% a v nemocnicích 9% respondentů.

Graf č. 3 Rozdělení respondentů podle délky praxe



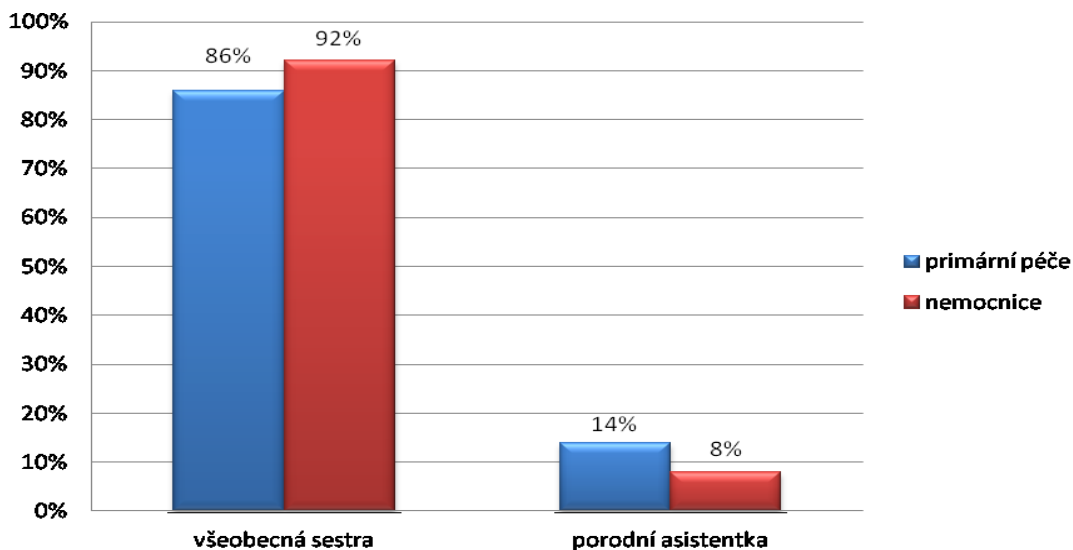
Z celkového počtu 270 respondentů mělo praxi méně než 5 let v primární péči 3% a v nemocnicích 16% respondentů. Délku praxe 6 - 10 let mělo v primární péči 7% a v nemocnicích 19% respondentů. Délku praxe 11 - 20 let mělo v primární péči 27% a v nemocnicích 35% respondentů. Délku praxe více než 21 let mělo v primární péči 63% a v nemocnicích 30% respondentů.

Graf č. 4 Směnný provoz v nemocnicích



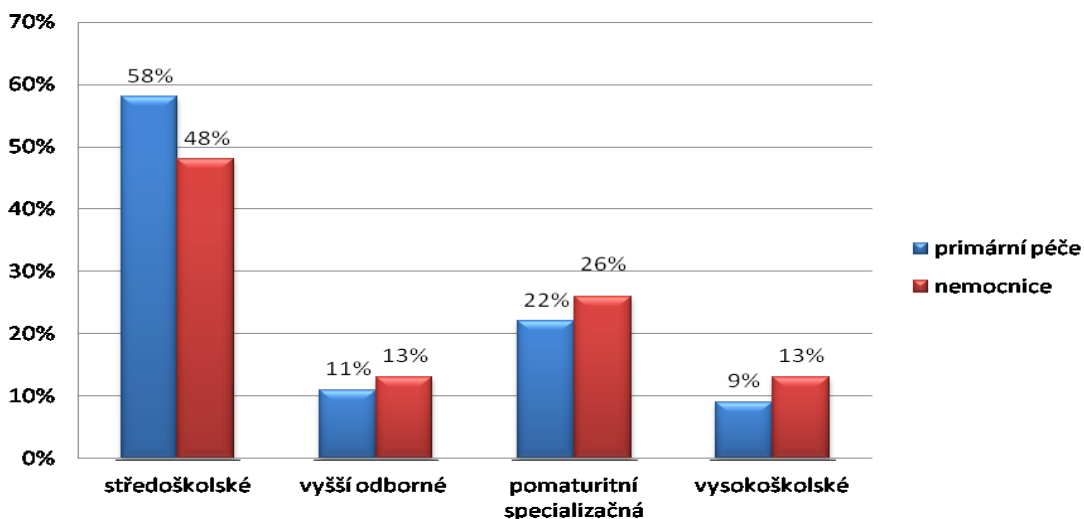
Z celkového počtu 179 respondentů z nemocnic, 78% pracuje na odděleních ve směnném provozu a 22% pracuje v jednosměnném provozu.

Graf č. 5 Rozdělení respondentů dle kvalifikace v oboru



Z celkového počtu 270 respondentů pracovalo v primární péči 86% a v nemocnicích 92% všeobecných sester. V primární péči pracovalo 14% a v nemocnicích 8% porodních asistentek.

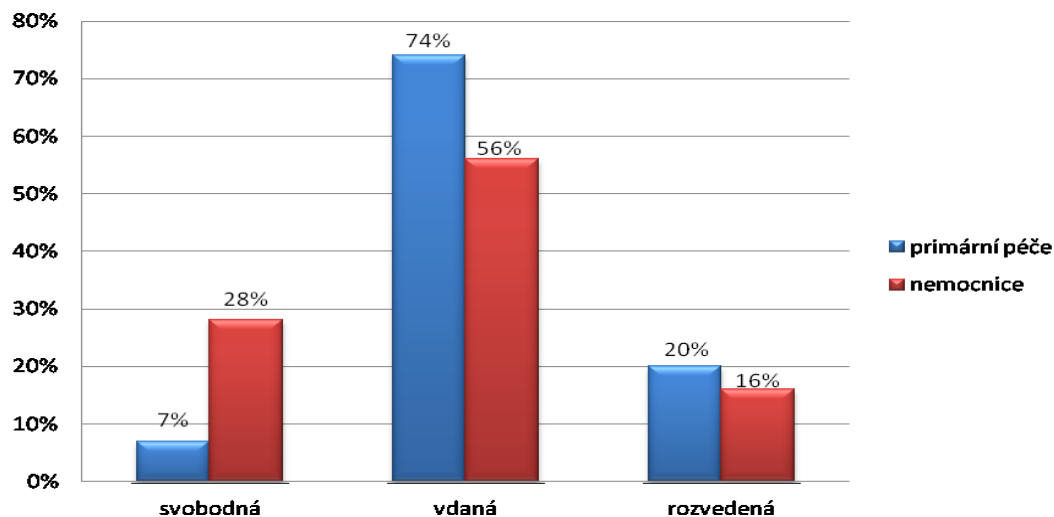
Graf č. 6 Rozdělení respondentů dle vzdělání



Z celkového počtu 270 respondentů mělo v primární péči 58% a v nemocnicích 48% středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání mělo v primární péči 11% a v nemocnicích 13% respondentů. Pomaturitní specializační vzdělání mělo v primární

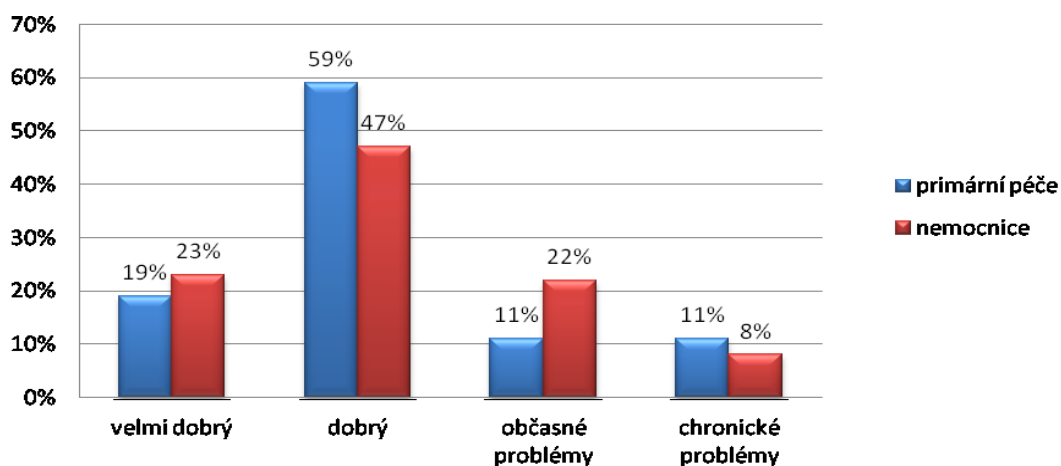
péči 22% a v nemocnicích 26% respondentů. Vysokoškolské vzdělání mělo v primární péči 9% a v nemocnicích 13% respondentů.

Graf č. 7 Rodinný stav



Z celkového počtu 270 respondentů bylo v primární péči 7% a v nemocnicích 28% svobodných a v primární péči 74% a v nemocnicích 56% respondentů je vdaných. V primární péči bylo 20% a v nemocnicích 16% rozvedených respondentů.

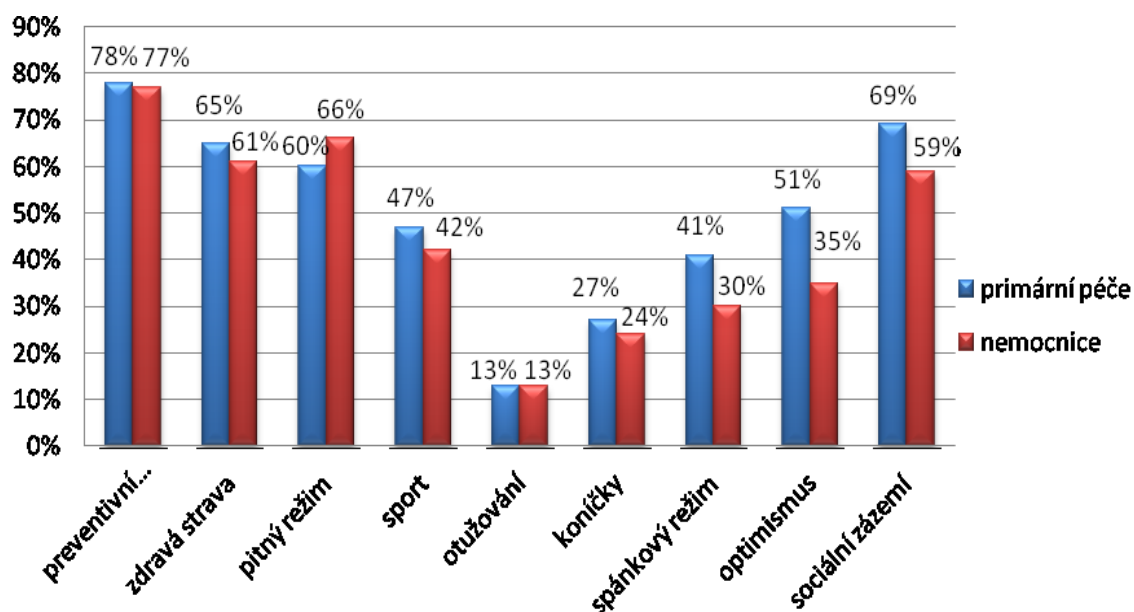
Graf č. 8 Hodnocení zdravotního stavu



Z celkového počtu 270 respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi dobrý v primární péči 19% a v nemocnicích 23% respondentů. V primární péči 59% a

