

PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY DĚTÍ A MLÁDEŽE Z POHLEDU RODIČŮ V ČESKÉ REPUBLICE, SLOVENSKÉ REPUBLICE A REPUBLICCE RAKOUSKO

Preventive examinations of children and youth in view of parents in the
Czech Republic, Slovakia and Austria

Jana Samková, Miloš Velemínský

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických a pre-
klinických oborů

Summary

The article presents results of research in the field of the availability of the health care, particularly availability of preventive examinations in view of parents of children in the Czech Republic, Slovakia and Austria. The objects of the research were citizens of the Czech Republic, Slovakia and Austria. The target of the research was to find how the parents of children evaluate securing of the health care availability in the field of preventive examinations on the part of the state, whether the parents take their advantage of invitations to preventive examinations to the full extent and actively follow their terms and also to determine the attitude of parents of the children to possible financial participation in preventive examinations of children and adolescents. Primary data were accumulated based on controlled interviews, which were then statistically processed. Based on a comparison of relationships between groups, the research results demonstrated that respondents from the Czech Republic expressed a higher degree of satisfaction with the level of the care compared to those from Slovakia and Austria except for the research question concerning the financial participation, where a higher satisfaction was found in the group of Austrian respondents. The results of the research can be furthermore employed for aimed information of the public about rights in the field of providing preventive health care for children and youth and necessary active attitude to their health and to the health of their children.

Key words: preventive examinations – children and youth – parents

Souhrn

Článek předkládá výsledky výzkumu v oblasti dostupnosti zdravotní péče, konkrétně dostupnosti preventivních prohlídek z pohledu rodičů dětí v České republice, Slovenské republice a Republice Rakousko. Objektem výzkumu byli občané České republiky, Slovenské republiky a Rakouska. Cílem výzkumu bylo zjistit u rodičů dětí, jak hodnotí zajištění dostupnosti zdravotní péče v oblasti preventivních prohlídek ze strany státu, zjistit, zda rodiče využívají plně pozvání na preventivní prohlídky a sledují aktivně jejich termíny a dále pak zjistit přístup rodičů dětí k případné finanční spoluúčasti na preventivních prohlídkách dětí a mládeže. Primární data byla získána na základě řízených rozhovorů, které byly statisticky zpracovány. Výsledky výzkumu ukázaly při porovnání vztahů souborů, že respondenti České republiky vyjadřují větší spokojenost s úrovní péče než respondenti Slovenské republiky a Rakouska vyjma výzkumné otázky o finanční spoluúčasti, v níž je větší spokojenost v souboru rakouských respondentů. Výsledky výzkumu se mohou dále využívat pro cíleně zaměřené informování veřejnosti o právech v oblastech poskytování preventivní zdravotní péče pro děti a mládež a o nutnosti aktivního přístupu ke svému zdraví a zdraví svých dětí.

Klíčová slova: preventivní prohlídky – děti a mládež – rodiče

Submitted: 2012-06-11 • Accepted: 2012-07-20 • Published online: 2012-12-31

PREVENCE ÚRAZŮ, OTRAV A NÁSILÍ: 8/2: 182–194 • ISSN 1801-0261 (Print) • ISSN 1804-7858 (Online)

ÚVOD

Význam zdraví, význam úrovně zdravotně sociální péče a zajištění úrovně – standardu této péče, je jedním z rozhodujících aspektů životní úrovně a kvality lidského života. Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Zdraví však není jen významnou hodnotou individuální. Má i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem hospodářského a sociálního rozvoje společnosti (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Podpora zdraví a prevence

Důležitým prvkem v moderní péči o zdraví se stává podpora zdraví a prevence nemocí jako její první článek. Zahrnuje veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví, a to jak posilováním tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti vůči nemocem. Hlavní zdroje péče o zdraví nejsou tedy jen finanční prostředky, materiální a technické vybavení zdravotnických služeb. Nejdůležitějšími činiteli v péči o zdraví jsou lidé, jak žijí, jak jsou ochotni se na péči o zdraví účinně podílet a jaké celá společnost vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí. Společenská podpora se uplatňuje vytvářením podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců, ochranou a tvorbou zdravého životního stylu prostředí tím, že společnost pečuje o dobrou životní úroveň, o vytváření pracovních příležitostí a dobrých pracovních podmínek, o vytváření příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity a podporuje vzdělávání a šíření informací majících vztah ke zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009). Slovenští autoři Bašková a kol. potvrzují, že všeobecně i na Slovensku převládá názor, že neefektivnější cestou boje proti chronickým onemocněním je prevence včasného působení rizikových faktorů u dětí a mládeže. Výzkumy na Slovensku poukázaly na to, že děti, které jsou vystavené rizikovým faktorům v době raného dětství, si je přenášejí i do dospělého věku. Proto se zvyšuje význam zaměření preventivních opatření na mládež (Bašková a kol., 2009).

Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence – z latin. *praeventus* – zákrok předem, v nejširším slova smyslu znamená předcházení nějakým, zpravidla škodlivým vlivům. Všeobecně platí, že prevence je z hlediska zdravotního, ekonomického i etického výhodnější než řešení vzniklých chorobných stavů (Bártlová, Matulay, 2009).

Preventivní prohlídky

Preventivní prohlídky jsou v České republice všem pojištěncům zdravotních pojišťoven hrazeny plně

z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Vlastní realizace obsahově náplně, frekvence a kontrola provádění preventivních prohlídek, povinnost zdravotnického zařízení vést o nich zdravotnickou dokumentaci, zajistit ochranu osobních dat a údajů, to vše je v podmínkách současného systému veřejného zdravotního pojištění podpořeno zákonnými a podzákonnými normami (Čevela et al., 2009). Účelem preventivní prohlídky je včasné zjištění ohrožení a poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující – praktický lékař primární péče, není-li ze zdravotní dokumentace zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v předepsaných termínech v požadovaném rozsahu prohlídky vyšetřen. Preventivní prohlídka u dětí se provádí v prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispensární péče, v 18 měsících věku, ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky. Obdobná situace je ve Slovenské republice. Zdravotnictví na Slovensku prošlo počátkem 21. století dramatickými změnami. Základní právo na zdravotní péči je pro občany na Slovensku garantováno článkem 40. Ústavy SR, v němž se praví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Na základě zdravotního pojištění mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, které stanoví zákon.“ Toto ústavní právo bylo před reformou realizováno prostřednictvím tří zdravotních zákonů, které byly několikrát novelizovány. Reformní kroky byly uskutečněny zejména v letech 2003–04. V roce 2011 se uskutečnil na Ministerstvu zdravotnictví Slovenské republiky workshop Fórum „Zdravotnictvo 2020“, na kterém byly odsouhlaseny základní principy, které se dotýkají slovenského zdravotnictví. V úkolech je zvýrazněna úloha státu mimo jiné ve financování veřejného zdravotnictví. V oblasti reformních kroků pro fungující zdravotnictví 2020 v oblasti dostupnosti zdravotní péče byl mimo jiné přijat princip, že plánovaná zdravotní péče u dětí by měla být poskytnuta do 3 měsíců od indikace poskytnutí zdravotní péče. Zároveň by měl stát koncentrovat státní intervence na prevenci vzniku chorob, kterých prevalence přesáhne 1/100 obyvatelů anebo u kterých se zvýší dopad na kvalitu života populace. Dokument na druhé straně však zdůrazňuje zvyšování odpovědnosti pacienta za svůj zdravotní stav a optimalizaci spoluúčasti pacienta jako regulačního nástroje poplatky zdravotní péče (Zdravotnictvo 2020, 2011).

