

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

PREVENCE JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST PRIMÁRNÍ
ZDRAVOTNÍ PÉČE A NÁPLNĚ PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE

PREVENTION AS THE INTEGRAL PART OF
PRIMARY HEALTH CARE

Kateřina Řádová

Bakalářská práce

2009-2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina ŘADOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Prevence jako nedílná součást primární zdravotní péče
a náplně praktického lékaře.**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Zjistit uplatnění prevence v praxi.

Způsoby, realizace a komplikace související s realizací prevence.

Předpoklady:

Domnívám se, že primární péče a potenciál praktických lékařů nejsou v České republice sto-
procentně využity.

Metody:

Analýza získaných informací, dotazník (uzavřené otázky)



Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **40-50 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


Literatura: PROVAZNÍK, Kamil; KOMÁREK, Lumír. Manuál prevence v lékařské praxi. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2005 s. ISBN 80-7168-942-4

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. března 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2009**


prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 6. března 2008

31-08-2009 UčS/423/2009

Jméno: Kateřina Řádová

Datum narození: 24.9.1986

Adresa trvalého bydliště:

Durchova 1382, Hradec Králové 12, 50012

Číslo telefonu: 728 50 54 53

E – mail: kac.rad@seznam.cz

Ročník: 3.

Prezenční st. – Kombinované st. *

Studijní obor: Všeobecná sestra

Zaměření: Ošetrovatelství

Osobní číslo: Z06000041

ŽÁDOST

Žádám o prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 4. 2010.

Odůvodnění žádosti:

TEMA: PREVENCE VAKO NEDÍLNA VOUČAŠT
PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE
A NAPLNĚ PRAKTICKÉHO LÉKARĚ
Táček!

31.8.2009

datum

Táček!

podpis studenta

podpis vedoucího práce

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnila veškeré údaje.

*nehodící se škrtněte

souhlasím
1.9.09 M. Táček



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií
461 17 Liberec 1, Studentská 2
Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Studentka
Kateřina Řádová
Durchova 1282
500 12 Hradec Králové

Vyřizuje: M. Bobková/485 353 724

V Liberci dne 11.9.2009
č.j.:ÚZS/723/2009

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 31. srpna 2009 pod č.j. ÚZS/723/2009 Vám sděluji, že Vaší žádost povoluji.

S pozdravem

Prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 6. 3. 2009

Podpis: KATEŘINA ŘÁDOVÁ

Kateřina Řádová

Poděkování

Zvláštní poděkování patří MUDr. Vladimíru Valentovi, Ph.D., vedoucímu mé bakalářské práce a to nejen za odbornou pomoc, cenné rady, poskytnutí důležitých poznatků, ale i za jeho ochotu a čas věnovaný spolupráci.

Dále bych na tomto místě ráda poděkovala Krajské hygienické stanici v Liberci, které vděčím za zpřístupnění výsledků studie Prevence a zdraví, která byla podkladem pro vytvoření této práce.

Další díky patří Dr. Salačovi za cenné rady při statistickém zpracování výsledků šetření.

Nemohu opomenout poděkování všem praktickým lékařům, kteří byli ochotni poskytnout své názory a údaje potřebné pro výzkum. Zejména MUDr. Šindelářovi za možnost využít semináře pro sběr dat potřebných pro šetření.

Další poděkování patří mým rodičům za trpělivost a poradenství při tvorbě práce. Nesmím zapomenout poděkovat mému příteli a rodičům za psychickou, ale také technickou podporu. Bez ochoty všech výše jmenovaných bych nedokázala tuto práci zrealizovat.

Anotace

Prevence je nejvýznamnějším nástrojem primární zdravotní péče. Jako zdravotníci se podílíme na primární péči každý den. A přestože světová zdravotnická organizace bojuje prostřednictvím programu zdraví 21 za zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, zdravotní stav lidstva, zejména vybraných rizikových skupin není takový, jaký chceme. Bohužel současná struktura zdravotnictví v České republice není na takové úrovni, aby mohla tento stav ihned změnit. Není vytvořeno ideální prostředí pro realizaci všech nástrojů prevence a tím ani dostatečná motivace pro pacienty, kteří by měli prvotně pečovat o své zdraví. Ve své závěrečné práci chci navázat na již proběhlé studie o zdravotním stavu obyvatelstva a jeho ovlivnění preventivní péčí praktických lékařů. Budu vycházet zejména ze studie Prevence a zdraví z roku 2005, kterou zpracoval kolektiv odborníků Krajské hygienické stanice v Liberci. Hodlám oslovit praktické lékaře pomocí dotazníkového šetření orientovaného na otázky praktického využití prevence, spolupráce s pacienty a její výsledky. Pokusím se tak zhodnotit současný stav preventivní péče a shrnout nejzávažnější problémy vyskytující se v oblasti primární prevence. Doufám, že i díky mému přispění se podaří nalézt způsob jak změnit současný nevyhovující stav primární zdravotní péče k lepšímu.

Klíčová slova

Zdraví

Nemoc

Determinanty zdraví

Zdravotní rizika

Primární zdravotní péče

Prevence

Obvodní lékaři

Světová zdravotnická organizace

Program zdraví 21

Zlepšení zdravotního stavu obyvatel

Summary

Prevention is the most significant implement of the primary health care. We, health workers, are engaged at the primary health care not only every day. The World Health Organisation battles by the means of the Health Programme 21 for improvement of the health condition of the population. But we nevertheless know that the health condition, especially those choosen risk group, is not such as we want. I am sorry to say the contemporary structure of the health matters in Czech Republic is not on such optimal level to be able to influence positively this state. It is not consequently created on ideal setting for the realisation for all prevention instruments and on this not a sufficient motivation for the patiens who should primary care for their health. In my final work I want to ressume already passed studies of the population health condition and of its affection by the preventive care of general practitioners. I will especially get out of the study "Prevention and Health" from the year 2005, which was complied by the team of specialists from Distrikt Hygienic Station in Liberec. I intend to address general practitioners by the help of a questionnaire orientated on the practical aplication of preventive care, cooperatin with pacients and its results. I will try to evaluate this way of the contemporary state of primary care and to summarize the most relevant problems, which are occuring in the primary prevention spere. I hope, thanks to my contribution as well, it will succeed to find a way, how to change the contemporary unsuitable state of the primary care to the better one.

Key words

Health

Disease

Health determinants

Primary health care

Prevention

General practicioners

World Health Association

Health Programme 21

Improving health condition of population

Obsah:

Obsah	10
1 Úvod	11
2 Teoretická část	13
2.1 Zdraví a jeho determinanty.....	13
2.2 Historický vývoj.....	14
2.3 Nástroje WHO pro realizaci programu Zdraví 21	18
2.4 Zdravotní politika ČR a program Zdraví 21	18
2.5 Legislativní zakotvení.....	21
2.6 Prevence a její význam v péči praktických lékařů	25
3 Výzkumná část	27
3.1 Zadání	27
3.2 Formulace hypotéz.....	27
3.3 Popis sběru dat.....	28
3.4 Charakteristika souboru	29
3.5 Vyhodnocení výsledků	29
4 Diskuse	37
5 Závěr	48
6 Doslov a doporučení	50
7 Soupis bibliografických citací	51
8 Seznam příloh	53

1 Úvod

Všechny systémy péče o zdraví, které se postupně formovaly v evropských zemích během a po průmyslové revoluci spočívaly od samého základu na dvou základních pilířích: na úsilí potlačovat hlavní příčiny nemocnosti a úmrtnosti a na snaze po dosažení ekonomické dostupnosti zdravotnické pomoci a péče pro různé skupiny obyvatelstva. Na těchto obecných základech byly vybudovány zdravotnické systémy s různými modifikacemi v jednotlivých zemích. Světová Zdravotnická Organizace (WHO) v roce 1980 přijala celosvětový program Zdraví pro všechny do roku 2000, v Evropě byl přijat v roce 1984. Na území České republiky probíhá v současnosti tento program od roku 1998 v podobě strategie „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky: Zdraví pro všechny v 21. století“ (*dále jen Program Zdraví 21*). Jeho hlavním cílem je vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví a podpory zdraví v celé společnosti. Bohužel i přes svou vysokou odbornou úroveň stále není české zdravotnictví schopno využít potenciál programu tak, aby mohly být uskutečňovány jednotlivé cíle programu. Nepomáhá tomu ani současná legislativa, ani finanční situace a důsledkem je stále klesající důvěra ve zdravotníky. Zároveň s tím stoupá nutnost uplatňovat zásady prevence v první linii kontaktu s pacienty. Ti jsou ale i přes stále se zvyšující náklady na poskytovanou zdravotní péči stále „neposlušnější“. Je tedy v rukou lékařů primární zdravotní péče, aby zajistili více než jen dostatečné využití prevence. A jelikož je zdravotní sestra pravou rukou lékaře, zajímalo mě, jakými způsoby se může podílet na využití strategie Zdraví 21 v praxi. Pro možnost pochopit a vysvětlit některé souvislosti mě ale zajímal názor lékařů.

Ve své práci vycházím z výsledků studie Prevence a zdraví, kterou zpracoval kolektiv autorů Krajské hygienické stanice v Liberci pod vedením MUDr. Vladimíra Valenty. Cílem bylo popsat změny, které se od roku 1997 (kdy proběhla první studie) do roku 2005 (následující studie) odehrály v oblasti primární prevence. Zejména změny v přístupu obyvatel Libereckého kraje k vlastnímu zdraví, ve vnímání a realizaci preventivní role praktického lékaře i v osobní zodpovědnosti. Otázky šetření byly orientovány na zjištění přístupu lékařů primární péče k prevenci, jejich vliv na změnu chování pacientů, formu vyšetření a poskytovaného poradenství, očekávání pacientů a jejich vztah k prevenci vyjádřený především návštěvou lékaře z preventivních důvodů.

Prokázalo se zlepšení přístupu lékařů primární zdravotní péče k prevenci ve sledovaném období. S ohledem na očekávání občanů, zejména na význam prevence je ale celková úroveň běžné preventivní péče nízká. A to i u pacientů z rizikových skupin. (*Výsledky studie jsou uvedeny v příloze č. 1.*)

Cílem práce tedy je zjistit reálné komplikace bránící uplatnění prevence v primární péči poskytované praktickými lékaři v Libereckém kraji. Oslovením praktických lékařů znovu připomenout důležitost prevence, výchovy ke zdraví a vedení občanů k odpovědnosti za své zdraví. A poukázat na nutnost změny současného stavu.

Vycházíme tedy z těchto **hypotéz**:

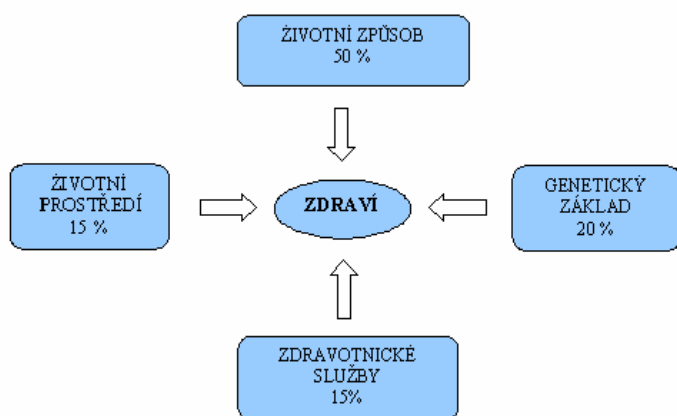
- 1) Primární péče a potenciál praktických lékařů nejsou v Libereckém kraji, stoprocentně využity.**
- 2) Praktičtí lékaři se prevencí nezabývají pro příliš velkou zátěž kurativou.**
- 3) Vztah lékaře k prevenci je z velké většiny ovlivněn jeho přístupem k vlastnímu zdraví.**
- 4) Zájem praktických lékařů k preventivní péči by vzrostl s větším finančním ohodnocením.**

2 Teoretická část

2.1 Zdraví a jeho determinanty

Zdraví je to nejcennější, co máme. Podle současného modelu zdraví nejde jen o chybění nemoci, ale o bio-psycho-sociální pohodu. Což vysvětluje základní potřeby současného člověka. To znamená být schopný pečovat o sebe, o svůj duševní i fyzický stav včetně jeho okolí. To, aby byl člověk schopen plnit tyto základní potřeby, vyžaduje určitou kvalitu znalostí zaměřených na prevenci nejčastěji se vyskytujících infekčních i neinfekčních onemocnění, určitý vztah k vlastnímu zdraví a ovlivnění způsobu života.