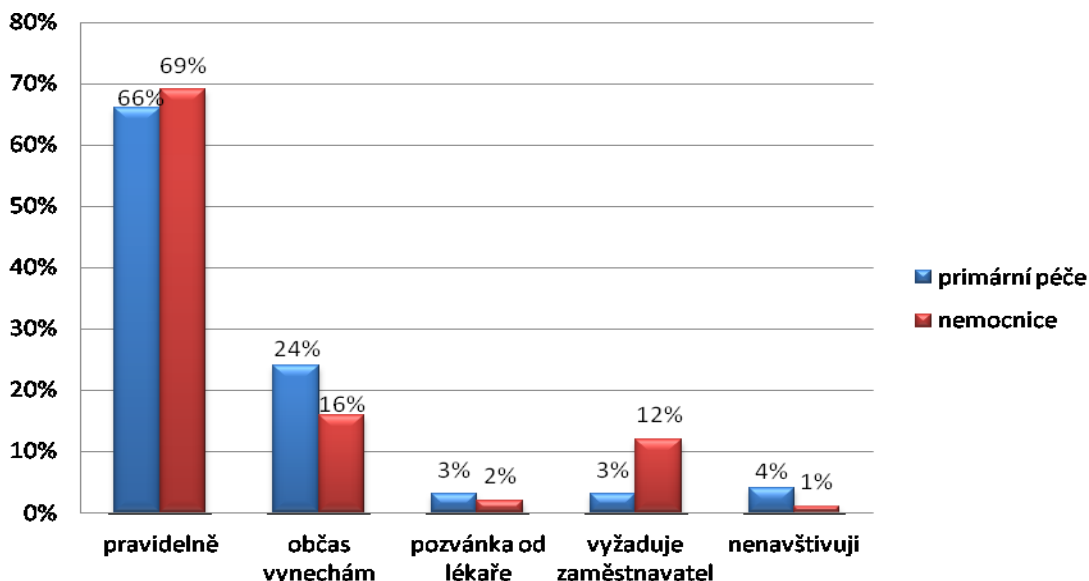
v nemocnicích 47% hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý. 11% v primární péči a 22% v nemocnicích mělo občasné zdravotní problémy a chronické zdravotní problémy mělo v primární péči 11% a v nemocnicích 8% respondentů.

Graf č. 9 Aktivity ke zlepšení a podpoře zdraví



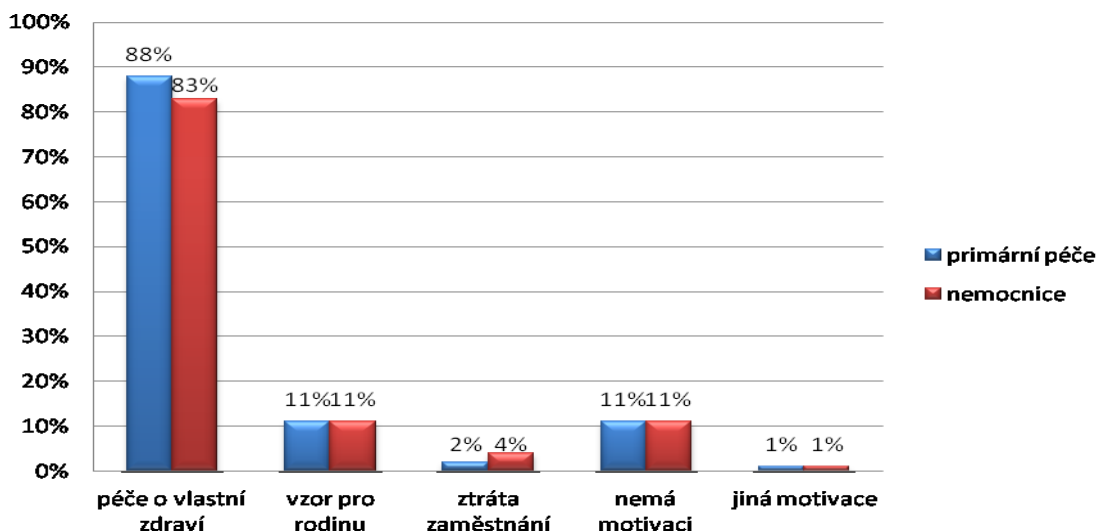
Z celkového počtu 270 respondentů jsou aktivitami ke zlepšení zdraví preventivní prohlídka - v primární péči 78% a v nemocnicích 77%, sociální zázemí - v primární péči 69% a v nemocnicích 59%, pitný režim - v primární péči 60% a v nemocnicích 66%, zdravá strava - v primární péči 65% a v nemocnicích 61%, optimismus- v primární péči 51% a v nemocnicích 35%, sport - v primární péči 47% a v nemocnicích 42%, spánkový režim - v primární péči 41% a v nemocnicích 30%, osobní koníčky - v primární péči 27% a v nemocnicích 24% a otužování - shodně 13% pro oba typy pracovišť.

Graf č. 10 Návštěva preventivních prohlídek



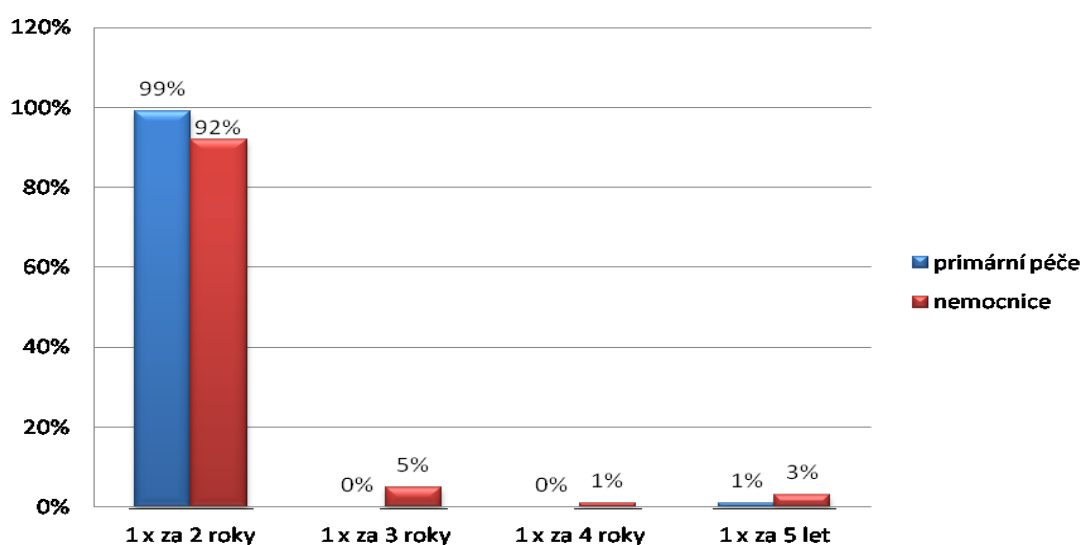
Z celkového počtu 270 respondentů chodí na preventivní prohlídky v primární péči v 66% a v nemocnicích 69% pravidelně, občas vynechá prohlídku v primární péči 24% a v nemocnicích 16%. Na vyžádání zaměstnavatele chodí na prohlídku v primární péči 3% a v nemocnicích 12% respondentů. Na základě pozvánky od lékaře chodí na preventivní prohlídku v primární péči 3% a v nemocnicích 2% respondentů. Preventivní prohlídky nenavštěvuje v primární péči 4% a v nemocnicích 1% respondentů.

Graf č. 11 Motivace k návštěvám preventivních prohlídek



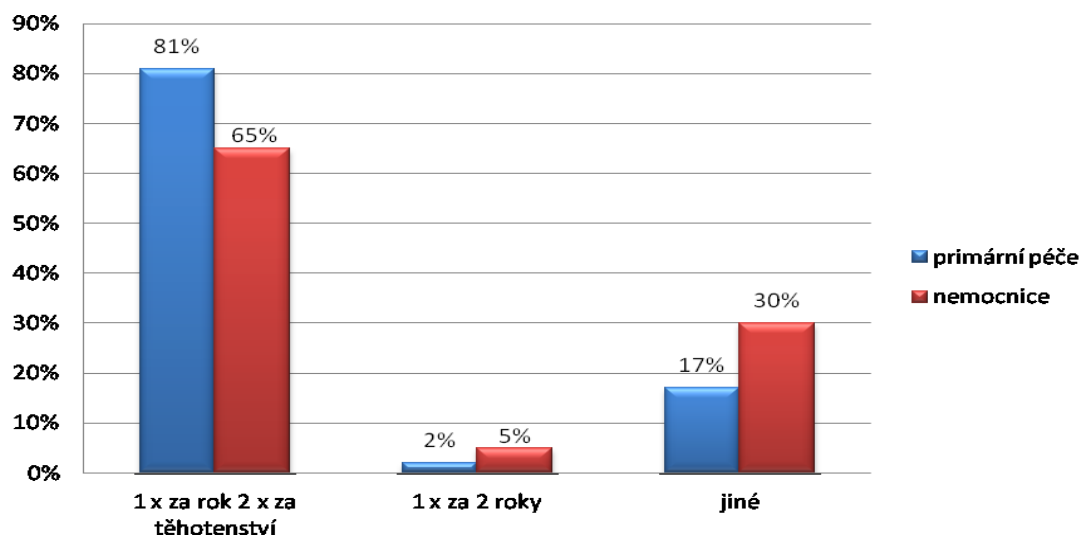
Motivací k návštěvě preventivních prohlídek je pro respondenty v primární péči v 88% a v nemocnicích v 86% péče o vlastní zdraví, v 11% shodně pro obě skupiny je, že mohou být vzorem pro svou rodinu. Obě skupiny shodně v 11% uvedly, že nemají motivaci chodit na preventivní prohlídky. Pro 2% v primární péči a 4% nemocnici je motivací obava ze ztráty zaměstnání. Jinou motivaci má shodně 1% z primární péče a z nemocnic.

Graf č. 12 Preventivní prohlídky pro dospělé - časové rozmezí



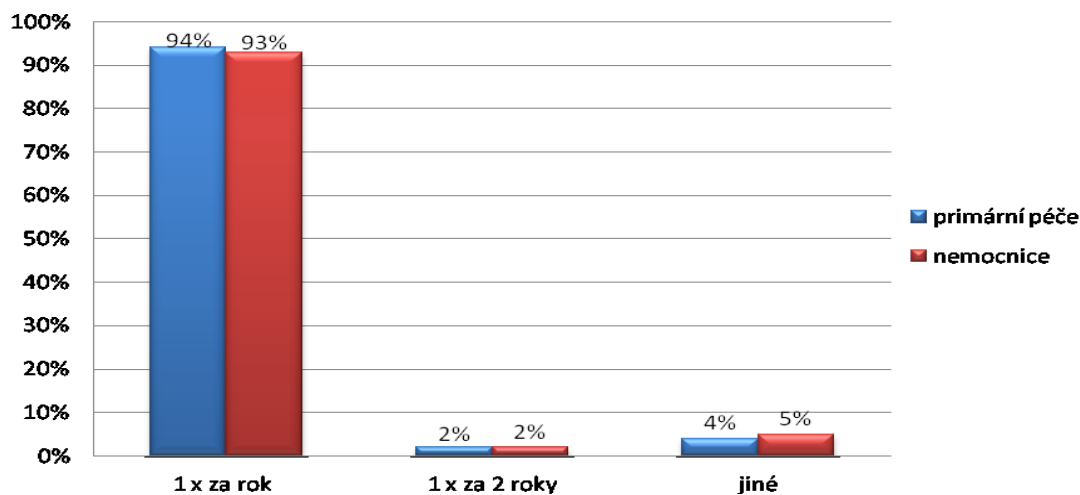
Z celkového počtu 270 respondentů uvedlo časové rozmezí prohlídek 1x za 2 roky v primární péči 99% a v nemocnicích 92% preventivní prohlídky, 1x za 3 roky v nemocnici uvedlo 5%, 1 x za 4 roky v nemocnicích 1% a v intervalu 1x za 5 let uvedlo v primární péči 1% a v nemocnicích 3% respondentů.