Rakouský stát přenáší výkon agendy sociálního pojištění na samosprávné korporace. Sociální

pojištění se skládá ze zdravotního, důchodového a úrazového pojištění. V současnosti působí v Rakousku 21 zdravotních pojišťoven, které jsou buď regionální, nebo specifické pro určité profese. Na základě rámcových smluv dohodnutých mezi orgány zemských pojišťoven a lékařskou komorou uzavírají zdravotní pojišťovny individuální smlouvy s praktickými lékaři. V Rakousku spadají téměř veškeré oblasti regulace zdravotnictví do kompetence ústředních orgánů. Výjimku tvoří nemocniční péče, která náleží do kompetence jednotlivých spolkových zemí (Frühfördegrung Untersuchung..., 2005). Vybírání přímých plateb a spoluúčasti pacientů jsou spojeny s řadou výjimek. Některé skupiny obyvatel, do nichž patří sociálně slabí a chronicky nemocní pacienti, jsou osvobozeni od poplatku za předpis. Kromě toho si jednotlivé zdravotní pojišťovny definují vlastní podmínky osvobození od poplatků (Reformen aufgrund..., 2012). Rakouské zdravotnictví nezaznamenalo v posledním desetiletí rozsáhlejší jednorázové systémové reformy, je však svědkem neustálých snah o dílčí změny různých komponent a prvků. Změny v rakouském systému zdravotnictví jsou primárně orientovány na snižování nárůstu nákladů, na zlepšení plánování kapacit ve spolupráci se zainteresovanými subjekty a na celkové zdokonalení koordinace finančních toků ve zdravotnictví. K dosažení vyšší koordinace a návaznosti v poskytování služeb bylo vytvořeno devět regionálních skupin a jedna federální agentura. Federální agentura pro zdraví vytváří doporučení pro konkrétní opatření v oblasti péče o zdraví, zvyšování kvality a prevenci. Rakouský strukturální plán zdravotnictví z roku 2006 (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) je závazným východiskem integrovaného, na ukazatelích kvality založeného plánování v rámci rakouského zdravotnictví. Rakouský strukturální plán byl poprvé představen v roce 2006 (nyní jej nahrazuje třetí, rozšířená verze do roku 2020), přičemž se plánuje další velký krok směrem k zajištění komplexní péče celého systému zdravotní péče v Rakousku. Nový plán je závazný pro integrované plánování národní struktury zdravotní péče v souladu s federální vládou, odsouhlasenou pod č. 15a B-VG (Spolková sbírka zákonů č. 105/2008) a představuje plánovací rámec na regionální úrovni (Österreichischer Strukturplan Gesundheit, 2012).

Předmětem výzkumu bylo zjistit, zda stát zajišťuje z pohledu rodičů dětí pro občany plnou dostupnost zdravotní péče v oblasti zajištění preventivních prohlídek pro děti a mládež. Objektem

výzkumu byli občané České republiky, Slovenské republiky a Rakouska. Cílem výzkumu bylo zjistit u rodičů dětí, tedy u laické veřejnosti, jak hodnotí zajištění dostupnosti zdravotní péče v oblasti preventivních prohlídek pro děti a mládež ze strany státu, zjistit přístup rodičů dětí k preventivním prohlídkám a seznámit se s přístupem rodičů dětí k případné finanční spoluúčasti.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro naplnění cíle byl proveden kvantitativní výzkum. Byla použita metoda řízeného rozhovoru náhodným výběrem respondentů, kteří mají děti, závisející na ochotě spolupracovat. Sběr dat byl proveden terénním šetřením. Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu.

Primární data v empirické části byla získána na základě řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Výzkum probíhal v letech 2007–12, z toho v České republice probíhal v letech 2007–08, ve Slovenské republice v letech 2009–10 a v Republice Rakousko v letech 2011–12.

Výběr souboru byl vázán na občany České republiky, Slovenské republiky a Republiky Rakousko, kteří mají děti. Výzkumu se v období let 2007 až 2012 zúčastnilo celkem 938 respondentů, z toho 357 mužů a 581 žen.

Česká republika

V České republice se výzkumu zúčastnilo celkem 682 respondentů, z toho 299 mužů a 383 žen, kteří vyhovovali podmínce, že mají děti a svolili s účastí na výzkumu. Výzkum v České republice probíhal v letech 2007–08. Vzhledem k tomu, že výzkum se zaměřoval pouze na respondenty z České republiky, nebylo cílem výzkumu a tedy ani součástí identifikačních otázek, z jakého kraje respondent pochází nebo v jakém kraji v současné době výzkumu žije. Lze tedy jen souhrnně konstatovat, že výzkum probíhal ve všech krajích České republiky, zejména pak v Jihočeském, Západočeském, Středočeském a Jihomoravském kraji.

Slovenská republika

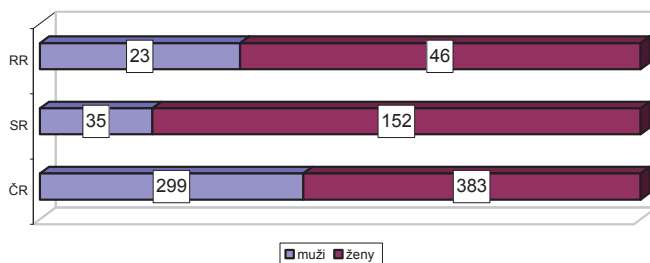
Ve Slovenské republice se výzkumu zúčastnilo celkem 187 respondentů, z toho 35 mužů a 152 žen, kteří vyhovovali podmínce, že mají děti a svolili s účastí na výzkumu. Výzkum ve Slovenské republice probíhal v roce 2010. Souhrnně lze konstatovat, že výzkum probíhal zejména v Bratislavském a Trnavském kraji.

Republika Rakousko

V Rakousku se výzkumu zúčastnilo celkem 69 respondentů, z toho 23 mužů a 46 žen, kteří vyhovovali podmínce, že mají děti a svolili s účastí na výzkumu. Výzkum probíhal v roce 2011 ve spolkové republice Horní Rakousko – Oberösterreich.