Zdraví je ovlivňováno nebo spíše podmiňováno řadou zevních a vnitřních faktorů, které společně utvářejí prostředí a podmínky způsobu života. (*Poměrný vliv vybraných determinant zdraví uvádí Obr. 1*) Patří sem například: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek vlákniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislosti, dopravní úrazy, nedostatek pohybové aktivity, znečištění ovzduší. Zdravotní stav také ovlivňuje kvalita poskytované zdravotní péče. Primární preventivní péče praktického lékaře je zaměřena zejména na tato zdravotní rizika: Snížená pohybová aktivita, hypercholesterolemie, nadváha a obezita, zvýšený krevní tlak, poruchy výživy, kouření, nadměrné požívání alkoholu a zneužívání drog, nadměrná expozice ultrafialovému záření, sexuální zneužívání, násilí a stres. (*Konkrétní zdravotní rizika a doporučené postupy v primární zdravotní péči uvádím v Diskusi.*) (9)



Obr. 1: Schéma **Základních determinant zdraví a jejich poměrný vliv**

Náplní praktického lékaře je na základě individuálního zhodnocení rizik u jednotlivých pacientů, poskytnutí adekvátní intervence, dokumentování a následně kontrola efektu. Kontakt praktického lékaře a jeho sestry s pacientem v ordinaci nebo rodině zaručuje dobrou možnost pro provedení nezbytných preventivních opatření, neboť k tomu mají dostatečnou erudici a přirozenou autoritu. Kromě individuálního zhodnocení rizika by se měl lékař také věnovat podání srozumitelné informace, nebo pomoci vedoucí ke změně způsobu života. Mimoto by měl včas detekovat asymptomatická onemocnění a zahájit léčbu nebo pacienta odeslat ke specialistovi. Díky tomu může lékař zabránit vzniku onemocnění nebo zlepšit kvalitu života pacienta. Zdravotní sestra se podílí na uskutečňování prevence tím, že s pacienty může prodiskutovat jejich potíže. Mnozí pacienti se sestře svěří spíše než lékaři. Sestra je jistou autoritou. A i přesto, že má méně kompetencí než lékař, pohybuje se jaksí blíže k pacientovi. Praktický lékař i zdravotní sestra znají své pacienty a měli by společně probírat a porovnávat znalosti o nich. (4)

Existuje široká škála hodnotících studií i intervenčních opatření, kterých je v preventivní péči možné využít a které ji utvářejí. Jsou to: zdravotní politika státu, výchova ke zdravému způsobu života, komunitní programy zaměřené na zlepšení podmínek pro zdravý způsob života a motivující jednotlivce k němu, vyhledávání pacientů se zvýšenými riziky či v asymptomatickém stadiu onemocnění a jejich léčení. Preventivní strategie může být cílena na celou populaci, jednotlivé komunity nebo jednotlivce. V současnosti dochází k odklonu od zaměření na širokou populaci. Účinná prevence musí být směřována na jasně definovaná rizika a skupiny jimi ohrožené. (10)

2.2 Historický vývoj

Klíčová data a události v podpoře zdraví v České republice:

1989 – Změna politické situace

1990 – Návrh nového systému zdravotní péče

1991 – Návrh národního programu obnovy a podpory zdraví

1992 – Střednědobá strategie - návrh národního programu obnovy a podpory zdraví

1994 – Národní rada zdraví

- 1995 – Národní program zdraví – dlouhodobá strategie
- 1998 – Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky
- 1998 – Rada vlády pro zdraví a životní podmínky
- 2000 – Zákon o ochraně veřejného zdraví
- 2002 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21

Moderní základy podpory zdraví byly v České republice položeny v roce 1983 zapojením se do programu WHO CINDI (*Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Programme*) (viz Obr.2, Obr. 3 a Obr. 4). Cílem programu bylo snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Vyhlášen byl na základě úspěchu finského Projektu Severní Karélie. Projekt zaměřený na hlavní rizikové faktory kardiovaskulárních nemocí omezil počet kuřáků o 40%, snížil hladinu sérového cholesterolu v populaci o 12% a vedl tak k poklesu úmrtnosti mužů středního věku na kardiovaskulární choroby o 27% a u žen dokonce o 42%. Projekt byl realizován od roku 1972 na základě prokázání vztahu mezi výskytem chronických neinfekčních onemocnění a rizikových faktorů jako je kouření, nezdravá výživa, abusus alkoholu, nedostatek pohybové aktivity a psychosociální stres. Snahou bylo propojit zdravotnické a nezdravotnické profesionály v podpoře zdraví, prevenci nemocí a zlepšování zdravotní péče s cílem snížit výskyt chronických neinfekčních onemocnění. Československo bylo mezi zakládajícími členy programu CINDI. Síť pracovišť zapojených do CINDI programu tak začala rozvíjet projekty a programy zaměřené na snižování rizikových faktorů chronických neinfekčních nemocí. Objevily se již rysy interdisciplinárního a interresortního pojetí prevence. (12)

Vývoj zdravotnictví v Čechách, respektive tehdejším Československu výrazně zpomalil totalitní režim. Až po politickém převratu po roce 1990 začaly být podrobně zkoumány a analyzovány příčiny a podmínky včetně hodnocení vlivu tehdejšího socioekonomického systému jako hlavní determinanty, která se komplexním způsobem destruktivně promítala do zdravotního stavu obyvatel Československa během 70. a 80. let dvacátého století. Reformu českého zdravotnictví provázely mnohé komplikace. Byly jimi zejména nedostatky v koncepční přípravě a administrativě, nevyjasněnost specifík privatizace zdravotnických zařízení, vztahů a kompetencí mezi základními

nositeli zdravotní péče (obcemi, pojišťovnami, státem, resortem zdravotnictví a zdravotnickými zařízeními), nedostatečně specifikované postavení velkých zdravotnických zařízení v souvislosti s nepřijetím zákona o neziskových zdravotnických zařízeních, zejména nemocnic. Absence zákona o ochraně veřejného zdraví a s tím související odklad transformace hygienické služby, přetrvávající výrazná platová diskriminace lékařů a dalšího zdravotnického personálu ve srovnání s vývojem mezd v jiných odvětvích tuto situaci také neulehčila.

Podpora zdraví jako přístup a koncepce zdravotní politiky se začala přesněji formovat až s rozvojem demokracie v naší republice. Významnou roli v tomto přelomovém období sehrálo usnesení vlády České republiky z roku 1991, kterým byl přijat Národní program zdraví. Ten byl českou variantou evropské zdravotní strategie WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a stal se širokým rámcem pro prevenci a podporu zdraví. Stanovil sedm hlavních zdravotních problémů, kterými byly vedle kardiovaskulárních a nádorových onemocnění také narušování přirozené obměny populace, duševní choroby, drogové závislosti, HIV pozitivita a AIDS. Hlavní prioritou byla stanovena změna životního stylu. Realizován byl v podobě Projektů podpory zdraví od roku 1993, zajišťovaných za finanční podpory dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Vnějšími příčinami změn v podpoře zdraví byly zejména rozšiřující se kontakty se zeměmi EU a jejich pojetím veřejného zdravotnictví jako komplexu služeb, v němž podpora zdraví sehrává nezastupitelnou roli. Realizační podobou byly a i nadále jsou Projekty podpory zdraví. Tematicky zahrnují otázky ozdravení výživy, omezování kuřáctví, zvládání stresu a ovlivňování dalších rizikových faktorů až po komunitní projekty typu Zdravé město, Zdravý podnik nebo Podpora zdraví ve školách. (3)

Pokud mělo začlenění České republiky do společenství Evropské unie vést k dosažení kompatibility v oblasti legislativy, ekonomiky, vědy i v dalších oblastech, pak určitě došlo k významnému pokroku v této oblasti. Závažným problémem ale zůstává oblast financování zdravotní péče, do které se přímo promítá kromě mnoha dalších faktorů stárnutí obyvatelstva. Můžeme očekávat pokračování trendů z 90. let, tudíž stálý

vzestup počtu nových nádorových, metabolických onemocnění, zejména cukrovky, nemocí pohybového aparátu, nervových a duševních chorob, psychosomatických důsledků užívání drog, některých infekcí (např. AIDS). Mohutné zvyšování potenciálu medicíny s sebou nese enormní zvyšování finančních požadavků. Stupňující se nároky, ať jsou jakkoli oprávněné, narážejí na nemožnost jejich reálného ekonomického udržení. Což bychom měli považovat za dostatečný důvod pro pečlivé naplánování určitých změn v tomto systému. (1, 12)



Obr. 02: Logo kanadského programu CINDI



Obr. 3: Logo Světové zdravotnické organizace



Obr. 4: Dr. Margaret Chan – generální ředitelka WHO

2.3 Nástroje WHO pro realizaci programu Zdraví 21

Preventivní péče se zabývá základními oblastmi zdravotnictví a jejich propojováním. Těmito oblastmi jsou: podpora zdraví, prevence, základní zdravotní péče, sekundární a terciární péče a integrace zdravotnických služeb. Výsledkem jejich propojení je Health promotion (z angl. - *Holistické posilování a upevňování zdraví*). Tedy podpora zdraví, jeho upevňování, ochrana a rozvoj za aktivní účasti jednotlivců i společnosti jako celku. Zahrnuje opatření zaměřená na konkrétní determinanty zdraví, která iniciují zdravotníci. Ti je také provádějí, koordinují a konsultují jejich uplatnění nejen s pacienty, ale i kolegy. Hlavní těžiště leží v ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, životního stylu, šíření informací o zdraví a vztahu zdraví k sociálním souvislostem. Zde má největší roli praktický lékař a zdravotní sestra. Ti jsou jako první v kontaktu s pacienty, v podstatě širokou veřejností. (13)

Ovlivnění zdraví populace cestou jeho podpory a primární prevence je zakotveno v koncepčních programech, které uvádějí metody, pomocí nichž lze dosáhnout funkčního zdravotního systému. Regionální úřadovna WHO pro Evropu v Kodani iniciuje a organizuje řadu dlouhodobých, střednědobých i krátkodobých programů, kterých se účastní i čeští odborníci. Výchozím programem pro ČR je Zdraví pro všechny do roku 2000, program Zdraví 21. Tyto strategie se promítají v globálních a regionálních rezolucích zaměřených na nejzávažnější zdravotní rizika a jejich redukci. Při jejich uplatňování by měly být využívány nejen jednotlivé projekty a programy podpory zdraví, ale také reklamní a informační kampaně, tiskové materiály zaměřené na jednotlivce i komunity a další možnosti pro rozšíření informovanosti populace jako využití televize nebo internetu. (8)

2.4 Zdravotní politika ČR a program Zdraví 21

Světová zdravotnická organizace přijala na svém zdravotnickém zasedání v roce 1998 program „Health for All in the 21st Century“ (*Zdraví pro všechny v 21. století*) (viz Obr. 5). Česká republika se téhož roku přihlásila k programu, který následně rozpracovala do strategického dokumentu „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního

stavu obyvatelstva České republiky: Zdraví pro všechny v 21. století“. Program byl schválen Vládou ČR v říjnu 2002. Jeho hlavním záměrem je prostřednictvím 21 cílů vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví a podpory zdraví v celé společnosti. Jde o komplexní strategii, jak v průběhu prvních desetiletí 21. století dosáhnout zlepšení zdravotního stavu obyvatel evropských států. Nejde o nařízení, ale o doporučení, jak dosáhnout určitého pokroku v oblasti zdraví a zdravotní péče. Program vychází ze třech hlavních zásad, kterými jsou: Zdraví, jako základní lidské právo, jako rovnost a solidarita lidí v otázkách zdraví a jako aktivní podíl jednotlivce, komunit, organizací a státu na péči o zdraví. Program se konkrétně zabývá následujícími tematickými skupinami: Rovností lidí a solidaritou vůči těm, kteří ji musí přijímat; dosažení lepšího zdravotního stavu všech obyvatel v Evropě pomocí aktivit zaměřených na konkrétní způsoby ovlivnění začátku života, mládí a stárnutí; na snížení výskytu nemocí a úrazů – blíže specifikuje způsoby jak zamezit vzniku infekčních i neinfekčních onemocnění (zejména kardiovaskulární onemocnění, přednádorové stavy a nádorová onemocnění, onemocnění spojená s poruchami duševními, atd.).