Graf č. 13 Zubní preventivní prohlídka - časové rozmezí



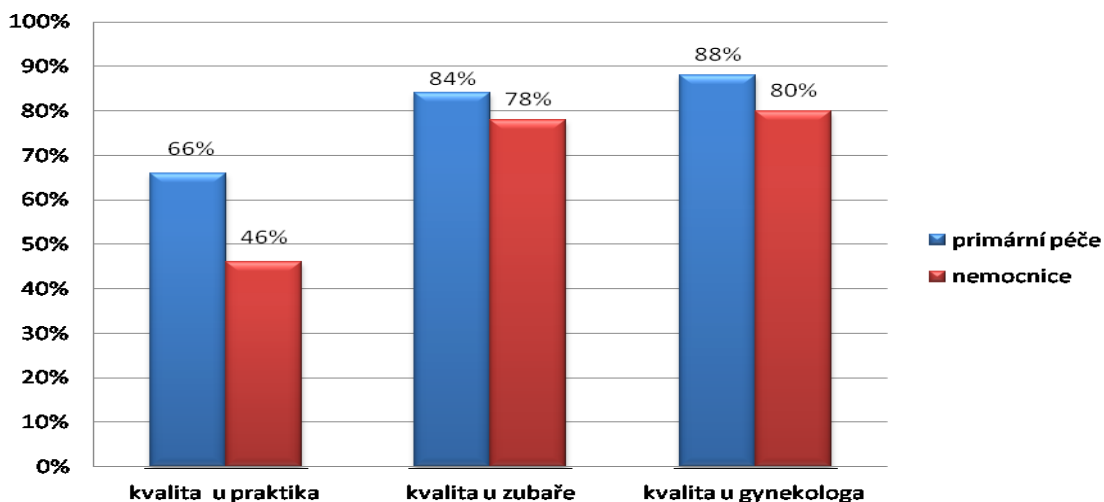
Z celkového počtu 270 respondentů uvedlo časové rozmezí zubních prohlídek 81% v primární péči a 65% v nemocnicích údaj 1x za rok a 2 x po dobu těhotenství, variantu jiné uvedlo v primární péči 17% a v nemocnicích 30% respondentů. V primární péči 2% a v nemocnicích 5% uvedlo rozmezí 1x za 2 roky.

Graf č. 14 Gynekologická preventivní prohlídka - časové rozmezí



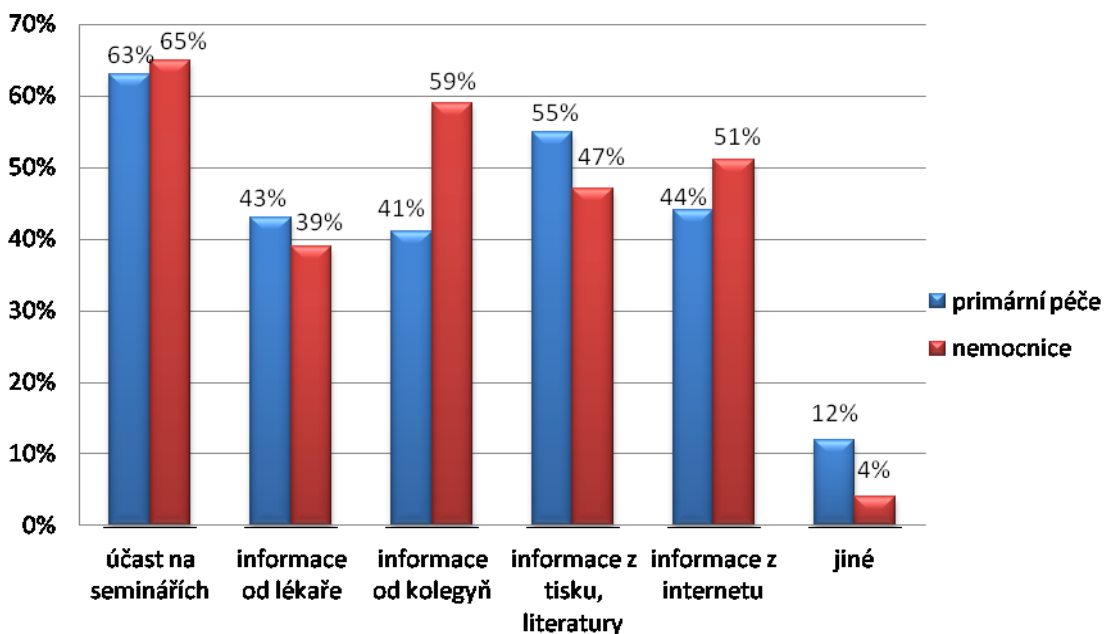
Z celkového počtu 270 respondentů uvedlo časové rozmezí gynekologických prohlídek interval 1x za rok v primární péči 94% a v nemocnicích 93%, interval 1x za 2 roky shodně 2% a jiný interval v primární péči 4% a v nemocnicích 5%.

Graf č. 15 Hodnocení kvality a průběhu preventivních prohlídek



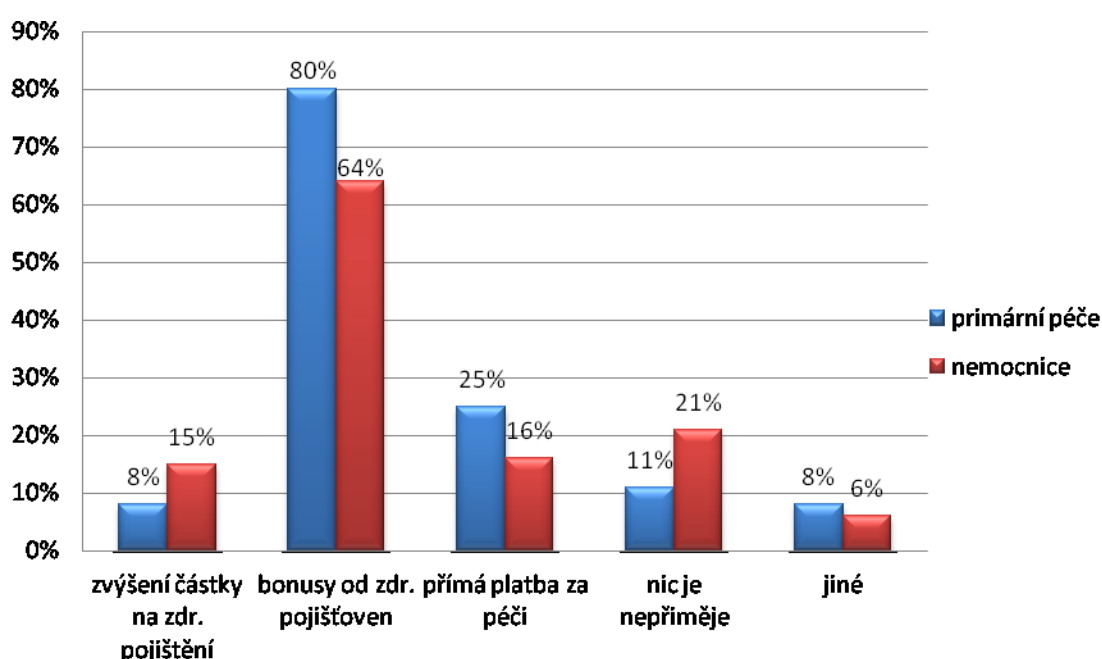
Respondenti hodnotili dobrou kvalitu a průběh preventivních prohlídek u gynekologa v 88% v primární péči a v nemocnicích 80%, u zubního lékaře v 84% v primární péči a v nemocnicích 78% a u praktického lékaře pro dospělé v 66% v primární péči a v nemocnicích 46%.

Graf č. 16 Vzdělávání v oblasti prevence a preventivních prohlídek



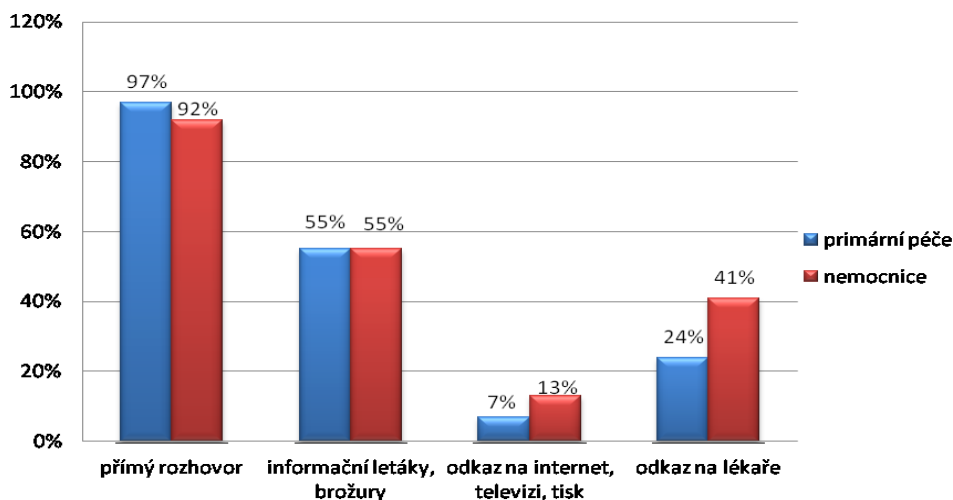
Respondenti se vzdělávají účastí na seminářích - v primární péči v 63% a v nemocnicích v 65%, čerpají informace od kolegů - v primární péči 41% a v nemocnicích 59%, získávají informace z tisku a literatury - v primární péči 55% a v nemocnicích 47%, informace z internetu v primární péči 44% a v nemocnicích 51%, získávají informace od lékaře – v primární péči 43% a v nemocnicích 39%. Jinou formu vzdělávání zvolilo v primární péči 12% a v nemocnicích 4% respondentů.

Graf č. 17 Zvýšení motivace pacientů k návštěvě preventivních prohlídek



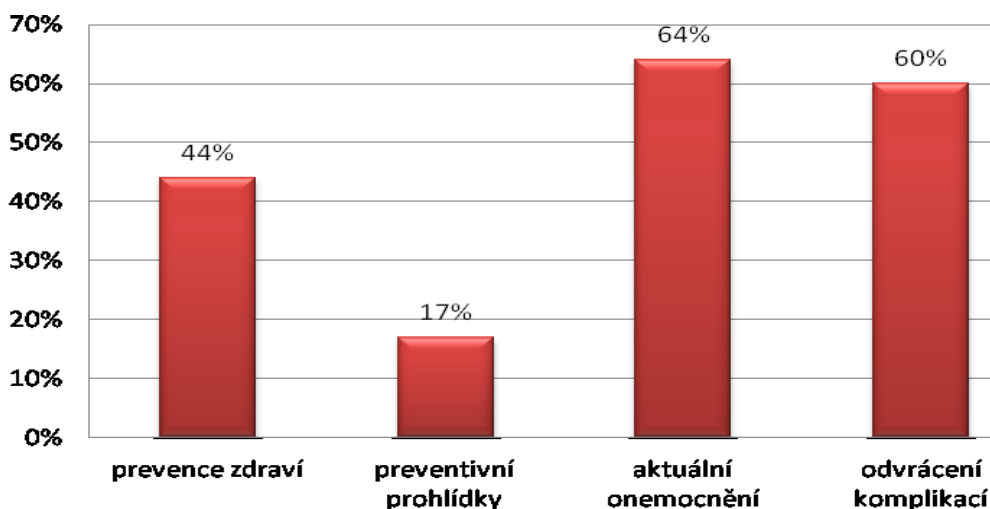
K zvýšení motivace u pacientů k návštěvě preventivních prohlídek respondenti uvedli, bonusy od zdravotních pojišťoven v primární péči v 80% a v nemocnicích 64%. Přímou platbu za péči uvedlo v primární péči 25% a v nemocnicích 16%, zvýšení částky odváděné na zdravotní pojištění uvedlo v primární péči 8% a v nemocnicích 15% respondentů. V primární péči 11% a v nemocnicích 21% respondentů uvedlo, že pacienti nic nepříměje k prohlídkám. V primární péči 8% a v nemocnicích 6% uvedlo jinou variantu motivace.

