Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

Přínos odborné praxe pro absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Vedoucí práce :
MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

Autor :
Bc. Lenka Hartmanová

Květen 2011

Abstract

The main objective of the thesis called: '*Benefits of professional practice for graduates in subject of Public Health Protection at Faculty of Health and Social Studies of University of South Bohemia'*, was to monitor graduates' views of quality and benefits of professional practice in this field. As a partial objective I decided to find out whether the practice experience met the expectations of graduates. I set three research hypotheses. The first hypothesis says, the graduates in subject of Public Health Protection rate professional practice as beneficial. The second hypothesis says, the graduates in subject of Public Health Protection rate the professional practice as good. The third and last research hypothesis says, the professional practice met the graduates' expectations. First two hypotheses were fully proved, the third hypothesis was proved only from 50%.

My thesis is divided into the theoretical and practical part. The chapter "*Current State*" was worked out by the method of secondary data analysis. I tried to summarize different fields and issues and to explain concepts related to the study and practice of students.

The quantitative method was applied to process empirical research. The method of a questionnaire was applied to gather data. The questionnaire was compiled only for the purpose of this research and has 45 questions. There are closed, open and semi-closed questions in the questionnaire.

The research sample consists of graduates in subject of Public Health Protection at Faculty of Health and Social Studies in České Budějovice. The data were gathered from November 2010 till March 2011. Survey was voluntary and anonymous. The questionnaires were distributed to 125 graduates in Public Health Protection via the Internet. The resulting research file consists of 72 respondents (100%).

Until now, no literature that would examine this issue has been published. Therefore, the findings are unlikely to confront.

This thesis might be a valuable feedback providing matter-of-fact and specific comments of graduates. I hope, this research will be inspiration for improvement of both professional practice and tuition.

Abstrakt

Touto diplomovou prací s názvem „Přínos odborné praxe pro absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích“ jsem chtěla především monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci tohoto oboru. To je hlavním cílem. Jako cíl dílčí jsem si určila zjistit, jestli praxe splnila očekávání absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Pro výzkum jsem si stanovila tři hypotézy. První hypotézou je, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou. Druhá stanovená hypotéza zní, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní. Třetí a v mém výzkumu poslední hypotéza je, že praxe splnila očekávání absolventů. První dvě hypotézy byly zcela potvrzeny, třetí jsem potvrdila pouze z poloviny.

Má diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Kapitola „Současný stav“ byla vypracována pomocí metody sekundární analýzy dat. Stručně jsem se pokusila shrnout různé oblasti a problematiky, vysvětlit pojmy se studiem a s praxí studentů souvisejícími.

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla použita kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla zvolena výzkumná technika dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumu a obsahuje 45 otázek. Byly v něm použity otázky uzavřené, otevřené a polozavřené.

Výzkumný vzorek tvoří absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Sběr dat byl realizován od listopadu 2010 do března 2011. Šetření bylo dobrovolné a anonymní. Dotazníky byly distribuovány 125 absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích prostřednictvím internetu. Výsledný výzkumný soubor je tvořen 72 respondenty (100%).

Do současné doby neexistuje literatura, která by zkoumala tuto problematiku, proto své poznatky nemohu nijak konfrontovat.

Myslím si, že tato bakalářská práce může být cennou zpětnou vazbou, poskytující věcné a konkrétní připomínky ze strany absolventů. Doufám, že tento výzkum přinese inspiraci pro další zkvalitňování praxí i výuky.

Prohlášení:

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

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

V Českých Budějovicích …… Bc. Lenka Hartmanová

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D. za její odborné vedení a pomoc při zpracovávání diplomové práce, za věnovaný čas a trpělivost. Děkuji také respondentům za spolupráci při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině a především svým rodičům za duševní a finanční podporu během celého studia.

Obsah:

