

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spokojenost pacientů s péčí sester v primární péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Marie Trešlová, R.N.

Autor práce:
Bohuslava Kvoriaková

2007

Patiens Satisfaction with Nurses Care in Primary Care.

I chose the topic “Patient’s Satisfaction with Nurses’ Care in Primary Care” for my work on seeing that patient’s satisfaction is the main indicator of the quality in given care. It predicates not only about a proficiency but also about an access and attitudes.

And then because more than 80% of the population make use of practioner’s services and their nurses. The general practitioners’ cue and their nurses is still more important in regard of an higher appearance cardiovascular, tumour and psychical illnesses, risky factors like smoking, unfitting food, low moving activity, and last but not least alcohol, substance and drug abuses.

We can say general practioners and their nurses are invariable parts of our health system. Nurse’s cue in GP surgery is a preventive care, a health education, a care for health, an upbringing and other. Nurse does the nursing process in close contact with an appropriate GP. Nurse gives a nursing care and nursing interventions in the charge of a doctor.

The aim of this work was to find out “Patient’s satisfaction with nurses’s care in primary care“. For this aim was set hypothesis number 1 – Primary care users are satisfied with the nurse's care given in surgery GP and hypothesis number 2 - Primary care users do not indicate an absence of the nurse's care given in surgery GP. Another aim was to find out "Patients' knowing about the measure of the nurse's care given in surgery GP. This aim was underset by hypothesis number 3 - Primary care users know what kind of the nurse's care they can require. The last aim was to find out whether "Nurses have conditions to give an individual nursing care in surgery GP. This aim was underset by hypothesis number 4 - Nurses do not have conditions to make use of the modern nursing care in surgery GP.

Hypothesis number 1, 2 and 3 were confirmed on the basis of the answers to the questions in the first questionnaire. Hypothesis number 4 was not confirmed on the basis of the answers to the questions in the second questionnaire.

This bachelor's work should find out an actual nursing care status in surgery GP and a patient's satisfaction. These results could show us possibilities to improve the quality of the nursing care status in surgery GP.

Prohlášení:

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Spokojenost pacientů s péčí sester v primární péči“ jsem vypracovala samostatně a použila jsem jen ty prameny, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. května 2007

.....
podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Marii Trešlové, R. N. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce

Obsah:

Úvod	2
1. Současný stav	3
1.1 Primární péče	3
1.1.1 Historie primární péče	5
1.1.2 Poskytovatelé a principy primární péče	7
1.2 Zdraví 21	10
1.3 Prevence	12
1.3.1 Role sestry v primární prevenci	13
1.4 Posilování, rozvoj a podpora zdraví	16
1.4.1 Výchova ke zdraví	19
1.5 Práce sestry v ordinaci praktického lékaře	22
1.6 Modely spokojenosti pacientů	26
1.6.1 Metody sledování spokojenosti	28
2. Cíl a hypotézy	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Hypotézy	30
3. Metodika	31
3.1 Použitá metoda	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
4. Výsledky	32
4.1 Výzkumný soubor 1	32
4.2 Výzkumný soubor 2	53
5. Diskuse	60
6. Závěr	66
7. Klíčová slova	68
8. Seznam použité literatury	69
9. Přílohy	73

Úvod

V současné době se rozšiřují samostatné činnosti sestry v terénní (komunitní) péči. Do terénní (komunitní) péče spadá mimo jiné práce sestry v ordinaci praktického lékaře. Dá se říct, že praktičtí lékaři a jejich sestry jsou neměnnou součástí zdravotního systému. Praktičtí lékaři působí nezávisle jako smluvní lékaři zdravotních pojišťoven převážně v individuálních praxích. „V České republice neplatí systém řízeného přístupu ke specialistům, ale právě praktičtí lékaři a jejich sestry jsou nejbližšími partnery a rádci pacientů/klientů při vstupu do zdravotního systému“ (14, s. 90).

Rolí sestry v ordinaci praktického lékaře je poskytování preventivní péče, zdravotní výchova, péče o zdraví, edukace a další. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a ošetrovatelské intervence pod dohledem lékaře.

První kontakt pacienta/klienta při vstupu do čekárny je kontakt se sestrou dané ordinace. Poté následuje prohlídka lékařem a nakonec se pacient/klienta dostává zpět k sestře. Pacienti na sestru kladou dotazy a očekávají odpovědi, svěřují se jí, očekávají profesionální chování a péči. Je pro ně důležitou osobou při zvládnání jejich zdravotních i jiných problémů a potřeb. Pacienti/klienti svou sestru dobře znají a ví co od ní mohou očekávat a naopak sestra zná dobře své pacienty/klienty a ví jakou péči jim může nabídnout a poskytnout.

Služby lékařů a sester primární péče využívá více jak 80% z populace, zbývajících 20% populace tudíž připadá na sekundární a terciární péči. To poukazuje na důležitost primární péče, která je zaměřená především na prevenci a podporu zdraví. Vzhledem k stále vyššímu výskytu kardiovaskulárních, nádorových i psychických onemocnění, vlivu mnoha rizikových faktorů v prostředí obyvatelstva, jako je kuřáctví, nevhodná strava, nízká pohybová aktivita, zneužívání alkoholu, léků a drog a dále, nabývá role praktických lékařů a jejich sester vzhledem k preventivnímu a výchovnému působení na významu.

Spokojenost pacientů/klientů je hlavním ukazatelem kvality poskytované péče. Vypovídá nejen o odbornosti, ale také o přístupu a postojích, a proto jsem si toto téma vybrala.

1. Současný stav

1.1 Primární péče

Primární péče je založená na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech. Je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám a to za cenu, kterou si může společnost a stát dovolit. „ Je nedílnou součástí zdravotnického systému, jehož je významným článkem i metodou, tak i součástí celkového sociálního a ekonomického rozvoje“ (14, s. 21). Každý zdravotnický systém má dva hlavní cíle. Prvním je udržovat zdraví populace za využití nejnovějších poznatků o příčinách nemocí a maximalizovat zdraví populace. Druhým cílem je minimalizovat nerovnosti mezi skupinami uvnitř populace zajištěním rovného přístupu ke zdravotnickým službám a možnosti dosažení optimálního stupně zdraví pro všechny skupiny v populaci. (10, 14)

Systém primární zdravotní péče zahrnuje rovnováhu obou těchto cílů. Je základní úrovní péče o zdraví, která je poskytovaná ve stejné míře všem a zabývá se širokým okruhem zdravotních problémů a je první linií kontaktu jednotlivce, rodiny a veřejnosti se zdravotnictvím. Zajišťuje preventivní, léčebné a rehabilitační služby. Také obsahuje zdravotní výchovu obyvatelstva, zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnání, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku pitné a nezávadné vody, základní sanitární hygienu, péči o matku a dítě a plánování rodiny, očkování proti hlavním infekčním onemocněním, prevenci místních endemických chorob, řádné léčení běžných chorob, poranění a předepisování základních léků. (6, 10, 14)

Předpokladem úspěšné primární péče je aktivní zapojení jednotlivců a rodin do plánování, organizace, řízení a kontroly primární zdravotní péče. (14)

Smyslem primární péče s cílem zaměřením na prevenci, je dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoc ve zdravotních nesnázích, působit v rodinách a domácnostech a nejen ve zdravotnických zařízeních a rozvíjet kontakty se všemi jednotlivci a rodinami. (9)

Primární péče je relativně levný segment zdravotní péče. Ve vyspělých zemích je na ní vynakládáno přibližně 16% prostředků na zdravotnictví. Primární péči prochází naprostá většina pacientů/klientů a její poskytování není spojeno s hospitalizací a vytržením pacienta/klienta ze sociálního prostředí rodiny. (9, 6)

V některých zemích, jako je například Dánsko a Holandsko primární péči poskytují všeobecné sestry, sociální pracovníci a domácí pomocníci (pečovatelské služby) spolu s praktickým (rodinným) lékařem. Tento tým a praktický (rodinný) lékař poskytují příslušnou primární péči na základě smlouvy s pojišťovnou. Důležitým úkolem je zvážit vhodné formy týmové práce všech zdravotnických pracovníků poskytující primární péči a věnování pozornosti sociálně ekonomickým a psychologickým problémům pacientů/klientů. V pojetí moderního ošetřovatelství sestra chápe pacienta/ klienta v jeho komplexnosti jako holistickou bytost, a tak k němu i přistupuje. Respektuje ho, uznává faktory, které mohou ovlivňovat prožívání zdraví a nemoci, dále uznává jeho potřebu, podporovat a udržovat zdraví po celý život a je přesvědčena, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči. (9, 6, 13)

Primární péče se stává ve většině vyspělých zemích nejvýznamnější složkou systému zdravotnictví. Její význam nespočívá pouze v ní samotné, ale i v její návaznosti na ostatní formy zdravotní péče. Na primární péči navazuje sekundární péče a terciární péče. (9)

V České republice využívá primární péči přibližně 80% občanů. To znamená, že zbývajících 20% občanů využívá sekundární a terciární péči. Už jen tato čísla nám ukazují, že primární péče má velký význam, hlavně z hlediska prevence, podpory zdraví a následného využívání navazujících typů péče. (10) V právním řádu České republiky není pojem primární péče zakotven v žádném právním předpise, který by se týkal oblasti zdravotnictví. Zákon 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu termín primární péče nezná. Podle tohoto zákona existuje pouze termín ambulantní péče, jejíž součástí, je i návštěvní služba (&18), která je poskytována praktickými a jinými odbornými lékaři. Pojem primární zdravotní péče nově definuje návrh zákona o zdravotní péči. V tomto návrhu se o primární péči mluví jako o základní formě zdravotní péče, jejímž úkolem je zabezpečení dlouhodobého a soustavného sledování vývoje a zdravotního stavu

pacienta/klienta, a její návaznosti na péči sekundární. Jde o obdobu péče poskytované v zahraničí praktickým (rodinným) lékařem s tím, že v našich podmínkách se zachovává tato péče v souladu s tradicí ve čtyřech odbornostech – praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé, praktický ženský lékař a praktický zubní lékař. (10, 15, 21, 24)

1.1.1 Historie primární péče

V 20. století byl vymezen pojem primární péče, a byly definovány tři úrovně zdravotnických služeb, a to: centra primární péče, centra sekundární péče a nemocnic. Toto rozdělení zdravotních služeb reagovalo na různé úrovně potřeby těchto služeb u populací. (10) „Hnutí primární péče započala v roce 1977 na 30. setkání Světové zdravotnické organizace rezoluce, která měla za cíl, aby všichni lidé dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která jim umožní vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (8, s. 46). Tento program je nyní známý jako „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a znamenal start řady aktivit o uvažování o primární péči. (8)

12. září 1978 na konferenci v Alma Atě byla primární péče definována jako péče, která je poskytována při prvním kontaktu s pacientem/klientem a jejím úkolem je pomoci mu při řešení zdravotních i jiných problémů, se kterými přichází. Jde o soustavnou a komplexní péči, která zahrnuje služby týkající se podpory zdraví, prevence nemocí, jejich odhalování a léčby. Tyto služby však požadují aktivní účast a zapojení, jak jednotlivců, tak i široké veřejnosti. V Alma Atě, byli specifikovány hlavní složky primární péče, kterými jsou: výchova ke zdraví, ochrana v oblasti životního prostředí, programy zaměřené na zdraví matky a dítěte, prevence nemocí, odpovídající léčby nemocí a úrazů, zajištění základních léků, propagace zdravé výživy a tradiční medicína. (8, 25)

Na základě konference v Alma Atě v roce 1979 WHO definovala primární péči takto: „základní zdravotnická péče založená na praktických, vědeckých a společensky akceptovaných metodách a technologiích, která je všeobecně přístupná individuům a rodinám v komunitě tím, že je pro ně akceptovatelná a náklady na ní si komunita a země

může dovolit udržet v každém stupni svého rozvoje v duchu spoléhání na sebe samu a vlastního rozhodování. Tato péče tvoří část systému země, kterého je hlavní funkcí a zaměřuje se na celkový sociální a ekonomický rozvoj komunity. Tato péče je první úrovní kontaktu individua, rodiny a komunity se zdravotním systémem země, přináší zdravotní péči co nejbližší k životu a práci lidí a tvoří první stupeň navazujícího procesu zdravotní péče“ (10, s. 17).

V roce 1986 proběhla I. mezinárodní konference o podpoře zdraví konaná v Ottawě. Byla zaměřená na zdravý životní styl, chování a jeho význam pro zdraví. Výsledkem této konference je Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví. Zde byl poprvé v mezinárodním měřítku kladen důraz na zdraví a na nejdůležitější podmínky jeho rozvoje. Druhou takto orientovanou konferencí se konala v Adelaide (Austrálie) v roce 1988. Tato konference zdůraznila význam zdravotnické politiky a potřebu jejího rozvoje. Třetí konference tohoto typu proběhla v roce 1991 v Sundsvallu (Švédsko) a základním tématem byla ochrana a tvorba zdravotně příznivého prostředí. V oblasti přípravy zdravotnických pracovníků byla přínosem Edinburhská deklarace z roku 1988. (19)

WHO považuje primární péči za základ zdravotních soustav vyspělých zemí, která má zajišťovat celkovou zdravotní péči o jednotlivce, rodiny a společenské celky. V roce 1996 na mezinárodní konferenci byla přijata Lublaňská charta o reformě zdravotní péče. Tato charta pojednává o reformách evropských zdravotních systémů a vychází ze zásady, že zdravotní péče má vést ke zlepšení zdraví a kvality života lidí. V důsledku neustálého rozvoje primární péče a na základě naplňování strategie WHO „Zdraví pro všechny“ a principech Lublaňské charty evropského regionu vznikla následující definice:

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, a to jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby“ (10, s. 19).

Z důvodu transformace ekonomicko – politické situace v naší zemi není koncepce v péči o zdraví ustálená. Stále nastávají demografické změny, do popředí se dostává zdraví a ekonomická produktivita, prodlužuje se střední délka života, mění se charakter nemocí a objevují nové, zvyšuje se výskyt neinfekčních chorob, ovlivňuje nás, životní prostředí a životní styl a další faktory. Taková situace vyžaduje inovaci programu. A tak po roce 2000 vzniká program „Zdraví 21 pro 21. století“ (Health 21). Tento program se skládá s 21 cílů, které vznikly na základě zhodnocení 38 cílů předchozího programu. Primární péčí se zabývá cíl číslo 15 s názvem „Integrovaný zdravotnický sektor“.(8, 16, 19)

1.1.2 Poskytovatelé a principy primární péče

Dle definice WHO jsou v podmínkách České republiky poskytovateli primární péče praktičtí lékaři a sestry pro dospělé, praktičtí lékaři a sestry pro děti a dorost, ambulantní gynekologové a sestra, stomatologové a sestra, agentury komplexní domácí péče a komunitní sestry, lékařská služba první pomoci a lékárny. (4, 21)

Klíčové postavení mají však praktičtí lékaři a sestry v ordinaci, jelikož rozhodují o kvalitě a charakteru primární péče. Jejich práce vyžaduje spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb v komunitě, a také znalost a respektování jejich kompetencí. Musíme si uvědomit, že ne každý pacient/ klient má stejnou možnost využívat zdravotní péči vzhledem k tomu, v jaké situaci se nachází, a v jakém prostředí žije. Mezi lidmi existují velké rozdíly, a to musí brát sestra primární péče na zřetel. Někteří lidé potřebují více podpory nebo zdrojů k tomu, aby měli stejnou příležitost být zdraví jako ostatní členové společnosti. Sestra svou znalostí lidí, jejich sociálního prostředí a dalších souvislostí, tak sehrává v ordinaci praktického lékaře velmi významnou roli. Praktický lékař a sestra v jeho ordinaci se zabývají častějšími a méně specifickými problémy. Vzhledem k tomu, že musí zvládat mnohem širší škálu prezentovaných problémů svých pacientů/klientů a poskytovat preventivní péči, je pro ně velkou výhodou dobrá znalost pacienta/ klienta, jeho prostředí, ve kterém žije, jeho rodiny a dalších skutečností, které jim umožňuje podat opravdu efektivní a kvalitní péči.

Můžeme tedy říci, že vztah sestry a praktického lékaře je založen na užším osobnějším vztahu k pacientům/klientům a jejich zdravotním i jiným problémům. Ordinace praktických lékařů, vzhledem k svému charakteru a umístění v zdravotní soustavě mohou ovlivnit naplnění principů (požadavků) primární péče.(4, 10, 21, 25)

Poskytovatelé primární péče zajišťují: prevenci, dostupnost, účelnost, kvalitu, přehlednost, citlivost, humánnost a ekonomičnost. *Prevence* znamená předcházení vzniku nemoci nebo jinému zdravotnímu problému prostřednictvím zdravotní výchovy, očkováním, zlepšením výživy, zlepšením zdravotního prostředí a přiměřené prenatální péče. Kontakt mezi klientem a poskytovatelem primární péče je dlouhodobý, někdy i celoživotní a nejedná se pouze o kontakt s klientem samotným, ale často i s jeho rodinou. Na základě toho mají poskytovatelé primární péče velkou možnost znát životní prostředí klienta a díky tomu, mohou včas odhalovat zdravotní rizika klientů a učinit či zprostředkovat potřebná opatření. Stávají se rádci v zdravém způsobu životního stylu klienta. Aby to bylo možné je jednou z důležitých rolí *dostupnost*. Primární péče je poskytována v bezprostřední blízkosti životního prostředí klienta nebo přímo v jeho domácím prostředí. Měla by být dostupná 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Díky tomu může být klientovi v případě potřeby poskytnuta pomoc snadno a rychle. Tato pomoc musí být i *účelná*. Ta je zajištěna díky množství informací, které poskytovatelé primární péče o klientovi mají, a na základě kterých, mají větší možnost znát i další složky pomoci (např. sociální) a jejich kvalitu. Potom je možné poskytovat právě takový druh péče, který je vzhledem k potřebám klienta skutečně zapotřebí. Jelikož moderní péče není zaměřená pouze na výkon, ale především na pacienta/ klienta, jako na bio – psycho – sociální bytost je podstatná *kvalita* poskytované péče. Kvalitou rozumíme poskytování odborně optimální péče, tedy péči na úrovni aktuálního poznání a aktuálních technických a finančních možností. Sestra individuálně poskytuje nové typy ošetrovatelských služeb, snaží se chápat a uspokojovat pacientovi/ klientovi potřeby v celém rozsahu a zpětně zjišťuje efektivitu poskytnuté péče. Pro poskytovatele primární péče je návaznost jednotlivých typů péče jasná a ve zdravotním systému se orientují. Ovšem pro pacienty/ klienty složení a propojenost zdravotního systému až tak jasná není. Záleží na mnoha faktorech, jako například na intelektu a emocionálních

kvalitách. Aby pacient/ klient mohl efektivně čerpat zdravotní a ošetrovatelskou péči je pro něj důležité, aby se v celém zdravotnickém systému orientoval, tudíž aby byl pro něj *přehledným*. Ordinace praktického lékaře zde hraje klíčovou roli. Lékař a sestra primární péče by měli mít všechny potřebné informace o klientovi i o dalších službách, které klient konzumuje, či může konzumovat a na základě toho můžou klientovi odpovědně radit při volbě potřebných ošetření v sekundární a terciární sféře zdravotnických zařízení. Po stránce *ekonomické* mají poskytovatelé primární péče také vliv na celkové náklady za poskytovanou zdravotní péči. Náklady by měly být v aktuálně přijatelných mezích a dané prostředky by měly být účelně využívány. Primární péče u nás je hrazena ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění tvoří více než 80% financování zdravotní péče, zbylé prostředky jsou ze státního rozpočtu. Problematikou zdravotnického pojištění se zabývá zákon číslo 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Politika pojišťoven ovlivňuje chování praktických lékařů a jejich motivaci k zvýhodnění různých úkolů, které vyplývají z jeho činnosti. Velký důraz je kladen i na *citlivost a humánnost*. Pokud je systém primární péče dobře odborně a technicky vybavený je schopen pokrýt řadu zdravotních potřeb klienta přímo v jeho přirozeném prostředí nebo v případě nutnosti služeb mimo domov zajistit optimální průchod klienta dalšími službami. Poskytovatelé primární péče jsou členem komunity, v které klient žije, jsou rádci v oblasti životního stylu a průvodci celou zdravotní péčí. Mají vliv na míru vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí, a tudíž mohou výrazně ovlivnit pocit klienta z celé zdravotní péče. (3, 4, 16, 21, 24)

1.2 Zdraví 21

Program Zdraví 21 „Zdraví pro všechny v 21. století“ byl schválen v září roku 1998. Je jakousi osnovou pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky. Vyjadřuje zájem jednotlivých členských zemí o zdraví a projev odpovědnosti za zdraví a je plně podporován Světovou zdravotnickou organizací. (16)

Na základě principů, získaných zkušeností, slibných výsledků i dílčích nezdarů se východiskem pro vznik programu Zdraví 21 stal jeho předchůdce z 80. a 90. let program Zdraví pro všechny do roku 2000. Tento program se skládal ze sedmi základních oblastí a 38 cílů. Současně měla vliv na vznik programu Zdraví 21 zdravotní politika, uznání mezinárodních organizací jako UNICEF, rada Evropy a další. Také k tomu přispěl větší zájem o sociální oblast a příznivá odezva členských zemí. (19)

Hlavním cílem programu Zdraví 21 je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny, přičemž na tento cíl navazují další dva cíle, a to posilování a ochrana zdraví lidí po celý jejich život a dále snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. Tento program je sestaven z jednadvaceti cílů a jednadvacet odpovídá i století, ve kterém je program realizován. (16)

Etický základ tohoto programu se opírá o tři základní hodnoty. První hodnotou je zdraví, které je chápáno jako základní lidské právo. Dále je to ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita a třetí hodnotou je vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví. (19)

Pro realizaci tohoto programu byly vytvořeny základní postupy s využitím vědeckých, ekonomických i politických podmínek, jako je meziřesortní strategie směřovaná na determinanty zdraví s ohledem na zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní i další okolnosti. Dále příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky se zhodnocením investic do zdraví, celkovou základní zdravotní péči (primární péči) zaměřenou na rodinu a celé společenství s podporou nemocničního systému a v neposlední řadě účast všech na zdravotním rozvoji.