Graf č. 18 Možnosti edukace při preventivních prohlídkách



Z celkového počtu 270 respondentů využívá při edukaci v 97% v primární péči a 92% v nemocnicích přímý rozhovor s pacientem, shodně všichni v 55% používají informační letáky a brožury, v primární péči v 24% a v nemocnicích v 41% odkazují na lékaře. V primární péči v 7% a v nemocnicích v 13% odkazují respondenti pacienty na internet, televizi a tisk.

Graf č. 19 Oblast edukace v nemocnici



Z celkového počtu 179 respondentů z nemocnic je edukace zaměřena v 64% na aktuální stav, v 60% na odvrácení komplikací, 44% na všeobecnou prevenci zdraví a v 17% na preventivní prohlídky.

Testování hypotéz

Ke statistickému zpracování k jednotlivým hypotézám byly vytvořeny pracovní hypotézy a kontingenční tabulky s vyjádřením četností. Statistické výsledky jsme považovali za významné se stanovenou hladinou významnosti $\alpha = 0.05$, u ověřování hypotéz bylo použito testu chí kvadrát (χ^2) případně Fisherova testu.

Testování hypotézy 1

H 1 - Existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku, stupně vzdělání a typu pracoviště.

Hypotéza byla při vyhodnocení rozdělena na tři části, které byly prokazovány zvlášť.

Testování vlivu věku v účasti na preventivních prohlídkách

H₀ - Neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku

H_A - Existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku

Tab. č. 3 – Kontingenční tabulka pro H 1-1 (3a na věku 2sk. <40 nad 40)

Počet z typ. 2 sk.	Návštěva preventivních prohlídek		Celkový součet
	jinak	pravidelně	
Věk			
<=40	53/38%	85/62%	138
>40	34/26%	98/74%	132
Celkový součet	87/32%	183/68%	270

Pro vyjádření četností byla vypracována kontingenční tabulka, kdy jsme porovnávali celkový počet sester a porodních asistentek ze všech pracovišť, které se pravidelně účastní preventivních prohlídek a jejich věkem. K hodnocení jsme jednotlivé věkové kategorie rozdělili do dvou skupin. Na skupinu respondentů ve věkové kategorii méně nebo rovno 40 letům (<=40) a na skupinu respondentů ve věkové kategorii více než 40 let (>40).

Dosažená hladina významnosti $p=0,0262$ a χ^2 je v tomto případě 4,94, $p<5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H_A , která tvrdí, že existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku. Rozdíl mezi skupinami respondentů ve věku do 40 let a věku nad 40 let je statisticky významný.**

Testování vlivu stupně vzdělání v účasti na preventivních prohlídkách

H_0 - Neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle stupně vzdělání

H_A - Existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle stupně vzdělání

Tab. č. 4 Kontingenční tabulka pro H 1-2 (3a na vzdělání 2sk. středošk. - ostatní)

Počet z typ. 2 sk.	Návštěva preventivních prohlídek		
Vzdělání	jinak	pravidelně	Celkový součet
středoškolské	47/34%	92/66%	139
ostatní	40/31%	91/69%	131
Celkový součet	87/32%	183/68%	270

Pro vyjádření četnosti byla vypracována kontingenční tabulka, kdy jsme porovnávali celkový počet sester a porodních asistentek z všech pracovišť, které se pravidelně účastní preventivních prohlídek a jejich dosaženým vzděláním. K hodnocení jsme jednotlivé typy vzdělání rozdělili do dvou skupin.

Na skupinu respondentů se středoškolským vzděláním a ostatními typy vzdělání (vyšší odborné, pomaturitní specializační a vysokoškolské), které jsme sloučili a nazvali je skupinou ostatní.

Dosažená hladina významnosti $p=0,5645$ a χ^2 je v tomto případě 0,33, $p>5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H_0 , která tvrdí, že neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle stupně vzdělání. Rozdíl mezi skupinami „středoškolské vzdělání“ a „ostatní vzdělání“ není statisticky významný.**

Testování vlivu podle typu pracoviště v účasti na preventivních prohlídkách

H_0 - Neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle typu pracoviště

H_A - Existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle typu pracoviště

Tab. č. 5 Kontingenční tabulka pro H 1-3 (3a na nemocnice - primární péče)

Počet z typ. 2 sk.	Návštěva preventivních prohlídek		
Typ pracoviště	jinak	Pravidelně	Celkový součet
primární péče	31/34%	60/66%	91
nemocnice	56/31%	123/69%	179
Celkový součet	87/32%	183/68%	270

Pro vyjádření četnosti byla vypracována kontingenční tabulka, kdy jsme porovnávali celkový počet sester a porodních asistentek, které se pravidelně účastní preventivních prohlídek a typem pracoviště, kde pracují. K hodnocení jsme jednotlivé typy pracovišť rozdělili do dvou skupin. Na skupinu respondentů pracujících v primární péči a na skupinu respondentů pracujících v nemocnici.

Dosažená hladina významnosti $p=0,6439$ a χ^2 je v tomto případě 0,21, $p>5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H_0 , která tvrdí, že neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle typu pracoviště. Rozdíl mezi skupinami respondentů pracujících v primární péči a v nemocnici není statisticky významný.**

ZÁVĚR: *výsledky testování hypotézy 1 prokázaly, že existuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle věku. Rozdíl mezi skupinami respondentů ve věku do 40 let a věku nad 40 let je statisticky významný. Rozdíl mezi skupinami „středoškolské vzdělání“ a „ostatní vzdělání“ není statisticky významný. Rozdíl mezi skupinami respondentů pracujících v primární péči a v nemocnici není statisticky významný.*

Podařilo se prokázat statistickou významnost pro kategorii věku. Stupeň vzdělání a typ pracoviště nemá statisticky prokazatelný vliv na pravidelnou účast na preventivních prohlídkách.

Testování hypotézy 2

H 2 - Existuje rozdíl mezi postojem sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám podle typu jejich pracoviště.

H₀ - Neexistuje rozdíl mezi postojem sester a porodních asistentek v pravidelné účasti na preventivních prohlídkách

H_A - Existuje rozdíl mezi postojem sester a porodních asistentek v pravidelné účasti na preventivních prohlídkách.

Tab. č. 6 Kontingenční tabulka pro H 2 (3a na 14)

Počet z typ. 2 sk.	Návštěva preventivních prohlídek		
Obor	jinak	Pravidelně	Celkový součet
všeob. sestra	77/32%	165/68%	242
por. asistentka	10/36%	18/64%	28
Celkový součet	87/32%	183/68%	270

Pro vyjádření četnosti byla vypracována kontingenční tabulka, kdy jsme porovnávali postoj k preventivním prohlídkám – tj. skupinu s pravidelnou účastí na preventivních prohlídkách a respondenty s oborem všeobecná sestra a porodní asistentka.

Dosažená hladina významnosti je v tomto $p=0,6762$ a χ^2 je v tomto případě 0,17, tj. $p>5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H₀, která tvrdí, že neexistuje rozdíl v účasti na preventivní prohlídce dle kvalifikace v oboru. Rozdíl mezi skupinami respondentů v oboru sestra a porodní asistentka není statisticky významný.**

ZÁVĚR: výsledky testování hypotézy 2 prokázaly, že neexistuje rozdíl v postoji na preventivní prohlídce dle kvalifikace v oboru. Rozdíl mezi skupinami respondentů v oboru všeobecná sestra a porodní asistentka není statisticky významný.

Testování hypotézy 3

H 3 - Sestry a porodní asistentky, které absolvují preventivní prohlídky, budou mít pozitivnější postoj k informovanosti klientů- pacientů, než ty, které je neabsolvují.

Hypotéza byla při vyhodnocení rozdělena na tři části, které byly prokazovány zvlášť.

Testování pro primární péči

H₀ - Neexistuje rozdíl mezi absolvováním preventivních prohlídek a postojem k informovanosti klientů v primární péči

H_A - Existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek a postojem k informovanosti klientů v primární péči

Tab. č. 7 Kontingenční tabulka pro ordinaci praktického lékaře v primární péči
(10a na 3a - pouze pro 18a v primární péči)

Počet z typ. 2 sk.	Edukace u dospělých		Celkový součet
	0	přímý rozhovor	
Návštěva preventivních prohlídek			
Jinak	1/7%	13/93%	14
pravidelně	2/7%	28/93%	30
Celkový součet	3/7%	41/93%	44

Kontingenční tabulka pro hodnocení četností u sester, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a pravidelně chodí na preventivní prohlídky versus informovanost pacientů.

Tab č. 8 Kontingenční tabulka pro zubní a gynekologickou ordinaci v primární péči
(10a na 3a - pouze pro (ostatní různé mimo 18a) v primární péči)

Počet z typ. 2 sk.	Edukace na zubním odd. a na gynekologii		Celkový součet
	0	přímý rozhovor	
Návštěva preventivních prohlídek	0		
jinak	0	17/100%	17
pravidelně	0	30/100%	30
Celkový součet	0	47/100%	47

Kontingenční tabulka pro hodnocení četností u sester a porodních asistentek, které pracují v ordinacích zubního lékaře a gynekologa a pravidelně chodí na preventivní prohlídky versus informovanost pacientů.

Dosažená hladina významnosti $p=1,000$ (podle Fisherova testu) a χ^2 je v tomto případě 0, 000, $p>5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H_0 , že neexistuje rozdíl mezi absolvováním preventivních prohlídek a postojem k informovanosti klientů v primární péči.**

Skupiny respondentů z primární péče byly testovány pomocí Fisherova testu, z důvodu nízkých hladin počtů respondentů. **Rozdíl mezi skupinami, není statisticky významný.**

Testování pro nemocnice

H_0 - Neexistuje rozdíl mezi absolvováním preventivních prohlídek a postojem k informovanosti klientů v nemocnici

H_A - Existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek a postojem k informovanosti klientů v nemocnici

Tab č. 9 Kontingenční tabulka pro nemocnice

(10a na 3a - pouze pro nemocnice)

Počet z typ. 2 sk.	Edukace v nemocnici		Celkový součet
	0	přímý rozhovor	
Preventivní prohlídky	9/16%	47/84%	56
jinak	5/4%	118/96%	123
pravidelně	14/8%	165/92%	179
Celkový součet			

Kontingenční tabulka pro hodnocení četností u sester a porodních asistentek, které pracují v nemocnici a pravidelně chodí na preventivní prohlídky versus informovanost pacientů.