VÝSLEDKY

Ve složení souboru z pohledu pohlaví ve všech třech zemích převládají respondentky-ženy, jak ukazuje níže uvedené grafické znázornění absolutních čísel respondentů v souborech. Celkem se ve všech souborech výzkumu zúčastnilo 62 % žen a 38 % mužů (graf 1).

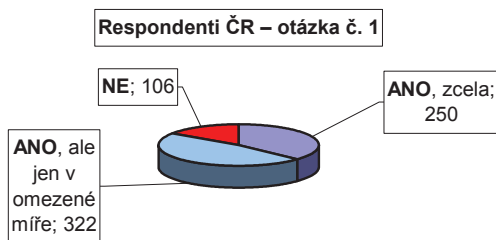


Graf 1 Sledované soubory ČR, SR, RR podle pohlaví

Zajišťuje stát rovný přístup k preventivní péči pro vaše děti?

Česká republika

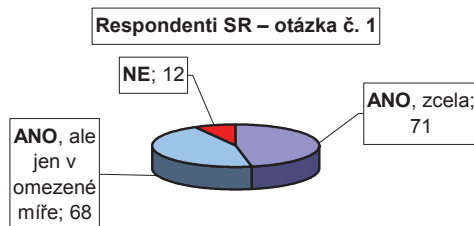
V České republice se výzkumu zúčastnilo 682 respondentů, z toho 299 mužů a 383 žen ve všech kategoriích věkového rozpětí (graf 2).



Graf 2 Odpovědi respondentů České republiky na otázku zajištění rovného přístupu státu k preventivní péči pro děti

Slovenská republika

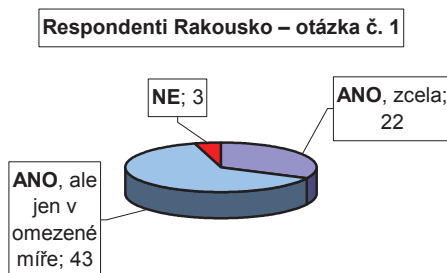
Ve Slovenské republice se výzkumu zúčastnilo 187 respondentů, z toho 35 mužů a 152 žen zejména ve věkových kategoriích od 25 do 54 let (graf 3).



Graf 3 Odpovědi respondentů Slovenské republiky na otázku zajištění rovného přístupu státu k preventivní péči pro děti

Republika Rakousko

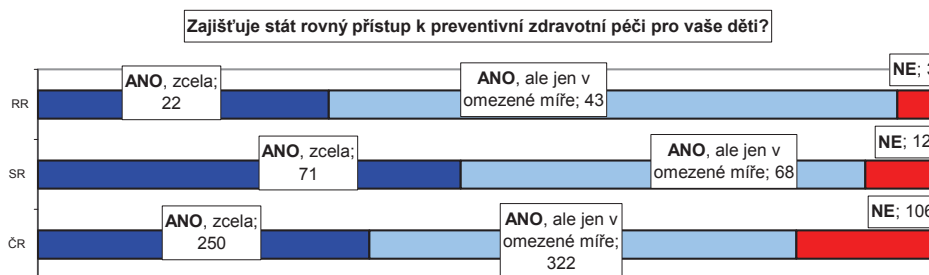
V Rakousku se výzkumu zúčastnilo celkem 69 respondentů, z toho 23 mužů a 46 žen (graf 4).



Graf 4 Odpovědi respondentů Republiky Rakousko na otázku zajištění rovného přístupu státu k preventivní péči pro děti

Celkově odpovídali respondenti všech souborů z České republiky, Slovenské republiky a Rakouska na otázku, zda stát zajišťuje rovný přístup k preventivní zdravotní péči pro jejich děti, tak, že si 343 respondentů myslí, že stát zcela zajišťuje, 433 respondentů ze všech souborů si myslí, že

stát zajišťuje rovný přístup, ale jen v omezené míře a 121 respondentů z celkových 897 si myslí, že jejich stát nezajišťuje rovnou péči v oblasti preventivních zdravotních prohlídek pro jejich děti. Graf 5 pak porovnává podíly kladných a záporných odpovědí v jednotlivých souborech.



Graf 5 Odpovědi respondentů všech respondentů na otázku zajištění rovného přístupu státu k preventivní péči pro děti – země

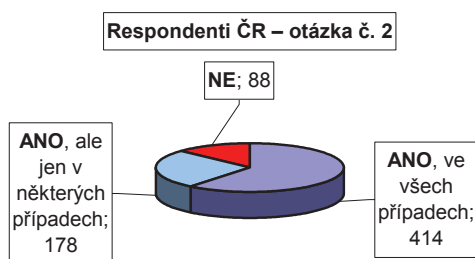
Statistické zpracování

Ze statistického zpracování dat souborů k první výzkumné otázce se prokazuje významný statistický rozdíl mezi Českou republikou a Slovenskou republikou ve prospěch ČR, $\chi^2 = 10,12$, $p = 0,00147$. Ve vztahu České republiky a Rakous-

ka není tento statistický rozdíl významný, $\chi^2 = 0,68$, $p = 0,41$. Mezi Slovenskou republikou a Rakouskem je vztah statisticky významný, a to ve prospěch Slovenské republiky, $\chi^2 = 6,46$, $p = 0,011$.

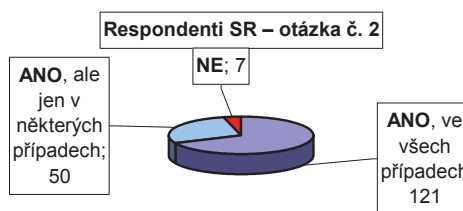
Využívají rodiče pozvání na preventivní prohlídky?

Česká republika



Graf 6 Odpovědi respondentů České republiky na otázku využití nabídek na preventivní prohlídky

Slovenská republika



Graf 7 Odpovědi respondentů Slovenské republiky na otázku využití nabídek na preventivní prohlídky

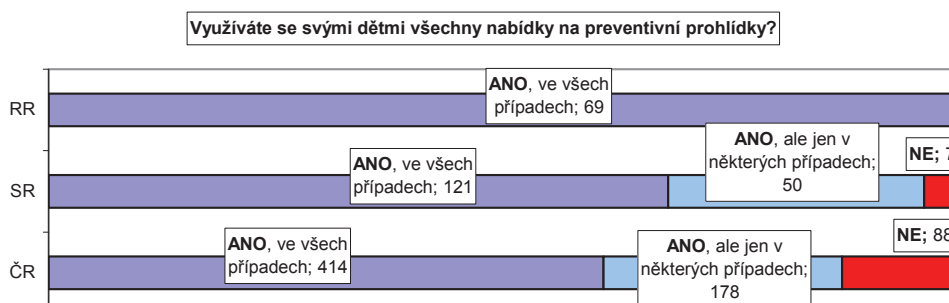
Republika Rakousko

Odpovědi na otázku respondentů z Rakouska byli u všech respondentů klané, nikdo neodpověděl, že by nabídku na preventivní prohlídku svých dětí nevyužíval.