Primární péče hraje důležitou roli v mnoha cílech tohoto programu. Například v druhém cíli, který zní, spravedlnost ve zdraví mohou poskytovatelé primární péče

ovlivňovat faktory, které negativně ovlivňují zdraví a přístup některých lidí ke zdravotnickému systému. Musí si, ale uvědomit rozdíly mezi konzumenty péče a přistupovat ke každému individuálně, jelikož jiný přístup ke zdravotní péči bude mít pacient/ klient z vesnice a jiný z města, vzhledem k síti zdravotnických zařízení v dané zemi. Dalším příkladem může být cíl tři „Zdravý start do života“, zde mají poskytovatelé primární péče klíčovou roli, mohou vhodně působit na pacienta/ klienta od počátku jeho života a dokonale se seznámit s jeho prostředím, kde bude vyrůstat a vyvíjet se. Za zmínění stojí i role porodní asistentky. Porodní asistentka poskytuje péči a radu ženám během těhotenství, při porodu a i v šestinedělí, provádí preventivní opatření a detekuje abnormální stavy matky a dítěte, jejím významným posláním je poradenství a výchova, která je určena nejenom ženám, ale i rodinám a komunitám. Zaměřuje se i na aktivity týkající se přípravy na rodičovství, přípravy k porodu a poporodním obdobím.

(18) Patnáctý cíl „Integrovaný zdravotnický sektor“ se primární péčí zabývá konkrétně. Obsahem tohoto cíle, je zajištění lepšího přístupu všech obyvatel k primární péči nehledě na věk a zajištění kvalitní péče. Je zde zdůrazněno postavení praktického lékaře a sestry, kdy jejich činnost a účinná zpětná vazba na sekundární a terciární péči jsou předpokladem funkčního systému o pacienta/ klienta. Je zde i uvedeno, že nedílnou součástí primární péče je i péče domácí. Mezi úkoly tohoto cíle patří vytvoření uceleného systému primárních zdravotních služeb se zajištěním návaznosti a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami. Dále, jak již bylo zmíněno prioritní postavení praktických lékařů a sester a jejich spolupráce s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů a v neposlední řadě zapojení obyvatel, kdy bychom měli respektovat a podporovat jejich roli, jako spoluvůrci péče o zdraví. Zbylý přehled cílů přikládám v příloze č. 3. (8, 16, 19, 21, 25)

1.3 Prevence

Prevence znamená předcházení vzniku a rozvoji komplikací, nepříznivých následků nemoci a předčasného úmrtí, a to intervencemi na úrovni jedince nebo společnosti. Prevence je i důležitou součástí programu Zdraví 21. (9, 19)

Prevenici můžeme dělit podle času, podle objektu (kdo ji dostává), podle subjektu (kdo ji poskytuje) nebo podle metod. (9)

Podle času rozeznáváme prevenci primární, sekundární a terciární. *Primární* prevence se týká doby, kdy ještě nemoc nevznikla. Jedná se o aktivity posilující zdraví, působící proti rizikovým faktorům nebo jsou to činnosti zaměřené proti konkrétním nemocem (např. očkování). *Sekundární* prevence spočívá v časně diagnostice a účinné léčbě. Bývají sem zařazovány ty preventivní prohlídky, jejichž smyslem je zjistit nemoc již v počátečním stádiu. Jedná se o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím. A nakonec *terciární* prevence. Ta se zaměřuje na prevenci následků nemocí (např.: vad, dysfunkcí, handicapů). Cílem je omezit na nejnižší míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky. (9, 19)

Podle objektu rozeznáváme prevenci hromadnou, selektivní a indikativní. Hromadná prevence je zaměřená na celou populaci. Selektivní prevence se týká jednoznačně definovaných rizikových skupin a indikativní prevence zahrnuje osoby, které jsou zařazeny do rizikové skupiny až po odborném vyšetření (např. osoby s hypertenzí). (9)

Podle subjektu rozeznáváme prevenci společenskou, osobní a zdravotnickou. Společenskou prevenci vykonávají státní orgány, instituce, společenské organizace nebo zájmové skupiny. Osobní prevence je prováděná jednotlivci a patří sem například dodržování zásad správné životosprávy, odvykání škodlivým návykům. A do zdravotnické prevence patří zdravotní výchova, individuální nebo hromadná, sanitárně hygienické a protiepidemické intervence apod.. (9)

A nakonec podle metod rozeznáváme prevenci na úrovni jedince (např.: imunizace, zdravotní výchova atd.) a prevenci zaměřenou na skupiny (opatření legislativní, politická, organizační, technická apod.). (9)

Zvýšená společenská aktivita a produkce klade vysoké nároky na každého jedince i komunity. Vzrůstá tak riziko vzniku mnoha nemocí, zejména neinfekčních, ale i infekčních. Prevence je jedním z přístupů moderní medicíny, jak je možné tomu do značné míry předcházet. Například změnou způsobu života. Kouření, nevhodná strava, nadměrná spotřeba alkoholu, nízká pohybová aktivita, nevhodné sexuální chování a další, jsou faktory, které jsou většinou dobrovolné a tudíž je můžeme redukovat nebo přímo eliminovat vhodnou aplikací zdravotní výchovy pacientů/ klientů. Aby byla prevence účinná musí být směřována na jasně definovaná rizika a cílená na celou populaci, jednotlivé komunity nebo jednotlivce jimi ohrožených. Praktický lékař a sestra jsou ideálními prostředníky pro poskytování preventivních služeb. Je zde možnost provedení preventivních kroků jako je individuální zhodnocení rizika, srozumitelná informace a praktická rada pacientovi, pomoc vedoucí ke změně způsobu života, včasná detekce asymptomatických onemocnění a jejich léčba a v neposlední řadě odeslání ke speciálnímu léčení. (9, 19)

1.3.1 Role sestry v primární prevenci

Role sestry ve společnosti jsou založené na pomoci jednotlivcům, rodinám i skupinám, identifikaci jejich fyzických, mentálních a sociálních schopností v kontextu životního prostředí, ve kterém žijí a pracují. Sestra musí mít kompetence, aby mohla rozvíjet a uskutečňovat činnosti, které podporují a udržují zdraví a zabraňují nemoci. Kompetence sester v České republice upravuje vyhláška číslo 424/2004 Sb. Sestra nikdy nezastává jen jednu roli, ale vždy více. Vliv na role sestry mají změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie a celkový zdravotní stav obyvatelstva. Role sestry ovlivňuje i to, že se Ošetřovatelství utváří jako vědní disciplína. Sestra svou činností působí na rozhodování a plánování zdravotní péče ve všech úrovních a zaměřuje se na podporu zdraví a komunitní ošetřovatelskou péči. (5)

V současné době plní sestra nejčastěji tyto role: obhájce, manažerka péče, sestra edukátorka, poradce, zdravotní projektant, sestra poskytovatelka ošetřovatelské péče, sestra v návštěvní službě, sestra výzkumnice, sestra mentorka. Sestra v roli *obhájce*

reprezentuje práva pacienta/klienta a vysvětluje mu je, překládá a tlumočí jeho požadavky a názory, obhajuje jeho zájmy. Vše sestra dělá ve prospěch pacienta/ klienta v souvislosti k jeho potřebám a ochraně jeho práv. Role obhájkyně je projevem zájmu sestry o pacienta/klienta. Sestra informuje, podporuje a utvrzuje pacienta/klienta v jeho rozhodování vzhledem k jeho odpovědnosti za své chování. V roli *manažerky péče* sestra podporuje pacienta/klienta v procesu rozhodování o příslušných službách, které může z dostupných dat využít a spolupracovat s jedinci a organizacemi uvnitř i vně systému zdravotní péče v zájmu mobilizace, identifikace a koordinace dostupných zdrojů k uspokojení potřeb pacientů/klientů. Organizuje poskytování ošetrovatelské péče dle aktuálních potřeb pacienta/ klienta. Pokud sestra nahlíží na jednotlivé systémy zdravotní péče v jejich vzájemné a nezávislé interakci a dynamicky přijímá změny, výrazně se to odrazí v poskytování péče jednotlivcům, rodinám či komunitám. Jednou z nejdůležitějších rolí je *sestra edukátorka*. Tato role sestry je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování je podstatnou rolí sestry vzhledem k primární péči a sestra jí realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, změn motivace prožívání, chování a jednání člověka. Jedná se o proces interakce mezi sestrou a pacientem/ klientem. Tento proces můžeme shrnout do čtyř složek, a to fáze posuzování, plánování, realizace a hodnocení podobně, jako je tomu u ošetrovatelského procesu, který má navíc ještě jednu fázi, a to stanovení ošetrovatelské diagnózy. S touto rolí dále souvisí role sestry jako *zdravotního projektanta*. Zde sestra sestavuje programy zdraví pro vybrané, ohrožené a rizikové skupiny pacientů/klientů. Role *poradce* je podle mne často vítaná a vyhledávaná samotným pacientem/ klientem. Jelikož pacienti/klienti často čelí mnoha problémům, se kterými si neví rady, tak se obrací na sestru. Sestra je tak osobou, která pomáhá lépe se vyrovnat se stresem, který dané problémy přinášejí. Snad samozřejmou rolí je sestra *poskytovatelka ošetrovatelské péče*. Sestra v péči o klienty používá pět fází ošetrovatelského procesu. Pro kvalitní poskytování této péče, sestra chápe pacienta/klienta jako holistickou bytost, tudíž zohledňuje jeho biologické, sociální, kognitivní, emocionální a duchovní potřeby. „Ošetrovatelské diagnózy jsou

determinovány individuálními potřebami a problémy jednotlivců, kteří potřebují péči, nikoli stanovenou lékařskou diagnózu. Ošetrovatelský proces je vždy zaměřen více na celostní bytost člověka než na nemoc samotnou“ (13, s. 13). Role sestry v návštěvní službě je další, z velmi významných rolí. Sestra vstupuje do pacientova/klientova prostředí a v tomto prostředí i pracuje a poskytuje ošetrovatelskou péči. Má možnost získávat zde mnoho informací o prostředí pacienta/klienta a údaje o tom, jak je funkční rodinný systém v tomto místě, a tudíž může i vhodně působit v rámci preventivních opatření a doporučení. Tato role je právně ukotvena v zákoně o péči o zdraví lidu, kde je uvedeno, že návštěvní službu zajišťuje a poskytuje pouze praktický lékař a sestra pro dospělé či pro děti a dorost. Jednou z novějších rolí je sestra *výzkumnice*. Předpokladem této role je přiměřené vzdělání sestry, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Prostřednictvím výzkumu se sestra aktivně podílí na svém zdokonalování a rozvoji znalostí. Poslední zmíněnou rolí, která patří mezi nejnovější je sestra mentorka. V oblasti primární péče je předpokladem adekvátní klinická a pedagogická způsobilost a zralá osobnost sestry. (5, 6, 12, 13, 18, 22, 23)

1.4 Posilování, rozvoj a podpora zdraví

Jedná se o proces, který umožňuje jednotlivcům i celým společnostem zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví a tím i zlepšovat jejich zdraví. Determinanty zdraví můžeme rozdělit do několika základních okruhů: způsob života, životní prostředí, genetický základ a zdravotní péče. (19)

Způsobem života je zdraví podmíněno z 50%. Nejvýznamnějšími zdraví škodlivými složkami způsobu života je kuřáctví, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita nebo-li sedavý způsob života, nadměrná psychická zátěž, zejména stres, nadměrná konzumace alkoholu, drogové závislosti a nevhodné sexuální chování. Životní prostředí ovlivňuje zdraví z 20%. (9, 17, 19)

Důležitou roli zde hraje politická a ekonomická situace, jelikož do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů v oblasti pitné vody, výživy, bydlení, vzdělávání a podobně. Do zdraví škodlivých složek životního prostředí tak řadíme znečištění ovzduší, vody, půdy a potravin, chemizaci prostředí a zdraví škodlivé fyzikální faktory, jako je hluk, záření, vibrace a další. (9, 17, 19)

Genetika ovlivňuje naše zdraví také z 20%. V poslední době se věnuje pozornost zdravotním rozdílům muže a ženy, a to nejen vzhledem k odlišnému biologickému základu, ale i vzhledem k vlivu celého komplexu faktorů na lidi, kteří žijí v relativně stejných sociálních podmínkách, ale v důsledku své společenské role se liší svým zdravotním osudem. (9, 17, 19)

V neposlední řadě má vliv na zdraví také zdravotní péče, a to z pouhých 10%. Negativní dopad má zejména nedostatečné preventivní zaměření a neuspokojivá diagnostika a léčení. (9, 17, 19)

Proto se stále klade větší a větší důraz na primární prevenci a programy s ní spojené. Podpora zdraví je vyvíjející se systém, který je zaměřený na úpravu životního stylu i ostatních sociálních, ekonomických, environmentálních i osobních faktorů působících na zdraví a je jednou ze základních realizačních metod programu Zdraví 21.

Rozvoj a význam podpory zdraví můžeme sledovat na základě výsledků několika konferencí zaměřených na oblast podpory zdraví. Jedná se o konference v

Alma-Atě (1978), Ottawě (1986), Adelaidě (1988), Sundswallu (1991), Edinburghu (1998) a Jakartě (1997). Podpora zdraví představuje neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který bychom mohli stručně nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Smyslem je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl. (19)

Podpora zdraví je pojímána jako nástroj mnohotvárné společenské praxe a mělo by příznivě ovlivňovat politická, ekonomická, sociální a další opatření, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, podílet se na zvládnutí konfliktních situací vyvolaných mnohdy protichůdnými zájmy různých sociálních skupin a posilovat aktivitu jedinců i společnosti jako celku orientované na řešení zdravotních problémů. Vychází z pěti základních principů:

1. Podpora zdraví je zaměřená především na celou populaci a na podmínky její existence než na vymezené rizikové skupiny populace.
2. Věnuje se zejména takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci.
3. Využívá různé k tomu různé metody a postupy.
4. Usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti.
5. Zdravotničtí pracovníci, zejména v základní zdravotní péči (primární péči), hrají důležitou roli v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví vzhledem k jejich postavení v zdravotním systému, dobré znalosti prostředí a potřeb svých pacientů/klientů. (9, 19)

Mezi zásadní aktivity podpory zdraví patří pomáhat lidem správně si zvolit životní styl vedoucí ke zdraví, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, posilovat sociální vazby, potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví. Podpora zdraví je novým přístupem jak ke zdraví a jeho determinantám, tak ke zdravotní péči a také přístup k sobě samému, svým nejbližším i celé společnosti. Zde je důležité si uvědomit, že člověk, který si váží sám sebe, dovede si vážit i svého zdraví a na základě toho je schopen najít cestu, jak pro své zdraví něco užitečného udělat. (9, 19, 26)

V oblasti podpory zdraví je nezbytné hledat a znovu nastolovat obtížnou rovnováhu mezi právem jedince na svobodnou volbu a povinností společnosti dbát o zdraví lidí a vhodnými metodami zlepšovat celkovou zdravotní situaci. Podpora zdraví staví na ověřených zkušenostech sociální psychologie, využívá epidemiologických metod umožňujících nalézat determinanty nemocí a průběžně sledovat účinnost realizovaných opatření. Podpora zdraví je ve společnosti kladně přijímáno a je respektováno zdravotnickými pracovníky. Napomáhá ke zlepšení zdravotní situace a je systematicky rozvíjeno rozsáhlým a poměrně dobře mezinárodně koordinovaným kolektivem tvůrčích pracovníků. (9, 19, 26)

Jedním z rozhodujících faktorů úspěšnosti podpory zdraví je snaha přispět k rozvoji osobnosti jedince a zlepšit schopnost lidí navazovat spolupráci a tvůrčí spojení v těch případech, kdy zvládnutí problému přesahuje možnosti jednotlivce. A zde je významné postavení sestry. Podpora zdraví není chápána jako multidisciplinární obor, ale spíše jako jakési místo, kde se lidé různých oborů scházejí, hledají společnou řeč, formulují společné zájmy, snaží se jeden druhého pochopit, najít formy vzájemné pomoci a možnosti společné cesty. Nejrůznější medicínské obory mají k podpoře zdraví velmi blízko, jako např. sociální lékařství, veřejné zdravotnictví, preventivní lékařství a hygiena, ošetrovatelství, zdravotní výchova a další. Skutečný smysl podpory zdraví však spočívá v integraci dalších oborů a zejména v osobní účasti občanů. Zdravotničtí pracovníci tudíž mají hlavně roli konzultantů a průvodců. (9, 19)

Významné místo v posilování, rozvoji a podpoře zdraví patří vzdělaným a obecně kultivovaným lidem s přirozenou autoritou a tedy i s výrazným vlivem na své okolí. Na nich do značné míry záleží, kterým směrem bude rozvíjena činnost nejrůznějších skupin, organizací a institucí. Důležitou roli zde hrají ženy vzhledem k tomu, že ve větší míře formují zdravotní úroveň rodiny, co se týče péče o děti, jejich výchovy a výživy, ale také co se týče hodnotového systému rodiny a volbu priorit. (9, 19, 26)

Podpora zdraví se v současné době přes své těsné vztahy k veřejnému zdravotnictví stává samostatným oborem, zaměřeným především na vliv procesu tvorby vybraných veřejných politik, prevenci a vzdělávání. Vývoj konceptuálních přístupů v oblasti podpory zdraví je možné sledovat prostřednictvím aktivit Světové

zdravotnické organizace a národních programů zdraví jednotlivých členských států SZO jako je např. program „Zdravá města“, který je zaměřen na motivaci jak politického vedení měst, tak na veřejné mínění občanů. Jde o stálé zlepšování faktorů, ovlivňujících zdraví a životy lidí ve městech, jako jsou životní prostředí, kvalita bydlení, zajištění potravin, vody, bezpečnosti, zaměstnání, sociálních služeb, dostupnost zdravotnických služeb, zvyšujících se hygienických podmínek, účast veřejnosti v rozhodnutích týkajících se zdraví a další aktivity směřující ke zlepšování zdraví, snižování nemoci a úmrtnosti. I v České republice se jednotlivá města zapojují do vytvořené Národní sítě Zdravých měst a jejím prostřednictvím také do Asociace evropských národních sítí Zdravých měst. Je tak zaručena vzájemná pomoc, výměna zkušeností a informací. Příprava, zpracování a realizace tohoto projektu je náročná a vyžaduje spolupráci mnoha institucí i jednotlivých občanů. Bohužel sestry u nás nejsou do veřejného zdraví plně zapojeny jako v jiných státech, ale i přesto se studenti kvalifikačního studia seznamují s možnostmi ošetřovatelských intervencí v rámci komunitního ošetřovatelství a ošetřovatelství ve veřejném zdravotnictví. (17, 19)

Dále můžeme zmínit také program „Zdraví podporující škola“, který vychází ze skutečnosti, že škola hraje významnou roli v rozvoji osobnosti, formování systému hodnot a volby životního stylu. K základním cílům tohoto projektu patří vytvořit zdravé a bezpečné prostředí ve škole, zlepšit vztahy mezi učiteli a žáky, mezi žáky navzájem a mezi školou, rodiči a obcí, dále zdravá strava, důraz na tělesnou výchovu, výchova ke zdraví (kouření, alkohol, sex, drogy, HIV/AIDS) a zdravotní opatření v režimu škol. (13, 17, 19)