Samotný vznik programu byl reakcí na jasně formulované dominantní zdravotní a zdravotnické problémy, jako je rychlý růst výdajů na zdravotní péči, stagnace zdravotní úrovně populace a obtíže při kontrole a redukci zdravotně rizikových faktorů působících mimo resortní hranice. Hlavním záměrem programu bylo a je umožnit všem, aby dosáhli plného rozvinutí svého zdravotního potenciálu, a to prostřednictvím snížení výskytu hlavních nemocí, úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí, ale také prostřednictvím posilování a ochrany zdraví během celého lidského života. Tento program naprosto konkrétně stanovil reálné cíle, aktivity k jejich dosažení i hodnotící ukazatele. A díky tomu, že byl formulován jako celospolečenský a nikoliv pouze zdravotnický, zajistil i potřebný přesah do všech oblastí života společnosti, bez něhož se podpora zdraví neobejde. Příliš volné strukturování minulých programů bylo nahrazeno v programu Zdraví 21 zcela konzistentní strukturou cílů, dílčích úkolů, aktivit ke splnění cíle, stanovením odpovědnosti, spolupráce, termínů a ukazatelů k monitorování plnění cíle. To spolu s jasným vymezením základních postupů, kterými jsou meziřesortní strategie, programy zaměřené na zdravotní výsledky, integrovaná základní zdravotní péče a participační rozvoj zdraví, je základním předpokladem pro porozumění, konkretizaci a možnost program uchopit jako nástroj k ovlivnění zdraví. V

programu jsou jednotlivá témata rozdělena do 21 cílů. V dokumentu je ke každému z nich uvedena konkrétní strategie, jak jich dosáhnout. Prevenci a dokonalé řízení uvádí program jako hlavní cestu k dosažení vytyčených cílů. Samotný program je koncipován do čtyřech tématických okruhů, z nichž vychází 21 jednotlivých cílů. Tyto okruhy lze definovat jako: Snahu o překonání zdravotních rozdílů s cíli č. 1 a 2, jež řeší solidaritu a spravedlnost ve zdraví. Hlavní determinanty zdraví a investice do rozvoje a klinické péče řeší cíle 3 až 14 zaměřené na determinanty zdraví, kritické etapy života člověka i přístup společnosti k nemocem. Integraci zdravotní péče a její podporu odpovídajícím nemocničním systémem nalezneme v cílech 15 až 18. Ty se zabývají zejména managementem, získáváním zdrojů a vzděláváním zdravotníků i společnosti. Opatření a mechanismy k realizaci změn úrovně reálné zdravotní politiky završují tento celospolečenský program cíli 19 až 21. Prakticky tak jsou právně vytvořeny podmínky pro realizaci Health promotion v plném rozsahu tak, aby byl neustále doplňován a rozšiřován souhrn myšlenek, prostředků a metod. To zahrnuje posilování, podporu, ochranu a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. (8, 10)

Pro realizaci programu v České republice objektivně nestojí žádné překážky. Vláda přijala v říjnu 2002 usnesení, kterým bere na vědomí Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století. Částečně se tak změnil cíle aktivit Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR. Národní varianta programu by měla být obdobná s programy jednotlivých regionů, měst a organizací. (12)

Zdravotní politika na regionální úrovni je založena na národních a regionálních prioritách pro zdraví, na lokálním ohrožení a příležitosti zlepšit zdraví obyvatel. Ale také na kapacitě veřejné a individuální zdravotní služby, na sociálním kapitálu místní komunity a na místní politické iniciativě. Ovšem její využití v primární zdravotní péči je především v rukou lékařů a sester. Intervenční programy vycházejí z hodnocení současného zdravotního stavu cílové populace. Ze stanovení žádoucího zdravotního stavu a z přesně stanovených intervencí. Jde o komplexní a časově náročnou, nicméně důležitou činnost. Což rozhoduje o úspěšnosti intervencí. Ukazatelé zdravotního stavu jsou výchozím bodem, zpětnou vazbou i měřítkem efektivity pro jakékoliv ovlivňování

zdravotního stavu populace.

Na základě zpráv o plnění dílčích cílů a aktivit Programu Zdraví 21 zpracovaných gestory jednotlivých cílů Programu Zdraví 21 v souladu s přijatými usneseními vlády, zpracovává Ministerstvo zdravotnictví ČR pravidelně zprávy o naplňování Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. (3, 7)



Obr. 5: Logo Programu Zdraví 21

2.5 Legislativní zakotvení

Kvalitní legislativa je jedním ze základních požadavků pro řádné fungování všech základních vztahů ve zdravotnictví včetně vlastního poskytování zdravotní péče. O tom, že není jednoduché zajistit kvalitní a provázaný právní řád svědčí vývoj legislativy v České republice. Charakteristicky byl doprovázen častými dílčími změnami přijatých norem a zdoluhavostí spojenou s přijímáním základních předpisů. Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro léčebně preventivní a hygienickou péči, zdravotnické školy, přírodní léčebné lázně a přírodní léčivé zdroje, farmaceutický průmysl. na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví, bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb. (kompetenční zákon).

Zdravotnické právo, stejně jako ostatní legislativa, vychází z Ústavy a je vázáno mezinárodními dohodami, ke kterým ČR přistoupila - hierarchicky seřazeno: Ústava, Mezinárodní smlouva – Úmluva o lidských právech a biomedicíně - Zákony a podzákoné normy, které uvádějí hlavní zásady péče o zdraví lidu a hlavní činnosti výkonu veřejné správy ve zdravotnictví. (1)

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění následujících úprav vymezuje hlavní zásady péče o zdraví lidu. Zákon stanovuje práva občanů a povinnosti osob v oblasti zdravotnictví například právo na poskytnutí zdravotní péče, způsob úhrady, povinnost poskytnutí péče při ohrožení života a zdraví, povinnost podrobit se v definovaných případech léčení. Dále zákon ujasňuje vztahy mezi jednotlivými subjekty ve zdravotnické péči, definuje zdravotnická zařízení, podmínky poskytování zdravotní péče, způsoby vedení dokumentace s ohledem na ochranu osobních údajů atd. Stanovuje vztahy mezi ministerstvem zdravotnictví, profesními organizacemi, občany ČR, cizími státními příslušníky. Dále stanovuje, že péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů a aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce. Péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a k soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu; zvláštní pozornost je přitom věnována péči o novou generaci a ochraně zdraví pracujících. (6)

V **Listině základních práv a svobod**, která má charakter ústavního zákona (**úst. zák. č. 23/1991 Sb.**) můžeme nalézt hospodářská, sociální a kulturní práva, stejně jako právo na ochranu zdraví, právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon. (1)

Vyhláška č. 3/2010 Sb., schválená Ministerstvem zdravotnictví s platností od 1. února 2010, kterou tak stanovilo podle § 29 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Tato vyhláška ruší obsah vyhlášky č. 56/1997 Sb., která původně stanovovala obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Současně také ruší vyhlášku č. 183/2000 Sb., která měnila vyhlášku předchozí. Stejně tak ruší vyhlášku č. 372/2002 Sb., která vychází z předchozích dvou jmenovaných vyhlášek. Mimo to zákon přesně formuluje, které léčivé přípravky jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a výši úhrad jednotlivých léčivých látek. Z hlediska primární prevence je tato vyhláška zásadní.

(6)

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé dle vyhlášky č. 3/2010 Sb. určí, že preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je doplnění anamnézy, včetně sociální, se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláště kladen důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislostí. Kontrola očkování proti tetanu, kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu. Součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rektum a zhodnocení onkologických rizik; u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření varlat; u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování. Vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech. Laboratorní vyšetření, jehož obsahem je orientační chemické vyšetření moče při každé prohlídce a vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech a dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku. Glykemie se vyšetřuje v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech. Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku; od 55 let možno nahradit odesláním k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let. (6)

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví stanovuje práva a povinnosti osob a výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví, v péči o životní a pracovní podmínky. Zajišťuje kontrolu vod, hygienické požadavky na provoz předškolních, školních a školských zařízení, vnitřního prostředí staveb, venkovních hracích ploch. Dále určuje hygienické požadavky na výkon epidemiologicky závažných činností, stravovacích služeb, hygienické požadavky na předměty běžného užívání, kosmetické prostředky, ochranu před hlukem, vibracemi a neionizujícím zářením a ochranu zdraví při práci. Současně zajišťuje předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění formou

očkovaní za spolupráce orgánů ochrany veřejného zdraví se zdravotnickými zařízeními léčebně - preventivní péče. Krajským hygienickým službám ukládá zákon č.258/2000 Sb. povinnost podílet se na vytváření a realizaci zdravotní politiky. Zdravotním ústavům ukládá zajišťovat programy podpory zdraví, výchovu ke zdraví a činnost poraden ochrany a podpory zdraví. (6)

Kodex Práv pacientů je zásadním vodítkem pro zdravotnickou praxi. Je z něho zřetelná snaha přeměnit vztah pacienta a lékaře z paternalistického na partnerský. Kodex obsahuje konkrétní práva pacientů čerpajících zdravotní péči:

- Právo pacienta na náležitou informaci, jak o jeho zdravotním stavu, tak o navrhované či doporučené péči. Komunikace lékaře s pacientem je stále citlivým problémem, je ale také uměním. Schopnost práva zajistit tento důležitý předpoklad dobré zdravotní péče je limitovaná.
- Právo občana souhlasit se zdravotní péčí. Ke každému vyšetřovacímu i léčebnému zákroku je nutný souhlas pacienta. A je nutno zdůraznit, že dnes pouhý souhlas informovaný lze brát jako souhlas právně relevantní. Má-li občan s péčí souhlasit, musí být náležitým způsobem informován. Často diskutovaným problémem zůstává forma souhlasu. Zatím není předepsána písemná forma souhlasu, nový návrh však pro určité případy takovou formu navrhuje. Je třeba patrně citlivě zvažovat požadavky na lékaře a zdravotnická zařízení, aby na jedné straně byl k dispozici i důkaz o splnění zákonné podmínky týkající se vhodně podané informace a získání souhlasu, na straně druhé aby nepřevládla formalita a formálnost nad citlivým vztahem mezi pacientem a lékařem.
- Právo občana odmítnout navrhovaný výkon či péči. Pokud občan nesouhlasí s převzetím do péče nebo s vyšetřovacím či léčebným výkonem, má právo tuto péči odmítnout. To ovšem s výjimkou případů, které stanoví zákon a kdy je občan povinen se péči podrobit. Ani ve vymezení těchto důvodů nedochází k žádným výrazným změnám. Všechny tyto situace jsou v podstatě v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, která umožňuje bez souhlasu pacienta řešit situace, kdy nutný neodkladný lékařský zákrok je nezbytný pro zachování zdraví dotyčné osoby a kdy nelze získat souhlas pacienta nebo pro ty situace, kdy je to

nutné v zájmu ochrany veřejného zdraví. (1)

Základní povinností každého lékaře je poskytovat péči *lege artis*. Ta je v předpisech založena zejména povinností podle zákona o péči o zdraví lidu „poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Pro posuzování, zda bylo postupováno *non lege artis* anebo zda došlo ke škodě na zdraví pacientů, jsou zřizovány znalecké komise. A to ústřední znalecká komise při ministerstvu zdravotnictví nebo znalecké komise jednotlivých krajů. (7)

2.6 Prevence a její význam v péči praktických lékařů

Prevence, jak jsem již uvedla výše, je stále nejvýznamnějším, nejlevnějším, ale i neúčinnějším nástrojem pro zlepšování zdravotního stavu všech lidí. Nespecifická prevence je vlastně *Health promotion*, která se zabývá posilováním zdraví a léčbou chorob s neznámou či nespecifickou etiologií. Specifická prevence zahrnuje oblasti primární, kdy nemoc ještě nevznikla. Působí proti specifickým příčinám onemocnění (např. očkováním). Sekundární prevence se zabývá časnou diagnostikou chorob a účinnou léčbou. Zde mají nezastupitelný význam preventivní prohlídky. Terciární prevence řeší následky již rozvinutých chorob a jejich důsledky, zejména sociální, zdravotní omezení a jejich minimalizaci. Základní zdravotní péče je první linií kontaktu veřejnosti se zdravotnictvím. (13)

V této oblasti mají nezastupitelnou roli praktický lékař a jeho zdravotní sestra. Protože mají dostatek informací o pacientech, vědí jaká jsou nejvýznamnější rizika v oblasti dosahu jejich péče. Díky tomu jsou schopni ovlivnit chování svých pacientů, vést je k zodpovědnosti nejen za vlastní zdraví, ale i za zdraví celé komunity, o niž pečují. Povinností lékaře je vysvětlit provázanost rizikových faktorů se vznikem závažných onemocnění, jakými jsou především: kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, zhoubné nádory děložního čípku, kůže, dutiny ústní, prostaty, prsu, plicního nebo kolorektálního karcinomu. Dále upozornit na důsledky osteoporózy, depresí a úzkostí, které

mohou vést až k sebevražednému chování. Důležité je poukázat nejen na dopady konkrétních poruch na jednotlivce, ale také na celospolečenské dopady. Povinností sestry je v první řadě být pomocníkem lékaři. Připravovat pacienta, dokumentaci, pomůcky, materiál a další. A zároveň zachovat lidskou linii kontaktu lékaře s pacientem, aby nedošlo k narušení pacientovy důvěry. Protože ať se snažíme jakkoliv je v dnešní době bohužel na prvním místě dokumentace a zajištění enormně drahých materiálů a instrumentů před pacientem. Což není příjemné ani pro pacienty, ani pro poskytovatele péče. (9, 10)

3 Výzkumná část

3.1 Zadání

Z výsledků studie Prevence a zdraví z roku 2005 (*viz příloha č. 1*) vyplývá nedostatečné využití potenciálu prevence v primární zdravotní péči. Vzhledem k zaměření této studie mě zajímal postoj praktických lékařů samotných k prevenci. Výzkum jsem zaměřila na zjištění jakým způsobem zajišťují lékaři kvalitu poskytované primární péče a jaké konkrétní překážky brání ve využití potenciálu prevence. Také jsem zjišťovala jak jsou lékaři informováni o zdravotním stavu obyvatel Libereckého kraje.

Realizace mého výzkumu proběhla ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí Libereckého kraje, pod vedením MUDr. Vladimíra Valenty, Ph.D. Prvním krokem bylo prostudování výsledků studie z roku 2005 a určení hlavních cílů práce. Druhým krokem bylo vytvoření dotazníku pro praktické lékaře. Následoval sběr dat a vlastní vyhodnocení.