Celkově odpovídali respondenti z České republiky, Slovenské republiky a Rakouska z celkových 897 respondentů tak, že 604 respondentů využívá všechny nabídky na preventivní prohlídky dětí, 228 respondentů je využívá jen v některých případech

dech a 95 respondentů ve všech dotazovaných zemích odpovědělo, že nabídky na preventivní prohlídky svých dětí nevyužívá, což v tomto souboru

činí cca 15 %. Graf 8 znázorňuje podíl odpovědí v jednotlivých zemích.



Graf 8 Odpovědi všech respondentů, zda využívají nabídky na preventivní prohlídky

Statistické zpracování

Ze statistického zpracování byl opět zjištěn statisticky významný rozdíl mezi Českou republikou a Slovenskou republikou ve prospěch ČR, χ^2 -kvadrát = 6,02, $p = 0,0141$. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny i mezi Českou republikou a Rakouskem, kde $p = <0,0001$ a další významný statistický rozdíl mezi Českou republikou a Slovenskou republikou, kde $p = 2,18 \cdot 10^{-11}$). U této otázky se v případě Rakouska vyskytují nulové četnosti odpovědí v záporných reakcích, pro srovnání Rakouska s Českou republikou a Slovenskou republikou byl použit Fisherův přesný test, při jehož výpočtu se neudává testové kritérium, ale jen hodnota p .

Sledují rodiče aktivně termíny preventivních prohlídek dětí?

Česká republika

Na otázku, zda rodiče sledují aktivně termíny preventivních prohlídek svých dětí, odpovědělo

z celkového počtu 682 dotázaných respondentů z České republiky kladně 482, což je 71 % ze všech dotázaných, a 197 respondentů odpovědělo záporně, tedy 29 %.

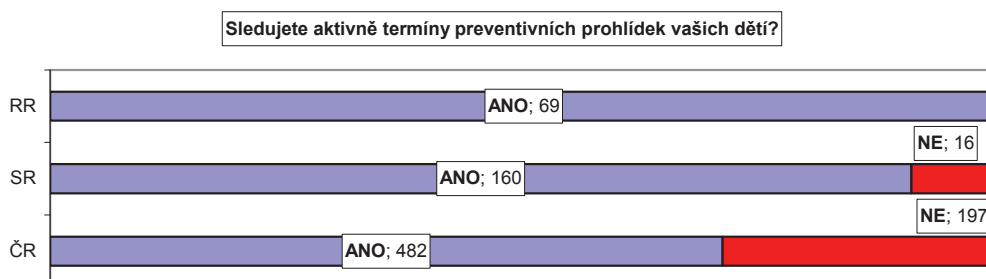
Slovenská republika

Na otázku, zda rodiče sledují aktivně termíny preventivních prohlídek svých dětí, odpovědělo z celkového počtu 187 oslovených respondentů 160 kladně, což je 86 %, a záporně odpovědělo 9 %; 11 respondentů se buď neumělo, nebo nechtělo k položené otázce vyjádřit.

Republika Rakousko

Z celkového počtu 69 oslovených respondentů všichni odpověděli, že aktivně sledují termíny preventivních prohlídek svých dětí.

Graf 9 ukazuje podíly odpovědí respondentů v jednotlivých souborech, tedy v České republice, Slovenské republice a Republice Rakousko.



Graf 9 Odpovědi respondentů všech souborů, zda aktivně sledují termíny preventivních prohlídek svých dětí

Statistické zpracování

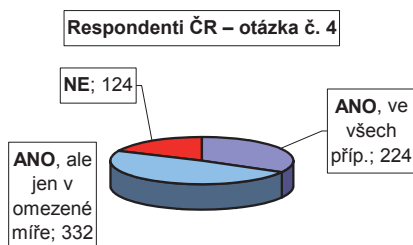
Ze statistického zpracování dat mezi Českou republikou a Slovenskou republikou nebyly zjištěny významné statistické rozdíly, chí-kvadrát = 60,04, $p = <0,0001$. Při srovnání České republiky a Rakouska byl zjištěn významný statistický rozdíl, kde $p = <0,0001$. Také mezi Slovenskem a Rakouskem

byl prokázán významný statistický rozdíl, kde $p = 0,00136$. U této otázky se v případě Rakouska vyskytují nulové četnosti odpovědí, pro srovnání Rakouska s Českou a Slovenskou republikou byl použit Fisherův přesný test, při jehož výpočtu se neudává testové kritérium, ale jen hodnota p .

Podíleli by se rodiče případným příspěvkem při preventivních prohlídkách dětí?

Česká republika

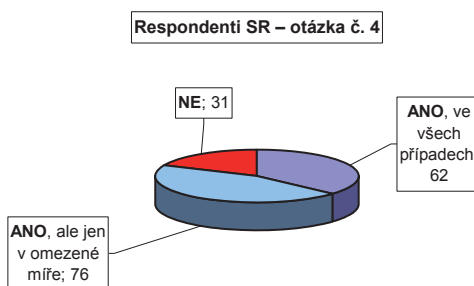
Z celkového počtu 682 oslovených respondentů odpovědělo 224 respondentů, že by se na preventivních prohlídkách svých dětí případně podíleli finančně ve všech případech, většina respondentů však sdělila, že by se finančně na preventivních prohlídkách svých dětí podílela jen v případě, že by to bylo nezbytně nutné. Byla to téměř polovina dotázaných, 332 respondentů; 124 respondentů České republiky finanční spoluúčast na preventivních prohlídkách svých dětí odmítlo, jak ukazuje graf 10.



Graf 10 Odpovědi respondentů České republiky na případný finanční podíl na preventivních prohlídkách pro své děti

Slovenská republika

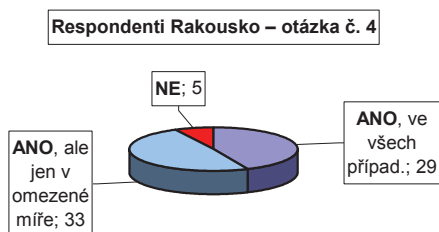
Z celkového počtu 187 respondentů oslovených na Slovensku nejvíce respondentů zvolilo odpověď, že by byli ochotni se finančně podílet jen v omezené míře. Takto jich odpovědělo 76, tedy 41 %. Menší část respondentů by byla ochotna se na úhradě preventivních prohlídek svých dětí podílet v každém případě – takto odpovědělo 62 respondentů, tedy 33 %. Na Slovensku se ale 18 respondentů k takové otázce vůbec nechtělo vyjádřit, neboť nechtěli či si nedovedou představit, že by ještě museli řešit finanční spoluúčast na preventivních prohlídkách (graf 11).