Dosažená hladina významnosti $p=0,0055$ a χ^2 je v tomto případě 7,69, $p<5\%$, to znamená, že **byla potvrzena hypotéza H_A , že existuje rozdíl mezi absolvováním preventivních prohlídek u respondentů a postojem k informovanosti klientů v nemocnicích. Rozdíl mezi skupinami respondentů je statisticky významný.**

Testování celkových počtů pro všechna pracoviště

H_0 - Neexistuje rozdíl mezi absolvováním preventivních prohlídek a postojem k informovanosti klientů u všech respondentů

H_A - Existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek a postojem k informovanosti klientů u všech respondentů

Tab č. 10 Kontingenční tabulka pro všechny respondenty

Počet z typ. 2 sk.	Edukace všechna pracoviště		Celkový součet
	0	přímý rozhovor	
Preventivní prohlídky	10/11%	77/89%	87
Jinak	7/4%	176/96%	183
Pravidelně	17/6%	253/94%	270
Celkový součet			

Kontingenční tabulka pro hodnocení četností u sester a porodních asistentek, bez rozdílu pracoviště, které chodí a preventivní prohlídky pravidelně versus informovanost pacientů.

Dosažená hladina významnosti $p=0,0153$ a χ^2 je v tomto případě 5,85, $p<5\%$, to znamená, že byla potvrzena hypotéza H_A , že existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek u všech respondentů a postojem k informovanosti klientů. Rozdíl mezi skupinami respondentů je statisticky významný.

ZÁVĚR:

Mezi sestrami a porodními asistentkami v primární péči, které pravidelně absolvují preventivní prohlídky a mezi těmi, které prohlídky neabsolvují, není žádný statisticky významný rozdíl v tom, zda informují své klienty.

Existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek u respondentů pracujících v nemocnici a postojem k informovanosti klientů. Rozdíl mezi skupinami respondentů je statisticky významný.

Existuje rozdíl mezi absolvováním prohlídek u všech respondentů a postojem k informovanosti klientů. Rozdíl mezi skupinami respondentů je statisticky významný.

Výsledky testování hypotézy 3 prokázaly, že všechny sestry a porodní asistentky, které navštěvují preventivní prohlídky pravidelně, mají pozitivnější postoj k informovanosti klientů-pacientů, než ty, které prohlídky neabsolvují.

5 DISKUSE

Problematika prevence v podpoře a udržení zdraví je velmi široká. Téma diplomové práce je zaměřeno v rámci prevence na její specifickou část, a tou jsou preventivní prohlídky. Cílem bylo zjistit, jak k preventivním prohlídkám přistupuje nejpočetnější skupina nelékařského zdravotnického personálu, tedy všeobecné sestry a porodní asistentky. Zabývali jsme se otázkou, jak sestry a porodní asistentky přistupují k informovanosti obyvatelstva k preventivním prohlídkám. Následující údaje potvrzují dosažení stanovených cílů. V hypotézách jsme zjišťovali rozdíly u souboru respondentů v primární péči a v nemocnicích. U hypotézy 1 jsme prokazovali, zda existuje rozdíl v účasti na preventivních prohlídkách dle věku, stupně vzdělání a typu pracoviště. Podařilo se zjistit statistickou významnost pro kategorii věku. Stupeň vzdělání a typ pracoviště nemá statisticky prokazatelný vliv na pravidelnou účast na preventivních prohlídkách. U hypotézy 2 jsme prokazovali, zda existuje rozdíl mezi postojem sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám dle typu pracoviště. Rozdíl mezi skupinami respondentů v oboru všeobecná sestra a porodní asistentka dle typu pracoviště není statisticky významný. U hypotézy 3 jsme zjišťovali, zda sestry a porodní asistentky, které absolvují preventivní prohlídky, mají pozitivnější postoj k informovanosti klientů - pacientů, než ty, které prohlídky neabsolvují. Mezi sestrami a porodními asistentkami v primární péči, které pravidelně absolvují preventivní prohlídky a mezi těmi, které prohlídky neabsolvují, není žádný statisticky významný rozdíl v tom, zda informují své klienty. U skupiny respondentů z nemocnic je statisticky významný rozdíl mezi účastí na preventivních prohlídkách a postojem k informovanosti klientů. Výsledky testování prokázaly, že všechny sestry a porodní asistentky, které navštěvují preventivní prohlídky pravidelně, mají pozitivnější postoj k informovanosti pacientů, než ty, které prohlídky neabsolvují.

Ačkoliv návratnost dotazníků přesahovala 70% z obou typů pracovišť, velmi nás překvapilo, že v primární péči se nejméně dotazníků vrátilo od sester, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Očekávaly jsme, že tato skupina sester, která se nejvíce intenzivně podílí na preventivních prohlídkách u dětí dorostu,

bude více spolupracovat. Naopak nejvíce dotazníků od sester z primární péče se vrátilo z ordinací praktiků pro dospělé. V nemocnicích odpovídalo nejvíce respondentů v oborech chirurgie, interny, gynekologie a porodnictví a oddělení pro dlouhodobě nemocné. Nejméně respondentů se zúčastnilo z infekčního, dětského a onkologického oddělení.

Pro vytváření postojů jedince je podstatné, jak vnímá sám sebe, jak vnímá svoje zdraví a svůj zdravotní stav. Atkinson (36) uvádí, že výsledné chování můžeme předvídat na základě zjištění postojů a motivů. Podle Hartla (34) je postoj definován jako hodnotící vztah. Zajímalo nás, jak sestry a porodní asistentky hodnotí svůj zdravotní stav. Zjistily jsme, že většina respondentů v primární péči oproti nemocnicím hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. U hodnocení velmi dobrý zdravotní stav byl mezi jednotlivými pracovišti nepodstatný rozdíl. Občasné zdravotní problémy oproti chronickým problémům uvedlo více respondentů z nemocnic. V primární péči uvádějí tyto zdravotní potíže stejnou měrou. Tato hodnocení jsou subjektivním vyjádřením respondentů, při objektivním hodnocení na základě odborných vyšetření nebo z výsledků vyšetření v rámci preventivních prohlídek bychom mohly dospět k rozdílným výsledkům.

Zavázalová (2) uvádí, že přístup k životu a systém hodnot je u každého jedince individuální. Dle Čeledové (10) se na podpoře zdraví člověka významně podílí správný životní styl. Přesvědčili jsme se, že aktivity, pomocí kterých si sestry a porodní asistentky udržují své zdraví, jsou velice individuální. Největší měrou si obě skupiny udržují zdraví pomocí preventivních prohlídek. Rozdíl se projevil v oblasti aktivit souvisejících se životním stylem. Sestry a porodní asistentky se ve volném čase věnují podobným činnostem, které jim přinášejí fyzickou a psychickou relaxaci. V primární péči se více respondentů než v nemocnicích věnuje zdravé stravě, sportu, koníčkům, spánkovému režimu. Mezi nejčastější koníčky k relaxaci ve volném čase patřil pobyt v přírodě - běh, turistika, lyžování, procházky se psem, zahrada, pobyt na chatě, cyklistika. V nemocnicích se mladší respondenti věnovali jezdeckví, střelbě, horolezectví, posilování ve fitness centru. Další oblastí byla kultura, výstavy, hudba, zpěv, četba knih. Mezi individuálními zájmy byly práce ve výtvarné dílně, vnučata,

filatelie, kuželky, power jóga. Sestry a porodní asistentky v primární péči také mají víc optimismu a více si zakládají na rodinném zázemí. Z vlastní zkušenosti víme, že sestry a porodní asistentky se potýkají v nemocnicích s nedostatkem personálu, slouží více směn, mají přesčasové hodiny a málo volného času. U sester a porodních asistentek v nemocnicích se nám odкрыla oblast nespecifických profesních rizik, které zatěžují jejich zdraví. Je to práce ve směnném provozu, stres, nedostatek volného času, nedostatek odpočinku.

Preventivní prohlídky jsou pro občany v ČR bezplatné, časové rozmezí a obsah je přesně stanoven vyhláškou č. 70/2012 Sb. (26). Jak uvádí Chudobová (27), Češi na prohlídky pravidelně nedocházejí a zanedbávají je. Navštěvují lékaře až při akutním onemocnění. Proto jsme se v oblasti preventivních prohlídek zaměřili na účast sester a porodních asistentek na preventivních prohlídkách hlavně na to, jak pravidelně na ně docházejí. Nejdůležitější motivací k návštěvě preventivních prohlídek je pro sestry a porodní asistentky péče o vlastní zdraví. Ačkoliv jsme zjistili, že preventivní prohlídky jsou jednou z hlavních aktivit, pomocí kterých si sestry a porodní asistentky podporují a udržují své zdraví, jen 66% v primární péči a 69% v nemocnicích dochází pravidelně na preventivní prohlídky. Z našeho hlediska jsme očekávali, že pravidelnou účast bude mít více respondentů, protože se jedná o profesionálně vzdělané pracovníky, kteří by měli dbát o své zdraví. Jen 4% z primární péče a 1% z nemocnic vůbec nenavštěvuje prohlídky. V primární péči uvedli respondenti, že je nebaví čekat v čekárně a druzí navštěvují lékaře, až když jsou nemocní. V nemocnicích uvedli respondenti jako důvod obavu a strach z vyšetření. Ostatní buď občas nějakou z prohlídek vynechají nebo se účastní prohlídky, až když jim přijde pozvánka, nebo až když prohlídku vyžaduje zaměstnavatel. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že pravidelnou účast na preventivních prohlídkách významně ovlivňuje věk. Sestry a porodní asistentky ve věku nad 40 let chodí na prohlídky pravidelněji. U kategorie věku, která nejvíce ovlivňuje účast na preventivních prohlídkách, pro nás výsledky nemohou být překvapující. Z vlastní zkušenosti víme, že čím je člověk starší, tím více přibývá zdravotních problémů, proto se musí víc snažit, aby si udržel zdraví. Naopak dosažené vzdělání a typ pracoviště významně účast na prohlídkách neovlivňují. Velmi překvapující pro nás bylo zjištění, že

míra dosaženého vzdělání neovlivňuje účast na preventivních prohlídkách. Naše domněnka, že sestry a porodní asistentky, které mají vyšší než středoškolské vzdělání, budou mít vyšší účast na preventivních prohlídkách, se nepotvrdila. V dnešní době, která klade důraz na přípravu a vzdělávání sester a porodních asistentek a kdy se v nemocnicích na odděleních prakticky nesetkáte na manažerských pozicích s pracovníkem, který by měl jen středoškolské vzdělání, je toto zjištění varující. Od vedoucího pracovníka se očekává, že bude vzorem pro své podřízené. U problematiky vzdělání jsme zjistili, že stále v primární péči pracuje méně sester a porodních asistentek s vysokoškolským vzděláním než v nemocnicích. U vyššího a pomaturitního specializačního vzdělávání v obou typech pracovišť podstatné rozdíly nejsou.

Preventivní prohlídky v ČR provádí dle zákona č. 372/2011 Sb. registrující lékař v primární péči v oborech všeobecné praktické lékařství pro dospělé, pro děti a dorost, v oborech stomatologie a gynekologie. Pracovní tým tvoří nejčastěji lékař a sestra nebo porodní asistentka. U pediatrií pracují některé sestry s odborností dětská sestra. Zde se nám nepotvrdil podstatný rozdíl v účasti na preventivních prohlídkách. Očekávali jsme, že v primární péči budou sestry a porodní asistentky mít větší pravidelnou účast na preventivních prohlídkách než v nemocnicích, protože prohlídky jsou jejich náplní práce. Rozdíl mezi typem pracoviště a účastí na preventivních prohlídkách však jednoznačně vyloučit nelze, protože v primární péči pracuje více sester a porodních asistentek ve věku nad 40 let, jejichž účast na preventivních prohlídkách je pravidelnější. Jednoznačně lze konstatovat, že bychom měli zaměřit pozornost na mladší věkovou kategorii sester a porodních asistentek a na ošetrovatelský management.