1.4.1 Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví je jednou z důležitých činností sestry, kdy je cílem poskytnout pacientům/klientům dostatek informací o možnostech a způsobech jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat a přivést je k aktivnímu zájmu o své zdraví a ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Je nutné podotknout, že zdravotní výchova zahrnuje nejen škálu různých aktivit, ale i různé cíle. Tyto cíle můžeme

rozdělit na kognitivní, kdy jde o rozšíření pacientových vědomostí. Sestra předává informace, vysvětluje a potom se přesvědčuje, zda tomu pacient/ klient porozuměl. Můžeme si to uvést na příkladu při poučení rodičů o výhodách a rizicích očkování jejich dítěte, kdy kvalita poskytnutých informací sestrou a zpětná vazba rozhodne o tom, zda rodiče své dítě očkovat nechají či ne. Také může jít o cíle afektivní, které se týkají postojů, hodnot, názorů a životního přesvědčení. Zde jde o snahu ujasnit, utvářet nebo měnit postoje, názory, přesvědčení a hodnoty pacientů/ klientů, což není vždy, tak snadné. Sestra zde staví na svých schopnostech naslouchání, empatie, emocionální podpory a praktických zkušenostech. Jako příklad si můžeme uvést přesvědčování kuřáka, aby přestal. Naším cíle v takové situaci nebude, aby pacient/ klient přestal kouřit, ale změna jeho pocitů, to znamená, že bude chtít přestat kouřit. Jako poslední bych chtěla zmínit cíle behaviorální. Tyto cíle se týkají pacientových/ klientových dovedností a činností. Zde je úkolem sestry naučit pacienta/ klienta dovednostem, které mu napomůžou splnění nějakého stanoveného cíle či aktuální potřeby. (9, 19, 26)

Zdravotní výchovu můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární zdravotní výchova se zaměřuje na zdravé lidi a má za cíl předcházet zdravotním problémům. Je nutné však podotknout, že primární zdravotní výchova se nezaměřuje pouze prevencí vzniku chorob, ale i zlepšením zdravotního stavu, který vede ke zvýšení kvality života. Rolí sestry v primární zdravotní výchově například bude podávat pacientům/ klientům informace o správné a energeticky vyvážené stravě. Sekundární zdravotní výchova je založená na zabránění přechodu již vzniklého onemocnění do chronického či ireversibilního stádia. Sestra pacienta musí poučit o jeho případném stavu a o způsobu, jak se nemoci bránit. Je zde často nutné, aby pacient/ klient docílil změny v chování, dodržoval léčebný režim a nacvičoval sebepéči a soběstačnost. V terciární zdravotní výchově, vzhledem k tomu, že u některých pacientů/ klientů nemůžeme vzniku nemoci zabránit či ji léčit sestra směřuje výchovu nejen na pacienta/ klienta, ale také na příbuzné ve snaze zlepšení kvality života a zabránění dalším komplikacím. Můžeme zde zmínit například rehabilitační programy. (9, 19, 26)

Aby byla výchova ke zdraví efektivní, je důležité dodržovat některé zásady. Výchova ke zdraví musí být soustavná, systematická a důkladně promyšlená, cílená

vzhledem k věku, vzdělání a konkrétním problémům pacienta/klienta. Musí se opírat o nejaktuálnější poznatky z oblasti vědy a výzkumu. Dále musí respektovat životní prostředí jedince. Velkou roli hraje informovanost pacienta/klienta a jeho motivace pro upevnování vlastního zdraví. Na konci musíme mít vytvořené i vhodné podmínky pro realizaci výchovného plánu. Sestra může působit jak na jednotlivce, tak na skupiny a komunity. (9, 19, 26)

Aby bylo výchovné působení na pacienta/klienta úspěšné, musí sestra nejdříve navázat s pacientem/klientem kontakt a najít si k němu cestu. Zde jsou velmi důležité komunikativní schopnosti sestry. Sestra si musí všímat reakcí pacienta/klienta na to, co mu říká a v záporném případě se snaží najít příčinu překážky a hledá cestu k jejímu překonání. Sestra by měla pacienta/klienta respektovat a chovat k němu úctu, aby k ní choval důvěru a bylo pravděpodobnější, že její rady vezme na vědomí a bude si jimi řídit. Hlavním cílem působení sestry na pacienta/klienta je snaha zaktivovat v něm sílu podílet se na vlastním zdraví. Sestra musí umět motivovat. Motivace pacienta/klienta závisí na stáří, na postojích k životu, na povahových vlastnostech i znalostech prostředí, ve kterém žije. Důležitou roli zde hrají i vlastnosti sestry jako trpělivost, odpovědnost, vstřícnost, kultivovanost a další. (9, 12, 19, 26)

1.5 Práce sestry v ordinaci praktického lékaře

Praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebně preventivní péči o dospělou populaci či o děti a dorost. Je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových. Základními charakteristikami praktického lékařství jsou:

Všeobecnost (jsou zde obsaženy problémy celé populace, bez ohledu na věk, rasu, víru, sociální postavení, původ nebo charakter zdravotních problémů), dostupnost (snadná a dostatečná přístupnost, která není limitována geografickými, rasovými, kulturními, administrativními nebo finančními bariérami), kontinuita (primární orientace na člověka a neř na jeho nemoc, dlouhodobý vztah mající význam na život klienta), komplexnost (poskytování komplexní léčebně-preventivní péče zahrnující podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu, rehabilitaci, a podpůrnou péči s respektováním bio-psycho-sociálních potřeb), koordinovanost (zajišťují první kontakt se zdravotnickým systémem, jsou rádci a koordinátory ve využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb), spolupráce (spolupráce s ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb), orientace na rodinu (vnímání zdravotních problémů člověka v souvislosti s rodinnými, sociálními a kulturními vztahy a prostředím, ve kterém žijí a pracují) a orientace na komunitu (znalost potřeb populace žijící v dané komunitě, spolupráce s ostatními profesionály z oblasti zdravotní, sociální a laické k podpoře pozitivního působení na zdraví). (4, 21)

„Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat jejich maximálně tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují“ (14, s. 23). Sestry by měly rozvíjet a vykonávat činnosti, které podporují a uchovávají zdraví i předcházejí nemocem.

Mezi úkoly sestry patří také plánování a poskytování péče v průběhu nemoci rehabilitace, a spadají sem fyzické, psychické a sociální aspekty života, protože ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání. Sestry zajišťují přiměřenou zangažovanost jednotlivce a jeho rodiny, přátel a sociální skupiny pokud možno do všech aspektů zdravotní péče, a tím podporují jejich sebedůvěru a soběstačnost. Sestra přejímá zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a zastává v tomto směru profesionální roli. Je samostatná a zodpovědná za péči, kterou poskytuje. Zodpovídá za své další vzdělávání. (5, 23, 25)

Sestra na klienty působí nejen odbornými zákroky, ale také celou svou osobností, svým vztahem k němu, úrovní svých profesionálních vlastností a způsobilostí a mírou profesionální adaptace. Předpokladem úspěšné práce sestry je získat si důvěru svých klientů. Sestra by měla být čestná, poctivá, schopná sebekritiky, snášenlivá, svědomitá, obětavá, ochotná, ohleduplná, pozorná, slušná, vlídná, shovívavá, srdečná, upřímná, pravdomluvná, být taktní v jednání a mít schopnost vytvářet dobré mezilidské vztahy. Dalším předpokladem, které vyžaduje práce sestry je i zdravé sebevědomí, které charakterizuje sebedůvěra, sebeúcta, solidnost, přiměřená vážnost a skromnost. Podstatnou roli v práci sestry hrají i morální vlastnosti sestry (postoj k druhým, k sobě samé a k životu vůbec) a její vzhled (upravenost, čistota a tělesná svěžest). Dalšími důležitými vlastnostmi jsou schopnost ovládat se, být trpělivá, klidná, získat si jistou emocionální odolnost, mít smysl pro humor, ale bez ironie a cynizmu na úkor klienta. (7)

Rozeznáváme čtyři hlavní funkce sestry. První funkcí sestry je poskytování a řízení ošetrovatelské péče, ať už podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační nebo pomocné, pro jednotlivce, rodiny či skupiny. Tyto funkce sestra využívá při poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu. Ten zahrnuje zjišťování potřeb pacientů/klientů, identifikování potřeb, plánování a poskytování ošetrovatelské péče, zapojení jednotlivce do všech aspektů péče a zdokumentování celého ošetrovatelského procesu pro použití informací ke zhodnocení výsledku. Druhou funkcí je výuka a výchova pacientů/klientů a zdravotnického personálu. Sem zařazujeme zjišťování individuálních znalostí dovedností, které se vztahují k udržení zdraví, přípravu a

poskytování informací na vhodné úrovni, organizování a účast na osvětových kampaních, hodnocení výsledků těchto kampaní, pomoc sestřám a jiným pracovníkům získat nové znalosti a dovednosti a vhodně je aplikovat do kulturních, etických a profesionálních norem. Třetí funkcí sestry je aktivní a účinné začlenění sestry do zdravotnického týmu. To znamená spolupráci s jednotlivci, skupinami a komunitami a dalšími zdravotníky při plánování, organizaci, řízení a hodnocení ošetrovatelských služeb, kontakt a spolupráci s dalšími multidisciplinárními týmy při plánování, poskytování, rozvoji, koordinaci a hodnocení zdravotnických a sociálních služeb, aktivní zapojení do plánování koncepcí a programů. Poslední a čtvrtou funkcí sestry je rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu. Spadá sem inovace způsobů práce s cílem zlepšení kvality ošetrovatelské péče a rozvoj znalostí a dovedností sester za pomoci vzdělávacích programů. (20)

V ordinaci praktického lékaře zastává sestra velmi významnou roli. Sestra v ordinaci praktického lékaře je samostatným a zodpovědným pracovníkem, který vykonává svou činnost na základě svých kompetencí. Zjišťuje diagnosticko-terapeutické činnosti vyplývající z ordinace lékaře jako jsou například odběry biologického materiálu, aplikace léků, provádění jednoduchých vyšetřovacích metod (zraková ostrost, EKG, FW) a asistence u diagnosticko-terapeutických zákroků. Samostatnou činností sestry je sběr informací. Díky častému a pravidelnému kontaktu sestra získává důležité informace o klientovi, jeho rodinném a sociálním pozadí. Informuje lékaře o těžkostech zajištění léčebného režimu, spolupracuje se sociálními službami a agenturami domácí péče. Další důležitou úlohou sestry v ordinaci praktického lékaře je administrativní činnost sestry. Ta zahrnuje nutnou administrativu vedení dokumentace klientely, spadající do příslušného obvodu (každá návštěva klienta musí být pečlivě zaznamenána, nutná znalost práce s PC, počítačová dokumentace v mnohém usnadňuje práci). Dále jsou to administrativní povinnosti vůči zdravotním pojišťovnám, povinnosti v souvislosti s vystavováním pracovní neschopnosti a poskytnutí sociálních dávek a jiná administrativa, která se odvíjí od nutnosti provozu ordinace a požadavků lékaře. (11)

Jednou z nejdůležitějších rolí sestry v ordinaci praktického lékaře je edukace. Edukace v ordinaci praktického lékaře pro dospělé je nejčastěji zaměřena na eliminaci rizikových faktorů (obezita, kouření, nesprávná výživa, stres apod.), léčebný režim při akutních onemocněních, dietní režim, při chronických onemocněních (užívání léků, potřeba pravidelných kontrol, úprava životosprávy, úprava domácího prostředí, odběry biologického materiálu a další opatření v závislosti na onemocnění), příprava na různá vyšetření, očkování, preventivní prohlídky, základní sociálně-právní rady apod.

Součástí práce sestry v ordinaci praktického lékaře může být i návštěvní a preventivní služba sestry. Návštěvní služba se liší podle charakteru ordinace praktického lékaře. Je vykazována a registrována v pracovní náplni sestry praktického lékaře pomocí deníku návštěvní služby. Má významnou roli hlavně v oblasti sběru informací o sociálním zajištění klienta a v preventivní péči o svěřenou skupinu obyvatelstva (očkování....). Rozlišujeme tyto typy návštěvní služby:

Preventivní, kdy sestra monitoruje zdravotní stav svěřené skupiny obyvatelstva, monitoruje povinné očkování a prohlídky (pozvánky k očkování a k prohlídce), zajišťuje hygienické, bytové a sociální podmínky zejména u ohrožených skupin obyvatelstva jako jsou novorozenci, kojenci a malé děti, staří atd.

Kurativní, kdy sestra zajišťuje léčebný režim (aplikace injekcí, odběry biologického materiálu..). Tento typ často zbytečně splývá s možnostmi zajištění prostřednictvím agentur domácí péče. (11)

V oblasti zdravotní péče hrají kromě sester také důležitou roli porodní asistentky. Sestry a porodní asistenty pracují v partnerství s pacienty/klienty, jejich rodinami a skupinami ve společnosti při prevenci chorob a ochraně zdraví. Porodní asistentka poskytuje péči a radu ženám během těhotenství, během porodu a v šestinedělí.(18)

1. 6. Modely spokojenosti pacientů

Spokojenost pacientů/klientů není prozatím jasně definována. Ale jednou z možných definic, které uvádí literatura je zaměření na specifickou oblast zdravotní péče, která pokrývá medicínské (očkování, aplikace léků) i nemedicínské aspekty péče (přístup k pacientovi, komunikace) a je dána souborem individuálních potřeb, očekávání a zkušeností se zdravotní péčí. Hodnocení spokojenosti je jedním z důležitých ukazatelů pro určení kvality zdravotnických služeb. Kvalitou zdravotnických služeb rozumíme schopnost uspokojovat zdravotní potřeby a dělat správné věci správným způsobem. Při hodnocení spokojenosti pacientů/ klientů a kvality péče by sestra měla pohlížet na determinanty ovlivňující kvalitu péče, jako jsou spolehlivost, zdvořilost, důvěryhodnost, komunikace, přístup, porozumění, kompetentnost a v neposlední řadě i materiální stránka. (1, 10)

Rozeznáváme několik modelů spokojenosti, které nám usnadní zhodnocení. Mezi základní patří:

Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče:

Spokojenost je zde definována jako pozitivní ohodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze jsou statisticky odvozeny a jednotliví autoři se liší v tom, jaké dimenze a kolik jich považují za podstatné.

Ware a další navrhují osm dimenzí péče. Umění pečovat, technickou kvalitu, dostupnost péče, finanční záležitosti, prostředí, přiměřenost, kontinuitu a účinnost. Později tento počet zredukovali na polovinu, jelikož pacienti některé domény nerozlišovali a spojovali je v jedno.

Americký sociolog Hulka předpokládal pouze tři dimenze spokojenosti. Profesionální kompetenci, interpersonální kvalitu a spokojenost s cenou péče.

Hnilicová a Bártlová předpokládají tři souhrnné dimenze, kterými jsou: kvalita péče, poskytování informací a hotelové služby. Přičemž kvalita péče reprezentuje jak spokojenost pacientů s technickou kvalitou, tak i spokojenost s chováním zdravotníků.

Oblast informací zahrnuje spokojenost pacientů s podáváním informací o nemoci a jejím průběhu, o diagnostických postupech, terapeutických postupech, léčích a o tom jak by měla léčba pokračovat. A hotelové služby představují spokojenost pacientů s čistotou a hygienou ve zdravotnickém zařízení, stravou a její servírování a celkovým režimem péče.(1, 10)

Model postavený na splnění přání pacienta:

Tento model vychází z předpokladu, že mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal, existuje vztah. Spokojenost v tomto případě ukazuje, do jaké míry byla očekávání a ideální přání pacientů splněna.

Určující roli zde hraje očekávání pacientů. Jako druhou se jeví zkušenost s péčí. Důležité a rozhodující jsou zde charakteristiky pacientů (věk, pohlaví, vzdělání, osobnost).

Může zde být i obrácený model (diskrepanční). V tomto modelu není na prvním místě očekávání pacientů, ale to, jakou péči pacienti ve skutečnosti dostali a jak ji subjektivně vnímali.

Like a Zyzanski (1987) definovali pět dimenzí požadavků pacientů. Jsou to lékařské informace, psychosociální abstinence, terapeutické naslouchání, všeobecné lékařské rady a biomedicínské léčení. Hlavním činitelem spokojenosti je tak stupeň, ve kterém jsou požadavky splněny.(1, 10)

Pragmatický model spokojenosti pacientů:

Tento model je pokusem o zachycení všech faktorů ovlivňující spokojenost pacientů. Předpokladem je, že úroveň spokojenosti pacienta je závislá v první řadě na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění a jaký typ péče mu byl poskytnut.

Do modelu významně vstupují socio - demografické charakteristiky (věk, vzdělání, ekonomické postavení) a kulturní a rodinné zázemí. Tyto charakteristiky ovlivňují míru spokojenosti pacienta.

Do očekávání kvality péče se spolu s výše uvedenými faktory promítají i zkušenosti se zdravotnictvím, které měl někdo z pacientových blízkých.(1, 10)

1.6.1 *Metody sledování spokojenosti*

Mezi nejčastěji používané metody sledování spokojenosti patří rozhovor a dotazník. *Rozhovor* je ucelenou soustavou ústního jednání, jejímž cílem je získávat informace prostřednictvím otázek. Rozlišujeme dvojí způsob rozhovoru:

Individuální rozhovor (tazatel – respondent), který může probíhat formou nestandardizovaného, volného rozhovoru, kdy otázky nejsou předem připraveny a rozvíjejícími činitelem je tazatel i respondent. U tohoto typu rozhovoru máme možnost rozebírat jednotlivé problémy do větší hloubky a pokud je daná problematika respondentovi vzdálená či cizí, lze ji vynechat. Je nezastupitelnou součástí ošetrovatelského výzkumu. Dále může také probíhat formou standardizovaného, nebo-li strukturovaného rozhovoru, kdy tazatel klade předem připravené otázky a drží se předem připravené formulace a pořadí. Důležité je, aby tazatel zaujímal nestranný postoj, působil neutrálně a nekomentoval odpovědi respondenta. Individuální rozhovor probíhá buď prostřednictvím osobního kontaktu nebo formou telefonického interview.

Druhým způsobem rozhovoru je skupinový rozhovor (tazatel/é – skupina respondentů), který probíhá se skupinou náhodně vybranou nebo cíleně vybranou dle určitých kritérií. Skupinu respondentů tvoří zpravidla 6-12 lidí a diskutují na téma, které je určené tazatelem. Cílem není většinou vyřešení problému, ale spíše zjištění různých pohledů a názorů na danou problematiku. (1, 2, 27)

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde o nejčastěji používanou techniku získávání informací. Výhodou dotazníku je, že je anonymní a tudíž klienti odpovídají na pokládané otázky upřímně a otevřeně. Dotazník by měl být kvalitní, měl by zahrnovat všechny podstatné problémy, na které chceme odpovědět, celou šíři problematiky, respondenta by měl spíše přitahovat než odpuzovat a formulace otázek by měla být jasná, zřetelná a jednoznačná. Důležitý je také výběr vzorku respondentů a návratnost řádně vyplněných dotazníků. Dále

validita (platnost, pravdivost) a reaktibilita (spolehlivost). V dotazníku využíváme těchto druhů otázek: uzavřené, otevřené, polouzavřené, filtrační, projekční a kontrolní.(1, 2, 27)

Jak už je uvedeno v předchozí kapitole, spokojenost je hlavním ukazatelem kvality. Cílem sestry by mělo být poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči zaměřenou na pacienta/ klienta jako na individuum, získávat znalosti a aplikovat nové trendy v ošetrovatelství, zaměřit se na výchovu ke zdraví a aktivizovat pacienta/ klienta v oblasti podpory, zachování a rozvoje vlastního zdraví. Sestra by měla kvalitu a efektivitu péče, kterou poskytuje sledovat. Aby to mohla uskutečnit, musí mít stanovené standardy péče a určené kritéria pro měření standardů. Otázka kvality se stále více dostává do popředí veřejnosti i zdravotnických pracovníků a její definice je obtížná vzhledem k tomu, že kvalita je ovlivněná jak hodnotovým systémem společnosti a individuů, tak hodnotovým systémem zdravotnických pracovníků a politiků. (1, 25)

2. Cíl a hypotézy

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí sestry v ordinaci praktického lékaře.
- 2) Zjistit informovanost pacientů o rozsahu poskytované ošetrovatelské péče sestrou v ordinaci praktického lékaře.
- 3) Zjistit, zda sestry mají podmínky poskytovat individuální ošetrovatelskou péči v ordinacích praktického lékaře.

2.2 Hypotézy

- H1) Uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí.
- H2) Uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře nesignalizují nedostatek v poskytování ošetrovatelské péče
- H3) Uživatelé znají jakou ošetrovatelskou péči (výkony) mohou od sestry požadovat.
- H4) Sestry nemají podmínky pro uplatnění moderního ošetrovatelství v rámci primární péče.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro zmapování spokojenosti pacientů s péčí sester v primární péči byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníku.