Úvod 8
1 Současný stav 10
1.1 Studijní programy v České republice 10
1.1.1 Bakalářský studijní program 10
1.1.2 Magisterský studijní program 11
1.1.3 Doktorský studijní program 11
1.2 Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích 12
1.2.1 Obor Ochrana veřejného zdraví 13
1.3 Výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví 15
1.4 Zdraví 16
1.4.1 Podpora zdraví 17
1.4.2 Prevence 18
1.4.3 Kvalita života 19
1.5 Hygiena 20
1.5.1 Odbor protiepidemický 21
1.5.1.1 Epidemiologie 21
1.5.1.2 Náplň práce protiepidemického odboru 23
1.5.2 Odbor hygieny dětí a mladistvých 24
1.5.2.1 Děti 24
1.5.2.2 Mládež 25
1.5.2.3 Náplň práce odboru hygieny dětí a mladistvých 26
1.5.3 Odbor hygieny obecné a komunální 28
1.5.4 Odbor hygieny práce 30
1.5.4.1 Druhy preventivních prohlídek 30
1.5.5 Odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání 32
1.6 Alkohol 34
1.7 Drogy 35
1.7.1 Závislost na drogách 36
1.7.2 Kritéria závislosti 37
1.7.3 Rozdělení drog 38
1.7.3.1 Halucinogeny 38
1.7.3.1.1 Konopné drogy 39
1.7.3.1.2 Marihuna 39
1.7.3.1.3 Hašiš 40
1.7.3.1.4 Skank 40
1.7.3.1.5 Halucinogenní rostliny 40
1.7.3.1.6 Halucinogenní houby 41
1.7.3.1.7 LSD 42
1.7.3.2 Opiáty 42
1.7.3.2.1 Opium 43
1.7.3.2.2 Morfin 44
1.7.3.2.3 Kodein 44
1.5.3.2.4 Heroin 44

1.7.3.2.5 Buprenorfin, subotex ... *45*
1.7.3.3 Látky se stimulačním účinkem ... *46*
1.7.3.3.1 Amfetamin – metamfetamin ... *46*
1.7.3.3.2 Extáze – MDMA ... *47*
1.7.3.3.3 Kokain ... *48*
1.7.3.3.4 Crack, krek ... *49*
1.7.3.4 Těkavé látky ... *49*
1.7.3.5 Léky ... *50*
1.7.4 Systém péče o osoby závislé na návykových látkách ... *51*
1.7.4.1 Nízkoprahová centra ... *51*
1.7.4.2 Ambulantní léčba ... *51*
1.7.4.3 Intenzivní ambulantní léčba a denní stacionáře ... *51*
1.7.4.4 Ústavní detoxifikace ... *52*
1.7.4.5 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba ... *52*
1.7.4.6 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách ... *53*
1.7.4.7 Substituční léčba (Metadonová substituční léčba v ČR) ... *53*
1.8 Kouření ... *54*
1.8.1 Vliv aktivního kouření ... *56*
1.8.2 Vliv pasivního kouření ... *57*
1.8.3 Prevence ... *59*
1.8.4 Abstinence ... *60*
1.8.5 Farmakologická léčba ... *61*
1.8.6 Fagerströmův dotazník ... *62*
1.8.7 Pracovní prostředí a kouření ... *62*
1.9 Zdravý životní styl ... *63*
1.9.1 Potrava ... *63*
1.9.2 Význam vody a hydratace ... *64*
1.9.3 Obezita ... *66*
1.9.3.1 Příčiny obezity ... *67*
1.9.3.2 Léčba obezity ... *68*
1.9.3.3 Tuk ... *69*
1.9.4 Hodnocení nutričního stavu ... *69*
1.10 HIV/AIDS ... *70*
1.10.1 Historie HIV ... *71*
1.10.2 Přenos HIV ... *72*
1.10.3 Léčba ... *73*
1.11 Pracovní lékařství ... *73*
1.11.1 Zdraví při práci ... *74*
1.11.2 Pracovní prostředí ... *74*
1.11.3 Poškození zdraví z práce ... *74*
1.11.4 Zdravý pracovník ... *76*
1.11.5 Analýza rizik při práci ... *76*
1.11.6 Kategorizace prací ... *77*
2 Cíl práce a hypotézy ... 79
2.1. Stanovené cíle práce ... *79*

2.2. Předpokládané hypotézy *79*
3 Metodika **80**
3.1 Použité metody a techniky *80*
3.2 Charakteristika výzkumného souboru *80*
4 Výsledky **81**
5 Diskuze **131**
6 Závěr **156**
7 Seznam použitých zdrojů **160**
8 Klíčová slova **167**
9 Přílohy **168**

Úvod

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla zpracovat téma – „Přínos odborné praxe pro absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích“. („The benefit of professional practice for graduetes of the Public health protection study programme at the Health and social studies faculty in České Budějovice“).