Všeobecně v naší společnosti nejsou občané dostatečně informováni o prevenci a preventivních prohlídkách. Naše média nepřinášejí kvalitní informace. Setkáváme se často jen s reklamou na léčivé přípravky. Odborné pořady jsou ve většině případů zaměřeny na jednotlivá onemocnění. Podle Chudobové (27) zvýšená návštěvnost preventivních prohlídek bývá po cílených kampaních v médiích. Abychom byli schopni si utvořit správný postoj, je zapotřebí mít dostatečné množství vědomostí, v našem případě o preventivních prohlídkách. Podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. se všeobecná preventivní prohlídka u dospělých provádí jednou za dva roky, gynekologická prohlídka

jednou za rok. Zubní preventivní prohlídka se provádí u dospělých jedenkrát ročně, u těhotných dvakrát po dobu těhotenství (26). Zjistili jsme, že v oblasti legislativy, která určuje časové rozmezí preventivních prohlídek pro dospělé a gynekologických prohlídek, se hranice správných odpovědí pohybovala v primární péči i v nemocnicích nad 90%. U gynekologických prohlídek sestry a porodní asistentky uváděly prohlídky dvakrát do roka. U zubních prohlídek v primární péči bylo více správných odpovědí než v nemocnicích. Další uváženou variantou u těchto prohlídek bylo rozmezí prohlídek dvakrát do roka. Domníváme se, že respondenti zaměnili časové rozmezí preventivních prohlídek s prohlídkami v rámci doporučených postupů při léčbě. V gynekologii se provádějí prohlídky dvakrát do roka při medikaci antikoncepce, kterou sestry a porodní asistentky uváděly. Stomatologové v rámci prevence zubního kazu doporučují svým pacientům prohlídku dvakrát do roka. Celkově měli pracovníci v primární péči větší přehled o frekvenci preventivních prohlídek než v nemocnicích.

Jak uvádí Nakonečný (35), v průběhu života člověk získává nové informace, které mohou ovlivňovat jeho postoj. Získávat nové vědomosti a informace lze z mnoha zdrojů, od rodinných příslušníků, v pracovním kolektivu, z médií, internetu, literatury nebo formou kongresů, seminářů a přednášek nebo dalších forem celoživotního vzdělávání. Sestry a porodní asistentky, které jsou regulovaným povoláním, mají dle zákona č. 96/2004 Sb. povinnost se celoživotně vzdělávat. Farkašová et al. (8) a Bártlová (40) se shodují v názoru, že vzdělávání úzce souvisí s přijetím role sestry, od které se očekává, že bude kompetentní a vzdělanou osobností. Formu vzdělávání si mohou zvolit samy podle vlastních potřeb. Sestry a porodní asistentky se v oblasti prevence a preventivních prohlídek vzdělávají. V primární péči se nejvíce účastní seminářů, čerpají informace z tisku a literatury, z internetu a od lékaře. Porodní asistentky z primární péče uvedly, že samy přednášejí na odborných kurzech. V nemocnicích se sestry a porodní asistentky téměř shodně účastní na seminářích, přijímají také více informací od kolegyně a z internetu. Sestry a porodní asistentky uvedly, že se vzdělávají v oblasti prevence dalším studiem na vysoké škole.

Přirozeností člověka je, že všechny své získané vědomosti a informace při utváření postojů konfrontuje se svou zkušeností. Každý občan v této republice si může

vybrat svého ošetřujícího lékaře a pracoviště, kde se zaregistruje. Zjistili jsme, že sestry a porodní asistentky v primární péči hodnotily dobrou kvalitu preventivní prohlídek více pozitivně, než kolegyně v nemocnicích. Ačkoliv se k hodnocení kvality prohlídek u gynekologa respondenti z řad mužů nevyjádřili, lepší kvalitou byla hodnocena preventivní prohlídka u gynekologa a stomatologa, než u praktika pro dospělé. Kvalita a hodnocení preventivních prohlídek se pak zpětně může promítnout v nesprávném postoji a v konečném důsledku v účasti na preventivních prohlídkách. Dle našeho názoru jsme důslednější ve výběru zdravotnického personálu více u oboru gynekologie a stomatologie, než u registrujících praktiků pro dospělé.

Politika států je dnes založena na vedení lidí k zodpovědnosti. Jak je uvedeno v programu Zdraví 21 (4) mají být občané směřováni především k odpovědnosti za své zdraví. Každé takovéto změně se člověk podvědomě brání. Je vždy lepší přenést odpovědnost na druhé, v případě neúspěchu se zachováme alibisticky. Vinu nese někdo jiný. Člověk nemusí vynaložit ani úsilí ani námahu, o to méně si však této věci váží. V případě ochrany zdraví ještě stále přetrvává v naší společnosti názor, že se o naše zdraví mají starat hlavně zdravotníci, protože si platíme zdravotní pojištění. Podle Atkinsona (36), abychom takové názory a postoje změnili, musíme působit nejen na samotné postoje, ale zabývat se otázkou motivace, která je schopna vést jedince ke změně chování. Motivovat lze mnoha způsoby. Motivovat člověka lze i formou odměn nebo trestů. Ze zkušenosti víme, že pozitivní motivace formou odměn nebo výhod bývá při změně postojů účinnější. Tresty a sankce jsou motivátory, ale nemají efektivní účinek. Tento názor jsme si potvrdili u respondentů. V primární péči se většina sester a porodních asistentek přiklání k bonusům, které by měly nabízet zdravotní pojišťovny. V nemocnicích byl více než v primární péči vyjádřen skeptický názor, že pacienty nic nepřiměje k návštěvě preventivních prohlídek. Myslíme si, že od zdravotníků je nepřijatelné tento názor vyslovit. Jako profesionálové se učí, jak přistupovat k pacientům, jak s nimi komunikovat a mít k nim individuální přístup. S každým pacientem je možné spolupracovat, pokud jej dokážeme pochopit a respektovat. U sankcí typu zvýšení částky odváděné na zdravotní pojištění nebo přímé platby za péči rozdíl v názorech nebyly podstatné.

Motivací pro společnost, která je nejjednodušší v podpoře a udržení zdraví, je výchova ke zdraví, která je jednou z kompetencí sester a porodních asistentek. Jak uvádí Strejčková (27), nejdůležitější metodou v rámci edukace, je osobní sdělení a osobní příklad toho, kdo danou prevenci vykonává. Sestry a porodní asistentky v primární péči edukují při preventivních prohlídkách své pacienty téměř výhradně pomocí přímého rozhovoru, polovina ještě doplňuje informace pomocí letáků a brožur. Sestry a porodní asistentky v nemocnicích převážně pacienty edukují v oblasti aktuálního onemocnění, případných komplikací a prevence zdraví. V oblasti preventivních prohlídek edukují velmi málo. V menší míře se věnují přímému rozhovoru s pacientem, k získání informací odkazují pacienta na lékaře nebo na internet. Informačních letáků a brožur využívají stejně jako v primární péči. V primární péči si sestry a porodní asistentky plní své pracovní povinnosti, ke kterým patří preventivní prohlídky a edukují pacienty. V nemocnicích jsou sestry a porodní asistentky v edukaci zaměřeny spíše na aktuální onemocnění než na prevenci. Zjistili jsme, že sestry a porodní asistentky, které se pravidelně účastní preventivních prohlídek, mají pozitivnější postoj k informovanosti pacientů.

O významu prevence a preventivních prohlídek nelze pochybovat. Jak jsme zjistili i v našem výzkumu, do budoucna bude prevence aktuálním tématem, kterému je zapotřebí se věnovat. Jako ostatní občané ve společnosti ani sestry a porodní asistentky nemají pravidelnou účast na preventivních prohlídkách. Dle našeho názoru by bylo vhodným řešením zvýšit informovanost všech občanů formou médií, přednášek, propagačních materiálů cílených na prevenci. Přednášky a edukaci v prevenci by měly vést pro skupiny samy sestry a porodní asistentky, aby se aktivně zapojily a nepřijímaly informace pouze pasivně. Ve zdravotní politice je třeba se zaměřit na zdravotní pojišťovny, aby formou bonusů a odměn, které budou přímo souviset s pravidelnou účastí na preventivních prohlídkách, motivovaly pacienty a případně i primární zdravotnická zařízení. V primární péči lze zavést opatření ke kontrole, zda si plní svou zákonnou povinnost. Ve většině případů se jedná o soukromé subjekty, jejichž pozornost nemusí být zaměřena na prevenci. U managementu nemocnic by bylo žádoucí zvýšit zájem o pracovníky a jejich životní styl. V ošetřovatelství je vhodné se

více věnovat zdravému životnímu stylu a prevenci při přípravě a vzdělávání nelékařských pracovníků, protože právě u mladých sester byla účast na preventivních prohlídkách nejmenší. Sestry a porodní asistentky, které v nemocnicích pracují na vedoucích pozicích, by měly být motivovány, aby se zajímaly o problematiku prevence a předávaly informace svým podřízeným.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na zjištění postoje sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám. Je orientována na oblasti zdraví, prevence, preventivní prohlídky, charakteristiku postojů a edukaci. Není opomenuta role sester a porodních asistentek v prevenci, vymezení kompetencí a problematiky životního stylu v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání. Cílem práce bylo zjištění, zda sestry a porodní asistentky samy pravidelně docházejí na vlastní preventivní prohlídky i to, jak přistupují k informacím o potřebě preventivních prohlídek u obyvatelstva.

Věk významně ovlivňuje účast na preventivních prohlídkách. Stupeň vzdělání nemá statisticky významný vliv na účast na preventivních prohlídkách. Výzkum zcela nevyloučil rozdíl v účasti na preventivních prohlídkách dle typu pracoviště. Sestry a porodní asistentky pracující v nemocnicích chodí na preventivní prohlídky méně pravidelně, než ty, které pracují v primární péči. Sestry a porodní asistentky v primární péči mají prokazatelně vyšší věk a chodí na preventivní prohlídky pravidelněji. Byl zjišťován rozdíl v postoji sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám dle typu pracoviště. Sestry a porodní asistentky, bez ohledu na to, kde pracují, mají pozitivní postoj k preventivním prohlídkám. Jsou jednou z nejčastějších aktivit, pomocí kterých udržují a podporují své zdraví. Motivací pro pravidelnou účast na preventivních prohlídkách je pro sestry a porodní asistentky v první řadě péče o vlastní zdraví. Výzkum potvrdil, že sestry a porodní asistentky, které navštěvují preventivní prohlídky pravidelně, mají pozitivnější postoj k informovanosti klientů-pacientů, než ty, které prohlídku neabsolvují. Sestry a porodní asistentky v nemocnicích se věnují při edukaci více aktuálnímu onemocnění a odvrácení případných komplikací u pacientů, než všeobecné prevenci a preventivním prohlídkám.

Vzhledem ke stanoveným cílům výsledné hodnocení výzkumu prokázalo, že sestry a porodní asistentky mají pozitivní postoj k preventivním prohlídkám a snaží se je pravidelně navštěvovat. Respondenti z primární péče jsou věkově starší a navštěvují preventivní prohlídky pravidelněji. Preventivní prohlídky jsou u respondentů prioritou v podpoře a udržení zdraví. Výzkum prokázal, že v primární péči i v nemocnicích se

respondenti vzdělávají v oblasti prevence a preventivních prohlídek a orientují se v legislativě týkající se preventivních prohlídek.