Byly vytvořeny dva dotazníky. První se zaměřením na pacienty. Tento dotazník je složen z 22 otázek. Byly použity otázky uzavřené, polouzavřené a jedna otevřená. Druhý dotazník je se zaměřením na sestry. Ten je složen z 7 otázek. Jde o otázky uzavřené a jednu polouzavřenou.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

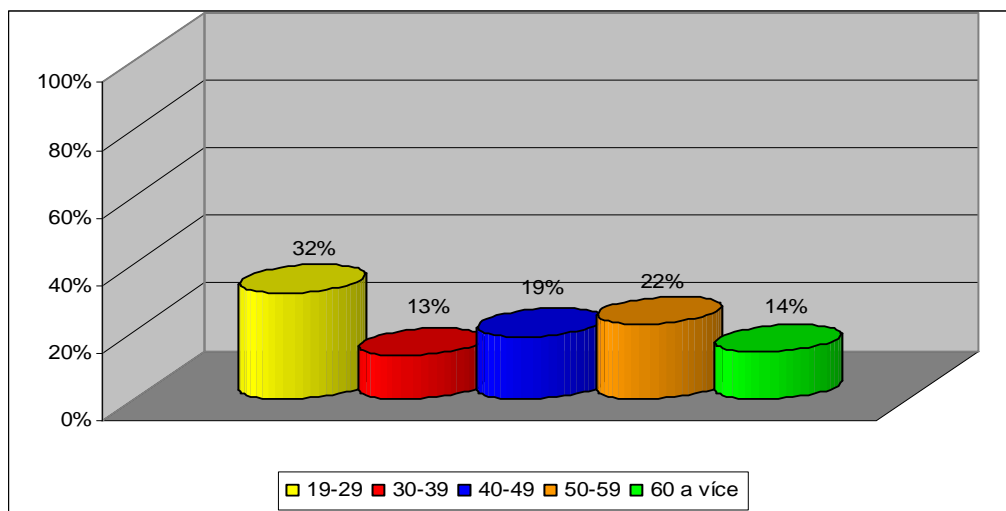
První dotazník byla rozdána pacientům v ordinacích praktických lékařů v Českých Budějovicích a na Chomutovsku. Sběr dat proběhl během měsíce března až dubna 2007. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 89 (96%) a 4 (4%) dotazníky byly nedostatečně vyplněny. Výzkumný soubor 1A tvořilo 85 respondentů.

Druhý dotazník byl rozdána sestrám, které pracují v ordinacích praktických lékařů také v Českých Budějovicích a na Chomutovsku. Sběr dat proběhl během měsíce dubna 2007. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, návratnost byla 42 (92%). Výzkumný soubor 2B tvořilo 42 respondentů.

4. Výsledky

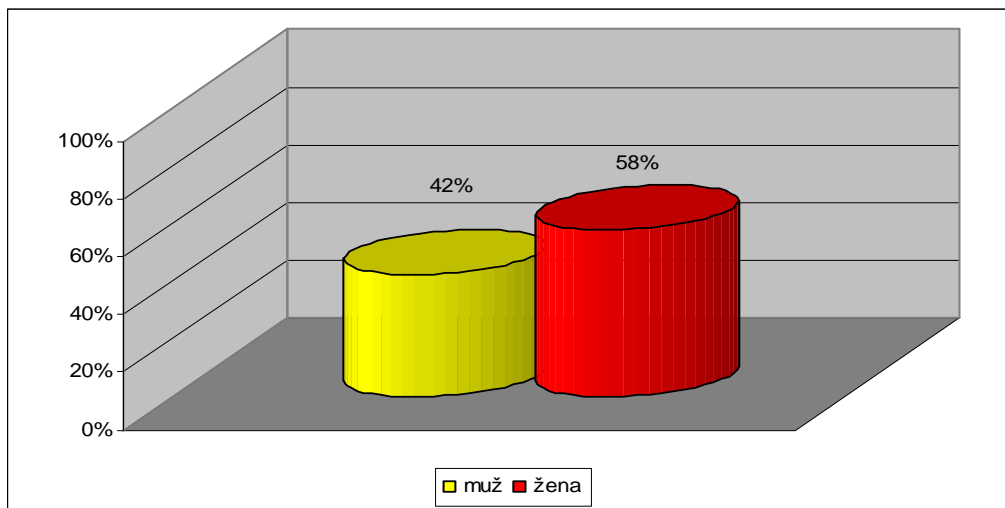
4.1 Výzkumný soubor 1A

Graf 1A Věk respondentů



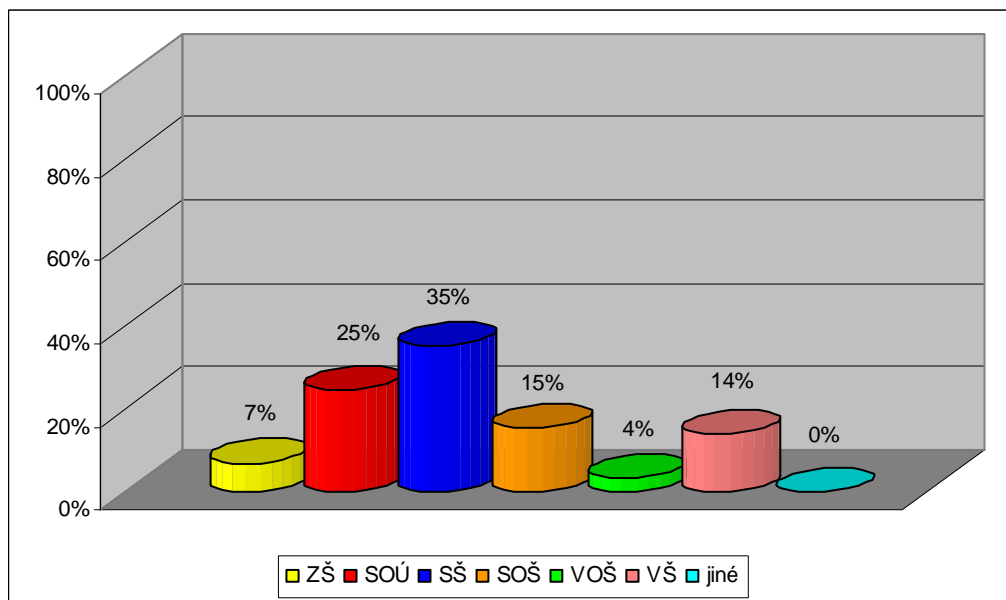
Nejpočetnější skupinu z celkového počtu 85 (100%) respondentů, tvořilo 27 (32%) respondentů ve věku 19 – 29 let, do kategorie 30 – 39 let spadá 11 (13%) respondentů, kategorie 40 – 49 let byla zastoupena 16 (19%) respondenty, do kategorie 50 – 59 let spadá 19 (22%) respondentů a kategorii 60 a více let zastoupilo 12 (14%) respondentů.

Graf 2A Pohlaví respondentů



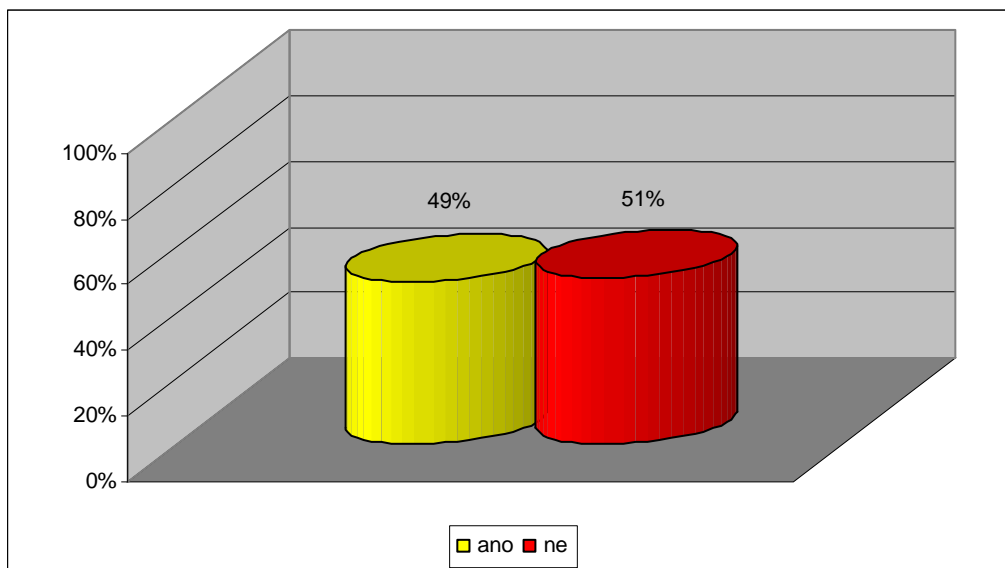
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů, je 36 (42%) mužů a 49 (58%) žen.

Graf 3A Nejvyšší dosažené vzdělání



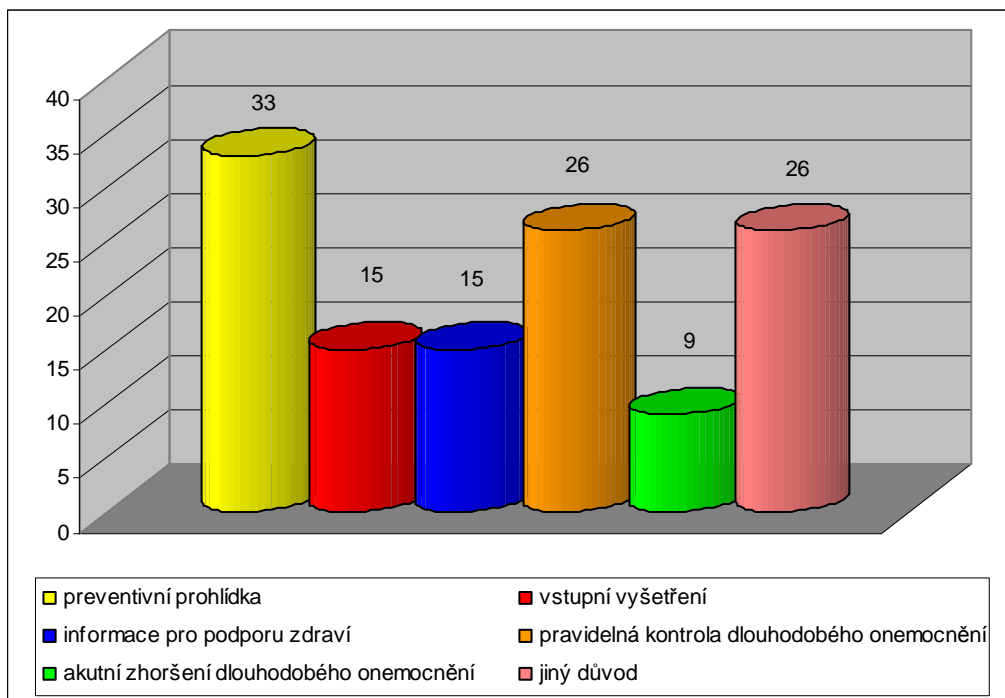
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů má 6 (7%) základní vzdělání, 21 (25%) střední odborné učiliště, střední školu s maturitou má 30 (35%) z dotázaných, 13 (15%) respondentů má střední odbornou školu s maturitou, 3 (4%) respondenti mají vyšší odbornou školu a vysokoškolské vzdělání uvedlo 12 (14%) respondentů. Jinou formu vzdělání uvedlo (0%) respondentů.

Graf 4A Představení a první kontakt s pacientem



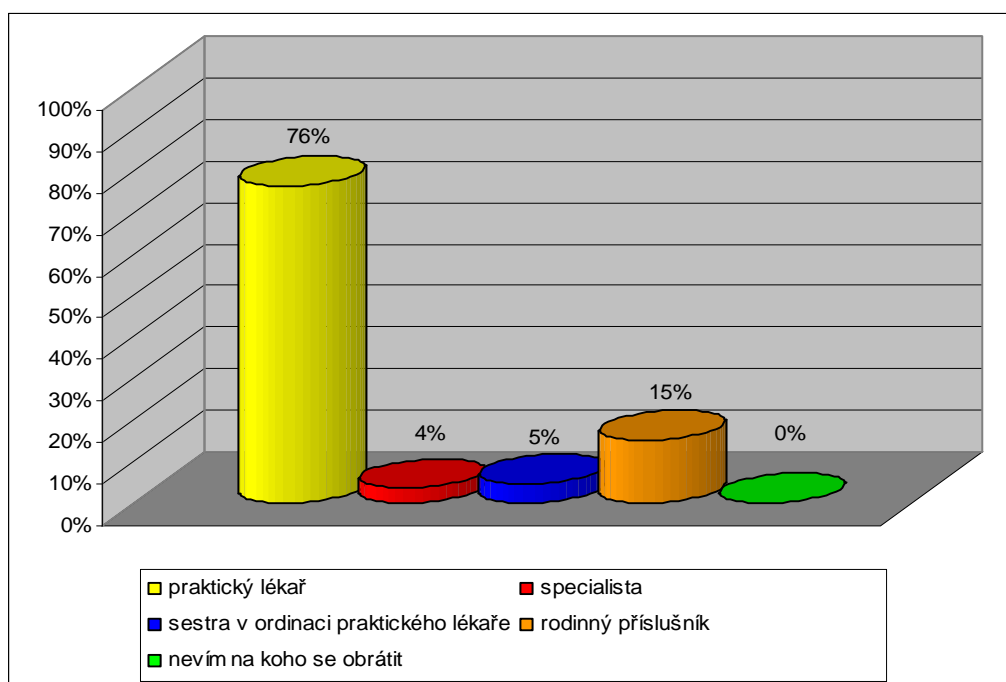
42 (49%) respondentů uvádí, že při prvním vstupu do ordinace praktického lékaře se mu zdravotnický personál představil, 43 (51%) respondentů uvádí, že ne.

Graf 5A Důvod návštěvy ordinace



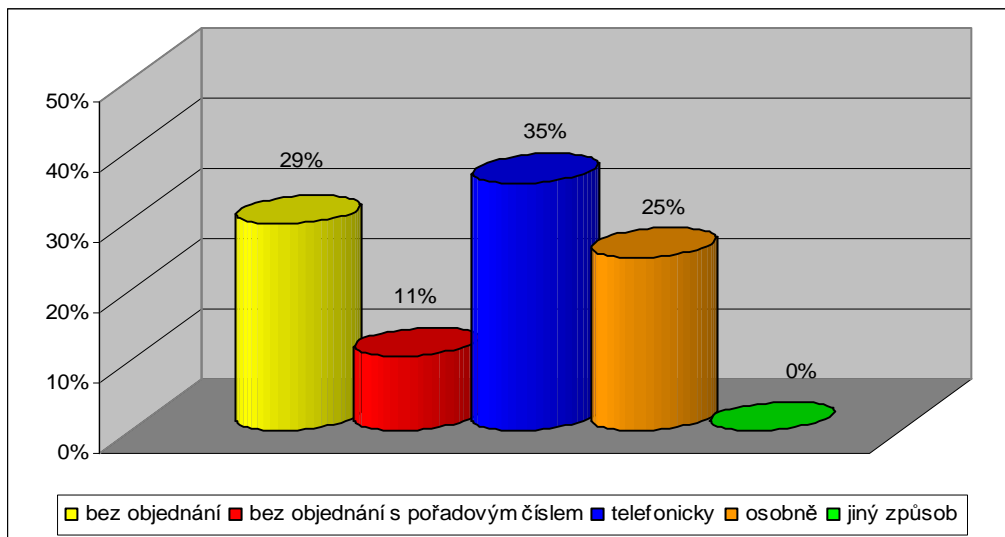
Jako nejčastější důvod návštěvy uvedlo 33 respondentů preventivní prohlídku, 15 respondentů uvedlo vstupní vyšetření a stejný počet (15) respondentů navštěvuje ordinaci za účelem získat informace ohledně podpory vlastního zdraví. 26 respondentů označilo pravidelnou kontrolu při dlouhodobém onemocnění a 9 akutní zhoršení dlouhodobého onemocnění. Jiný důvod (akutní onemocnění, očkování, aplikaci injekčních léků, úraz, bolesti zad nebo ukončení pracovní neschopnosti) uvedlo 26 respondentů.

Graf 6A Pomoc při neznámých zdravotních potížích



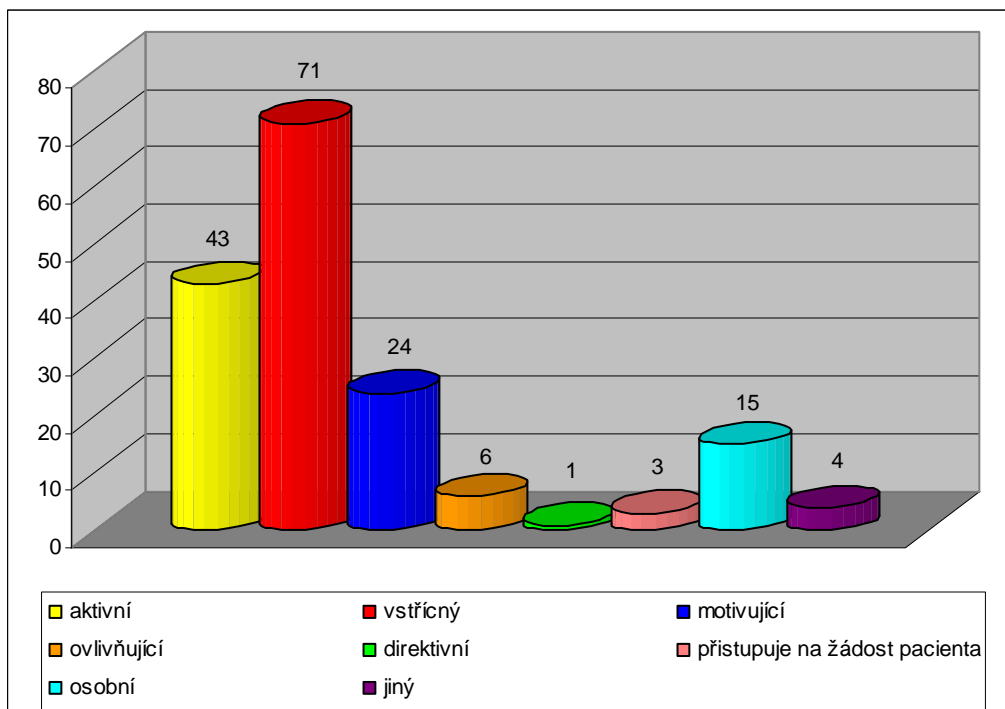
65 (76%) respondentů uvedlo, že pokud se u nich objeví dosud neznámé zdravotní potíže, obrací se na svého praktického lékaře, 3 (4%) respondenti se obrací na specialistu, 4 (5%) na sestru v ordinaci praktického lékaře. Na rodinné příslušníky se obrací 13 (15%) respondentů, žádný (0%) z respondentů nevedl možnost nevím, na koho se obrátit.

Graf 7A Vhodná organizace příjmu



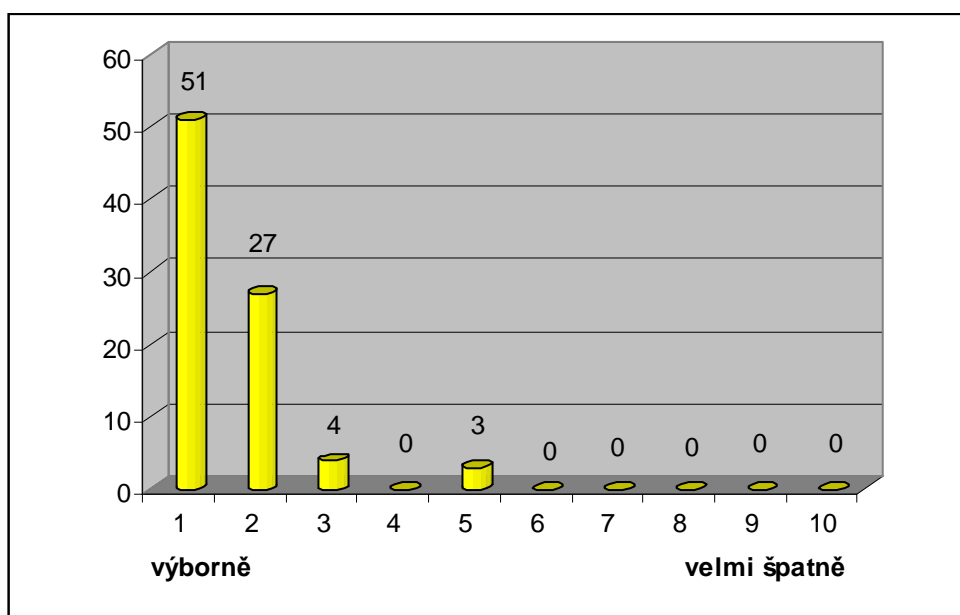
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů, vyhovuje 25 (29%) respondentům příjem bez objednání, 9 (11%) respondentům vyhovuje příjem bez objednání s přidělením pořadového čísla. Jako nejvíce vyhovující způsob organizace příjmu uvádí 30 (35%) respondentů telefonické objednání, 21 (25%) respondentů upřednostňuje osobní objednání. Jiný způsob organizování příjmu do ordinace praktického lékaře neoznačil žádný (0%) respondent.