Graf 11 Odpovědi respondentů Slovenské republiky na případný finanční podíl na preventivních prohlídkách pro své děti

Republika Rakousko

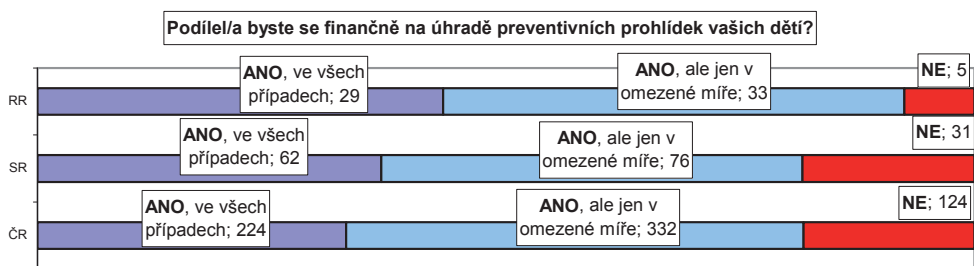
Z celkového počtu 69 oslovených respondentů by se jich 29 zcela podílelo na finanční spoluúčasti na preventivních prohlídkách svých dětí a 48 %, tedy 33 respondentů, by se podílelo jen v omezené míře. Jen 5 respondentů by tuto možnost odmítlo (graf 12).



Graf 12 Odpovědi respondentů Rakouské republiky na případný finanční podíl na preventivních prohlídkách pro své děti

Celkově při porovnání jednotlivých souborů a jejich struktury odpovědí závěrem vychází ochota

respondentů z Republiky Rakousko k finanční spolupůlčasti.



Graf 13 Odpovědi respondentů všech souborů na případnou finanční spolupůlčast – země

Statistické zpracování

Ze statistického zpracování dat mezi Českou republikou a Slovenskou republikou nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl, kde chí-kvadrát = 1,57, $p = 0,21$. Významný statistický rozdíl byl zjištěn mezi Českou republikou a Rakouskem, kde chí-kvadrát = 3,91, $p = 0,048$, a to ve prospěch Rakouska.

DISKUSE

Soubor respondentů tvořily spíše ženy. Autoři se domnívají, že tento jev je charakteristický tím, že ženy jsou přístupnější komunikaci s cizí osobou a jsou více empatické. Zároveň jsou autoři přesvědčeni, že téma dětí a péče o ně je ženám stále blíží než mužům. Přesto připouštějí i skutečnost, že muži jsou od přírody obdarováni schopností, která jim umožňuje zacházet s dítětem a starat se o ně stejně dobře jako ženám – jen jinak. Ale přesně tato „jinakost“ je to, co děti ke svému vývoji potřebují (Velemínský, 2002). Zřejmě právě ve zmiňované jinakosti mužů je uložena menší otevřenost ke sdělování informací o svých dětech a tím nižší účast na realizaci výzkumu.

Z pohledu věku respondentů ve všech sledovaných souborech jsou téměř rovnoměrně zastoupeny všechny sledované věkové kategorie, vyjma mladších mužů, kde ve věkové kategorii od 20 do 24 let se výzkumu celkem zúčastnilo 24 respondentů z celkového počtu 354 mužů a ve věkové kategorii nejmladší, tj. od 15 do 19 let, se zúčastnilo výzkumu 5 mužů, kteří zároveň vyhovovali podmínce, že již mají vlastní děti. I u respondentek-žen je zastoupena nejméně věková kategorie od 15 do 19 let, při níž se výzkumu zúčastnilo 10 respondentek z celkového počtu 562 respondentek a ve věkové kategorii od 20 do 24 let bylo dotázáno 46 respon-

dentek z celkového počtu 562 respondentek všech tří sledovaných souborů.

Trend vývoje pozdějšího založení rodiny mimo jiných potvrzuje i výzkum, který byl provedený na Slovensku autorkami Lajdovou a Botíkovou, z jehož závěrů vyplývá, že i na Slovensku současný populační vývoj je třeba vnímat v kontextu světového populačního vývoje. Slovensko se přiblížilo západoevropskému modelu reprodukčního chování a demografické problémy jsou dnes velmi podobné problémům, které mají západní země (Lajdová, Botíková, 2007).

Z pohledu dosaženého stupně vzdělání je největší podíl respondentů s ukončeným středoškolským vzděláním a nejnižší počet respondentů s ukončeným základním vzděláním.

Porovnáním s průměrnými statistikami v Evropské unii došli autoři k závěru, že ve zkoumaném souboru bylo méně respondentů se základním vzděláním, než je v průměru v zemích Evropské unie, více respondentů se středoškolským vzděláním i více respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním, než je evropský průměr.

Z pohledu počtu dětí respondentů a složení podle národních souborů je vhodné zdůraznit, že nepřímým výzkumem, prostřednictvím svých rodičů, byly získány **údaje celkem o 1 630 dětech ze tří stře-doevropských zemí** a jejich vazbě k účasti na preventivních zdravotních prohlídkách. Největší počet respondentů má 2 děti, dále je zastoupen podíl respondentů s jedním dítětem. Koresponduje to s publikovanými statistikami, také s názorem Lajdové a Botíkové (2007) o poklesu porodnosti na Slovensku a v dalších zemích Evropské unie. Podle Zvěřiny demografický vývoj v Evropě značně zaostává za demografickým vývojem zbytku světa (Zvěřina,

2008). Úhrnná plodnost, tj. průměrný počet dětí na jednu ženu, se v Evropské unii pohybuje kolem hranice 1,5 dítěte, což je hodnota pod zachovnou hranicí nutnou k tomu, aby se populace sama obnovovala. Tato hranice je přibližně 2,1 dětí na jednu ženu. Tím je signalizován budoucí přirozený úbytek populace EU. Mezi členskými státy existují značné rozdíly v úrovni plodnosti, jež naznačují, že stále přetrvává rozdělení na bývalý Západ a Východ. Již více než 10 let měly nové členské státy nezanedbatelně nižší úroveň plodnosti než státy původní EU-15 (Kocourková, Šídlo, 2010). Autoři souhlasí s Kocourkovou, která dále uvádí, že nízká plodnost je odrazem změn v reprodukčním chování, které v evropských zemích probíhají již delší dobu a jsou součástí tzv. druhého demografického přechodu. V západní Evropě byly pozorovatelné již od poloviny 60. let minulého století, v postkomunistických zemích teprve v posledních 15 letech. Hlavní příčinou je odkládání rodičovství do vyššího věku žen a projevuje se neustálým zvyšováním průměrného věku matek při narození prvního dítěte. V úhrnné plodnosti v porovnání vychází nejlépe Rakousko, ale všechny tři země jsou hluboko pod zachovnou hranicí – další důvod, proč věnovat dětem a jejich zdravému vývoji do dospělosti mimořádnou, celospolečenskou i nadnárodní pozornost.