O významu prevence a preventivních prohlídek nelze pochybovat. Jak jsme zjistili i v našem výzkumu, do budoucna bude prevence aktuálním tématem, kterému je zapotřebí se věnovat. Jako ostatní občané ve společnosti ani sestry a porodní asistentky nemají pravidelnou účast na preventivních prohlídkách.

Dle našeho názoru, by bylo vhodným řešením zvýšit informovanost všech občanů formou médií, přednášek, propagačních materiálů cílených na prevenci. Přednášky a edukaci by měly vést pro skupiny samy sestry a porodní asistentky, aby se aktivně zapojily přímo v prevenci. Ve zdravotní politice je třeba se zaměřit na zdravotní pojišťovny. U managementu nemocnic by bylo vhodné, aby zvýšil zájem o své pracovníky a zlepšoval jejich pracovní podmínky. V ošetrovatelství je vhodné se více věnovat zdravému životnímu stylu a prevenci při přípravě a vzdělávání nelékařských pracovníků, právě u mladých sester byla účast na preventivních prohlídkách nejmenší. Sestry a porodní asistentky, které v nemocnicích pracují na vedoucích pozicích, by měly být motivovány, aby se více zajímaly o problematiku prevence a předávaly informace svým kolegyním.

Zjištěné výsledky by bylo určitě zajímavé využít v rámci dalšího výzkumu. Zkoumanou skupinou ve zjišťování postojů k preventivním prohlídkám by mohl být další nelékařský personál a pacienti. Výsledky výzkumného šetření bych chtěla publikovat v odborném časopise a prezentovat na odborném semináři pro nelékařský zdravotnický personál.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-807-2549-979.
2. ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. UK Praha: Karolinum, 2004, 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
3. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
4. *Zdraví 21: výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie: zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004, 160 s. ISBN 80-850-4733-0.
5. HOLČÍK, Jan, KÁŇOVÁ Pavlína a PRUDIL Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186 s. ISBN 80-701-3417-8.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.
7. KOPECKÁ, Katarína a KOPECKÝ Petr. *Zdravie a klinika chorôb*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2007, 695 s. ISBN 978-80-8063-243-4.
8. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
9. ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1569-1.
10. ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

11. DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 96 s. ISBN 80-726-2340-0.
12. MAREŠ, Jiří, HODAČOVÁ Lenka a BÝMA Svatopluk. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
13. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století*: projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 - usnesení vlády č. 1046. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, 124 s. ISBN 80-850-4799-3.
14. Komise EU, *Bílá kniha "Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 - 2013*. EU Brusel, KOM (2007) 630, [online] 2007 [cit. 2013 - 01 -20] Dostupné z: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:CS:PDF>.
15. ZÁKON č. 258 ze 14. 7. 2000 *o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. In: Sbírka zákonů České republiky. 2000, částka 74, s. 3622-3644. [online]. [cit. 2013 - 01 - 20] Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=258/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy/.
16. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
17. KOMÁREK, Lumír. *Výchova ke zdraví, strategie, metody a hodnocení*. SZÚ Praha, [online]. [cti. 2013-03-15]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/kurz/vychova_20ke_20zdravi.pdf.
18. STREJČKOVÁ, Alice. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007, 111 s. ISBN 978-807-1689-430.
19. BAŠKOVÁ, Martina. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009, 226 s. ISBN 978-808-0633-202.
20. NEMCOVÁ, Jana. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

21. VOKURKA, Martin a HUGO Jan. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 966 s. Jessenius. ISBN 80-734-5037-2.
22. ZÁKON č. 537 z 29. 11. 2006 o očkování proti infekčním nemocem. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2006, č. 174, s. 3622 - 3644. [cit. 2013 - 01 - 20] Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=537/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
23. VYHLÁŠKA č. 299 z 25. 10. 2010, kterou se mění vyhl. č. 537/2006 o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2010, částka 110, s. 4244 - 4246. [cit. 2013 - 03 - 02] Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=299/2010&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
24. Očkovací kalendář v ČR, *Česká vakcinologická společnost ČSL JEP*. [online] 2013 [cit.2013-01-20] Dostupný také z: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>.
25. ZÁKON č. 372 z 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2011, č. 131, s. 4730 - 4801. [online]. [cit. 2013 - 03 - 02]. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
26. VYHLÁŠKA č. 70 z 29. 2. 2012 o preventivních prohlídkách. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2012, č. 110, s. 842 - 848. [cit. 2013 - 03 - 02]. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=70/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
27. CHUDOBOVÁ, Miloslava. *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2011* č. 17/12, Praha: ÚZIS, [online] 11. 6. 2012 [cit. 2013-03-15].Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-lekaru-pro-dospELE-roce-2011>.

28. KUDRNOVÁ, Irena. *Češi na prevenci nedbají, k praktikovi chodí jen 5,5 procenta lidí*, In Sestra, [online] Praha, 18. 8. 2010 [cit. 2013 – 03 - 15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/cesi-na-prevenci-nedbaji-k-praktikovochodi-jen-5-5-procenta-lidi-453664?category=z-domova>.
29. ZÁKON č. 373 z 6. 11. 2011 *o specifických zdravotních službách*. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2011, č. 131, s. 4815 - 4838 [cit. 2013- 03- 02] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=373//2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
30. VYHLÁŠKA č. 79 ze dne 26. 3. 2013 o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., *o specifických zdravotních službách*, (vyhláška o pracovně lékařských službách a některých druzích posudkové péče). In Sbírka zákonů České republiky. [online] 2013, č. 37, s. 778- 856. [cit. 2013 – 04 - 10] Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2013&typeLaw=zakon&what=Rok>.
31. TUČEK, Milan, CIKRT Miroslav a PELCLOVÁ Daniela. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 327 s. s obr. příl. ISBN 80-247-0927-9.
32. NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 114 ze dne 6. 4. 2011, kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví *seznam nemocí z povolání*. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2011, č. 42, s. 1090 - 1096 [cit. 2013 – 04 -10]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=114/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
33. ZÁKON č. 48 ze dne 7. 3. 1997 *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 1997, č. 16, s. 1185 - 1264 . [cit. 2013 - 03 - 02]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
34. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-717-8803-1.

35. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009, 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
36. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.
37. NCONZO. Statistika. *Počty registrovaných osob v jednotlivých oborech k 1. 1. 2013*. Brno, [online] 2013. [cit.2013-03-02]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/statistika>.
38. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4734-194.
39. METODICKÉ OPATŘENÍ MZ ČR - *Koncepce ošetrovatelství*. In: Věstník MZ ČR. [online] 2004, č. 9, s. 2 – 8 [cit. 2013 - 03 - 02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html.
40. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
41. ZÁKON č. 96 ze dne 4. 2 2004 *o podmínkách získávání a uznávání způsobilost i k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2004, č. 30, s. 1452 - 1479 [cit. 2013 - 03 -02] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
42. ZÁKON č. 105 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních*, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb. *o správních poplatcích*, ve znění pozdějších předpisů In: Sbírka zákonů České republiky, [online] 2011, č. 40, s. 1053 - 1055 [cit. 2013- 03- 02]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

43. STRATEGICKÉ DOKUMENTY pro všeobecné sestry a porodní asistentky. MZ ČR, Praha, 2000, 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
44. STRATEGICKÉ DOKUMENTY pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2) MZ ČR, Praha, 2002, 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
45. VYHLÁŠKA č. 423 z 30. června 2004, kterou se stanoví *kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení a odborného dohledu zdravotnických pracovníků*, In: Sbírka zákonů České republiky, [online] č. 139, s. 8094 – 8095 [cit. 2013 -03 -02] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=423/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
46. VYHLÁŠKA č. 31 z 11. ledna 2010 *o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*. In: Sbírka zákonů České republiky, [online] 2011, č. 40, s. 1053 - 1055 [cit. 2013 - 03 - 02] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=31/2010&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
47. VLASÁKOVÁ, Dita. *E-Univerzita získala mezinárodní certifikaci*. In Sestra, Praha, 2009, roč. 19, č. 5, s. 31. ISSN 1210- 0404.
48. VRBOVSKÁ, Andrea. *Vzdělávání lékařů z ESF*. In Sestra, Praha: Strategie, [online] 2011, roč. 20, č. 5 [cit. 2013 - 03 - 02] ISSN 1210 - 0404 Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-nelekaru-z-esf-459781>.
49. STRNADOVÁ, Alice. *Trochu z historie primární péče - Suplementum pro sestry*, Practicus, Praha: SVL ČSL JEP, 2011, roč. 10, č. 2 + příl. , ISSN 1213-8711.
50. VYHLÁŠKA č. 424 z 30.června 2004, *kteou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sbírka zákonů České republiky, [online] 2004, č. 139, s. 8096 - 8140 [cit. 2013-03-02]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=424/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

51. Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003, 57 s. ISBN 80-701-3392-9.
52. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství*, I. díl, 1. vyd. UK Praha: Karolinum, 2003, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
53. *Competency Standards for nurses in general practice*, Scope of nursing practice, Australien Nursing Federation [online] 2005 [cit. 2013 – 03 - 02] Dostupné z: http://wentwest.com.au/public/documents/ScopeofpracticeforNursesinGeneralPractice_000.pdf.
54. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
55. SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 184 s. ISBN 978-802-4735-924.
56. ZOUHAROVÁ, Alena. *Kam směřuje dětská sestra v ČR na počátku 21 .století* In: Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, Brno, 21. - 22. listopad 2006. Brno: NCONZO, 2006, 208 s. ISBN 80-701-3449-6.
57. VURM, Vladimír. *Ošetrovatelství ve stomatologii*, 1. vyd. Praha: Manus, 2005, 82 s. ISBN 80-86571-08-4.
58. MAZÁNEK, Jiří a URBAN František et al. *Stomatologické repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 456 s. ISBN 80-7169-824-5.
59. CRAWFORD, Paul, BROWN Brian a BONHAM Paul. *Communication in clinical settings*. Cheltenham, U. K. : Nelson Thornes, 2006, vii, 157 s. ISBN 07-487-9716-5.
60. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
61. KANE, P. Pratibha et al. *Stress causing psychosomatic illness among nurses* Indian J. Occup Environ Med. [online]. April; 13 (1): 28 – 32. 2009, [cit. 2013-03-04] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 2822165/>.

62. ČTK. *Zdravotníci jsou druzí nejvíce ohrožení nemocí z povolání.* In Sestra Praha, [online] 2009. [cit. 2013 – 03 - 02] Dostupné z: [http://zdravi.e15.cz /clanek/ sestra/zdravotnici-jsou-druzi-nejvice-ohrozeni-nemoci-z-povolani-444764](http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zdravotnici-jsou-druzi-nejvice-ohrozeni-nemoci-z-povolani-444764).
63. VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Vliv povolání sestry na životní styl.* In Sestra, Praha, [online] 2013. [cit. 2013 - 03 - 02]. Dostupné z: [http://zdravi.e15. cz/ clanek /sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289](http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289).
64. ROTH, Zdeněk et al. *Statistické metody v experimentální medicíně.* 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

8 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A „Zdraví 21“ - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu
obyvatelstva ČR

PŘÍLOHA B Tabulka č.1 - Dětský očkovací kalendář v ČR platný k 1. 1. 2013

PŘÍLOHA C Dotazník z primární péče

PŘÍLOHA D Dotazník z nemocnic

PŘÍLOHA A

„Zdraví 21“ - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR

Cíl 1. SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU

Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu.

Cíl 2. SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ

Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin.

Cíl 3. ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života.