3.2 Formulace hypotéz

Výzkum měl potvrdit či vyvrátit následující hypotézy:

- 1) Primární péče a potenciál praktických lékařů nejsou v Libereckém kraji stoprocentně využity.**
- 2) Praktičtí lékaři se prevencí nezabývají pro příliš velkou zátěž kurativou.**
- 3) Vztah lékaře k prevenci je z velké většiny ovlivněn jeho přístupem k vlastnímu zdraví.**
- 4) Zájem praktických lékařů k preventivní péči by vzrostl s větším finančním ohodnocením.**

3.3 Popis sběru dat

Technikou sběru dat byl zvolen dotazník (*viz příloha č. 3*). Dotazník je rozdělen na dvě části. Pro zpracování dat o prevenci v péči praktických lékařů byla určena první část (otázky 1 - 8 a otázky 14, 15, 16). Druhá část (otázky 8 - 13) měla být využita pro zjištění informovanosti lékařů o zdravotním stavu populace. Tímto tématem jsem se ve své práci nezabývala. Šetření proběhlo na úrovni Libereckého kraje. Základní organizační jednotkou byla zvolena ordinace praktického lékaře. Cílovou skupinou jsou tedy praktičtí lékaři v Libereckém kraji. Pro oslovení lékařů formou dotazníku jsem původně vzhledem k finanční náročnosti telefonní nebo korespondenční formy zvolila oslovení e-mailem.

Způsob výběru jednotlivých lékařů byl omezen nemožností získat e-mail kontakty na všechny praktické lékaře v Libereckém kraji. KHS Libereckého kraje sice má k dispozici kontakty na téměř všechny praktické lékaře, ale ty nemohly být pro tuto příležitost využity vzhledem k zákonu č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů. Lékaři své kontakty poskytli jen k účelům KHS LK. Proto jsem byla nucena touto cestou využít pouze kontakty uvedené jednotlivými lékaři v internetovém katalogu firem.

Další možností bylo využít odborných seminářů, které se pravidelně konají. Prvním, kterého jsem využila pro sběr dat byl seminář „Prevence a zdraví“, který proběhl 18. června 2008 v budově Krajského úřadu Libereckého kraje. Druhým takto využitým bylo sezení s tematikou prevence obezity a kardiovaskulární terapie, jež se konalo 2. dubna 2009 v Hotelu v Klášterní v Liberci.

Tyto metody stále neposkytly dostatečně obsáhlý soubor. Takže jsem získávala kontakty na praktické lékaře od známých, žijících v Libereckém kraji. Rozšiřovala jsem dotazníky s jejich pomocí nebo jsem lékaře navštěvovala osobně. Druh výběru byl tedy omezen, přesto ho lze s ohledem na charakter šetření popsat jako náhodný.

Návratnost dotazníků byla 73,6%. Nevyplněné dotazníky byly vyřazeny ve fázi kontrol. Chybějící údaje v dotaznících byly považovány za negativní odpověď. Což byl

případ pouze otázky č. 10 o znalosti některé z uvedených studií o zdravotním stavu. Jiné odpovědi lékaři vždy vyplnili.

3.4 Charakteristika souboru

Vlastní sběr dat probíhal v období od 18. 6. 2008 do 10. 4. 2009. Každý praktický lékař obeslaný e-mailem byl kontaktován nejvýše dvakrát. Lékaři oslovení osobně byli osloveni pouze jednou, dotazník zpravidla vyplnili okamžitě.

Limitací, ale i oporou výběru byl celkový počet praktických lékařů v Libereckém kraji. Velikost výzkumného souboru byla 208 praktických lékařů. Z nich uvedlo svůj e-mailový kontakt na internetu 47, ti všichni byli osloveni. Z toho tři adresy neexistovaly. Celkem touto cestou odpovědělo 36 lékařů. Počet lékařů, kteří odpověděli během prvního semináře byl 15, během druhého 27, tedy dohromady 42. Osobně nebo prostřednictvím druhé osoby bylo získáno 25 dotazníků. Celkem bylo získáno 103 zodpovězených dotazníků, což je možné považovat za reprezentativní vzorek.

3.5 Vyhodnocení výsledků

3.5.1 Výchova ke zdraví a motivování pacientů k aktivní péči o vlastní zdraví v každodenní praxi

Znění otázky: Považujete výchovu ke zdraví a motivování pacientů k aktivní péči o vlastní zdraví za součást povolání praktického lékaře?

- a) Tyto aktivity považuji za samozřejmou součást.
- b) Tyto aktivity by sice lékaři vykonávat měli, ale nepovažuji je za samozřejmou součást pracovní náplně praktického lékaře.
- c) Tyto aktivity nejsou součástí pracovní náplně praktického lékaře, ale jsou soukromou věcí každého pacienta.

Sledovaný ukazatel vypovídá o vztahu lékaře k využití potenciálu prevence při

návštěvách pacientů v jeho ordinaci. Ze sledovaného vzorku považuje výchovu ke zdraví a motivování pacientů k aktivní péči o zdraví za samozřejmou součást náplně praktického lékaře 95 dotázaných. To je 92,23%.

Celkem 8 lékařů odpovědělo, že tyto aktivity nepovažují za samozřejmou součást pracovní náplně praktického lékaře (7,77%).

Žádný z dotázaných lékařů neodpověděl, že tyto aktivity jsou soukromou věcí každého pacienta.

Využití prevence je nejspíš také ovlivněno podílem povinných preventivních prohlídek.

3.5.2 Motivace k úpravě životního stylu, poskytnutí cílené rady a kontrola dodržování rad

Znění otázky: Pokud dáváte pacientům rady a motivujete je k úpravě životního stylu, kontrolujete a sledujete dodržování Vašich rad a změny, které přinášejí?

- a) Ano.
- b) Pouze u rizikových pacientů.
- c) Spíše náhodně.
- d) Ne.

Tento ukazatel vypovídá o aktivitě lékařů v oblasti usměrňování pacientů a poskytování konkrétně cílených rad pacientům.

62 lékařů motivuje pacienty k úpravě životního stylu a poskytuje konkrétní rady (60,19%).

Z celkového počtu lékařů se 24 (23,30%) věnuje poskytnutí konkrétní rady pouze u rizikových pacientů.

Spíše náhodně se těmito aktivitám věnuje 16 lékařů tedy 15,53%.

Jen jeden dotázaný se motivaci pacientů k úpravě životního stylu nevěnuje vůbec.

3.5.3 Předcházení nemocem, vyhledávání časných stádií onemocnění a mírnění jejich následků

Znění otázky: Prevence celkově (předcházení nemocem, vyhledávání časných stádií i mírnění následků):

- a) Je součástí pouze preventivních prohlídek.
- b) Preventivní péče patří ke každé návštěvě pacienta.

Tento ukazatel vyjadřuje schopnost a zájem lékaře aktivně vyhledávat pacienty z rizikových skupin a věnovat se jejich léčbě.

Za součást pouze preventivních prohlídek považuje prevenci z obecného hlediska 19 dotázaných (18,45%).

Celkem 83 lékařů (80,58%) se zabývá preventivní péčí během každé návštěvy pacienta.

3.5.4 Očekávání aktivního přístupu k prevenci ze strany lékaře

Znění otázky: Domníváte se, že pacienti očekávají aktivní přístup k prevenci ze strany lékaře?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevím.

Prostřednictvím tohoto ukazatele zjišťujeme názor lékařů na očekávání pacientů v otázkách prevence.

Většina lékařů, tedy 78 (75,73%) při poskytování péče vychází z faktu, že pacienti očekávají aktivní přístup lékaře k otázkám prevence.

Sedmnáct dotázaných (16,50%) nezná očekávání svých pacientů.

Deset lékařů si myslí, že pacienti neočekávají aktivní přístup lékaře v otázkách preventivní péče.

3.5.5 Překážky v uplatnění prevence

Znění otázky: Většimu uplatnění prevence během návštěv pacientů brání:

- a) Nezájem pacientů.
- b) Nedostatek prostoru, přetížení běžnou kurativou.
- c) Nízké finanční ohodnocení.
- d) Jiné (prosím vypište).

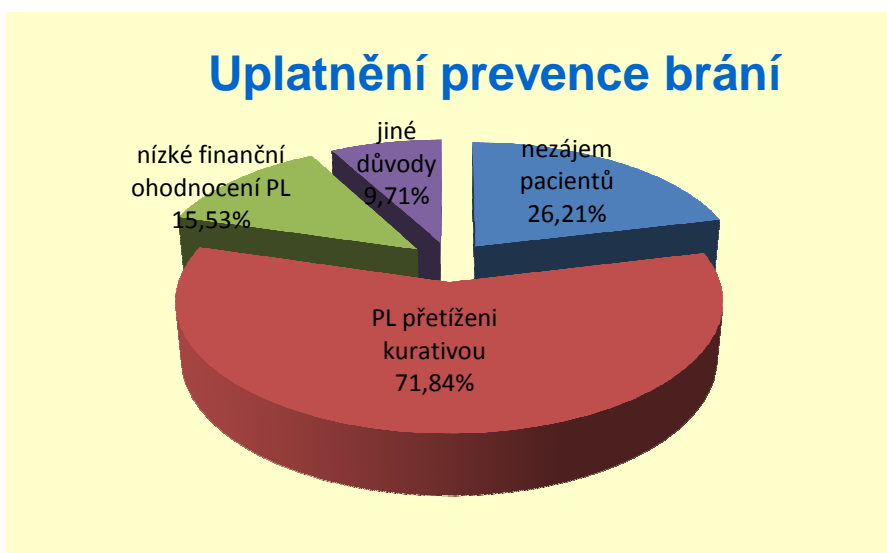
Důvody, proč není potenciál prevence plně využit osvětluje otázka zabývající se překážkami v poskytování prevence.

Nejčastěji uváděný důvod bránící uplatnění prevence byl nedostatek prostoru během prohlídek pro přetížení kurativou. (74 lékařů, tedy 71,84%).

Dalším důvodem uváděným mezi hlavní překážky prevence byl nezájem pacientů. Ten uvedlo 27 respondentů (26,21%).

Nízké finanční ohodnocení bylo nejpodstatnějším problémem u 16 lékařů (15,53%).

Do kategorie jiné uvedli lékaři jediný důvod a to přetížení administrativou. Šlo o 10 lékařů z celkového počtu (9,71%).



Obr. 6: Graf podílu jednotlivých překážek v uplatnění prevence

3.5.6 Dodržování zásad správné výživy, pohybová aktivita v doporučeném rozsahu, nekuřáctví a zajištění včasných a pravidelných preventivních vyšetření samotných lékařů

Znění otázky: Snažíte se Vy sám/a:

- a) Dodržovat zásady správné výživy.
- b) Věnovat se pohybové aktivitě v doporučeném rozsahu.
- c) Nekuřit
- d) Zajistit si včas a pravidelně preventivní vyšetření.

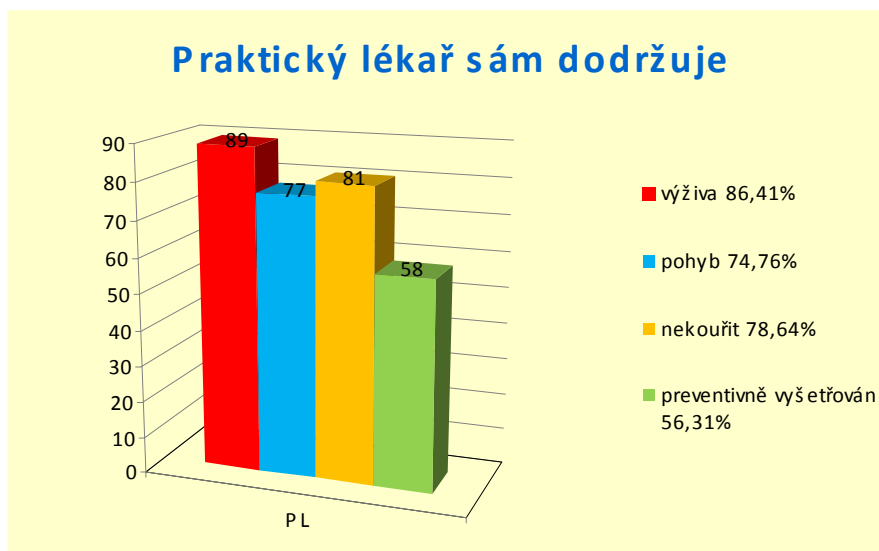
Jak se respondenti zabývají prevencí sami u sebe můžeme považovat za nejvýznamnější ukazatel vztahu lékaře k prevenci.

Nejvíce lékaři dodržují zásady správné výživy (89 - 86,41%).

Na druhém místě se objevilo nekuřáctví (81 - 78,64%).

Třetí v pořadí je péče o dostatek pohybové aktivity (77 - 74,76%).

Nejméně se lékaři věnují zajištění preventivních prohlídek (58 - 56,31%).



Obr. 7: Graf dodržování zdravého životního stylu lékaři

3.5.7 Zaměření pozornosti na vyhledávání rizikových faktorů

Znění otázky: Které z uvedených rizikových faktorů jsou předmětem Vašeho aktivního zájmu (očísľujte od nejmýznamnějších -1, po nejméně významné -8):

- a) Změny krevního tlaku.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Genetické faktory.
- d) Obezita.
- e) Kouření.
- f) Stres.
- g) Alkohol a drogy.

Uvedené rizikové faktory pokrývají nejmýznamnější determinanty zdravotního stavu. Lze z nich vyčíst, které choroby jsou nejčastěji intervenovány v oblasti primární péče.