Jelikož se mi osvědčilo již u bakalářské práce vybrání si vlastního tématu, nenechala jsem nic náhodě a rozhodla se vymyslet si i téma diplomová práce. Opět jsem se nechala inspirovat svou zvědavostí. Jelikož by naše diplomové práce měly přinést něco nového, aktuálního a pokud možno užitečného, opět jsem rozhodla pro zkoumání našeho bakalářského oboru Ochrana veřejného zdraví. Ten na rozdíl od jiných témat, týkajících se náplně našeho oboru, není ještě vlastně vůbec prozkoumán. Podle mého názoru již nešlo dále pokračovat tématem „Uplatnění absolventů Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích oboru Ochrana veřejného zdraví - bakalářské studium“. Měla jsem pocit, že již není možné téma podrobněji rozebrat. Proto jsem se tentokrát rozhodla zaměřit na přínos odborné praxe. Velmi mě zajímaly názory a postřehy kolegů. Chtěla jsem se dozvědět, jak se během let měnila náplň praxí, zda se liší názory jednotlivých ročníků na tyto povinné stáže nebo jestli jen například jednotlivci mají odlišné vnímání. Co studentům vyhovovalo, v jakých ohledech se naopak praxe zdála nedostatečná. Seznam otázek, které byly bez odpovědí, se prodlužoval. Proto jsem se právě pro zpracování tohoto tématu rozhodla. Zatím vyšlo ze zmiňovaného oboru pět ročníků absolventů, ale bohužel dosud nezačala fungovat jakákoli komunikace mezi studenty a absolventy. Je tedy poměrně obtžné ptát se starších na rady, postřehy, názory, zjišťovat, jak studium a tedy i praxe probíhala za nich. Nelze tedy porovnávat, zjišťovat změny a podobně.

Obor Ochrana veřejného zdraví má poskytnout studentům vzdělání zaměřené především na problematiku ochrany a podpory veřejného zdraví. Veřejné zdraví je ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., v platném znění zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních

podmínek a způsobu života. Absolventi mohou svou profesi vykonávat v oborech hygieny práce, hygieny obecné a komunální, hygieny výživy, hygieny dětí a mládeže a epidemiologie na krajských hygienických stanicích, ve státní správě v oblasti ochrany životních a pracovních podmínek a v oblasti ochrany životního prostředí, působit na fakultách zdravotně sociálního zaměření.

O pozicích, na kterých absolventi mohou nalézt uplatnění, ponětí mají. Ale jak konkrétně tato pracoviště vnímají, zda vůbec by si tam dovedli představit být zaměstnáni, jestli si stihli během praxí vytvořit konkrétní představu o tom, co práce například na pracovištích krajských hygienických stanic a jejich územních pracovišť obnáší.

Předem jsem si tedy vytyčila pár cílů. Hlavním cílem mé diplomové práce je monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dílčím cílem je zjistit, jestli praxe splnila očekávání absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Vytvořila jsem poměrně rozsáhlý dotazník, kterým jsem se snažila zjistit, co nejvíce informací a názorů absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví na povinnou studijní praxi. Absolventům jsem rozeslala dotazník obsahující 45 otázek.

Smysl této práce spatřuji především v tom, že si současní ale hlavně budoucí studenti mohou vytvořit na základě přečtení mé práce, komplexnější obrázek o studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a především o oboru Ochrana veřejného zdraví. Myslím si, že když zaměstnancům, vyučujícím i vedení Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity zprostředkuji názory a postřehy absolventů, tedy těch, kteří si vším prošli a mohou tak nejfundovaněji tyto stáže hodnotit, může to být přínosné pro další organizaci praxí i výuky.

1 Současný stav

1.1 Studijní programy v České republice

Vysokoškolské vzdělání je v České republice možné získat studiem v rámci akreditovaného studijního programu podle studijního plánu stanovenou formou studia. Součástmi takového studijního programu musí být název studijního programu, dále jeho typ. Popsány musí být rovněž cíle studia a forma studia. Jasné musí být členění studijního programu na studijní obory, jejich charakteristika a kombinace. Zřejmé musí být i stanovení profilu absolventa příslušných studijních oborů. Akreditovaný studijní program splňuje i podmínky charakteristiky studijních předmětů. Jasně určena jsou i pravidla a podmínky pro vytváření studijních plánů, popřípadě délka praxe. Uvedena a tedy známa musí být též standardní doba studia při průměrné studijní zátěži vyjádřená v akademických rocích.