Graf 8A Přístup sestry k pacientovi



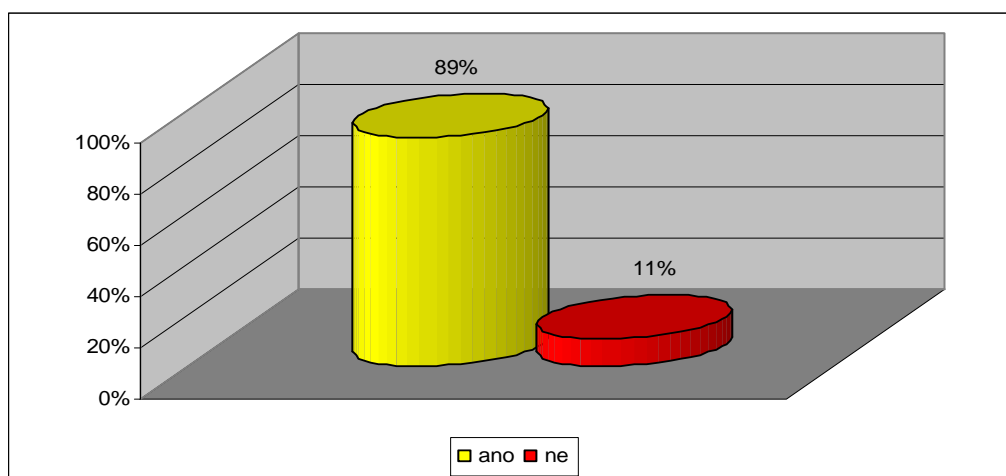
Z nabídnutých možností 43 respondentů uvádí, že jim vyhovuje aktivní přístup sestry, 71 respondentů označilo, že by sestra měla být vstřícná, 24 respondentů si myslí, že by je sestra měla umět motivovat a 6, že by je měla umět ovlivnit, 1 respondent by uvítal direktivní přístup, 3 respondenti uvedli, že by sestra měla přistoupit až na jejich žádost, 15 respondentů by uvítalo osobní přístup, jinou možnost uvedli 4 respondenti, a to milý a příjemný přístup.

Graf 9A Hodnocení odborných výkonů sestry pacientem



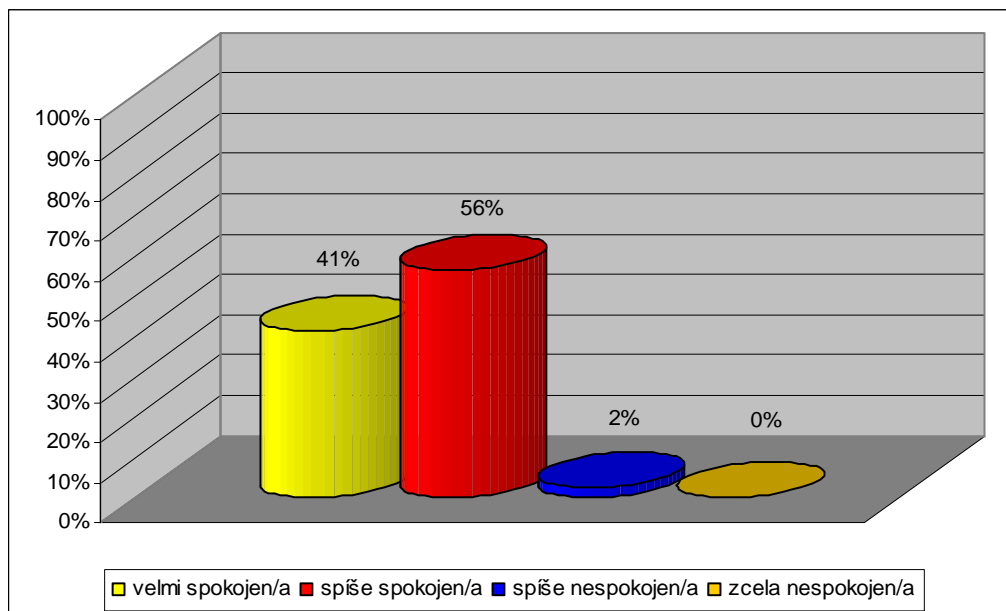
Na bodové stupnici od 1 do 10, kdy 1 znamenalo výborně a 10 velmi špatně označilo prováděné odborné výkony sestrou 51 respondentů jako výborné, 27 respondentů č. 2, další 4 respondenti č. 3, poslední 3 respondenti zvolili č. 5, č. 4 a č. 6 – 10 neoznačil nikdo (0%).

Graf 10A Komunikace sestry během odborného výkonu



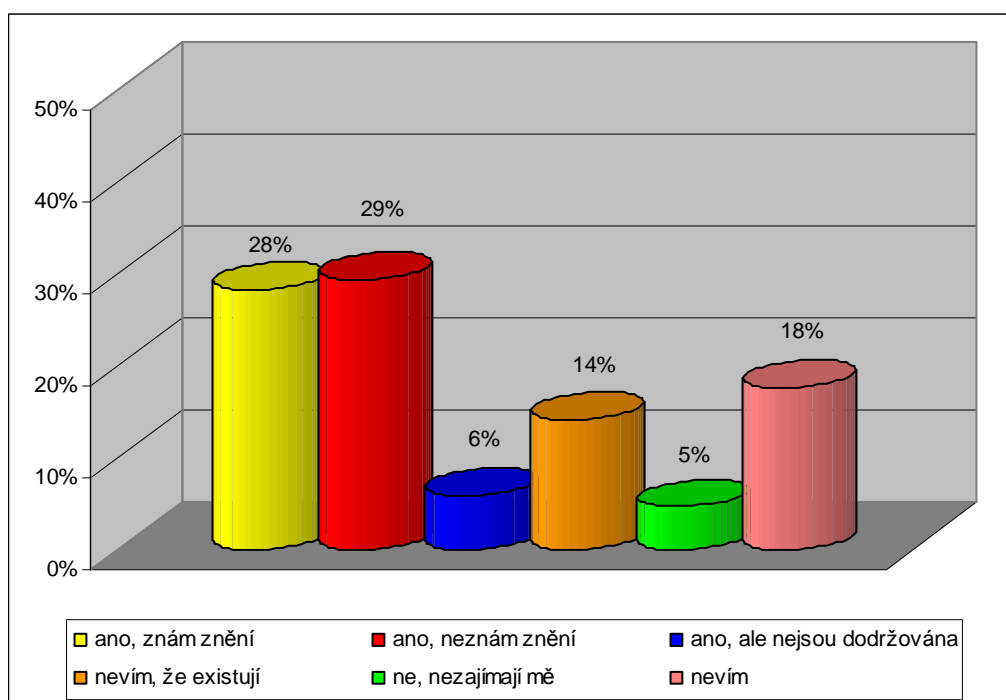
76 (89%) respondentů uvedlo, že během prováděného odborného výkonu s nimi sestra komunikuje a 9 (11%) respondentů, že s nimi sestra nekomunikuje.

Graf 11A Spokojenost pacientů se zájmem a časem sestry



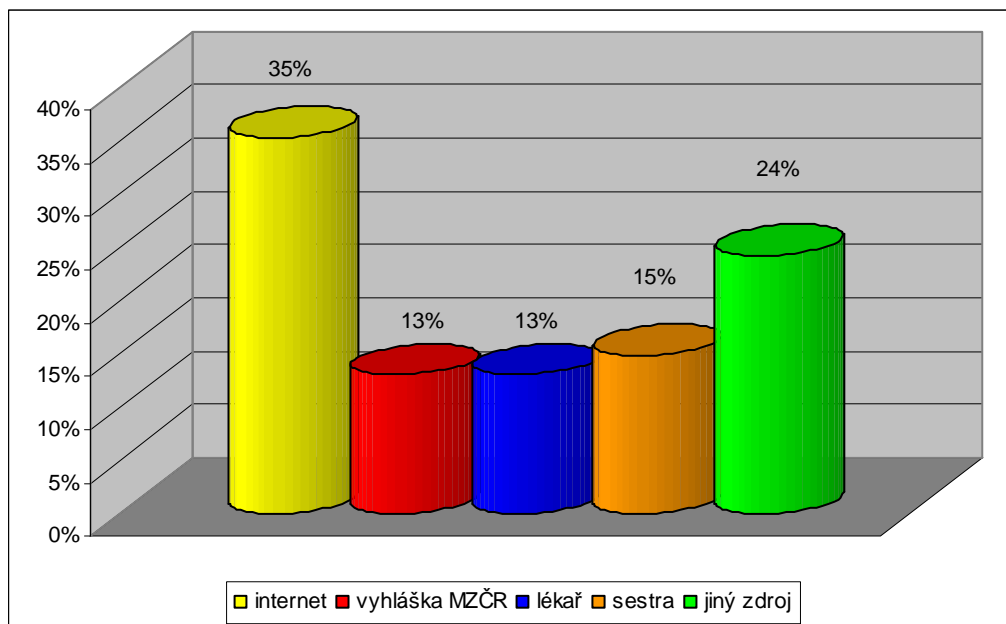
35 (41%) respondentů uvádí, že je velmi spokojeno se zájmem a časem, který jim sestra věnuje, spíše spokojeno je 48 (56%) respondentů, spíše nespokojeni jsou 2 (2%) respondenti a zcela nespokojen nebyl žádný (0%) respondent.

Graf 12A Znalost práv pacientů



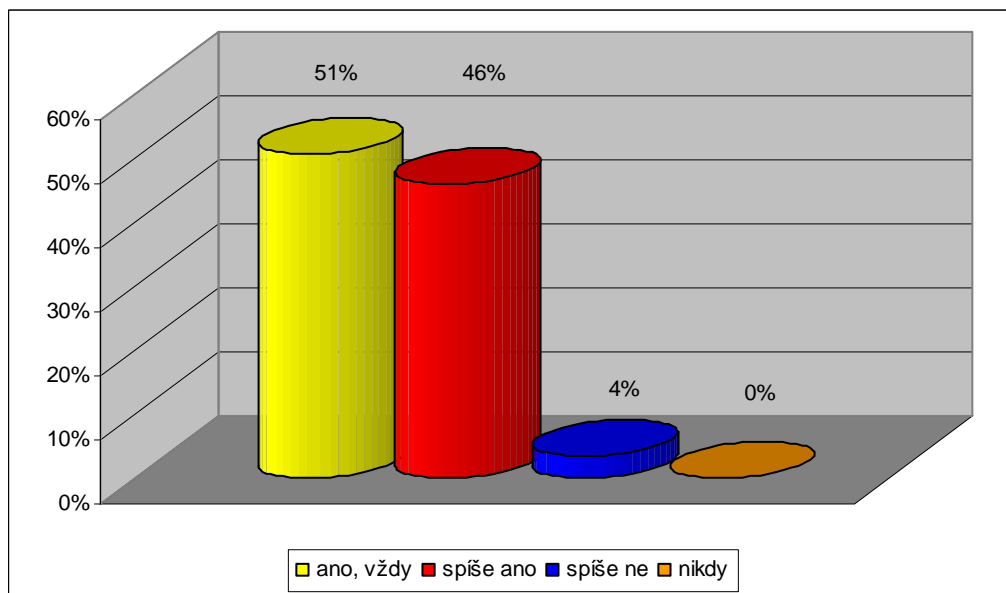
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů jich 24 (28%) ví o právech, které mají a seznámili se s jejich zněním, 25 (29%) o nich také ví, ale jejich znění nezná, 5 (6%) uvedlo, že nejsou dodržována, 12 (14%) respondentů neví, že existují, 4 (5%) respondenty nezajímají a 15 (18%) je nezná.

Graf 13A Zdroje práv pacientů



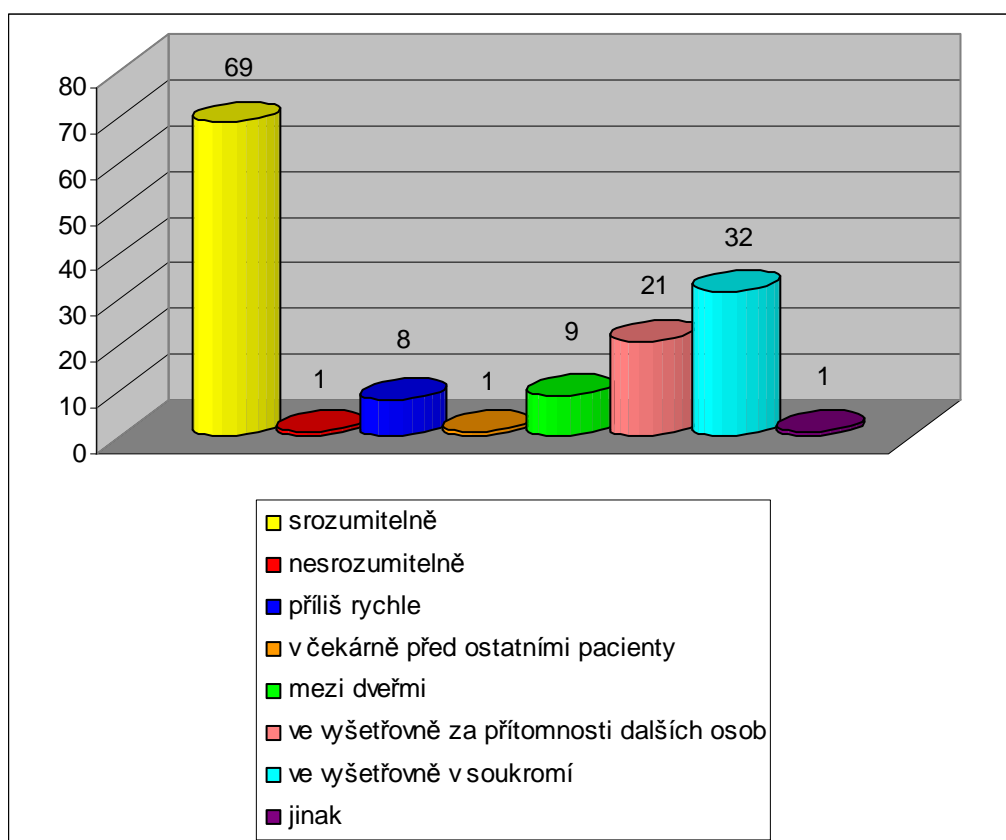
Z výzkumného souboru 54 (100%) respondentů se 21 (35%) dozvědělo o právech pacientů z internetu, 7 (13%) z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, stejný počet respondentů 7 (13%) má informaci o právech pacientů od lékaře. 8 (15%) respondentů má tuto informaci od sestry, jiný zdroj uvedlo 17 (24%) respondentů, a to nejčastěji média a známé.

Graf 14A Získávání informací od sestry



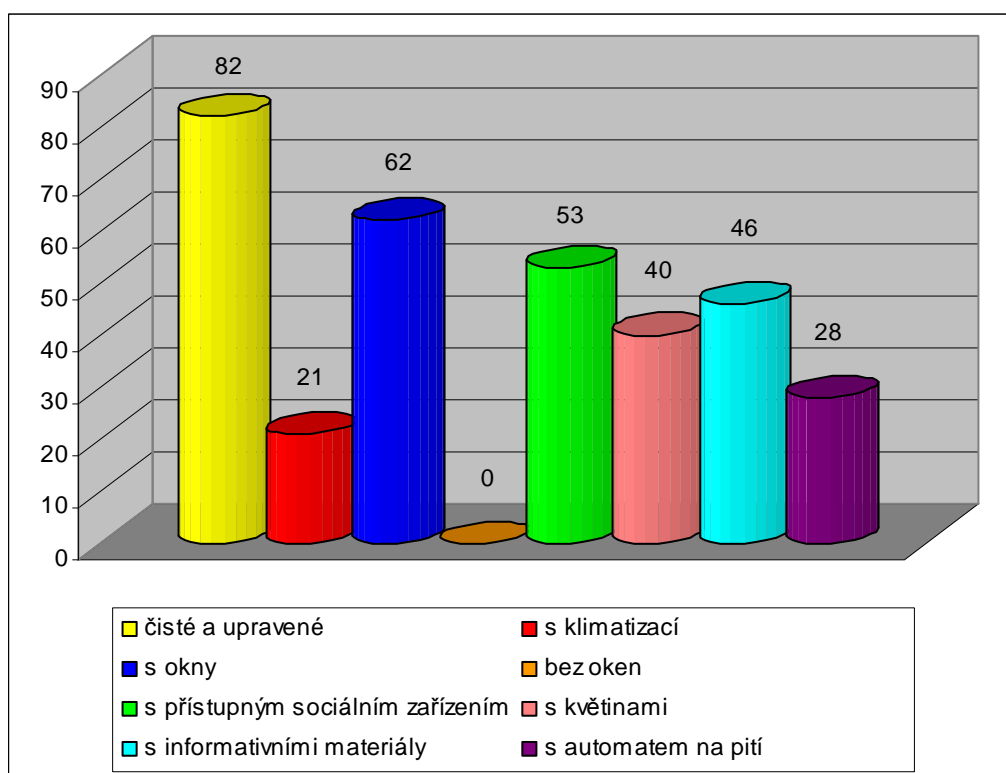
43 (51%) respondentů uvedlo, že vždy dostanou informace, které po sestře žádají, spíše ano odpovědělo 39 (46%) respondentů, spíše ne odpověděli 3 (4%) respondenti. Žádný (0%) z respondentů neoznačil, že informace nikdy nedostal.

Graf 15A Způsob poskytování informací sestrou



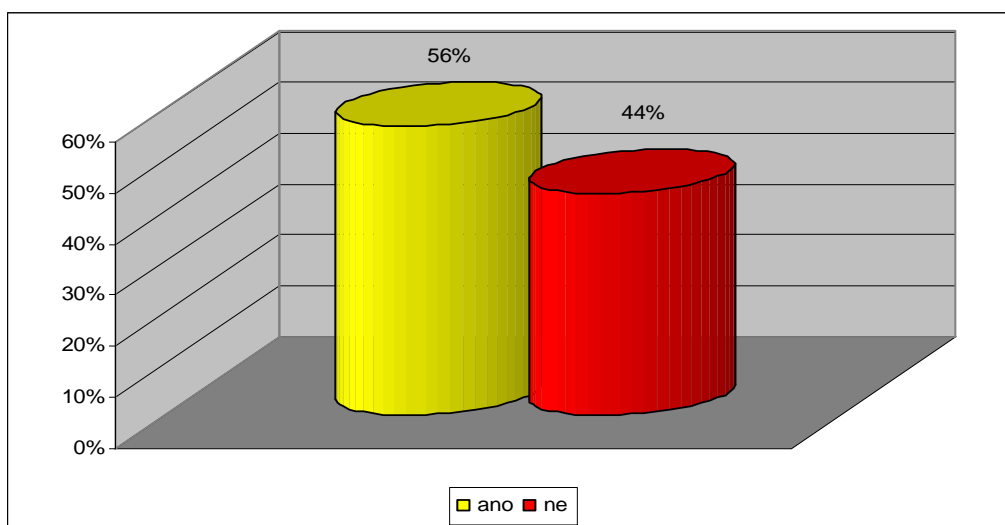
Z nabídnutých možností způsobů podávání informací 69 respondentů uvedlo, že jsou jim podávány srozumitelně, 1 respondent uvedl nesrozumitelně, 8 respondentů uvedlo, že příliš rychle, 1 respondent uvedl, že jsou mu informace sdělovány v čekárně před ostatními pacienty, 9 respondentům mezi dveřmi, 21 respondentům ve vyšetřovně za přítomnosti dalších osob a 32 respondentům ve vyšetřovně v soukromí. 1 respondent uvedl, že jsou mu požadované informace podávány po telefonu.