Cíl 4. ZDRAVÍ MLADÝCH

Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti.

Cíl 5. ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Cíl 6. ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.

Cíl 7. PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Podstatně snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti.

Cíl 8. SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

Do roku 2020 by se měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnížší možnou úroveň.

Cíl 9. SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY

Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů, trvale a výrazně poklesly.

Cíl 10. ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

Do roku 2015 zajistit bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy.

Cíl 11. ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl.

Cíl 12. SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM

Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy.

Cíl 13. ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti a v místním společenství.

Cíl 14. ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ

Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví.

Cíl 15. INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém.

Cíl 16. ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE

Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek.

Cíl 17. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ

Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality.

Cíl 18. PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví.

Cíl 19. VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ

Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí.

Cíl 20. MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ

Do roku 2005 zapojit do naplňování strategie Zdraví 21 občany, jejich organizace, veřejný i soukromý sektor.

Cíl 21. OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci Zdraví 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení.

Zdroj: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století: projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 - usnesení vlády č. 1046 (13).

PŘÍLOHA B

Obr. č. 1 Dětský očkovací kalendář v ČR platný k 1. 1. 2013

Termín věk dítěte	Povinné očkování		Nepovinné očkování	
	Nemoc	Očkovací látka	Nemoc	Očkovací látka
od 4. dne – 6. týdne	Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indi- kací)	BCG vaccine SSI		
od 6. týdne			Rotavirové nákazy	Rotarix, Rota- teq (1. dávka)
od 9. týdne (2. měsíc)	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influen- zae typu B	Infanrix hexa (1. dávka)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Pre- venar 13 (1. dávka)
			Rotavirové nákazy	Rotarix, Rota- teq (2. dávka - za měsíc po 1. dávce)
3. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influen- zae typu B	Infanrix hexa (2. dávka- za měsíc po 1. dávce)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Pre- venar 13 (2. dávka - za měsíc po 1. dávce)
			Rotavirové nákazy	Rotateq (3. dávka - za měsíc po 2. dávce)
4. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influen- zae typu B	Infanrix hexa (3. dávka- za měsíc po 2. dávce)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Pre- venar 13 (3. dávka - za měsíc po 2. dávce)

11.-15. měsíc			Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Prevenar 13 (přeočkování)
15. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (1. dávka)	Plané neštovnice, spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix-Tetra (1. dávka)
do 18. měsíce	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa (4. dávka)		
21. až 25. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (2.dávka - za 6 -10 měsíců po 1. dávce)	Plané neštovnice, spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix-Tetra (2. dávka)
5. - 6. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel	Infanrix (přeočkování)		
10. - 11. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna	Boostrix polio (přeočkování)		
13. rok (jen dívky)			Onemocnění lidským papilomavirem (karcinom děložního čípku)*	Cervarix, Silgard (celkem 3 dávky)
14. rok (u neočkovaných v 10 - 11 letech)	Tetanus	Tetavax, Tetanol Pur (přeočkování)	Záškrt, tetanus, černý kašel	Boostrix, Adacel (přeočkování)

*hrazeno ze zdravotního pojištění

Poznámky

Povinné očkování je plně hrazené. V rámci povinného očkování lze použít jinou očkovací látku, než zajistí Ministerstvo zdravotnictví (v souladu s § 47 Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví). Tato očkovací látka musí být v ČR registrována a výlohy za ni pak rodič platí sám.

Zdroj: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr> (24).

PŘÍLOHA C

Sestry z primární péče

Vážené kolegyně a kolegové,

Jmenuji se Petra Lenkerová, studuji na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství. Zpracovávám diplomovou práci na téma „Postoj sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám.“ Vyplněné dotazníky použiji výhradně k výzkumné části diplomové práce, s údaji bude zacházeno jako s důvěrnými informacemi. Na vhodné odpovědi klikněte, označí se křížkem, případně doplňte jinou variantu do šedivých polí.

Velmi Vám děkuji za Váš drahocenný čas, ochotu a spolupráci.

1. Jaký je Váš celkový zdravotní stav:

- velmi dobrý
- dobrý
- mám občas zdravotní problémy
- mám chronické zdravotní problémy

2. Čím přispíváte ke zlepšení svého zdraví: (lze vyplnit více možností)

- účastním se preventivních prohlídek
- snažím se zdravě jíst
- dodržuji pitný režim
- sportuji
- otužuji se
- mám koníčky, u kterých relaxuji (jaké).
- dodržuji spánkový režim
- jsem optimista
- mám dobré sociální zázemí- rodinu, přátele

3. Preventivní prohlídky navštěvuji:

- pravidelně
- občas některou z prohlídek vynechám
- až když dostanu pozvánku od lékaře
- až když to vyžaduje zaměstnavatel
- nenavštěvuji je, proč:

4. Co je pro Vás motivací chodit na preventivní prohlídky:

(lze vyplnit více možností)

- vlastní zdraví, pečuji o něj
- mohu být vzorem pro svou rodinu a okolí
- obava ze ztráty zaměstnání
- nemám žádnou motivaci
- jiné

5. Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé se dle legislativy

provádí u osob:

- 1 x za dva roky
- 1 x za 3 roky
- 1 x za 4 roky
- 1 x za 5 let

6. Zubní preventivní prohlídka se dle legislativy provádí u osob starších 18 let:

- 1 x za rok, 2 x po dobu těhotenství
- 1 x za dva roky
- jiné, uveďte konkrétně

7. Gynekologická preventivní prohlídka se dle legislativy provádí u žen starších 15 let:

- 1 x za rok
- 1 x za dva roky
- jiné, uveďte konkrétně

8. U které z prohlídek hodnotíte dobrou kvalitu a průběh:

(lze vyplnit více možností)

- preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé
- preventivní prohlídka u stomatologa
- preventivní prohlídka u gynekologa

9. Vzděláváte se v oblasti prevence zdraví a preventivních prohlídek:

(lze vyplnit více možností)

- chodím na semináře
- čerpám informace od lékaře
- předáváme si informace s kolegyněmi
- sleduji novinky v odborném tisku a odborné literatuře
- čerpám informace z internetu
- jiné

10. Při edukaci pacienta ohledně preventivních prohlídek využíváte:

(lze vyplnit více možností)

- přímého rozhovoru
- informačních letáků, brožur
- odkážete pacienta na internet, televizi, tisk
- odkážete pacienta na lékaře

11. Co by podle Vás, přimělo pacienty k pravidelným návštěvám preventivních prohlídek: (lze vyplnit více možností)

- zvýšení částky odváděné na zdravotní pojištění
- bonusy od zdravotních pojišťoven – věnostní programy, úhrada nadstandardních výkonů
- přímá platba pacienta za péči, u některých onemocnění
- nepřiměje je nic
- jiná varianta

12. Pohlaví:

žena muž

13. Věk:

18 – 30 31 – 40 41 – 50 51 - a více let

14. Obor:

všeobecná sestra porodní asistentka

15. Nejvyšší dosažené vzdělání:

středoškolské vyšší odborné pomaturitní specializační vysokoškolské

16. Rodinný stav:

svobodná vdaná rozvedená

17. Délka výkonu zdravotnického povolání:

méně než 5 let 6 – 10 let 11- 20 let více než 21 let

18. Typ pracoviště, kde pracujete:

- ordinace praktického lékaře pro dospělé
- ordinace praktického lékaře pro děti a dorost
- ordinace gynekologie a porodnictví

PŘÍLOHA D

Sestry z nemocnic

Vážené kolegyně a kolegové,

Jmenuji se Petra Lenkerová, studuji na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství. Zpracovávám diplomovou práci na téma „Postoj sester a porodních asistentek k preventivním prohlídkám.“ Vyplněné dotazníky použiji výhradně k výzkumné části diplomové práce, s údaji bude zacházeno jako s důvěrnými informacemi. Na vhodné odpovědi klikněte, označí se křížkem, případně doplňte jinou variantu do šedivých polí.

Velmi Vám děkuji za Váš drahocenný čas, ochotu a spolupráci.

1. Jaký je Váš celkový zdravotní stav:

- velmi dobrý
- dobrý
- mám občas zdravotní problémy
- mám chronické zdravotní problémy

2. Čím přispíváte ke zlepšení svého zdraví: (lze vyplnit více možností)

- účastním se preventivních prohlídek
- snažím se zdravě jíst
- dodržuji pitný režim
- sportuji
- otužuji se
- mám koníčky, u kterých relaxuji (jaké)
- dodržuji spánkový režim
- jsem optimista
- mám dobré sociální zázemí - rodinu, přátele

3. Preventivní prohlídky navštěvuji: (lze vyplnit více možností)

- pravidelně
- občas některou z prohlídek vynechám
- až když dostanu pozvánku od lékaře
- až když to vyžaduje zaměstnavatel
- nenavštěvuji je, proč

4. Co je pro Vás motivací chodit na preventivní prohlídky:

(lze vyplnit více možností)

- vlastní zdraví, pečuji o něj
- mohu být vzorem pro svou rodinu a okolí
- obava ze ztráty zaměstnání
- nemám žádnou motivaci
- jiné

5. Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé se dle legislativy provádí u osob:

- 1 x za dva roky
- 1 x za 3 roky
- 1 x za 4 roky
- 1 x za 5 let

6. Zubní preventivní prohlídka se dle legislativy provádí u osob starších 18 let:

- 1 x za rok, 2 x po dobu těhotenství
- 1 x za dva roky
- jiné, uveďte konkrétně

7. Gynekologická preventivní prohlídka se dle legislativy provádí u žen starších 15 let:

- 1 x za rok
- 1 x za dva roky
- jiné, uveďte konkrétně

8. U které z prohlídek hodnotíte dobrou kvalitu a průběh:

- preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé
- preventivní prohlídka u stomatologa
- preventivní prohlídka u gynekologa

9. Vaše edukace pacientů na oddělení se týká: (lze vyplnit více možností)

- prevence zdraví všeobecně
- preventivních prohlídek
- pouze aktuálního onemocnění pacienta
- odvrácení případných komplikací

10. Při edukaci pacienta využíváte: (lze vyplnit více možností)

- přímého rozhovoru, popř. praktický nácvik činností
- informačních letáků, brožur
- odkážete pacienta na internet, televizi, tisk
- odkážete pacienta na lékaře

11. Vzděláváte se v oblasti prevence zdraví a preventivních prohlídek:

(lze vyplnit více možností)

- chodím na semináře
- čerpám informace od lékaře
- předáváme si informace s kolegyněmi
- sleduji novinky v odborném tisku a odborné literatuře
- čerpám informace z internetu
- jiné, uveďte.....

12. Co by podle Vás, přimělo pacienty k pravidelným návštěvám preventivních

prohlídek: (lze vyplnit více možností)

- zvýšení částky odváděné na zdravotní pojištění
- bonusy od zdravotních pojišťoven – věrnostní programy, úhrada nadstandardních výkonů
- přímá platba pacienta za péči, u některých onemocnění
- nepřiměje je nic
- jiná varianta

13. Pohlaví:

- žena
- muž

14. Věk:

- 18 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 - a více let

15. Kvalifikace v oboru:

- všeobecná sestra
- porodní asistentka

16. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- středoškolské
- vyšší odborné
- pomaturitní specializační
- vysokoškolské

17. Rodinný stav:

- svobodná
- vdaná
- rozvedená

18. Délka výkonu zdravotnického povolání:

- méně než 5 let
- 6 – 10 let
- 11- 20 let
- více než 21 let

19. Na jakém oddělení pracujete:

20. Pracujete ve směnném provozu:

- ano
- ne