Největší část respondentů z České republiky se domnívá, že stát sice zajišťuje rovný přístup k preventivní péči o děti a mládež, ale velká část z nich si myslí, že jen v omezené míře. Z čeho může plynout takový názor? Stát je vázán v této oblasti dokonce zákonnou povinností tyto preventivní prohlídky zajišťovat a své konání podkládá podzákonnými upřesněními, jako je v současné době platná vyhláška o preventivních prohlídkách č. 70/2012 ze dne 29. 2. 2012, uveřejněná ve Sbírce předpisů s účinností od 1. 4. 2012. Uvedená vyhláška přesně a velmi podrobně stanoví ve svém § 3 Obsah a časové rozmezí všeobecné preventivní prohlídky dětí. Praktičtí lékaři pediatři jsou povinni se jejími ustanoveními řídit a je na občanech, zda takového práva, které jim stát nabízí, využívají. Autoři se domnívají, že spíše než nespokojenost s dostupností v odpovědích na tuto otázku mohl hrát roli negativní přístup občanů ke státu a jeho fungování jako takovému, ovlivněný současným společenským klimatem. Jeví se to nejvíce u skupiny respondentů, kteří se domnívají, že stát tuto svou povinnost zajišťuje jen v omezené míře. Autoři zastávají tento názor proto, že při osobních setkáních s respondenty byla kladena většinou doplňující otázka, aby respondenti zkusili definovat, v čem stát

v současné době své poslání nenaplní. Většina respondentů nedokázala přesně kritizované slabiny systému konkretizovat, spíše se uchýlovala právě k obecnějším výtkám vůči fungování státu jako celku. Z uskutečněné detailní analýzy výsledků nebyly zjištěny významné odlišnosti v názorech na tuto otázku z hlediska pohlaví. To znamená, že muži i ženy mají na tuto skutečnost podobný názor. Podobně je tomu i v případě věku, tento znak nemá rovněž výraznější diferenciací funkci. Kritičtější jsou v tomto ohledu starší respondenti. Platí rovněž, že mínění o roli státu v poskytování rovné preventivní zdravotní péče je závislé na vzdělání. Kritičtější jsou osoby s nižším, zejména základním vzděláním, které častěji volí odpověď „ne“, osoby s ukončeným středoškolským vzděláním se častěji domnívají, že stát tak činí jen v omezené míře a vysokoškolsky vzdělaní respondenti častěji uvádějí, že stát rovný přístup zajišťuje beze zbytku. S růstem vzdělání kritičnost klesá a nejlépe hodnotí roli státu v tomto případě respondenti s vysokoškolským vzděláním. Jiné významné souvislosti zjištěny nebyly.

Slovenský soubor respondentů zaznamenal větší podíl těch, kteří se domnívají, že stát zcela zaručuje preventivní péči pro jejich děti. Z uvedeného srovnání legislativy obou států vyplývá, že z pohledu zajištění státu nevykazují legislativy významné rozdíly. Autoři se tedy domnívají, že se jedná o rozdíl v přístupu občanů k uznání snah státu o zabezpečení jejich práv. Také v souboru respondentů Slovenské republiky převládají respondenti s jedním, maximálně dvěma dětmi. Může to být ovlivněno i tím, že na Slovensku se výzkumu v porovnání s Českou republikou účastnili respondenti mladší. Výsledky výzkumu na Slovensku odpovídají i výsledkům výzkumu, které uvádí Zachar (2012). Největší přínos vidí na právě rozpracovaných změnách, které by měly přinést větší efektivitu a transparentnost v oblasti poskytování zdravotní péče. Podle Zachara je spokojeno se zdravotnictvím na Slovensku 53 % respondentů, což by odpovídalo i výsledkům výzkumu našich respondentů s přihlédnutím k míře spokojenosti zajišťované státem.

Respondenti Republiky Rakousko ve velkém podílu jsou se zajištěním preventivní péče ze strany státu spokojeni. K tomuto výsledku možná přispělo i to, že byli osloveni zejména respondenti mladších generací. Velká část jich byla mezi věkem od 20 do 44 let a jejich děti jsou mladší. Jak ukazuje i následný výzkum v dalších otázkách aktivního přístupu rodičů k zajištění preventivní péče pro jejich děti, autoři se domnívají, že právě tato spokojenost

může souviset přímo s jejich aktivní účastí. Podle proběhlého průzkumu veřejného mínění v Rakousku je zcela spokojeno s úrovní zdravotního systému a s péčí poskytovanou státem 62 % rakouských občanů, 27 % je spokojeno částečně s dostupností zdravotnické péče a jen 11 % podle průzkumu spokojeno není (Österreich zufrieden mit Gesundheitsversorgung „Gesundheitsbarometer“, 2012).

Většina respondentů z osloveného souboru rodičů v České republice využívá všech nabídek na preventivní prohlídky svých dětí, které od lékařů či zdravotnických zařízení obdrží. Další čtvrtina využívá tyto nabídky jen v některých případech a zbývajících více než deset procent tyto nabídky nevyužívá a k preventivním prohlídkám se svými dětmi nechodí. Z podrobnější analýzy vyplynulo, že míra využívání nabídek na preventivní prohlídky dětí není závislá na pohlaví a věku respondentů, ale je závislá na věku dětí. Ukázalo se, že nabídky méně využívají respondenti s nižším vzděláním, více pak s vysokoškolským. Jiné významnější souvislosti nebyly zjištěny. K tomuto dobrému výsledku jistě přispívá i dlouhodobě velmi vysoká úroveň pediatrie a dětských lékařů v Čechách, která má velkou tradici. Mnoho let působí osvětou na občany. Na podporu rodin s dětmi, zvláště pak s těmi, které mají zdravotní či jiné postižení, zároveň v České republice působí i celá řada nevládních organizací, které svou činností rodiče podporují.

Také ve Slovenské republice ve velké míře rodiče využívají nabídky preventivních prohlídek svých dětí. Z pohledu pohlaví nebyl zjištěn žádný velký rozdíl, z pohledu dosaženého věku jak respondentů, tak jejich dětí využívají nabídky k preventivním prohlídkám mladší respondenti s mladšími dětmi. Z hlediska dosaženého vzdělání i zde se potvrzuje, že míra odpovědnosti při využití nabídky preventivních prohlídek roste s mírou dosaženého vzdělání. Na Slovensku se při podrobnější analýze ukázalo, že čím větší počet dětí respondenti mají, tím větší pozornost nabídce preventivních prohlídek věnují. Může to být způsobeno i tím, že již jednou nabytou zkušenost uplatňují automaticky u dalších dětí, může to však ale i znamenat, že počet dětí do jisté míry odráží i chuť mít další děti a věnovat se jim s patřičnou rodičovskou péčí a znamená pro takové respondenty hlavní prioritu jejich životního zaměření. Na Slovensku rozsah a obsah preventivních prohlídek dětí upravuje zákon č. 577/2004 Z. z. Všechny preventivní prohlídky jsou hrazeny příslušnými zdravotními pojišťovnami, tak jako povinné očkování. Povinné očkování na Slovensku je ustanoveno v souladu s § 5 zákona č. 355/2007