Graf 16A Požadavky na prostředí čekárny



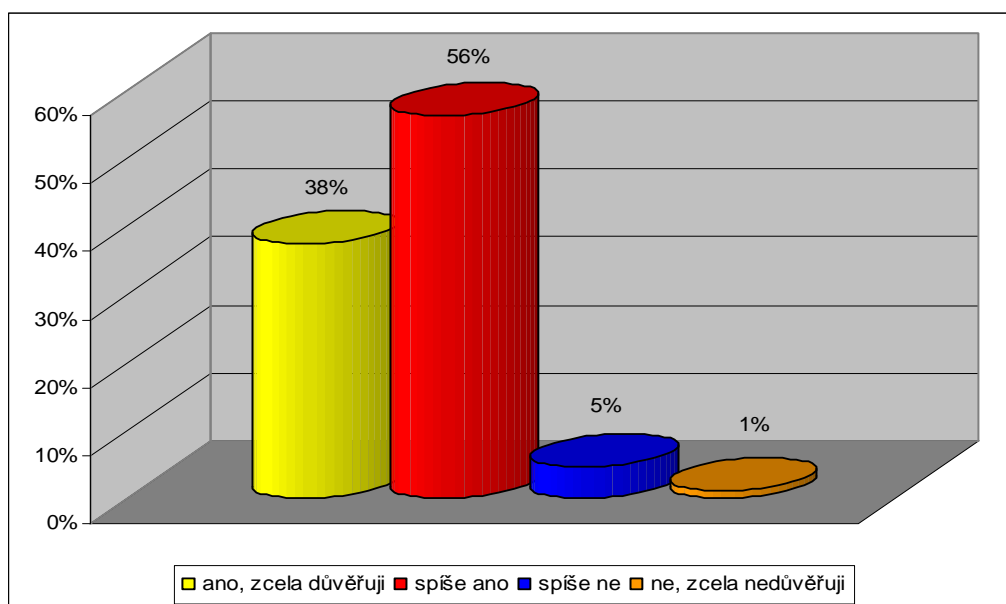
Z nabídnutých možností označilo čisté a upravené prostředí čekárny 82 respondentů, 21 respondentů označilo klimatizaci, čekárnu s okny uvedlo 62 respondentů, bez oken uvedlo 0 respondentů, 53 respondentů označilo přístupné sociální zařízení, 40 respondentů květiny, 46 respondentů informativní materiály týkající se podpory upevňování zdraví a 28 respondentů automat na pití.

Graf 17A Kontakt se sestrou v čekárně



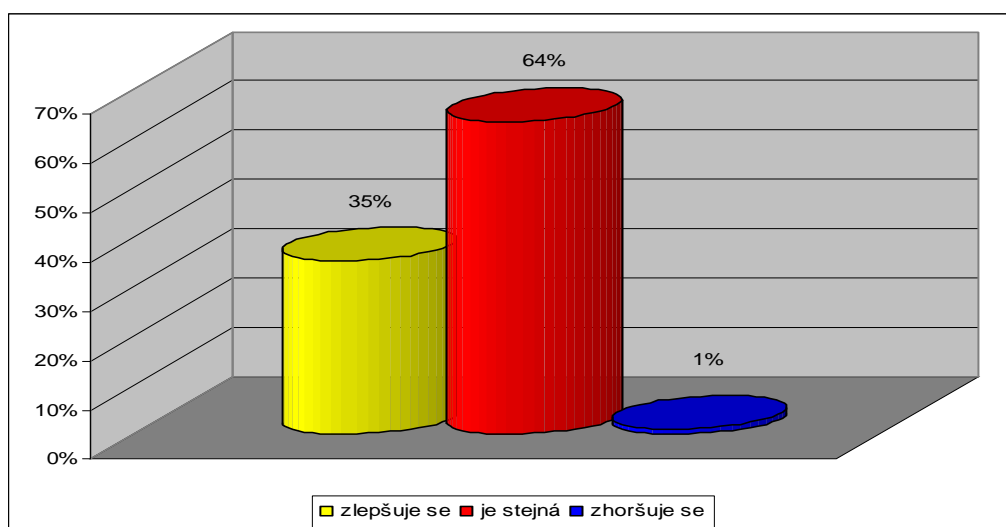
48 (56%) respondentů by uvítalo častější kontakt se sestrou v čekárně, 37 (44%) respondentů by častější kontakt neuvítalo.

Graf 18A Důvěra ke zdravotnickému personálu



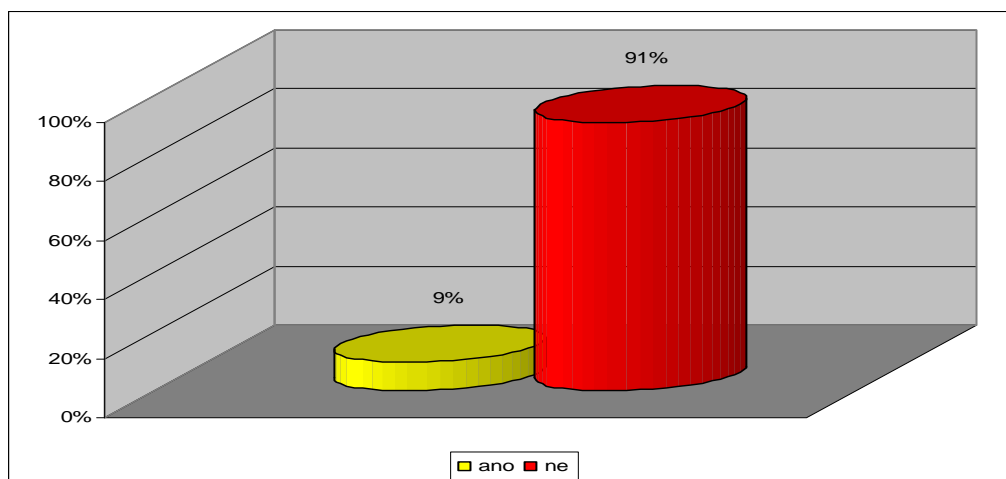
32 (38%) respondentů zcela důvěřuje zdravotnickému personálu, že pro ně udělá vše, co je v jeho možnostech, spíše ano uvedlo 48 (56%) respondentů, spíše ne uvedli 4 (5%), 1 (1%) respondent zdravotnickému personálu ordinace zcela nedůvěřuje.

Graf 19A Kvalita péče v ordinaci



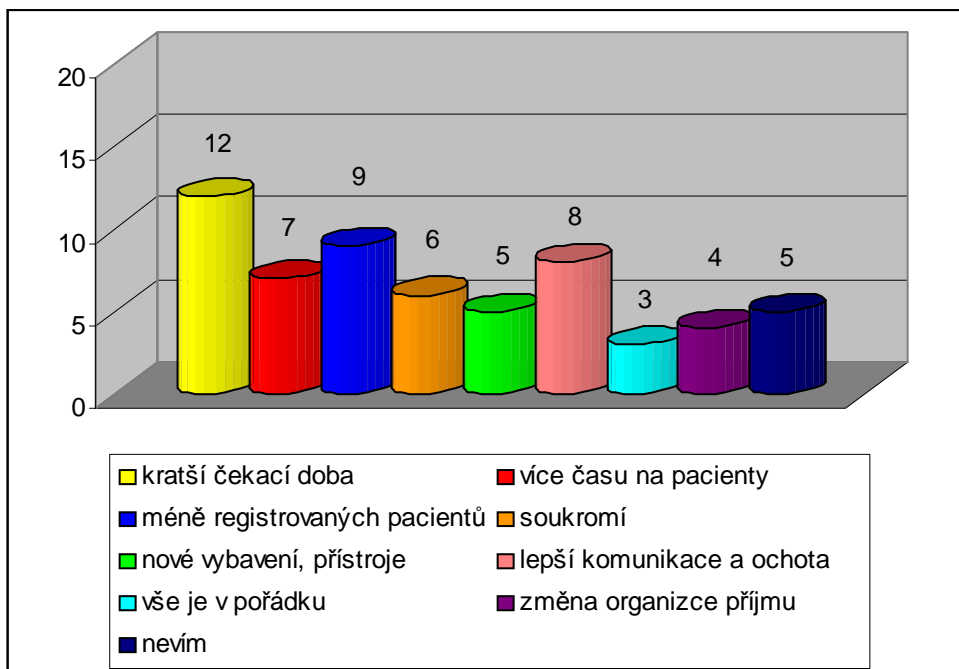
30 (35%) respondentů uvádí, že je kvalita péče o ně se zlepšuje, že je stejná označilo 54 (64%) respondentů, 1 (1%) respondent uvádí, že se kvalita péče zhoršuje.

Graf 20A Spokojenost s péčí sestry



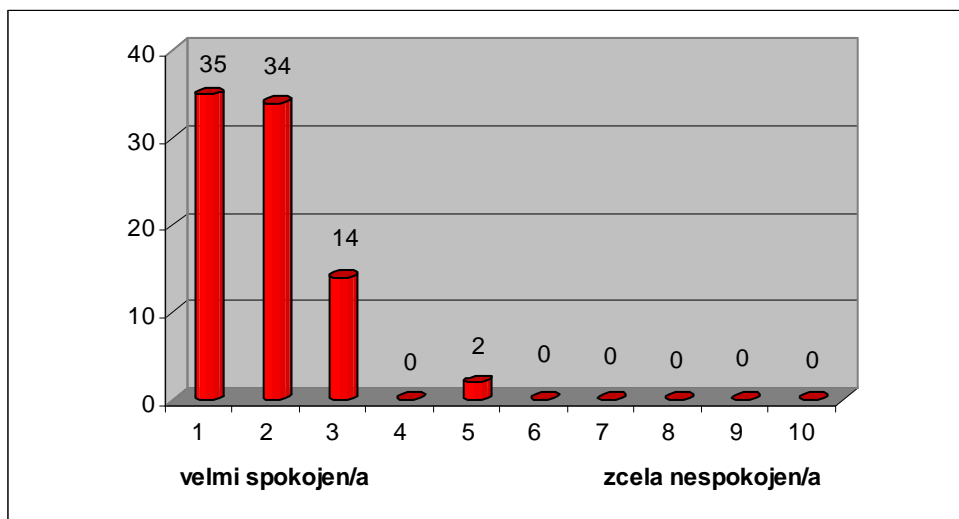
8 (9%) respondentů uvádí, že se jim u sestry nelíbil neochotný přístup, nezáměr a špatný pocit při odběru krve. 77 (91%) respondentů je s poskytovanou péčí sestrou spokojeno.

Graf 21A Názor pacientů na zlepšení péče o ně



Podle respondentů by ke zlepšení péče o ně v ordinaci praktického lékaře přispěla kratší čekací doba, kterou uvedlo 12 respondentů, 7 respondentů uvedlo více času na pacienty, 9 respondentů uvedlo, že by bylo dobré, aby bylo méně registrovaných pacientů, 6 respondentů má potřebu většího soukromí, 5 respondentů uvedlo, že by pomohlo nové vybavení a přístroje v ordinaci, dalších 8 respondentů si myslí, že by se měla zlepšit komunikace a sestra by měla být více ochotná, 3 respondenti uvedli, že je vše v pořádku, 4 respondenti uvedli, že by pomohla změna organizace příjmu a 5 respondentů uvedlo, že neví.

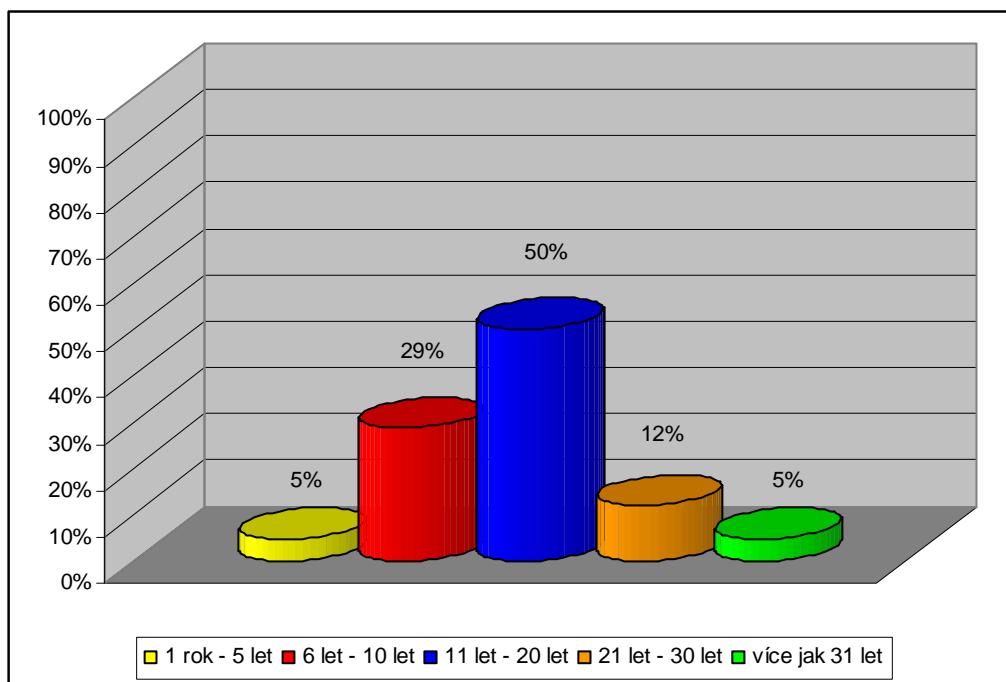
Graf 22A Celkové hodnocení spokojenosti pacientů



Celkovou spokojenost pacientů s péčí sester v ordinaci praktického lékaře znázornili respondenti následovně. 35 respondentů bylo velmi spokojeno, 34 respondentů označilo stupeň 2, 14 respondentů stupeň 3 a 2 respondenti stupeň 5, stupeň 4 a stupeň 6 – 10 neoznačil žádný (0) respondent.

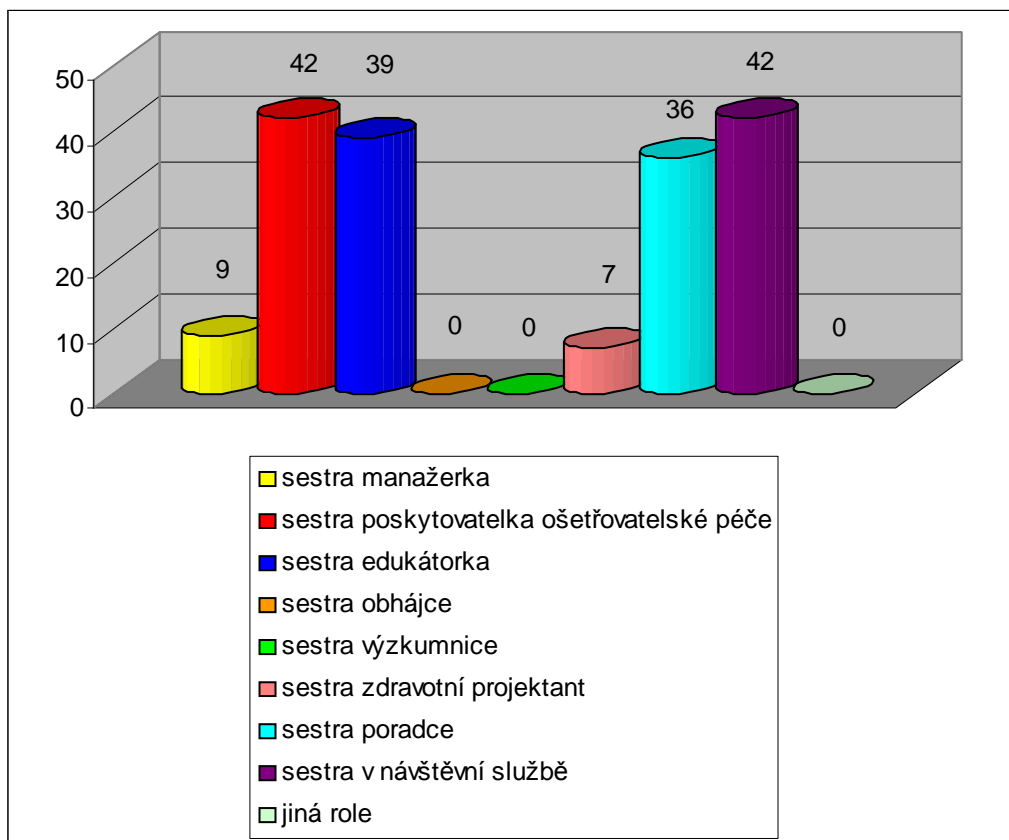
4.2. Výzkumný soubor 2B

Graf 1B Délka praxe



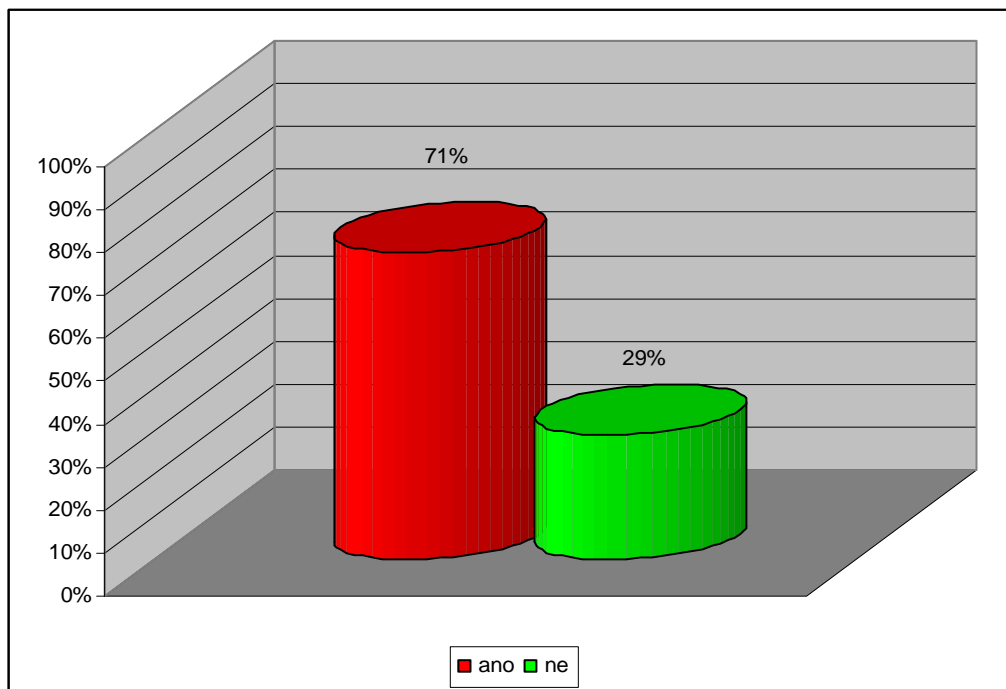
2 (5%) sestry uvedly délku praxe v ordinaci praktického lékaře 1 – 5 let, 12 (29%) sester má praxi 6 – 10 let, nejpočetnější byla skupina 21 (50%) sester s praxí 11 – 20 let, 5 (12%) sester odpovědělo, že jejich praxe 21 – 30 let, praxi více jak 31 let uvedly 2 (5%) sestry.

Graf 2B Role sestry



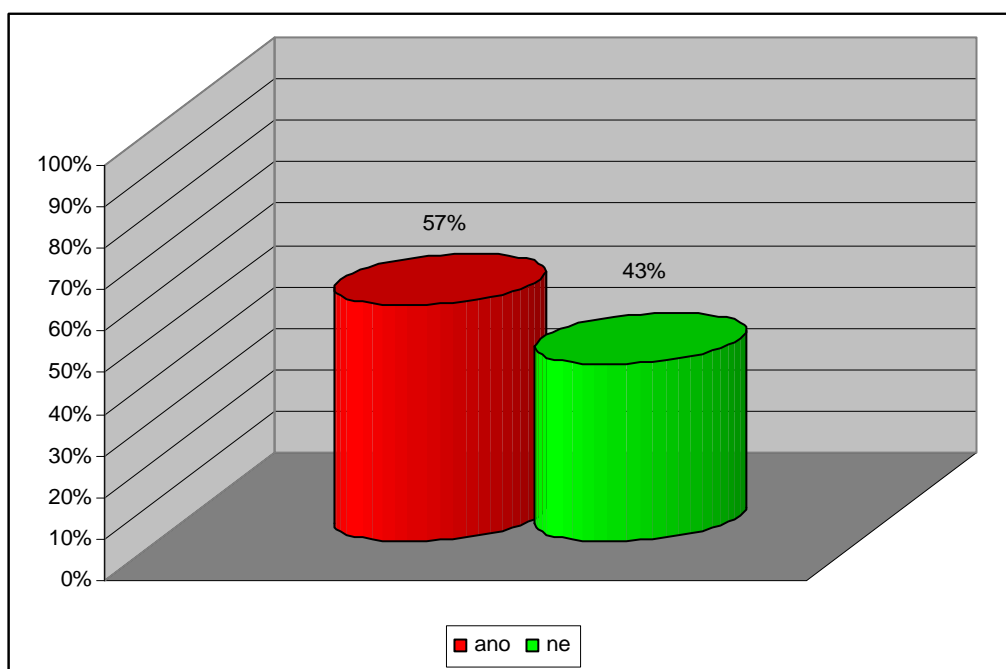
Z nabídnutých možností rolí sester považuje 9 sester za důležitou roli manažerky, nejčastěji byla označována role sestry poskytovatelky ošetrovateľskej péče a sestra v návštevnej službe, tyto role označilo 42 sester. Jako druhou nejdůležitější označilo 39 sester roli edukátorky, 36 sester označilo roli sestra poradce a 7 sester roli sestra zdravotní projektant. Role sestra obhájkce, sestra výzkumnice a žádná další role označeny nebyly.