Jednotlivé faktory jsou uvedeny v sestupném pořadí podle významu tak, jak jej určili dotázaní. Změny krevního tlaku a hladin cukru v krvi jsou nejmývíce sledovaným rizikovým faktorem. Krevní tlak měří 97 lékařů (94,17%), stejný počet jich kontroluje hodnoty glykémie. (97 lékařů). Obezitou se zabývá 93 dotázaných (90,29%). Kouření je až na pátém místě hodnocení a to u 89 (86,41%). Genetické faktory jsou sledovány 68 lékaři (68%). Alkohol a drogy jsou sledovány 48 lékaři (46,6% dotázaných) a stres je na posledním místě (30 lékařů, tedy 29,13%).



Obr. 8: Graf rozložení sledovanosti vybraných rizikových faktorů

3.5.8 Vzdělávání v podpoře zdraví a prevenci nemocí

Znění otázky: Ve vzdělávání v podpoře zdraví a prevenci nemocí upřednostňujete:

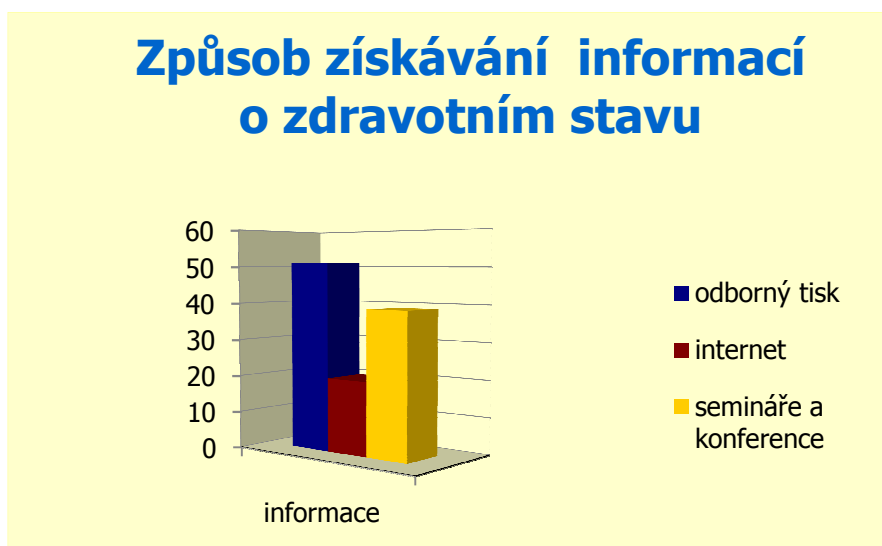
- a) Odbornou literaturu a periodiku.
- b) Odborné semináře a konference.
- c) Internet

Tento ukazatel uvádí nejvíce preferovanou formu vzdělávání v oblasti prevence. Vypovídá o zájmu lékařů získávat nové informace v dané oblasti.

Odbornou literaturu a periodiku upřednostňuje většina dotázaných (51 lékařů, tj. 49,51%).

Získávání informací formou odborných seminářů a konferencí zvolilo 39 lékařů (37,86%).

Internetové informace vyhledává 20 respondentů (19,42%).



Obr. 9: Graf preferovaných způsobů získávání informací

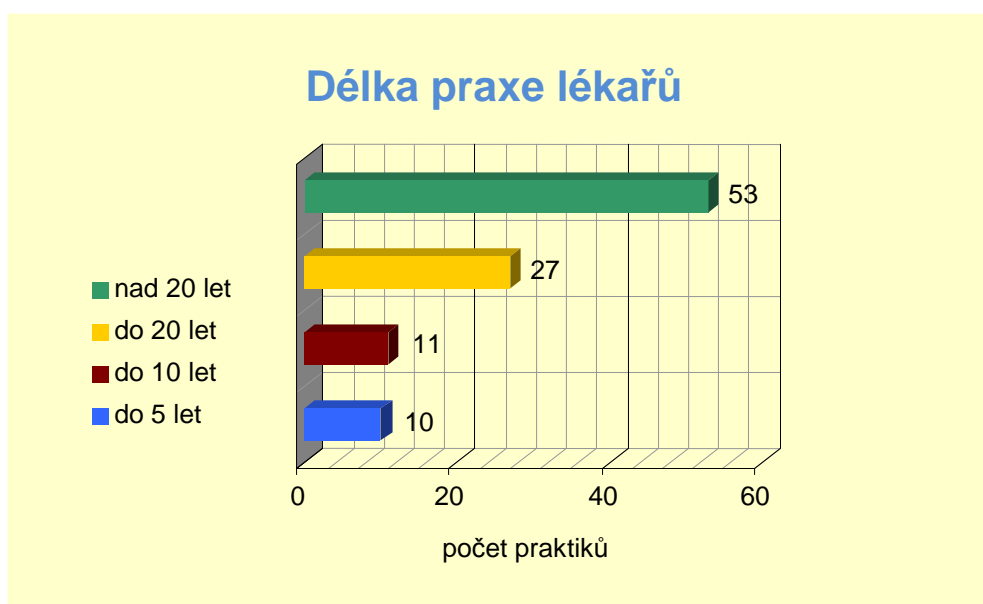
3.5.9 Doba praxe dotázaných lékařů

Znění otázky: Kolik let pracujete jako praktický lékař?

Ukazatel vypovídá o délce doby, po jakou působí praktičtí lékaři v primární péči. Můžeme z něho odhadnout míru zkušeností lékařů a odhadnout, jak determinovaly vztah lékaře k pacientovi a poskytované péči.

Průměrná délka praxe všech dotázaných lékařů je 19,25 let.

Pro zhodnocení jsem rozdělila lékaře do skupin podle délky praxe. Déle než 20 let pracuje 53 praktických lékařů. Do 20 let 27 lékařů, do 10 let 11 lékařů a do 5 let pracuje 10 dotázaných. Na tuto otázku 17 dotázaných neodpovědělo.



Obr. 10: Graf zobrazení délky praxe lékařů

3.5.10 Zastoupení mužů a žen mezi oslovenými lékaři

Znění otázky: Jste:

- a) Muž
- b) Žena

Tento údaj může být využit pro srovnání vztahu kvality poskytované péče u mužů a žen. Mužů oslovených v dotazníkovém šetření bylo celkem 43.

Oslovených žen bylo celkem 60.

4 Diskuse

Na počátku šetření, jehož cílem bylo popsat současný stav prevence vzhledem k přístupu praktických lékařů, stály čtyři základní hypotézy (viz kapitola 3.2 - formulace hypotéz). V diskusi na základě výsledků dotazníkového šetření tyto hypotézy vyvrátím či ověřím a vysvětlím, jak jsem k závěrům dospěla. Výsledky jsem vyhodnotila v případě hypotéz č. 3 a 4 na základě výpočtů korelačního koeficientu. Pokud je $p = 0,05$ jedná se o významný vztah, $p = 0,01$ znamená vysoce významný vztah. V případě hypotéz č. 1 a 2 hodnotím jen na základě procentuálních výsledků.

Hypotéza č. 1: Primární péče a potenciál praktických lékařů nejsou v Libereckém kraji, stoprocentně využity.

Na příčiny nedostatečně využitého potenciálu praktických lékařů v primární prevenci poukazuje mezinárodní studie síť EUROPREV, jejímž cílem bylo popsat překážky, které vnímají praktičtí lékaři při implementování prokázaných postupů v podpoře zdraví a v doporučeních pro prevenci nemocí. Přestože praktičtí lékaři vědí, že by měli lidem doporučovat aktivity vedoucí k podpoře zdraví a prevenci nemocí, dělají to mnohem méně často, než by bylo žádoucí. Mezi znalostí a praxí praktiků v této oblasti přetrvává významná propast. Jako nejzávažnější překážky studie identifikovala velkou pracovní zátěž, respektive nedostatek času a finanční otázky. Byla nalezena i souvislost mezi vztahem lékaře k preventivním aktivitám a jeho osobními zvyky a chováním. (2)

Podle studie autorů z Masarykovy univerzity v Brně jen 55% dotázaných studentů medicíny považuje výchovu ke zdraví a motivování pacientů k aktivní péči o vlastní zdraví za samozřejmou součást povolání lékaře. (5)

O významu neuplatněného potenciálu prevence svědčí dlouhodobě neměnné očekávání aktivního přístupu lékaře k prevenci u 80% respondentů studie Prevence a zdraví. Očekávání aktivního přístupu k prevenci, jako ukazatel úlohy praktického lékaře, popisuje názor obyvatel Libereckého kraje na zajištění preventivní péče

ze strany zdravotnického systému. Z výsledků studie je patrné, že lékaři primární péče mohou ovlivnit životní styl pacientů. Zejména však o tomto potenciálu svědčí významný nárůst počtu osob, které navštívily lékaře z důvodu preventivní péče (viz příloha č. 1). Z názoru lékařů v Libereckém kraji je patrné totéž. **Většina dotázaných lékařů (75,73%) vychází z domněnky, že pacienti očekávají jejich aktivní přístup k péči.**

Pro zjištění nejčastěji intervenovaných rizikových faktorů lékaři v dotazníku porovnávali jednotlivé RF na základě jejich zkušeností od nejčastěji sledovaných, po nejméně časté. Nejčastějším RF byly změny krevního tlaku, vyšší glykémie (u obou faktorů v 94,17%), obezita (90%) a také kouření (86%). Nejméně pozornosti lékaři věnovali zjišťování genetických dispozic (66%), faktorům stresu (30%), nadměrného pití alkoholu a zneužívání drog (46%). Tyto faktory pokrývají rozhodující determinanty zdraví, jako životní styl či způsob výživy. Někteří uvedli, že komunikace s pacienty na toto téma je složitá. Pacienti se nechtějí k závislostem přiznat, záměrně zkreslují uváděné údaje a lékaři nezbyvá, než poskytnout jen radu či upozornění na škodlivost těchto faktorů. V tomto případě nestačí jen to, že lékař zná své pacienty dlouhodobě a že by měl budovat jejich důvěru k němu.

V tomto šetření jsem se zabývala mírou uplatnění prevence v Libereckém kraji. Vypovídá o něm také otázka, zda **lékaři považují výchovu ke zdraví a motivaci pacientů k aktivní péči o vlastní zdraví za součást svého povolání - bylo jich 93%. 80,6% lékařů se věnuje prevenci při každé návštěvě pacienta. O míře uplatnění prevence vypovídá také otázka zda sledují změny chování pacientů v návaznosti na jejich rady. 23,30% odpovědělo, že změny sledují jen u rizikových pacientů. Z výše uvedených hodnot tedy vyplývá, že:**

Hypotéza č. 1 je potvrzena: Primární péče a potenciál praktických lékařů nejsou v Libereckém kraji stoprocentně využity.

Vědomí praktiků, že by měli využívat prevence v každodenní praxi je sice pozitivní. Ale to, v jaké míře se prevenci nevěnují, i přestože by měli a nebo se jí

zabývají jen u rizikových pacientů, prokazuje problém v uplatnění potenciálu primární prevence. Což vysvětluje současný neutěšený stav. Primární aktivitou praktického lékaře by nemělo být jen vyhledávání příznaků již rozvinutých onemocnění, ale především poskytování včasných a vzhledem k pacientově stavu využitelných informací, jak nemocem předcházet. Podle výsledků studie z roku 2005 se zvýšil počet osob, které dostaly cílenou radu od lékaře (viz příloha č. 1). Praktik by měl brát ale v úvahu, že samotná, byť cílená rada, je nedostačující, že je nutné ji patřičně zdůvodnit, prodiskutovat a vysvětlit její cíl. Zvýšit efektivitu poradenství praktického lékaře by jistě usnadnilo využití např. velmi účinné a přitom časově nenáročné metody vypracované Centrem doporučených postupů pro praktické lékaře, označenou 5P – ta je sice zaměřena na kuřáky, ale jejím přesunutím do obecné roviny, by ji mohli lékaři využít jako šablonu pro všechny pacienty. Jejím obsahem by mohlo být: 1. Ptát se, 2. Posoudit ochotu pacienta změnit návyky, 3. Poradit, 4. Pomoci a 5. Plánovat kontroly.

Do jaké míry se na uplatnění prevence podílí celospolečenský vývoj přinášející na jedné straně posílení sebedůvěry občanů, ale na straně druhé i určitou nedůvěřivost vůči jakýmkoliv radám a vnucování názorů, se můžeme jen dohadovat. To nejspíš záleží na ochotě jednotlivých pacientů spolupodílet se na svém zdraví respektive uvědomit si vlastní zodpovědnost za něj. Jisté ale je, že prevenci by se měl lékař věnovat u všech pacientů a ne jen u ohrožených skupin. Využití prevence je zřejmě ovlivněno také podílem povinných preventivních prohlídek v souvislosti se zaměstnáním. Za výhradně jejich součást považuje prevenci 18,45% praktiků. Což koresponduje s údajem, že prevenci se věnuje při každé návštěvě pacienta pouze 80,6% lékařů, viz výše.

V případě, že nemá lékař dostatek času s pacientem zevrubně prodiskutovat jeho ochotu měnit návyky a podílet se na upevňování zdraví, měla by se o to pokusit zdravotní sestra. Ne u každého pacienta jsme schopni změnit jeho postoje, ale i v této oblasti dle mého názoru platí: „Opakování je matka moudrosti.“ A důsledné vysvětlování a upozorňování, někdy možná i mírné „vyhrožování“ možnými následky může pacienta ovlivnit. Lékaři i sestry pracující v primární zdravotní péči by měli znát a dobře ovládat techniky komunikačních dovedností a přesvědčování.