Z. z., o ochraně, podpoře a rozvoji zdraví vyhláškou č. 585/2008, která stanoví podrobnosti o prevenci a kontrole přenosných onemocnění. Je potěšitelné, že i z národního slovenského výzkumu vyplynulo, že 96 % dětí chodí na preventivní prohlídky a na povinná očkování. Při doplňujících otázkách autorů pak ve většině ti, kteří uvedli zápornou odpověď, potvrdili, že spoléhají na svého pediatra, se kterým jsou i tak v kontaktu při onemocnění svých dětí, že jim termín preventivních prohlídek s očkováním připomene. Z pohledu pohlaví není překvapivé, že aktivněji hlídají termíny preventivních prohlídek dětí ženy-matky, a to opět u mladších dětí více než u dětí dospívajících. Dosažené vzdělání nehraje při hlídání termínů preventivních prohlídek dětí významnou roli. Autoři se domnívají, že jednak je to pozitivní vizitkou dětských lékařů – pediatriů, kteří výborně vykonávají každodenní práci se svými pacienty a snaží se je maximálně informovat, na druhé straně to může být i pasivita ze strany rodičů, kteří se při výchově svých dětí do značné míry spoléhají na další instituce, jako jsou škola, lékař nebo stát. Autoři souhlasí s Machovou a Kubátovou, které uvádějí, že většina lidí uznává důležitost prevence a chápe, že je lepší nemocem předcházet, než jimi trpět. Uvědomují si, že preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ve svém důsledku ke zvýšení kvality života a k jeho prodloužení. Přesto však někdy dobře míněná preventivní opatření přijímají lidé neochotně nebo na ně nedbají, zatímco i třeba nepřijemnému léčení se ochotně podrobují. Tento přístup souvisí s tím, že dokud je člověk zdravý a nemá žádné obtíže nebo bolesti, necítí potřebu navštěvovat lékaře. Tento přístup k prevenci může dále souviset s tím, že lidé se domnívají, že právě jim určitá nemoc nehrozí (Machová, Kubátová a kol., 2009). Z hlediska pohlaví i na Slovensku více hlídají termíny preventivních prohlídek dětí ženy-matky. Z hlediska dosaženého vzdělání převažují respondenti se středněškolským vzděláním a z hlediska počtu dětí nehlídají více termíny preventivních prohlídek ti, kteří mají dvě a více dětí. Lze se tedy domnívat, že zkušenost, kterou nabyli při prohlídkách s prvním dítětem a kdy je lékař upozorňoval na blížící se další prohlídku, už u dalšího dítěte pokládali u lékaře za samozřejmou. Mnozí nespolečají jen na své lékaře, ale zejména na zdravotní sestry, jež mnohdy nad rámec svých povinností hlídají termíny prohlídek za své pacienty. Autoři souhlasí s Machovou a Kubátovou, které tvrdí, že výchova ke zdraví má proto důležitý úkol změnit chování lidí, tak aby si uvědomili nutnost přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví

a prevence. Touto cestou je nutno se vydat nejen jako samostatné státy, ale i jako součásti nadnárodního společenství, kterým je Evropská unie (Mikloško, 2006). Je škoda, že respondenti možná znají i svá práva, mimo jiné zahrnutá i ve skupinových právech dětského pacienta, ale mnohdy jich nevyužívají.

V Rakousku byly sebrány pouze odpovědi kladné. Respondenti se často nad takovou otázkou pozastavovali jako nad otázkou bezpředmětnou, protože pro všechny respondenty bylo přirozené, že takto jednájí a termíny preventivních prohlídek aktivně hlídají. Autoři se domnívají, že tak jako u výsledků předchozí výzkumné otázky mohou rozdíly spočívat v celkovém přístupu respondentů ve vztahu občan a stát. Dalším důvodem může být tradice, která je po dlouhá desetiletí dodržována a rodinné vazby k rodinným lékařům v ní hrají významnou roli (Hellbrügge, 1994).

Autoři se přiklání k tvrzení Bártlové a Matulay, kteří uvádějí, že chybou, která se v dřívějších letech často ve výchově ke zdraví v Čechách a na Slovensku dělala, bylo chápání zdraví jaké cílové hodnoty, které má být všechno podřízeno. V řadě západních zemí se dnes užívá postupů užívaných sociálním marketingem. Zdraví se zde nechápe jako hodnota cílová, ale instrumentální. Zdraví tedy není cílem samo o sobě, ale je prostředkem, kterého můžeme využít k dosažení úspěchů, výkonu pohody a podobně (Bártlová, Matulay, 2009).

V úvodu diskuse o případné finanční spoluúčasti na preventivních prohlídkách pro děti a mládež je třeba uvést, že lidské jednání není výlučně produktem logicky konzistentního racionálního programu, často v něm převládají i iracionální momenty, takže například informování o správném jednání, které je považováno za hlavní metodu prevence, často selhává. Prevenci ovlivňují též etnické a subkulturní a celospolečenské aspekty jednotlivých společenských skupin (Bártlová, Matulay, 2009).

Právě tyto aspekty zřejmě vedly většinu respondentů souboru k odpovědi, že by se finančně podíleli na úhradě preventivních prohlídek pro své děti jen v omezené míře. Zřejmě doba, která zvyšuje náklady na rodinu jako takovou, zejména na rodiny s dětmi, způsobuje, že každá další informace o tom, že na dalším zajištění pro své děti se mají finančně podílet, pro ně není příliš přijatelná. Při podrobnější analýze odpovědí respondentů na tuto výzkumnou otázku bylo zjištěno, že přístupnější k finanční spoluúhradě za preventivní prohlídky svých dětí jsou ženy, dále že by se na ní více podíleli mladší respondenti. Tato vazba se jeví jako přirozená v souvislosti

s tím, že většina mladých respondentů má teprve první dítě nebo alespoň jedno z dětí v mladším věku. Také je vhodné vzít v úvahu, že mladší respondenti již vyrůstali v jiném společenském klimatu než respondenti starší, kteří byli zvyklí v minulosti na to, že na žádný úkol ve zdravotní péči nebyli nuceni finančně přispívat. Vzhledem k dosaženému vzdělání opět nepřekvapil výsledek výzkumu, že na případné finanční spoluúčasti by se více podíleli respondenti se středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

K této výzkumné otázce byla položena ještě podotázka, která měla zjistit z jiného úhlu pohledu podíl na finanční participaci na preventivních prohlídkách dětí, zda jsou ochotni respondenti hradit tento typ péče z případné půjčky. Jinými slovy šlo o to, zda by se rodiče byli ochotni pro tento případ zadlužit. Z výzkumu vyplývá, že ve všech případech je připraveno 82 respondentů se zadlužit, aby případně mohli zaplatit pro své dítě preventivní prohlídku. V nezbytném případě by tuto možnost volilo nejvíce respondentů – 324, což je 48 % všech dotázaných. Nejvíce by byly ochotny se zadlužit ženy-vysokoškolačky.