Graf 3B Možnost účasti na odborných seminářích



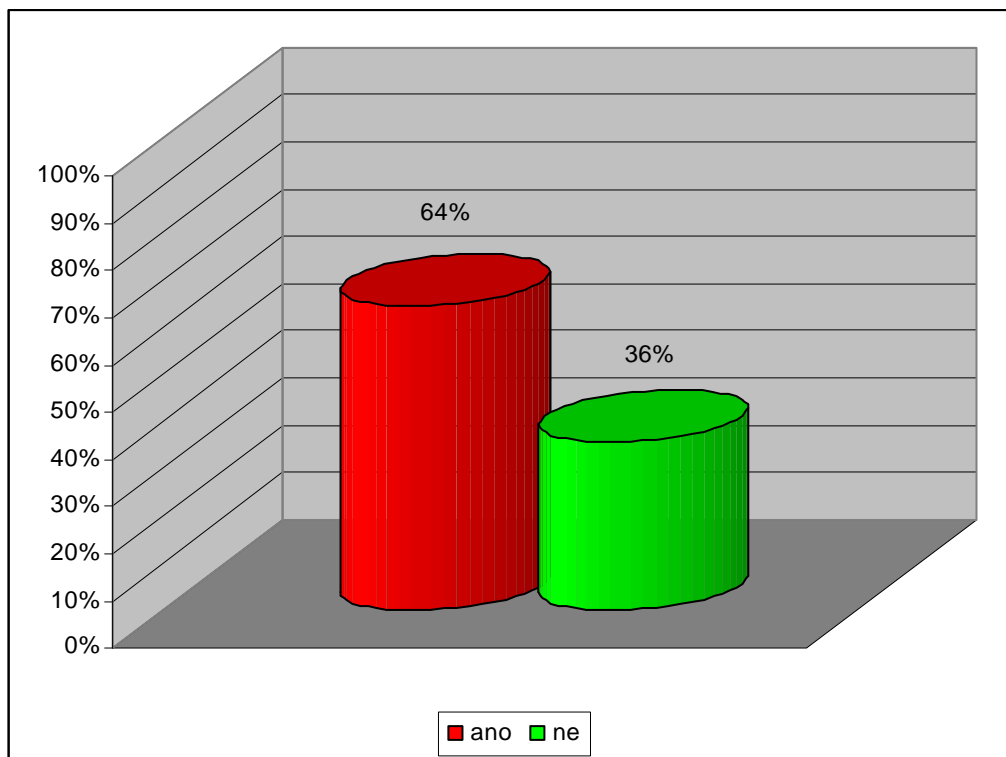
30 (71%) sester uvedlo, že má možnost účastnit se odborných seminářů, zbývajících 12 (29%) sester uvedlo, že tuto možnost nemá.

Graf 4B Vhodný prostor pro poskytování ošetrovatelské péče



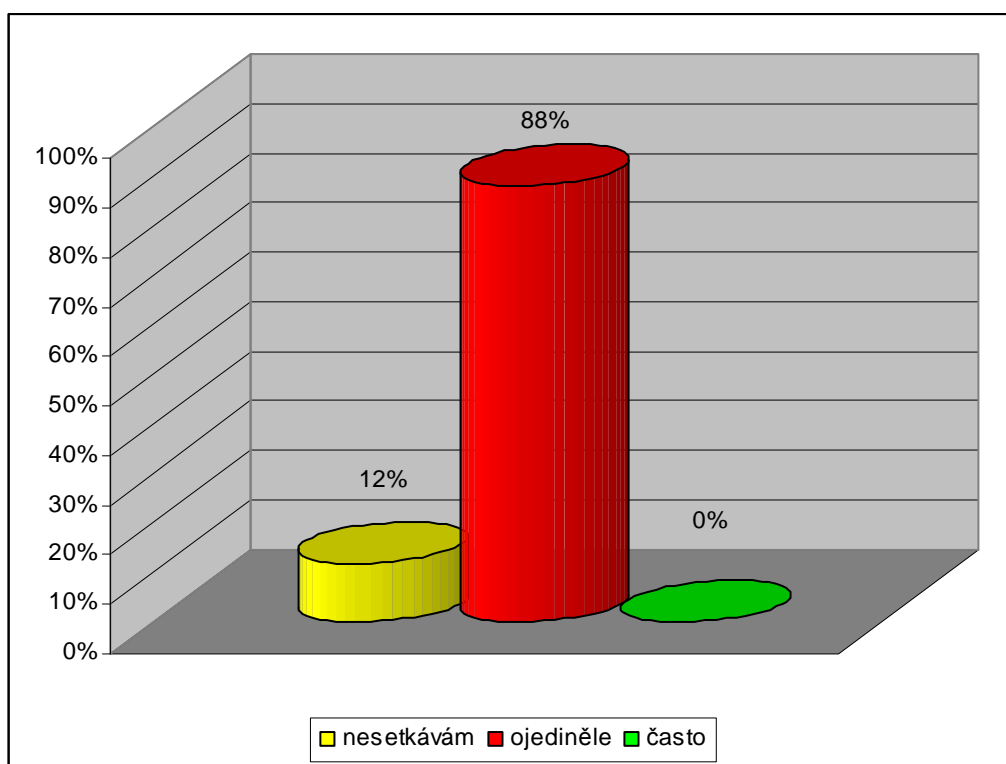
24 (57%) sester uvedlo, že má vhodné podmínky pro poskytování individuální ošetrovatelské péče svým pacientům, zbývajících 18 (43%) uvedlo, že vhodné podmínky nemá.

Graf 5B Dostatek času na pacienty



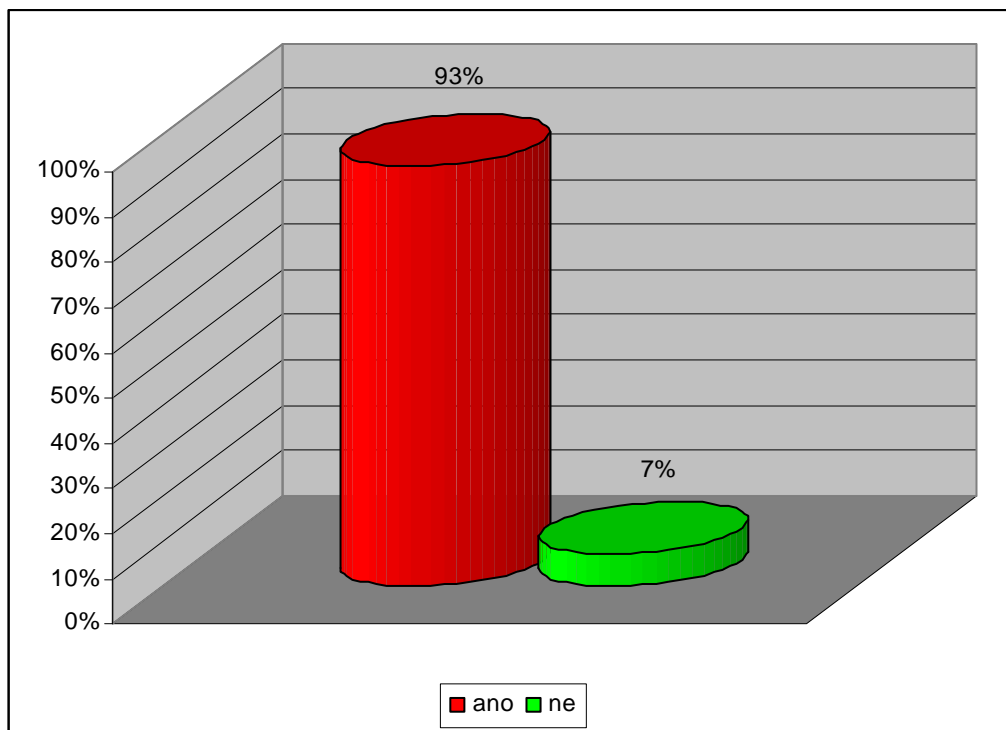
24 (57%) sester si myslí, že má dostatek času, který mohou věnovat svým pacientům, zbývajících 15 (36%) sester si myslí, že ne.

Graf 6B Nespokojenost pacientů s pohledu sestry



5 (12%) sester uvedlo, že se s nespokojeností pacientů nikdy neseťkalo, 37 (88%) sester uvedlo, že s nespokojeností pacientů se seťkávají ojediněle. S častou nespokojeností pacientů se neseťkala žádná (0%) z dotazovaných sester.

Graf 7B Změny přispívající ke zkvalitnění ošetrovatelské péče



39 (93%) sester přemýšlí o změnách, které by přispěly ke zkvalitnění jimi poskytované ošetrovatelské péče svým pacientům a pouze 3 (7%) sestry uvedly, že o žádné změně nepřemýšlí.

5. Diskuse

Ve svém výzkumu se zabývám problematikou spokojenosti pacientů/ klientů s péčí sester v primární péči se zaměřením na ordinace praktických lékařů. Spokojenost pacientů/ klientů s péčí sestry je ukazatelem kvality ošetrovatelské péče a může poukázat na případné nedostatky a vést k jejich řešení. Při své práci jsem se převážně setkávala s velice vstřícným vztahem k mému výzkumu a pouze ve dvou případech jsem se v ordinaci praktického lékaře setkala s negativním postojem k této problematice.

Výzkum byl prováděn metodou dotazování. Dotazníky vyplňovaly dvě skupiny respondentů. Pacienti/ klienti primární péče v ordinacích praktických lékařů (výzkumný soubor 1A, grafy jsou označeny písmenem A) a sestry v ordinaci praktických lékařů (výzkumný soubor 2B, grafy jsou označeny písmenem B).

První tři otázky dotazníku pro pacienty/ klienty v ordinacích praktických lékařů sloužily k rozlišení charakteristiky zkoumaného vzorku. Byly zaměřeny na věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Bártlová (1) ve své publikaci uvádí, že ženy jsou častějšími konzumenty zdravotní péče. I přes to, že žijí v průměru o 5 – 7 let déle než muži, zdá se být nemocnost žen vyšší než mužů a mnohem častěji ženy využívají i ambulantní péči. Toto tvrzení se prokázalo i v mém výzkumu, vzhledem k tomu, že můj dotazník vyplnilo 36 (42%) mužů a 49 (58%) žen. Častěji tedy využívají služby praktického lékaře a jejich sester právě ženy (graf 2A). Přesný věk zjišťován nebyl, pacienti/ klienti pouze zaškrtovali věkovou kategorii, do které patří. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem se zvyšuje riziko onemocnění a dá se předpokládat, že využívat zdravotnické služby bude povětšinou starší populace, může se zdát překvapivé, že nejpočetnější skupinu tvořila věková kategorie 19 – 29 let 27 (32%) respondentů. Mě ovšem tato skutečnost potěšila, jelikož pokud chápu primární péči, jako linii prvního kontaktu a jako péči, která je zaměřená převážně na prevenci, výchovu a rozvoj zdraví, mohu z takovéto návštěvnosti mladých lidí soudit, že prevence v jejich životě má významné postavení, a že pro informace o podpoře a posilování zdraví si chodí právě do ordinace praktického lékaře. Tuto skutečnost mohou potvrdit i výsledky grafu 5A, které

je uvedeny níže. Druhou nejpočetnější skupinu tvořila věková kategorie 50 – 59 let, kterou označilo 19 (22%) respondentů (graf 1A). Otázku vzdělávání respondentů jsem zvolila především z důvodu, že jinak bude přijímat péči člověk se základním vzděláním a jinak člověk s vysokoškolským vzděláním. Míra informovanosti, znalostí a porozumění péče o vlastní zdraví je základem k rozvoji a udržení vlastního zdraví. Výsledky ukázali, že na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 30 (35%) z dotázaných, že mají střední školu s maturitou, základní vzdělání uvedlo pouhých 6 (7%) a vysokoškolské vzdělání označilo 12 (14%) respondentů (graf 3A).

Holčík (9) ve své knize píše, že obsahem primární péče jsou zdravotnické služby, které jsou orientované na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, terapii, ošetřování a rehabilitaci. Přičemž prevenci, výchovu a rozvoj zdraví považují za velmi důležité. V páté otázce jsem se respondentů ptala na důvody návštěvy ordinace praktického lékaře. Je velmi dobré, že nejčastěji uváděnou možností byla preventivní prohlídka, kterou označilo 33 respondentů, je to důkazem, že prevence je v povědomí obyvatel důležitým článkem v péči o zdraví. Druhým nejčastějším důvodem byla pravidelná kontrola při dlouhodobém onemocnění, označená 26 respondenty. Jak už jsem výše uvedla, že druhou nejpočetnější skupinou respondentů byla věková kategorie 50 – 59 let a zmínila jsem skutečnost, že s přibývajícím věkem narůstá nemocnost, tak mě tato odpověď nepřekvapila. Stejný počet (26) respondentů využilo možnost napsat jiný důvod. Jednalo se nejčastěji o odpovědi typu, že ordinaci navštívili kvůli očkování, aplikaci léků v injekční formě, při akutním onemocnění či při úrazu, bolestech zad a nebo za účelem ukončení pracovní neschopnosti (graf 5A).

Otázky 8, 9, 10 a 11 zjišťovaly, jaký by měl být přístup sestry k pacientovi/ klientovi, jak pacienti/ klienti hodnotí ošetřovatelskou péči sester, co se týče odborných výkonů, komunikace a jak hodnotí zájem a čas, který sestra svým pacientům/ klientům věnuje. Většina respondentů (77) očekává od sestry vstřícný přístup, 43 respondentů uvádí aktivní přístup a 24 respondentů uvádí, že sestra musí mít schopnost motivovat (graf 8A). Odborné výkony, jako odběry krve, měření krevního tlaku, aplikaci injekcí a další hodnotilo 51 respondentů na bodové stupnici jako výborné. Jde o subjektivní pocity pacientů/ klientů během prováděného výkonu (graf 9A). Vzhledem k tomu, že 76

(89%) respondentů uvedlo, že s nimi sestra během prováděného výkonu komunikuje, předpokládám, že právě tato skutečnost má velký vliv na vnímání a hodnocení prováděného odborného výkonu, díky odvedení pozornosti pacienta/ klienta jsou jeho nepříjemné pocity z výkonu potlačeny (graf 10A). Co se týče spokojenosti pacientů/ klientů se zájmem a časem sestry, který věnuje jejich problémům, se ukázalo, že 35 (41%) je velmi spokojeno a 48 (56%) je spíše spokojeno (graf 11A). Je na místě podotknout, že tato otázka nebyla příliš vhodně zvolená, jelikož to, že sestra nemá čas, nemusí hned znamenat, že nemá ani zájem o pacienta/ klienta. Pokud, se podíváme i do výsledku grafu 4B druhého dotazníku, kde jsem se ptala sester na jejich názor, zda si myslí, že mají dostatek času na pacienty/ klienty, vidíme, že většina 24 (57%) uvádí, že ano (graf 4B). I přes neúplnou objektivitu tato skutečnost, potvrzuje moji hypotézu, že uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře nesignalizují nedostatek v poskytování ošetrovatelské péče.

Otázky 12, 13, 14, 15 zjišťovaly informovanost pacientů/ klientů a způsoby, jakým sestry požadované informace svým pacientům/ klientům sdělují. Třetí hypotézu „Uživatelé znají jakou ošetrovatelskou péči (výkony) mohou od sestry požadovat potvrzuje skutečnost, že 24 (28%) respondentů zná plný rozsah svých práv a tudíž je zřejmé, že takovou péči i vyžadují a 25 (29%) zná práva alespoň částečně. Bohužel i zde 5 (6%) respondentů uvádí, že si myslí, že jejich práva nejsou dodržována. Zbývající respondenti buď vůbec neví, že nějaká práva mají nebo je to nezajímá (graf 12A). Míru informovanosti pacientů/ klientů může z velké části ovlivnit právě sestra, na základě poskytování informací při každém setkání či činnosti s pacientem/ klientem. A tak zde velký význam hraje role sestry jako obhájkyň. Jak uvádí Farkašová (5) ve své publikaci sestra v roli obhájkyň, reprezentuje pacientova/ klientova práva, vysvětluje mu je a obhajuje jeho zájmy ve prospěch a uspokojení jeho potřeb. O existenci práv by měl být poučen každý pacient/ klient a jejich znění by mělo být v čekárnách ordinací běžně k dispozici. Role obhájkyň, ale není sestrami v ordinacích praktických lékařů realizována a není považována za důležitou, jak máme možnost vidět z grafu 2B. Vzhledem k neustálému technickému vývoji se ukázalo, že informace o právech a rozsahu poskytované ošetrovatelské péče pacientů/ klientů dostávají nejčastěji

prostřednictvím internetu, médií nebo známých. Od sestry dostalo takové informace pouze 8 (15%) respondentů a od lékaře 7 (13%) respondentů, stejný počet respondentů tyto informace získalo z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví (graf 13A). Vliv na spokojenost, kvalitu péče a informovanost pacientů/ klientů má jednoznačně způsob, jakým jsou jim požadované informace sdělovány a ochota zdravotnického personálu. Co se týče ochoty sdělování informací 43 (51%) respondentů uvádí, že informace, které po sestře požadují, jsou jim vždy poskytnuty (graf 14A). Výsledky výzkumu dále ukazují, že informace jsou převážně sdělovány srozumitelně a ve vyšetřovně v soukromí, což je velmi pozitivní (graf 15A).

V otázce 19, mě zajímalo, jak pacienti/ klienti charakterizují kvalitu péče v ordinaci, kterou navštěvují, jelikož právě kvalita péče je důležitým ukazatelem spokojenosti pacientů/ klientů, a to uvádí ve své publikaci i Bártlová (1). WHO (25) ve svých učebních textech pro sestry a porodní asistentky zmiňuje, že posuzování kvality péče je ovlivněno hodnotovým systémem a stupněm znalostí každého z respondentů, a že kvalitu péče ovlivňuje mnoho faktorů, přičemž některé sestra ovlivnit může a jiné ne. To by mělo být i v povědomí pacientů/ klientů. Odpovědi na tuto otázku byly následující. Že se kvalita péče zlepšuje, uvedlo 30 (35%) respondentů, a že je stejná uvedlo 54 (64%) respondentů (graf 19A). Aby sestry mohli poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí dodržovat určité standardy poskytování péče, ale také se ptát na názory pacientů/ klientů a jejich potřeby související se zkvalitněním péče o ně. A tak jsem se v dvacáté první otázce ptala na názor respondentů, co si myslí, že by ke zlepšení kvality péče o ně přispělo. Nejčastější odpovědí bylo zkrácení čekací doby, snížení počtu registrovaných pacientů/ klientů, zlepšení komunikace a ochota sestry i lékaře, dále pacienti uváděli potřebu většího soukromí, nového vybavení technického rázu a změny organizace příjmu (graf 21A).

U otázky 20 jsem se ptala pacientů/ klientů, zda se jim něco na poskytované péči sestrou nelíbilo. Z 85 dotázaných respondentů 77 (91%) s poskytovanou péčí spokojeno a pouhých 8 (9%) uvedlo, že se jim nelíbil buď neochotný přístup a nezájem nebo nepříjemný pocit při provedení odběru krve (graf 20A). Tento výsledek koreluje i s výsledky naznačenými v grafu 10A, kdy 9 respondentů uvedlo, že s nimi sestry při

provádění výkonu nekomunikuje. Z takového výsledku je zřejmé, že sestry v ordinacích praktických lékařů poskytují opravdu kvalitní ošetrovatelskou péči.

O kvalitně poskytované ošetrovatelské péči v ordinaci vypovídá i poslední otázka, která zkoumala celkovou spokojenost pacientů/ klientů s péčí sestry v ordinaci praktického lékaře. Zde se potvrdila moje první hypotéza „ Uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí“. Na bodové stupnici označilo 35 respondentů, že bylo velmi spokojeno (graf 22A). Když, jsem se ptala sester, zda se setkávají s nespokojeností pacientů/ klientů odpovědělo 37 (88%) sester, že ojedinele a 5 (12%) sester se s nespokojeností pacienta/ klienta nesetkalo (graf 6B).