Zdravotní sestra by v každém případě měla, pokud tak neučiní lékař, ověřit, zda pacient poskytnuté informace rozumí. Využitím zpětné vazby zjistit, co si pacient zapamatoval a co by mělo být zopakováno. Případně poskytnout informaci v tištěné podobě, např. edukační letáky apod.

Co by lékaři ani sestry rozhodně neměli opomíjet, naopak měli znát a využívat v každodenní praxi je soubor doporučených postupů dle WHO. Jedná se o konkrétní postupy v jednotlivých rizikových oblastech, díky nimž by měli systematicky vychovávat ke zdravému způsobu života všechny osoby v dosahu své lékařské a zdravotnické působnosti a tím se podílet na výchově ke zdraví celé komunity. Pro praktické lékaře a zdravotní sestry by měly být stěžejní následující postupy pro prevenci nejvýznamnějších determinant zdraví (9,10):

- V oblasti pohybové aktivity by měl lékař i sestra primární péče nejen s ohroženými pacienty diskutovat zdravotní rizika nečinnosti, provázanost s ostatními riziky, roli pohybové aktivity v prevenci kardiovaskulárních i dalších onemocnění. Měli by své pacienty motivovat ke každodenní aktivitě, pomoci jim připravit program a poradit při výběru formy aktivity. Sledovat pacienty, kterým byla pohybová aktivita doporučena, zaznamenávat do dokumentace úroveň jejich úspěšnosti a co nejvíce podporovat v případě pacientových pochybností o úspěchu. Pro roli sestry je důležité poučení o možnostech pohybové aktivity vzhledem k individualitě pacienta, poskytnutí edukačních materiálů, zodpovědět dotazy pacienta. Vzhledem k provázanosti pohybové aktivity s výživou poukázat na tuto problematiku a adekvátně informovat pacienta.
- U osob se zvýšenou hladinou LDL nebo jejím zvýšeným rizikem je doporučeno častěji sledovat hladiny cholesterolu v krvi, pacientům s již zvýšenou hladinou pomoci sestavit stravu se sníženým obsahem tuků, celkově nižším energetickým příjmem a adekvátním výdejem, využít tištěné edukační materiály, podle možností spolupracovat s nutričním terapeutem. V případě potřeby odeslat pacienta ke specialistovi a zahájit farmakoterapii, pokud si to pacientův stav vyžádá. Zde by měla sestra podle ordinace lékaře provést odběr krve na biochemické vyšetření. Jejím hlavním úkolem je provést odběr správným způsobem, správně vyplnit žádanky a zajistit včasné odeslání

odebraných vzorků do laboratoře. Poté výsledky zkompletovat a informovat o nich lékaře.

- U pacientů s nadváhou a obezitou je doporučeno ověřovat výživový stav pacienta - rutinně u pacientů měřit výšku a váhu, stanovit BMI, sledovat distribuci tělesných tuků s použitím WHR indexu (*waist/hip ratio-poměr pas/boky*), konzultovat s pacientem význam těchto hodnot, metody redukce váhy, a to zejména u osob se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění (kuřáctví, hypertenze, vyšší hladiny plazmatického cholesterolu, diabetes mellitus). U starších 65ti let brát v úvahu specifika stárnutí. Tělesnou hmotnost snižovat postupně s přiměřeným zvyšováním pohybové activity tak, aby byla redukce okolo 0,5kg za týden. Lékaři a sestry by si měli osvojit metodu přesvědčování a měli by umět vést ke změně chování. Redukční dieta by neměla být doporučena těhotným ženám a kojícím matkám. Úkolem sestry je v tomto případě zvážit pacienta, změřit jeho výšku, vypočítat BMI, eventuálně měřit WHR index. O nadváze či obezitě a jejich negativních dopadech s pacienty diskutovat citlivě a ohleduplně. Podle potřeby zopakovat poučení nebo poskytnout vhodný edukační materiál. Případně odkázat na lékařská doporučení či jiná specializovaná pracoviště.
- Prevencí zvýšeného krevního tlaku (*dále jen TK*) je rutinní měření TK u všech pacientů minimálně dvakrát ročně. Potvrzení hypertenze je po alespoň třech měřeních během šesti měsíců. Lékař informuje pacienta před zahájením farmakoterapie, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, že jde hypertenzi léčit i nefarmakologicky, pokud bude spolupracovat. A to především v oblasti výživy, pohybové activity a kouření. Podle potřeby zahájit farmakologickou léčbu v souladu se všemi klinickými doporučeními a v případě nutnosti odeslat ke specialistovi. Pravidelně sledovat krevní tlak a pomáhat pacientovi vyrovnat se s většinou doživotní farmakologickou intervencí hypertenze. Zde je z pohledu ošetřovatelství důležité zvládnout správnou techniku měření TK, poučit pacienta, že se tlak měří po minimálně 20 minutách klidu vsedě nebo vleže. Podstatné je také upozornění, že se pacient při měření má co nejméně hýbat, vyvarovat se mluvení, kašlání či kýčání. V případě zjištění vysokého nebo hraničního tlaku zajistit kontrolní měření. Dále poučit o neslané dietě, a také o vlivu

konzumace alkoholu, kávy a tabákových výrobků na TK.

- V otázkách výživy by se měli praktik i sestra snažit vést pacienty k zásadám správné výživy a informovat o vztahu mezi rizikem některých onemocnění a dietními návyky. V anamnéze zjišťovat pacientovy stravovací návyky a dokumentovat je. Pomáhat změnit nebo eliminovat škodlivé návyky a vypořádat se s nedůvěrou v prospěšnost těchto změn. Návrh konkrétních praktických rad by měl respektovat pacientovy tradice, nebo například ekonomickou situaci. Pravidelně po dvou letech sledovat pacientovo BMI a připomínat nutnost adekvátního energetického výdeje vůči příjmu. V případě nutnosti odeslat pacienta ke specialistovi. V kompetencích sestry je v tomto případě anamnestické zjišťování jak pacient dodržuje zásady správné výživy, poučení a opakování cílených rad. Dále poskytnutí informačních materiálů o příslušných dietních opatřeních adekvátních vzhledem k rizikům a onemocnění konkrétního pacienta. Důležité je ujistit se, že pacient edukaci rozumí, ví jak stravu připravovat a jak to ve skutečnosti zvládá.
- U všech osob by měli lékař i sestra zjišťovat, zda kouří oni sami, nebo někdo v rodině. Diskutovat názory na kouření a z toho plynoucí rizika. Zejména se zaměřit na dospívající, těhotné ženy, rodiče školáků, osoby s hypertenzí, hypercholesterolemií, kardiovaskulárním onemocněním, častými respiračními onemocněními. Poskytnout konkrétní a ucelenou informaci o možnostech náhrad nikotinu vzhledem k individualitě pacienta, ujistit se, že pacient radě porozuměl. Podpořit pacienta všemi možnými postupy, například zjistit kolik lidí žijících s pacientem také kouří apod. Pomoci mu naplánovat strategii. V případě potřeby odkázat pacienta na specializované odborníky.
- U všech osob mezi 16 a 74 lety, kteří navštíví ordinaci, by měly být během anamnestického vyšetření získány informace ohledně postoje k alkoholu a jeho konzumaci. Informovat o rizicích pravidelného pití alkoholu. U pacientů s hypertenzí nebo depresivními stavy by mělo být zjištěno a dokumentováno konkrétní množství a typu požívaného alkoholu. Stejně tak by měla být sledována frekvence a množství u osob pravidelně konzumujících alkohol. Zejména pacientům se zdravotními kontraindikacemi doporučit abstinenci. Pacientům nad hranicí rizika zdravotních

komplikací doporučit nebo zajistit konzultaci se specialistou.

- Stejně tak se mají lékaři i sestry primární péče rutinně věnovat otázkám týkajícím se zneužívání drog a návykových látek. Jejich úkolem je zjistit vztah pacienta k návykovým látkám, zda a případně v jakém množství kterou drogu užívá. A citlivě ale s patřičným důrazem na závažnost problému pacienta informovat o rizicích a důsledcích užívání návykových látek. Doporučit a samozřejmě zajistit konzultaci, respektive léčbu odborníky.
- Měli by informovat pacienty o škodlivosti expozice ultrafialovému záření. Upozornit na rizika a důsledky jeho nadměrné expozice zejména u osob, jejichž fototyp kůže je rizikový. Poradit, jak zabránit nadměrné expozici a vysvětlit, kterým příznakům věnovat pozornost (přetrvávající zčervenání, nepříjemné pocity, olupování kůže). Zdůraznit, proč se nevystavovat polednímu slunci a jaký ochranný faktor je vhodné používat.
- Doporučené postupy pro předcházení násilí a sexuálního zneužívání jsou zejména u osob s vyšším rizikem násilí či zneužívání jako jsou děti, těhotné či staří lidé a pečlivě vyšetřovat možné příznaky. Těmi mohou být např.: traumatická poranění různého rozsahu lokalizovaná nejčastěji na hlavě, v obličeji, na trupu a končetinách v různém stadiu hojení a často v rozporu s vysvětlením původu poranění vzhledem k lékařským nálezům. Citlivě a taktně zjistit, zda zjištěné příznaky nesouvisejí s fyzickým nebo psychickým zneužíváním. Vše pečlivě zdokumentovat. Informovat o možnosti využití různých specializovaných služeb, v případě nutnosti doporučit k psychologovi či psychiatrovi. Zde je z pohledu sestry na místě velmi citlivý, ohleduplný a důsledný přístup. Zejména podpora odvahy pacienta a ujišťování o snaze pomoci a nutnosti situaci vyřešit. Snaha zajistit co nejčasnější kontrolní návštěvu.
- V oblasti stresu je důležité vysvětlit principy a důsledky působení nadměrné psychické zátěže. Diagnostikovat míru psychické zátěže, doporučit změnu a navrhnout způsob, jak jí dosáhnout. Poradit alternativní metody jako např.: jednoduché relaxační techniky, případně zajistit odbornou spolupráci psychologa v případě nutnosti. Toto je úkolem zejména pro sestru. Měla by znát a sama využívat základní relaxační metody – např. jógu, jakoukoliv formu cvičení či pobytu v přírodě. A aktivně ji nabízet

respektive informovat pacienty o možných způsobech odreagování tak, aby odpovídaly jejich individuálním možnostem.

Hypotéza č. 2: Praktičtí lékaři se prevencí nezabývají pro příliš velkou zátěž kurativou.

Jak jsem již uvedla výše, studie EUROPREV poukázala na nejzávažnější překážky v uplatnění prevence. Konkrétně jako nejvýznamnější bariéry identifikovala velkou pracovní zátěž, nedostatek času během prohlídek a nedostatečné finanční ohodnocení primárně preventivních činností.

Ověřovala jsem je-li vztah mezi množstvím preventivních aktivit a zátěží kurativou. Lékařů, kteří tvrdili, že dominantní překážkou je nedostatek času a přetížení běžnou kurativou bylo 71,84%. Žádná z dalších možností nebyla uváděna častěji (nezájem pacientů - 26,21%, nízké finanční ohodnocení - 15,53%, přetížení administrativou - 10 lékařů).

Prokázala se tedy hypotéza č. 2: Praktičtí lékaři se prevencí nezabývají pro příliš velkou zátěž kurativou.

Během rozhovorů s lékaři, které jsem žádala o vyplnění dotazníku osobně, jsem se dozvěděla, že nejzásadnější potíží při uplatnění potenciálu prevence je nedostatek času během prohlídek. Pacienti spěchají a v důsledku toho odmítají poskytované rady s tím, že už je znají a že je dodržují více či méně důsledně. Otázkou je, jak tomu zabránit nebo tuto situaci změnit. Jak sami lékaři tvrdí, je jich relativní nedostatek (*viz příloha č. 6*) na to, aby mohli pokrýt potřeby a požadavky všech pacientů. (11)

Na otázku proč většina dotázaných uvedla jako důvod nedostatečného uplatnění prevence přetížení kurativou odpovídá řešení současného stavu, jímž je pouze důslednější pátrání po rizikových faktorech a po příznacích počínajících onemocnění, následné zahájení léčby či odeslání ke specialistovi. Což svědčí o zřejmé, i když poněkud rezignované snaze praktiků v preventivní péči. Nezabrání tak totiž vzniku onemocnění, jen mohou pomoci zlepšit kvalitu pacientova života s

ním. A přitom by onemocnění vůbec nemuselo propuknout. Nicméně sledování rizikových faktorů a hodnocení zdravotních rizik stále patří k zásadním a neopomenutelným nástrojům prevence.

Pokud lékař nemá dostatek času na důsledný rozhovor s pacientem, je na místě uplatnění zdravotní sestry. Ta může nejen během odebírání anamnézy, provádění odběrů, měření fyziologických funkcí, vypisování pracovních neschopností nebo jen hledání dokumentace v kartotéce zjišťovat jak pacient dodržuje zásady zdravé životosprávy a apelovat na význam prevence. Měla by například upozornit pacienty v čekárně na informační materiály, možnosti využít poradenství v lékárnách i dalších specializovaných institucích, upozornit na význam prevence a změn jejich chování a přístupu k vlastnímu zdraví.