Zachar uvádí, že v současné době je okolo finanční spoluúčasti v oblasti zdravotní péče velmi rozsáhlá diskuse, a tak je možné, že na řadu respondentů tyto zprávy doléhají velmi negativně a celkový výzkum tak ovlivňují. Lze souhlasit s autory Miščíkem a kol., kteří říkají, že každá společnost je jedinečným produktem s odlišnou místní historií, ale všechny mají společné to, že do sebe sama zahrnují rozdílné kulturní, etnické i náboženské skupiny. A občané se liší vnímavostí ke svým ekonomickým zájmům, k celé společnosti a ke svému místu v ní (Miščík a kol., 2001).

Také na Slovensku byla položena doplňující otázka, zda by byli rodiče dětí ochotni se zadlužit, tedy zda by byli ochotni si vzít na případnou úhradu preventivní prohlídky svých dětí půjčku. U slovenských respondentů je daleko více těch, kteří odmítají se zadlužit na úhradu preventivních prohlídek svých dětí. Jsou to zejména respondenti-muži, středního a vyššího věku, a ti, kteří mají více dětí. Autoři se domnívají, že právě aktuální finanční situace rodiny může poměr odpovědí na tuto podotázku ovlivňovat. Lze tedy souhlasit s názorem, že odpovědnost za vlastní zdraví závisí na osobním přesvědčení a postoji, ale je současně podmíněna také faktory zejména sociálního prostředí, faktory ekonomickými, praktickými možnostmi, vlastními zkušenostmi apod. Prostor by mělo napomáhat vytvářet a udržovat zdravý životní styl, a to realizací veřejné

politiky orientované na zdraví, specifickými programy, zvyšováním motivace lidí k posilování vlastního zdraví (Čevela a kol., 2009).

Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti z Rakouska jsou více ochotni se podílet na finanční spoluúčasti preventivních prohlídek svých dětí a v některých případech se i pro ně zadlužit. Odpovědi potvrdily, že v nejvyspělejších zemích s demokratickou správní kulturou patří sociálně-lékařský přístup k nejdynamičtěji se rozvíjejícím oblastem a umožňuje vytvářet komplexní, vysoce strukturalizované a v potřebné míře i decentralizované systémy zdravotní péče, jejichž účinnost je průběžně „dolaďována“ v návaznosti na měnící se politickou, ekonomickou i sociální situaci (Mareš a kol., 2005).

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Podpora zdraví prokazatelně napomáhá zlepšení zdravotní i sociální situace. Ten, kdo si váží zdraví, váží si i sám sebe a je ochoten pro své zdraví něco udělat (Čevela a kol., 2009). Je nesporné, že je nutné stále a soustavně investovat do rozvoje zdravotnických služeb, zlepšovat jejich dostupnost a kvalitu. Je však nepochybné, že zdraví vzniká a rozvíjí se v rodinách, ve školách, na pracovištích a je podmíněno sociálně-ekonomickou, kulturní a životní situací informovaných lidí (Zavázalová a kol., 2008).

Demografický vývoj zkoumaných zemí se vyznačuje zpomalováním reprodukce obyvatelstva vyplývající z dlouhodobého snižování porodnosti

a plodnosti žen při mírně klesající úmrtnosti obyvatelstva, pokračuje stárnutím obyvatelstva, které se projevuje mírným zvýšením střední délky života a prodlužováním průměrného věku obyvatelstva. Tento vývoj je odrazem ekonomických, sociálních a politických vývojových tendencí. Přirozený přírůstek obyvatelstva v těchto zemích klesá, v mnohých případech do červených čísel a migrace představuje částečnou možnost kompenzace (Španková, Masárová, 2007).

Cílem bylo zjistit u rodičů dětí, tedy u laické veřejnosti, jak hodnotí zajištění dostupnosti zdravotní péče v oblasti preventivních prohlídek pro děti a mládež ze strany státu v České republice, ve Slovenské republice a v Rakousku.

Výsledky výzkumu ukázaly při porovnání vztahů souborů, že respondenti České republiky vyjadřují větší spokojenost s úrovní péče než respondenti Slovenské republiky a Rakouska vyjma výzkumné otázky o finanční spoluúčasti, v níž je větší spokojenost v souboru rakouských respondentů. Výsledky výzkumu a celé práce jednoznačně ukázaly, jak důležitá je informovanost občanů o jejich právech a zároveň z toho plynoucích povinnostech.

Doporučení pro praxi je nadále se věnovat důsledné, cílené a pozitivní informovanosti občanů v oblasti práv ve zdravotní péči a dále osvětou zároveň podporovat aktivní přístup k posilování zdraví dětí a mládeže.

LITERATURA

1. Bártlová S, Matulay S. (2009). Sociologie zdraví, nemoci a rodiny, Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Vydavateľstvo Osveta, Martin, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. Bašková M. a kol. (2009). Výchova k zdraví; Vydavateľstvo Osveta, Martin, 226 s.
3. Čevela R, Čeledová L, Dolanský H (2009). Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy, Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
4. Frühfördegrung Untersuchung der Strukturen in europäischen Ländern, Europäische Agentur für Entwicklungene der sonderpädagogischen Förderung (2005). ISBN 978-8791500-44-2.
5. Hellbrügge T (1994). Erlebte und bewegte Kinderheilkunde. Verlag München, nr. M9471, 114 p.
6. Koucourková J, Šídlo L (2010). Česká republika v Evropské unii, demografický pohled. Demografické systémy. ISBN 978-80-7419-024-7.
7. Lajdová A, Botíková A (2007). Názory mladých lidí na zodpovědné rodičovstvo. Ochrana života VIII. Ludský život je hodný ochrany od počatia. Konferencia s medzinárodnou účasťou, Trnavská univerzita, Trnava. ISBN 978-80-8082-181-4.
8. Machová J, Kubátová D a kol. (2009). Výchova ke zdraví. Grada Publishing, a. s., 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
9. Mareš J, Hodačová L, Býma S (2005). Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 206 s. ISBN 978-80-246-1622-3.

10. Mikloško F (2006). Die Europäische Union als Brücke zwischen den Menschen der Adalbert-Länder Ungarn und Slowakei. Budapest. ISBN 963-87301-3-7.
11. Miščík P a kol. (2001). Slovensko a Európa, Centrum pro evropsku politiku, bez ISBN.
12. Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2010. [online] [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010
13. Österreich zufrieden mit Gesundheitsversorgung „Gesundheitsbarometer“ (2012). [online] [cit 2012-05-30]. Dostupné z: <http://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsbarometer.html>
14. Reformen aufgrund der Vereinbarung gemaess art.15 aB-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013. [online] [cit. 2012-05-13]. Dostupné z: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010

✉ **Kontakt:**

PhDr. Jana Samková, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických a preklinických oborů, České Budějovice
E-mail: jsamkova@zsf.jcu.cz