Druhý dotazník byl určený pro sestry v ordinacích praktických lékařů. Měl zjistit, zda sestry mají podmínky pro poskytování individuální ošetrovatelské péče. V první otázce jsem zjišťovala délku praxe dotázaných sester. Z výzkumného souboru 42 sester mají 2 (5%) praxi 1 – 5 let, 12 (29%) má praxi 6 – 10 let, nejvíce 21 (50%) sester má praxi 11 – 20 let, 5 (12%) sester odpovědělo, že jejich praxe je 21 – 30 let, praxi více jak 31 let uvedly 2 (5%) sestry (graf 1B). V druhé otázce jsem se ptala jakou roli ve své profesi sestry považují za nejdůležitější. Jak píše Farkašová (5), role sestry prošly složitým vývojem v minulosti a mění se i dnes. Uvádí také skutečnost, že sestra nikdy nezastává jen jednu roli, ale vždy více a tyto role jsou ovlivňovány změnami ve společnosti, ve zdravotním systému, novými poznatky a technologiemi. V dnešní době by role sestry, měly být orientovány více na podporu zdraví. Z mého výzkumu vyplynulo, že jsou pro sestry nejdůležitější role poskytovatelka ošetrovatelské péče, sestra v návštěvní službě, role edukátorky a poradkyně. Ostatní role, jako manažerka, výzkumnice, obhájkyň označilo zanedbatelné množství nebo žádná sestra (graf 2B). Role, které nebyly označeny, nebo je označilo malé množství sester, jsou, ale také důležité vzhledem k modernímu pojetí ošetrovatelství. A sestry by měly mít možnost se s nimi seznámit a naučit se je aplikovat při poskytování ošetrovatelské péče. Aby sestry mohly poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a uplatnit své znalosti a dovednosti v moderním ošetrovatelství, je jejich vzdělávání velmi důležité. Proto jsem se ve čtvrté otázce sester ptala, zda mají možnost účastnit se odborných seminářů, díky kterým, by

získávaly nové poznatky v oblasti primární péče. Z dotázaných sester, 30 (71%) uvedlo, že možnost navštěvovat odborné semináře má, 12 (29%) sester uvedlo, že ne. (graf 3B) Po vyhodnocení této otázky, jsem si uvědomila, že se nestačí pouze zeptat, jestli tu ta daná možnost je či není, ale zda tuto možnost sestry i využívají a mají k tomu podmínky.

Otázky 4 a 5 zjišťovaly, zda sestry mají vhodné podmínky pro poskytování individuální ošetrovatelské péče a zda si myslí, že mají dostatek času, který mohou svým pacientům/ klientům věnovat. Moje čtvrtá hypotéza, že „Sestry nemají podmínky pro uplatnění moderního ošetrovatelství v rámci primární péče“ se nepotvrdila. Jelikož 24 (57%) sester uvedlo, že vhodné podmínky má (graf 4B). A 24 (57%) sester si myslí, že mají i dostatek času, který svým pacientům/ klientům mohou věnovat. Tato skutečnost již byla zmíněna výše v souvislosti s názorem pacientů/ klientů na zájem a čas sestry (graf 5B).

Vzhledem k tomu, že ošetrovatelství jako vědní obor jde neustále kupředu a mnoho věcí se mění, ptala jsem se v poslední otázce sester, jestli uvažují o nějaké změně, která by přispěla ke zkvalitnění péče o jejich pacienty/ klienty. Je velmi pozitivní, že z 42 dotázaných sester 39 (93%) o takové změně uvažuje (graf 7B). Aby nezůstalo jen u obecných představ, bylo by zajímavé zjistit v následujícím výzkumu konkrétní náplň nebo obsah změn, které by sestry chtěly aplikovat ve své praxi pro zkvalitnění ošetrovatelské péče.

6. Závěr

Spokojenost pacientů/ klientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality poskytované péče. Tato práce se zabývala spokojeností pacientů/ klientů s ošetrovatelskou péčí sestry v ordinaci praktického lékaře (primární péče), informovaností pacientů/ klientů a také skutečností, zda sestry v ordinaci praktického lékaře (primární péče) mají vhodné podmínky pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí sestry v ordinaci praktického lékaře, zjistit informovanost pacientů o rozsahu poskytované ošetrovatelské péče sestrou v ordinaci praktického lékaře a zjistit, zda sestry mají podmínky pro poskytování individuální ošetrovatelskou péči v ordinacích praktických lékařů.

Ve výzkumu byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza potvrdila, že uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí. Druhá hypotéza, že uživatelé primární péče poskytované sestrou v ordinaci praktického lékaře nesignalizují nedostatek v poskytování ošetrovatelské péče se také potvrdila. Třetí hypotéza opět potvrdila, že uživatelé znají jakou ošetrovatelskou péči (výkony) mohou od sestry požadovat. Poslední čtvrtá hypotéza, že sestry nemají podmínky pro uplatnění moderního ošetrovatelství v rámci primární péče se nepotvrdila.

Výsledky výzkumu odhalily, že většina uživatelů primární péče poskytovaných sestrami v ordinacích praktických lékařů jsou spokojeni. Pacienti/ klienti pozitivně hodnotily především odborné výkony prováděné sestrou, jako odběry biologického materiálu, aplikaci injekcí a další. Jednalo se především o jejich subjektivní pocity během prováděného výkonu. Svůj vliv na míru spokojenosti v této oblasti měla i skutečnost, že sestry během takových výkonů se svými pacienty/ klienty komunikují. Dále velmi pozitivně hodnotily zájem a čas, který je jim sestrou věnován. Výsledky celkové spokojenosti ukázaly, že spokojenost pacientů je vysoká, a to svědčí o tom, že péče sester v ordinacích praktických lékařů je kvalitní a na dobré úrovni.

Informovanost pacientů/ klientů je na dobré úrovni, ale stále jsou tací, kteří dostatek informací nemají nebo je ani nezajímají. Ukázalo se, že převážnou většinu informací pacienti/ klienti získávají především prostřednictvím internetu, medií nebo od známých. Většina pacientů/ klientů uvádí, že jim jsou vždy poskytnuty požadované informace sestrou sděleny, a to srozumitelně a ve vyšetřovně v soukromí. I přesto, si myslím, že by některé podstatné informace, měly sestry sdělovat automaticky, aby se na ně pacient/ klient nemusel ptát. Někoho totiž i velmi podstatné skutečnosti nemusí vůbec napadnout.

Výzkum také prokázal, že většina sester v ordinacích praktických lékařů má vhodné podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče a uplatnění moderního ošetrovatelství. A to jak prostorové, časové, tak i s pohledu dalšího vzdělávání na odborných seminářích.

7. Klíčová slova

primární péče

spokojenost

kvalita

prevence

podpora

výchova ke zdraví

sestra

8. Seznam použité literatury

- 1) BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. s. 118 ISBN 80-7013-311-2.
- 2) BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetřovatelství* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. s. 146 ISBN 80-7013-416-X.
- 3) BRABCOVÁ I., Ing. *Management zdravotnických a ošetřovatelských služeb* 1. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, katedra Ošetřovatelství. 2005
- 4) *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra, Adresář agentur domácí péče* vydává Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s VZP ČR, MPSV a MZ. 1998
- 5) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie* 1. čes. vyd. Martin: Osveta. 2006 s. 211 ISBN 80-8063-227-8.
- 6) FESTOVÁ, A. *Diplomová práce: Vize komunitního ošetřovatelství v ČR* České Budějovice 2006, s. 195 ZS- DP-2199.
- 7) GULÁŠOVÁ, I. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry* In *Sestra* 2004, číslo 6, ročník 14, s. 8. ISSN 1210-0404.
- 8) HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2004 ISBN 80-8063-155-7.

- 9) HOLČÍK J., KÁŇOVÁ P., PRUDIL L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. s. 186 ISBN 80-7013-417-8.
- 10) INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči* Kostelec nad černými lesy: Institut zdravotní politiky, 2003. s. 269 ISSN 1213-8096.
- 11) JUŘENÍKOVÁ, P. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník zdravotnických škol 1. část* 1. vyd. Uherské Hradiště: 2000, s. 154
- 12) KOZIEROVÁ B. *Ošetrovatel'stvo 1. díl* 1. vyd. Martin: Osveta, 1995 s. 836 ISBN 80-217-0528-0.
- 13) MASTILIAKOVÁ D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1999 s. 164 ISBN 80-7013-277-9.
- 14) MASTILIAKOVÁ D. *Úvod do ošetrovatelství 1.díl* 1. vyd. Praha: Karolinum. 2004 s. 187 ISBN 80-246-0429-9.
- 15) MACH J. et al. *Zdravotnictví a právo, komentované předpisy* 1. vyd. Praha: Orac, s. r. o. , 2003. s. 350 ISBN 80-86199-50-9.
- 16) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel'stva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století* Praha: MZ ČR. 2003 s.124 ISBN 80-85047-99-3.
- 17) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ *Národní program zdraví* Praha: MZ ČR 1995 s.60

- 18) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR. 2002 s. 271
ISBN 80-85047-21-7.
- 19) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Výklad základních pojmů: Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století* 1. vyd. Praha: MZ ČR 2004 s.160 ISBN 80-85047-33-0.
- 20) SALVAGE, J. *Sestra v akci*. 1. vydání. Praha: Česká asociace sester, 1997.
IBSN 92 890 1312 5.
- 21) SEIFERT, B. *Primární péče – praktické lékařství* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. s. 156 ISBN 80-246-0883-9.
- 22) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 50s. ISBN 80-7013-263-9.
- 23) ŠAMÁNKOVÁ et al. *Základy ošetřovatelství* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006 s. 353 ISBN 80-246-1091-4.
- 24) VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry* 1. vyd. Praha: Grada. 2005 s. 100 ISBN 80-247-1198-2.
- 25) WHO. *Lemon I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, s. 178 ISBN 80-7013-234-5.

26) WHO. *Lemon 4* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, s. 160 ISBN 80-7013-248-5.

27) ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum* 1. vyd. Martin: Osveta. 2003 s. 319 ISBN 80-8063-131-X.

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2: Deklarace z Alma-Aty 1978

Příloha č. 3: Přehled cílů programu Zdraví 21

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Dobrý den. Jmenuji se Bohuslava Kvoriaková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který bude podkladem k výzkumu mé bakalářské práce na téma Spokojenost pacientů s péčí sester v primární péči. Dotazník je anonymní a nebude použit pro jiné účely. Při vyplňování zakroužkujte pouze jednu možnost, pokud není uvedeno jinak.

1) Váš věk?

- a) 19-29
- b) 30-39
- c) 40-49
- d) 50-59
- e) 60 a více

2) Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) ZŠ (základní škola)
- b) SOÚ (střední odborné učiliště)
- c) SŠ (střední škola s maturitou)
- d) SOŠ (střední odborná škola s maturitou)
- e) VOŠ (vyšší odborná škola)
- f) VŠ (vysoká škola)
- g) Jiné.....

4) Představil se Vám zdravotnický personál při prvním vstupu do ordinace praktického lékaře?

- a) ano
- b) ne

5) Jaký je důvod návštěvy ordinace praktického lékaře?(můžete zakroužkovat více možností)

- a) preventivní prohlídka
- b) vstupní vyšetření
- c) získání informací ohledně podpory vlastního zdraví
- d) pravidelná kontrola při dlouhodobém onemocnění
- e) akutní zhoršení dlouhodobého onemocnění
- f) jiný důvod prosím uveďte:

6) V případě, že se u Vás objeví dosud neznámé zdravotní potíže, na koho se obracíte?

- a) na svého praktického lékaře
- b) na specialistu
- c) na sestru v ordinaci praktického lékaře
- d) na rodinné příslušníky
- e) nevím na koho se mám obrátit

7) Který ze způsobů organizování příjmu do ordinace Vám vyhovuje nejvíce?

- a) bez objednání
- b) bez objednání s přidělením pořadového čísla
- c) telefonickým objednáním
- d) osobně
- e) jiným způsobem

8) Jaký by měl být podle Vás přístup sestry k Vaší osobě?(můžete zakroužkovat více možností, popřípadě uvést jinou možnost)

- a) aktivní
- b) vstřícný
- c) motivující
- d) ovlivňující
- e) direktivní
- f) přistupuje až na žádost pacienta/klienta
- g) osobní
- h) jiný:.....

9) Jak hodnotíte prováděné odborné výkony sestrou jako je např. odběr krve, měření krevního tlaku, očkování a jiné?(zakroužkujte, přičemž 1=výborně a 10= velmi špatně)

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

10) Komunikuje s Vámi sestra během prováděného odborného výkonu?

- a) ano
- b) ne

11) Jak jste spokojen/a se zájmem a časem, který sestra věnuje Vaším problémům?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a
- d) zcela nespokojen/a

12) Víte, že máte jako pacient v ordinaci praktického lékaře určitá práva?

- a) ano a seznámil/a jsem se s jejich zněním
- b) ano, ale dosud jsem se s jejich zněním neseznámil/a
- c) ano, ale podle mne nejsou dodržována
- d) nevěděl/a jsem, že existují
- e) ne, nezajímají mě
- f) nevím

13) Odkud jste získal/a informace o právech pacientů?

- a) internet
- b) z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví
- c) lékař
- d) sestra
- e) jiný zdroj.....

14) Jsou Vám vždy poskytnuty informace, které po sestře žádáte?

- a) ano, vždy
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) nikdy

15) Jakým způsobem jsou Vám požadované informace sestrou sdělovány?(možnost zakroužkovat více možností)

- a) srozumitelně
- b) nesrozumitelně
- c) příliš rychle
- d) v čekárně před ostatními pacienty/klienty
- e) mezi dveřmi
- f) ve vyšetřovně za přítomnosti dalších osob

- g) ve vyšetřovně v soukromí
- h) jiná možnost.....

16) Jaké prostředí čekárny by pro Vás bylo nejvhodnější?(možnost zakroužkovat více možností)

- a) čisté a upravené
- b) s klimatizací
- c) s okny
- d) bez oken
- e) s přístupným sociálním zařízením
- f) s květinami
- g) s informativními materiály týkající se podpory a upevňování zdraví
- h) s automatem na pití

17) Uvítal/a by jste častější kontakt se sestrou v čekárně?

- a) ano
- b) ne

18) Důvěřujete zdravotnickému personálu ordinace, že pro Vás udělá vše, co je v jejích možnostech?

- a) ano, zcela důvěřuji
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, zcela nedůvěřuji

19) Jak by jste charakterizoval/a kvalitu péče o Vás v této ordinaci?

- a) zlepšuje se
- b) je stejná
- c) zhoršuje se

20) Mohl/a by jste říct, že se Vám na poskytované péči sestrou něco nelíbilo?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, můžete napsat co se Vám nelíbilo?

.....
.....

21) Co by podle Vás přispělo ke zlepšení péče o pacienty v ordinaci praktického lékaře?

.....
.....
.....

**22) Jak jste celkově spokojen/a s péčí sestry v ordinaci praktického lékaře?
(zakroužkujte, přičemž 1=nejlepší známka a 10=nejhorší známka)**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.
Bohuslava Kvoriaková

Příloha č. 2

Deklarace z Alma-Aty 1978

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči (*primary health care*) na svém zasedání v Alma-Atě 12. září 1978 vyzvala všechny vlády, zdravotníky a veřejné činitele a celou světovou veřejnost, aby chránili, posilovali a rozvíjeli zdraví všech lidí návštěvě. Konference přijala toto prohlášení:

I.

Konference zdůrazňuje, že zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem. Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je nejdůležitějším celosvětovým společenským cílem, jehož realizace vyžaduje společné úsilí zdravotnictví a všech dalších společenských a ekonomických sektorů.

II.

Dosavadní závažné rozdíly ve zdravotním stavu lidí, nejen mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi, ale také uvnitř států, jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné a jejich odstranění je společným zájmem všech zemí.

III.

Ekonomický a sociální rozvoj založený na „Nových mezinárodních ekonomických pravidlech“ má základní význam pro dosažení zdraví všech lidí a pro zmenšení propasti mezi zdravotním stavem obyvatelstva v rozvojových a rozvinutých zemích. Rozvoj a ochrana zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického a sociálního rozvoje, zlepšuje I - kvalitu života a přispívá k světovému míru.

IV.

Lidé mají právo a povinnost podílet se na péči o své zdraví, a to jak jednotlivci, tak i celé kolektivy.

V.

Vlády nesou za zdraví svého lidu odpovědnost, které se mohou zhostit jen uplatněním přiměřených zdravotnických a sociálních opatření. Hlavní sociální úkol všech vlád, mezinárodních organizací a celé světové veřejnosti pro nejbližších deset let by měl být: dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí v celém světě, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví je prostředkem k dosažení tohoto cíle, který odpovídá sociálně spravedlivému pokroku.

VI.

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

VII.

Základní zdravotní péče:

1. Je odrazem a produktem ekonomických poměrů, společenských, kulturních a politických charakteristik země a obyvatel, opírá se o aplikaci podstatných výsledků výzkumu sociálních a zdravotnických služeb a o zkušenosti veřejného zdravotnictví.
2. Soustřeďuje se na hlavní zdravotní problémy společnosti a zajišťuje odpovídající preventivní, léčebné a rehabilitační služby.
3. Zahrnuje výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnání, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné vody a základní hygienu, péči o matku a dítě včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním nakažlivým chorobám, prevenci a kontrolu místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí a poranění a zásobování základními léčivými.
4. Týká se kromě zdravotnictví dalších odvětví a faktorů celostátního a místního rozvoje, zejména zemědělství a chovu domácího zvířectva, výroby potravin, průmyslu, výchovy, bydlení, výstavby, dopravy a spojů a vyžaduje koordinované úsilí všech těchto odvětví.
5. Vyžaduje a prosazuje maximální soběstačnost skupin a jednotlivců a jejich spoluúčast na plánování, organizaci, řízení a kontrole základní péče o zdraví při nejplnějším využití místních, celostátních i jiných dostupných zdrojů, a proto vhodnou výchovou rozvíjí podíl veřejnosti na péči o zdraví.
6. Měla by být zajištěna integrovanými systémy se zpětnou vazbou, vzájemně se podporujícími a vedoucími k postupnému zlepšování péče o zdraví všech lidí, a to zejména těch, kteří to potřebují nejvíce.
7. Spočívá na územně orientované zdravotní péči poskytované zdravotnickými pracovníky, tj. lékaři, sestrami, porodními asistentkami, pomocnými pracovníky, popřípadě i dalšími léčiteli, vždy však řádně vzdělanými společensky a odborně, kteří jako členové zdravotnických týmů přejímají odpovědnost za výsledky své kolektivní práce a za uspokojování zdravotních potřeb společnosti.

VIII.

Všechny vlády by měly formulovat svou politiku, strategii a plány činnosti tak, aby základní zdravotní péče byla zavedena a udržována jako součást celého zdravotnického systému a byla / koordinována s ostatními sektory. K tomu je nezbytné využít všech politických mechanismů, mobilizovat vlastní prostředky a racionálně užívat prostředků poskytnutých odjinud.

IX.

Všechny státy by měly spolupracovat v duchu přátelství a pomoci, aby zajistily všude základní zdravotní péči všem občanům, protože dosažení uspokojivé úrovně zdraví v jedné zemi se přímo týká i jiných zemí a příznivě je ovlivňuje. V této souvislosti představuje spolupráce Světové zdravotní organizace (WHO) a Dětského fondu OSN (UNICEF) solidní základ pro další rozvoj a funkci základní zdravotní péče na celém světě.

X.

Přijatelné úrovně zdraví pro všechny lidi na světě do roku 2 000 lze dosáhnout plnějším a lepším využitím světových zdrojů, jejichž značná část se nyní vydává na zbrojení a na vojenské konflikty. Upřímná politika nezávislosti, míru, uvolnění napětí a odzbrojení by mohla a měla uvolnit další zdroje, kterých by mohlo být dobře použito k mírovým účelům, zejména k urychlení sociálního a ekonomického rozvoje. Na základní zdravotní péči, která je jeho podstatnou součástí, by měly být vynaloženy odpovídající prostředky.

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči vyzývá k okamžitým a účinným domácím a mezinárodním opatřením k rozvoji a vybudování základní zdravotní péče na celém světě a zejména v rozvojových zemích v duchu odborné spolupráce a v souladu s "Novými mezinárodními ekonomickými pravidly". Vyzývá vlády, WHO a UNICEF,

ostatní mezinárodní organizace, nadační agentury, všechny zdravotníky a celou světovou veřejnost, aby podporovali domácí i mezinárodní snahy o rozvoj základní zdravotní péče a aby jí poskytovali zvýšenou odbornou i finanční podporu zejména v rozvojových zemích.

Konference vyzývá všechny, aby spolupracovali při zavádění, rozvoji a udržování základní zdravotní péče v souladu s obsahem této deklarace. **I**

Zdroj: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Výklad základních pojmů: Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století* 1. vyd. Praha: MZ ČR 2004 s.160 ISBN 80-85047-33-0

Příloha č. 3

Přehled cílů programu Zdraví 21:

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 ALESPONŮ 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 NEJNIŽŠÍ 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 PRACOVÍŠTI I 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: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století
Praha: MZ ČR. 2003 s.124 ISBN 80-85047-99-3