V tom případě se stěžejní role v preventivní péči přesouvá do oblasti ošetrovatelství. Sestra je sice pravou rukou lékaře, ale musí umět působit na pacienty ve všech preventabilních oblastech i v případě, kdy se lékař věnuje administrativě či jiným úkolům. Vhodně vedenou komunikací lze zjistit nepřeberné množství informací o pacientech, ale také zvládnout i těžko přesvědčitelné pacienty. Ta může nejen během odebírání anamnézy, provádění odběrů, měření fyziologických funkcí, vypisování pracovních neschopností nebo jen hledání dokumentace v kartotéce zjišťovat jak pacient dodržuje zásady zdravé životosprávy a apelovat na význam prevence. Měla by zajišťovat nabídku edukačních a reklamních letáků. Sledovat aktuality například v informačních bulletinech zdravotních pojišťoven, informační servery ministerstva zdravotnictví a podobných institucí například upozornit pacienty v čekárně na informační materiály, možnosti využít poradenství v lékárnách i dalších specializovaných institucích. Nejdůležitější je opakované upozorňování na význam prevence a změn negativního přístupu pacientů k vlastnímu zdraví. Bohužel ruku v ruce s počtem lékařů je i málo zdravotních sester. Dle sdělení Všeobecné zdravotní pojišťovny, naštěstí neexistuje případ, kdy by praktik pracoval bez zdravotní sestry. Další otázkou však je, zda sestra pracuje na plný úvazek, či jen částečný. To se pak samozřejmě odrazí v efektivitě poskytované péče a komfortu pro pacienty.

K lepšímu prosazení prevence v praxi praktických lékařů by mělo přispívat

zejména vzdělávání a získávání informací. Údaje zjištěné šetřením svědčí zejména o postoji lékařů ke zjišťování a aktualizaci informací. **Téměř polovina lékařů preferuje při vzdělávání literaturu a odborná periodika, 38% využívá semináře a konference. Je možné, že tento údaj je ovlivněn schopností, respektive neschopností praktiků získávat aktuální informace. Protože věková skupina dotázaných je spíše vyšší, může být důvodem neschopnost pracovat s internetem. Ten využívá ve vzdělávání pouze 20% lékařů.** V tomto případě by mohlo být vhodným řešením zaměřit se intenzivněji na psanou formu vzdělávání nebo zvýšit nabídku seminářů a prezenčních vzdělávacích akcí. Věkovou skupinu respondentů je možné vyčíst z délky praxe, která je v průměru 19,5 roku. U žen je to v průměru 20,4 let, u mužů 17,6 let. **Nepodařilo se mi zjistit žádný vztah mezi preventivními aktivitami v poskytované péči, pohlavím lékařů a délkou jejich praxe.**

Hypotéza č. 3: Vztah lékaře k prevenci je z velké většiny ovlivněn jeho přístupem k vlastnímu zdraví.

O rizikových faktorech a jejich vlivu by měl lékař denně diskutovat se svými pacienty. Ale do jaké míry se sám zabývá jejich prevencí a zda pravidelně dochází na preventivní prohlídky? Mezi nejsnáze preventabilní rizika patří obezita a kouření. Pravidelné preventivní prohlídky jsou také snadným preventivním cílem. Ptala jsem se proto lékařů, zda dodržují zásady správné životosprávy. Výživě se věnuje 86%, dostatek pohybové aktivity se snaží dodržovat 75%, nekouřit se snaží 78%. A zajistit si včas preventivní vyšetření má snahu 56% lékařů.

Při ověřování hypotézy č. 3 jsem hodnotila vztah mezi mírou prevence a zájmem praktiků o rizikové faktory u nich samých. Míra prevence vychází z jejich názoru na uplatnění prevence v každodenní praxi a na sledování jejího efektu. Výsledek vyšel jen mírně pod hladinou významnosti 0,05, je tedy nevýznamný pro komplex faktorů životního stylu. **Významný až vysoce významný je výsledek pro faktor výživy.** Není tedy exaktně prokázán vztah mezi úrovní prevence a zájmem lékařů o pohybovou aktivitu, kouření a preventivní prohlídky. Ale pro kvalitu prevence a péči o vlastní výživové zvyklosti byl vztah exaktně prokázán.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena jen částečně a to pro faktor výživy.

I když je zřejmé, že pro exaktní potvrzení této hypotézy by bylo výhodnější zjistit důvody, proč lékaři zanedbávají preventivní prohlídky. To ale vzhledem k rozsahu možných odpovědí přenechám jako možné téma dalšímu zkoumání. Jistě by to ovšem pomohlo osvětlit další úskalí v uplatňování primární prevence.

Hypotéza č. 4: Zájem praktických lékařů o preventivní péči by vzrostl s větším finančním ohodnocením.

Jak jsem již uvedla výše, mezi překážky, které lékaři označili jako důvod nedostatečného uplatnění prevence patří přetížení běžnou kurativou, nezájem pacientů, přetížení administrativou a nízké finanční ohodnocení. Očekávala jsem, že lékaři uvedou některé další překážky. Ale nestalo se tak. Přesto ale někteří lékaři při rozhovorech uvedli podíl nízkého finančního ohodnocení na snížení zájmu o aktivní prevenci.

Pro hypotézu č. 4 jsem ověřovala vztah, zda se lékaři méně věnují prevenci, pokud zároveň odpověděli, že ve využití potenciálu prevence je překážkou nízké finanční ohodnocení. Vztah jsem testovala na základě odpovědí, kdy lékaři přiznávají, že by měli preventivní aktivity zahrnout do své rutinní praxe, ale nedělají to. Pokud zároveň odpověděli, že je nízké finanční ohodnocení překážkou v uplatnění prevence v jejich praxi. Neprokázal se exaktně vztah pro opomíjení prevence při nízkém finančním ohodnocení (statisticky nevýznamné).

Hypotéza č. 4 nebyla potvrzena.

Finanční nedostatky ve zdravotnictví mimo jiné přímo souvisejí se ztrátami v důsledku zanedbávání preventivních prohlídek. Mám na mysli vliv předcházení či včasného zachytu preventabilních nemocí, které by mohly zapříčinit vzhledem ke svému charakteru dlouhodobou pracovní neschopnost a tím významnou ekonomickou ztrátu. U osob s lepším materiálním nebo finančním zajištěním je větší podíl intervencí a iniciativy v oblasti podpory zdraví. Osoby s vyššími příjmy se

prevenci věnují více než méně zajištěné osoby. V globálním měřítku je mnohem levnější investovat do prevence než do léčby již rozvinutého onemocnění, které s sebou samozřejmě nese také omezení sociální. Jak je patrné ze zprávy o naplňování Programu Zdraví 21 (viz příloha č.2) finanční situace v oblasti primární prevence je v současnosti o něco lepší ve srovnání se situací v minulosti. Což je konkrétně v Libereckém kraji jistě zásluhou nových strategií v rámci plnění cílů Programu Zdraví 21. Užší zapojení zástupců praktických lékařů do pracovní skupiny pro realizaci zdravotní politiky kraje by mohlo pomoci při plánování budoucích změn. Toto řešení by do budoucna mohlo posunout snahy o uskutečnění systémových změn směrem k jejich realizaci. Domnívám se, že zlepšení situace v úhradách zdravotní péče a výše ohodnocení lékařů a sester poskytujících péči by rozhodně měla zásadní význam pro zlepšení úrovně primární prevence. Pro širší vnímání a přijímání prevence veřejností je nutné najít formu, kterou by bylo možné oslovit největší množství lidí. Zájem pacientů na participaci při upevňování jejich zdraví by jistě zvýšila také větší nabídka pojišťoven na podpoře zdraví formou hrazení či příspěvků v rámci různých preventivních programů. (12)

5 Závěry a přínos

Cílem této práce bylo shrnout a zhodnotit nejzávažnější problémy vyskytující se v oblasti primární prevence, zjistit reálné komplikace, které brání uplatnění prevence v primární péči poskytované praktickými lékaři v Libereckém kraji. Zhodnotit jejich celkový postoj k prevenci a podpoře zdraví, opět připomenout důležitost prevence, výchovy ke zdraví a vedení občanů k odpovědnosti za své zdraví a poukázat tak na nutnost změnit současný stav.

Bylo potvrzeno, že prevence není stoprocentně využita, protože významná část lékařů se nevěnuje prevenci při každé návštěvě pacienta (téměř 20%). A téměř čtvrtina lékařů sleduje změny chování pacientů v návaznosti na provedenou intervenci pouze u rizikových pacientů.

Šetření prokázalo vztah mezi opomíjením prevence v důsledku přehlcení kurativou – uvedlo téměř 72% lékařů. Dalšími zjištěnými překážkami byl nezáměr pacientů, nízké finanční ohodnocení a přetížení administrativou. Někteří lékaři si stěžovali na jejich početní nedostatek.

Mezi nejčastěji intervenované rizikové faktory patří vysoký krevní tlak, zvýšené hodnoty glykémie (oba v 97%), obezita v 93% a kouření 89%. Opomenut zůstal stres.

Nebyl prokázán vztah mezi přístupem lékaře k prevenci a dodržováním zásad zdravého životního stylu lékaři samotnými s výjimkou zdravé výživy.

Domněnka, že by se míra uplatnění prevence zvýšila, kdyby byli lékaři lépe finančně ohodnoceni, se nepotvrdila.

Ve vzdělávání lékaři nejčastěji preferují literaturu, odborná periodika, semináře a konference. Velmi málo je využíván internet.

Nebyl prokázán žádný vztah mezi kvalitou poskytované péče, pohlavím lékařů a délkou jejich praxe. V dalším zkoumání této oblasti by bylo jistě přínosné porovnat kvalitu poskytované péče mezi mladými a staršími lékaři.

Míra kvality poskytované primárně – preventivní péče je podle výsledků na uspokojivé, ne však potřebně vysoké úrovni kvality. Očekávání pacientů jsou v oblasti prevence větší.

Jsem přesvědčena, že cíl práce byl splněn. I přes připomínky některých praktiků se mi jistě podařilo jejich oslovením opět připomenout význam prevence, ale také shrnout nejzásadnější komplikace v jejím uplatnění.

Přínos práce vidím zejména ve shrnutí názoru praktiků na některé problémy primární zdravotní péče. Díky opoře výsledků studie Prevence a zdraví předpokládám, že bude možné využít výsledky tohoto šetření například pro plánování dalších aktivit primární prevence, včetně oblasti ošetřovatelství.

Mým soukromým přínosem je bezpochyby prohloubení znalostí v oblasti primární prevence.

6 Doslov a doporučení

Na počátku této práce jsem byla trochu v rozpacích z orientace téma na úlohu lékaře v primární péči. A jsem si vědoma, že toto téma není prvotně orientováno na obor ošetrovatelství. Nicméně se domnívám, že zmapování současného stavu uplatňování prevence z pohledu praktických lékařů bude využitelné pro plánování zdravotní politiky v Libereckém kraji včetně plánování preventivních opatření i v oblasti ošetrovatelství. Jak je uvedeno výše, vezmeme-li primární zdravotní péči jako obor z globálního hlediska, zdravotní sestra v něm bezpochyby hraje nezastupitelnou roli. Lékař diagnostikuje, léčí, informuje a vede. Sestra pomáhá, ošetřuje, poučuje a ověřuje. Proto je velkou měrou prevence v jejích rukou. Aby bylo možné zmapovat podrobněji sféru primární péče, byl výzkum zaměřen na zjištění názoru lékařů. Protože oni jsou nadřizenými sester v ordinacích a jejich názory a postoje přímo ovlivňují možnosti sester v preventivní činnosti. Jak samotný výzkum potvrdil, někteří lékaři v podstatě rezignují na preventivní zásahy a prostě léčí nemocné. To má samozřejmě své důvody, o těch nás šetření také informovalo. Bohužel také dopady. Ty samozřejmě negativně ovlivňují i postoje sester k jejich práci. Sestra s přístupem lékaře těžko něco zmůže, nezbyvá jí v takovém případě, než se zaměřit na preventivní péči v co možná největší míře sama. To ale vyžaduje ze strany sester pochopení principů primární medicíny už v základech přípravy na povolání. A také obrovské úsilí. Jejím úkolem je pomáhat lékařům v preventivní činnosti v co největší míře. Tudíž musí zdravotní sestra také znát všechny faktory zasahující do oblasti zdraví, prevence nemocí, výchovy ke zdraví a aktuální politické strategie. Nejen lékař, i sestra musí sledovat novinky a aktuality v oboru, trvale se vzdělávat a zdokonalovat ve vybraných postupech, ale také spolupracovat například s distributorskými firmami.

K tomu, aby bylo možné výsledky šetření využít v co největší míře pro naplánování adekvátních řešení současné situace by jistě bylo vhodné zmapovat také postoje sester v ordinacích praktiků.

7 Soupis bibliografických citací

- 1) Bartoš, Pavel. *Přednášky z předmětu Veřejné zdravotnictví*[online]. Liberec: ÚZS-TUL, 2006. [cit. 20.4.2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzs.tul.cz/>> Verze: Ver.ppt. Poslední aktualizace: 2009-20-04
- 2) BROTONS C., BJORKELUND C., BULC M. et al.: *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe*. Výsledky Studie. Barcelona 2005, 40, s. 595 -601
- 3) DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. s. 7-9 ISBN 80-7262-340-0.
- 4) HORÁK, Pavel. BUDINSKÝ, Václav. *Až půjdete k lékaři – informace a rady pro pacienty*. 1. vyd. Vimperk: Milan Zevl, 2008. s. 9-17. ISBN 978-80-87138-03-8
- 5) Kaňová J., Holčík J.: *Zdravotní gramotnost pohledem studentů LF MU v Brně*. Zdravotnictví v České republice, 2006, ročník IX, 4, s. 160 – 162
- 6) Ministerstvo vnitra ČR. *Sbírka zákonů a mezinárodních smluv* [online]. Praha: MVČR 2005 [cit. 12.4.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-stejnopisy-sbirky-zakonu.aspx>> Verze: Pdf., Poslední aktualizace: 2010-01-19
- 7) Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Čtvrtá zpráva o plnění Programu zdraví 21* [online]. Praha: MZČR, 2007 [cit. 18.3.2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/21-ctvrta-zprava-o-plneni-programu-zdravi-21.html>>. Verze: Ver. Pdf., Posl. aktualizace: 2007-10-09
- 8) Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21-dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR-Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. s.1-113. ISBN 80-85047-99-3.
- 9) PROVAZNÍK, Kamil. KOMÁREK, Lumír a kol. *Manuál prevence v lékařské praxi souborné vydání*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta ve spolupráci se SZÚ a MŠMT Praha, 1994-2004. s. 450-491 kapitola VI. ISBN 80-7168-942-4
- 10) PROVAZNÍK, Kamil. KOMÁREK, Lumír a kol. *Prevence v primární zdravotní péči – doporučené postupy WHO*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. s. 5-59. ISBN 80-7071-107-8.
- 11) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Primární péče v Libereckém kraji* [online]. Praha: ÚZIS 2007[cit. 15.4.2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>> Verze: Pdf. Poslední aktualizace: 2007-08-31. ISBN: 978-80-7280-675-1.

- 12) VALENTA, Vladimír. *Podpora zdraví – vývoj, zhodnocení a řízení procesu z pohledu regionální úrovně* [online]. Liberec: Krajská hygienická stanice, 2007 [cit. 25.3.2009]. Dostupné z WWW: <http://www.khslbc.cz/aktuality/dis_prace_valenta/Dis_prace_Valenta.pdf>. Verze: Pdf., Posl. aktualizace: 2009-25-03.
- 13) VALENTA, Vladimír. *Přednášky z předmětu Preventivní medicína*. [online]. Liberec: ÚZS TUL 2006 [cit. 12.4.2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzs.tul.cz/>> Verze: Ver. doc., Posl. aktualizace: 2007-14-02.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Výsledky studie Prevence a zdraví z roku 2005

Příloha č. 2: Protokol k provádění výzkumu

Příloha č. 3: Dotazník Prevence v péči praktických lékařů

Příloha č. 4: Obce s ordinací praktického lékaře pro dospělé (11)

Přílohy

Příloha č. 1: Výsledky studie Prevence a zdraví z roku 2005

Studie řešila mnoho oblastí podstatných pro plánování zdravotní politiky Libereckého kraje. Dotazníkové šetření proběhlo u reprezentativního vzorku obyvatel Libereckého kraje, organizační jednotkou byla domácnost. Způsob výběru byl analogický u obou proběhlých studií. Výběrové šetření se zabývalo preventivní péčí, zdravotním stavem a způsobem trávení volného času. Otázky šetření byly orientovány na zjištění přístupu lékařů primární péče k prevenci, jejich vliv na změnu chování pacientů, formu vyšetření a poskytovaného poradenství, očekávání pacientů a jejich vztah k prevenci vyjádřený především návštěvou lékaře z preventivních důvodů. *Uvádím zde jen výsledky významné pro tuto práci.*

Návštěva lékaře v posledních třech letech je ukazatelem čerpání zdravotní péče, přístupu k vlastnímu zdraví a prevenci nemocí u sledovaných kategorií. Ze sledovaného vzorku lékaře navštívila většina (89%). Neprokázala se závislost počtu návštěv lékaře na věku, ani žádný vztah ke vzdělání. Významný rozdíl je ale u lidí s nejvyššími příjmy, u nich je návštěvnost nejmenší, zejména u akutních onemocnění. U této skupiny je ale největší podíl preventivní péče. Ve srovnání s rokem 1997 navštívilo lékaře z preventivních důvodů téměř o 10 tisíc osob více.

Očekávání preventivní péče jako ukazatel úlohy praktického lékaře a zdravotního pojištění popisuje názor obyvatel Libereckého kraje na zajištění preventivní péče ze strany zdravotnického systému. Velká většina dotázaných očekává aktivní přístup lékaře k prevenci. Nejvíce tento názor zastupují vysokoškoláci a osoby s vyššími příjmy. V této oblasti nedošlo oproti roku 1997 k výraznějším změnám.

Subjektivní hodnocení přístupu lékařů k primární prevenci v průběhu návštěv ordinace vychází z osobní zkušenosti respondentů a popisuje, jak se lékaři věnují primární prevenci. Za primární preventivní aktivitu bylo považováno zjišťování vybrané choroby v anamnéze (zejména vysoký krevní tlak, diagnostika

diabetes mellitus 2. typu, zjištění jiných kardiovaskulárních chorob, BMI rovný nebo vyšší 25, kuřáctví nebo kombinace uvedených faktorů). S rostoucím věkem roste počet rizikových faktorů. Nejméně jeden faktor má 84%, kombinace byla prokázána u 57%. Se zvyšujícím se vzděláním klesá počet rizikových faktorů. Z hlediska příjmových skupin žádný významný rozdíl není. Výsledky se podobají těm z roku 1997.

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu a vlivu lékařů na životní styl ukazuje potenciál postavení praktického lékaře, který by měl být v preventivní péči využit. 60% obyvatel Liberce hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Hůře hodnotí svůj stav starší osoby a osoby se základním vzděláním a s nižšími příjmy. Mezi pohlavími není rozdíl.

Hodnocení přístupu lékařů k primární prevenci v průběhu návštěv ordinací opět na základě vlastní zkušenosti popisuje zda a jak se lékaři věnují primární prevenci obecně i v závislosti na individuálním riziku pacienta. Primární preventivní aktivitou v této oblasti bylo hodnoceno zjišťování genetických faktorů, měření výšky, váhy, krevního tlaku, dotazy a usměrňování v oblasti kouření, výživy, pohybové aktivity, stresu, alkoholu a drog. Nejčastěji lékaři měřili krevní tlak (87%), menší pozornost byla věnována tématům výživy, kouření a tělesné aktivity (necelá třetina), výjimkou byla pozornost věnovaná kuřákům a osobám s kombinací rizik (40%). Téměř mimo zájem dotázaní uvedli stres, alkohol a drogy, intervenované jen u 19%. Ve srovnání s rokem 1997 došlo k významnému nárůstu vyšetření osob se zdravotními riziky.

Zájem lékařů věnovat se primární prevenci popisuje otázka zda lékaři poskytli cílenou radu respondentům s alespoň jedním rizikovým faktorem. Cílenou radu dostalo 55% dotázaných, nejčastěji lékaři intervenovali osoby s kombinací více faktorů (60%), méně v případě kouření a nadváhy. Radami se řídila zhruba polovina z dotázaných. Přístupnější radám byly osoby s nadváhou (64%), nejméně kuřáci (31%). V roce 1997 dostalo cílenou radu od lékaře jen 40%.

Preferovanou formou rady lékaře je ústní, oproti roku 1997 vzrostl počet písemné formy. Tento ukazatel vypovídá o formě informace poskytnuté lékařem, o dostupnosti a efektivitě využití osvětových materiálů. Svou roli zde má i vliv reklamy farmaceutických firem.

Příloha č. 2: Protokol k provádění výzkumu



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2, Liberec 1

tel.: 485 353 722

Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Příjmení a jméno studenta	Kateřina Řádová
Osobní číslo studenta	
Studijní obor, ročník	Ošetrovatelství – všeobecná sestra, 3. ročník
Téma bakalářské práce	Prevence jako nedílná součást primární zdravotní péče
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Ordinace praktických lékařů v Libereckém kraji
Jméno vedoucího bakalářské práce	MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis
Datum zahájení výzkumu	18.3.2008
Datum ukončení výzkumu	25.4.2009
Počet oslovených respondentů	140

V Liberci dne 25.3.2009

podpis studenta

Příloha č. 3: Dotazník Prevence v péči praktických lékařů

Vážený pane doktore, vážená paní doktorko, jmenuji se Kateřina Řádová a studuji třetí ročník oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění několika otázek týkajících se prevence ve Vaší praxi. Vaše odpovědi budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce na téma Prevence v primární zdravotní péči. Vámi zvolené odpovědi zaškrtněte, u otázky č. 15, prosím, vypište dobu Vaší praxe. U některých otázek můžete zvolit více odpovědí. Dotazník je anonymní.

Budu Vám velmi vděčná za jeho vyplnění a navrácení.

V případě dotazů či zájmu o výsledky výzkumu mne prosím kontaktujte na e-mail:

radova.katka@email.cz

Děkuji za Váš čas a spolupráci,

Kateřina Řádová.

1 Považujete výchovu ke zdraví a motivování pacientů k aktivní péči o vlastní zdraví za součást povolání praktického lékaře?

- a) Tyto aktivity považuji za samozřejmou součást.
- b) Tyto aktivity by sice lékaři vykonávat měli, ale nepovažuji je za samozřejmou součást pracovní náplně praktického lékaře.
- c) Tyto aktivity nejsou součástí pracovní náplně praktického lékaře, ale jsou soukromou věcí každého pacienta.

2 Pokud dáváte pacientům rady a motivujete je k úpravě životního stylu, kontrolujete a sledujete dodržování Vašich rad a změny, které přinášejí?

- a) Ano.
- b) Pouze u rizikových pacientů.
- c) Spíše náhodně.
- d) Ne.

3 Prevence celkově (předcházení nemocem, vyhledávání časných stádií i mírnění následků):

- a) Je součástí pouze preventivních prohlídek.
- b) Preventivní péče patří ke každé návštěvě pacienta.

4 Domníváte se, že pacienti očekávají aktivní přístup k prevenci ze strany lékaře?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevím.

5 Většímu uplatnění prevence během návštěv pacientů brání:

- a) Nezájem pacientů.
- b) Nedostatek prostoru, přetížení běžnou kurativou.
- c) Nízké finanční ohodnocení.
- d) Jiné (prosím vypište).

6 Snažíte se Vy sám/a:

- a) Dodržovat zásady správné výživy.
- b) Věnovat se pohybové aktivitě v doporučeném rozsahu.
- c) Nekouřit.
- d) Zajistit si včas a pravidelně preventivní vyšetření.

7 Které z uvedených rizikových faktorů jsou předmětem Vašeho aktivního zájmu (očísľujte od nejmýznamnějších -1, po nejmýně významně-8):

- a) Změny krevního tlaku.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Genetické faktory.
- d) Obezita.
- e) Kouření.
- f) Stres.
- g) Alkohol a drogy.

8 Jak hodnotíte vývoj zdravotního stavu populace:

- a) Lepší než dříve.
- b) Zhoršující se.
- c) Velmi špatný.
- d) Nezměnil se.

9 Jakým způsobem získáváte informace o zdravotním stavu populace?

- a) Prostřednictvím odborného tisku.
- b) Prostřednictvím internetových publikací (např. ÚZIS)
- c) Prostřednictvím odborných seminářů a konferencí.
- d) Aktivně je nevyhledávám.

10) Znáte některou z uvedených studií?

- a) Monitoring zdravotního stavu populace ve vztahu k životnímu prostředí.
- b) HIS – Health Interview Survey o zdravotním stavu české populace.
- c) WHS – World Health Survey světové šetření o zdraví

11) Víte, jaká je střední délka života u lidí narozených v ČR?

- a) 80 let u žen, 74 let u mužů.
- b) 76 let u žen, 70 let u mužů.
- c) 74 let u žen, 68 let u mužů.

12) Zaškrtněte prosím správnou odpověď:

- a) Zdravotnictví ovlivňuje zdravotní stav populace z %: 15 - 30 - 35
- b) Nejčastějším nádorem u mužů je karcinom: plic – tlustého střeva a konečníku prostaty
- c) Nejčastějším nádorem u žen je karcinom: děložního čípku – prsu - tlustého střeva a konečníku

13) Sledování zdravotního stavu populace a jeho ukazatelé:

- a) Slouží k usměrňování a organizaci zdravotní péče.
- b) Usměrnují i mnou poskytovanou zdravotní péči.
- c) Měly by být využívány k usměrňování zdravotní péče, ale není tomu tak.
- d) Jsou pouze administrativní zátěží.

14) Ve vzdělávání v podpoře zdraví a prevenci nemocí upřednostňujete:

- a) Odbornou literaturu a periodiku.
- b) Odborné semináře a konference.
- c) Internet

15) Kolik let pracujete jako praktický lékař?

.....

16) Jste:

- a) Muž
- b) Žena

Příloha č. 4: Obce s ordinací praktického lékaře pro dospělé

Obce s ordinací*) praktického lékaře pro dospělé
(stav k 31.12.2006)