Akreditovaný studijní program dodržuje podmínky, které musí student splnit v průběhu studia ve studijním programu a při jeho řádném ukončení podle § 45 odst. 3, § 46 odst. 3 a § 47 odst. 4 včetně obsahu státních zkoušek. Absolventům je udělován akademický titul. Zřejmá musí být i návaznost na další typy studijních programů v téže nebo příbuzné oblasti studia. Studijní plán stanoví časovou a obsahovou posloupnost studijních předmětů, formu jejich studia a způsob ověření studijních výsledků. Přičemž forma studia vyjadřuje, zda jde o studium prezenční, distanční nebo o jejich kombinaci.

1.1.1 Bakalářský studijní program

Zaměřením bakalářského studijního programu je příprava k výkonu povolání a ke studiu v magisterském studijním programu. V bakalářském studijním programu jsou bezprostředně využívány aktuální poznatky a metody. Bakalářský studijní program obsahuje také v potřebném rozsahu teoretické poznatky. Standardní doba studia včetně praxe se pohybuje od tří do čtyř let. Studium musí být řádně ukončeno a to státní závěrečnou zkouškou. Součástí státní závěrečné zkoušky bývá zpravidla obhajoba bakalářské práce. Absolventům studia v bakalářských studijních programech je udělován akademický titul „bakalář“. Zkratkou je „Bc.“ a ta se uvádí před jménem. V oblasti umění

se uděluje akademický titul „bakalář umění“, který má zkratku „BcA.“. Ta se rovněž uvádí před jménem.

1.1.2 Magisterský studijní program

Magisterský studijní program je zaměřen na získání teoretických poznatků založených na soudobém stavu vědeckého poznání, výzkumu a vývoje. Dalším bodem je zvládnutí aplikace poznatků a rozvinutí schopností k tvůrčí činnosti. Magisterský studijní program je navazujícím programem na bakalářský studijní program. Standardní doba tohoto studia je nejméně jeden a nejvýše tři roky. V případech, kdy to vyžaduje charakter studijního programu, může být udělena akreditace magisterskému studijnímu programu, který nenavazuje na bakalářský studijní program. V tomto případě je standardní doba studia nejméně čtyři a nejvýše šest roků. Studium se řádně ukončuje státní závěrečnou zkouškou. Součástí této zkoušky je obhajoba diplomové práce. V oblasti lékařství a veterinárního lékařství a hygieny se studium řádně ukončuje státní rigorózní zkouškou. Absolventům studia v magisterských studijních programech se udělují akademické tituly. V oblasti ekonomie, technických věd a technologií, zemědělství, lesnictví, vojenství a architektury je udělován titul „inženýr“. Ve zkratce „Ing.“ se uvádí před jménem. V oblasti umění absolventi získávají titul „magistr umění“. Zkratce „MgA.“ se také uvádí před jménem. V ostatních oblastech je udělován „magistr“ zkratkou „Mgr.“, která je též uváděna před jménem.

1.1.3 Doktorský studijní program

Doktorský studijní program je zaměřen především na vědecké bádání a samostatnou tvůrčí činnost v oblasti výzkumu či vývoje. Další zaměření je na samostatnou teoretickou a tvůrčí činnost v oblasti umění. Standardní doba tohoto studia je nejméně tři a maximálně čtyři roky. Studium v doktorském studijním programu probíhá dle individuálního studijního plánu a to pod vedením školitele. Studium se řádně ukončuje státní doktorskou zkouškou a obhajobou disertační práce. Tím je prokazována schopnost a připravenost k samostatné činnosti v oblasti výzkumu nebo vývoje a také k samostatné teoretické a tvůrčí umělecké činnosti. Disertační práce musí obsahovat původní a

uveřejněné výsledky nebo výsledky přijaté k uveřejnění. Absolventům studia v doktorských studijních programech se uděluje akademický titul „doktor“, zkratkou je „Ph.D.“ a uvádí se za jménem. V oblasti teologie je akademický titul „doktor teologie“ ve zkratce „Th.D.“. Studium v doktorském studijním programu sleduje a hodnotí oborová rada. Ta je ustavená vnitřními předpisy vysoké školy nebo její součásti, která má akreditovaný příslušný studijní program. Pro studijní programy ze stejné oblasti studia mohou vysoké školy nebo jejich součásti na základě dohody vytvořit společnou oborovou radu. Předsedu oborové rady volí ze svého středu její členové.

Studium v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu může probíhat také ve spolupráci se zahraničními vysokými školami, které realizují obsahově související studijní program. *(Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*, 2010, <http://www.msmt.cz/vzdelavani/uplne-zneni-zakona-c-111-1998-sb-o-vysokych-skolach-text-se-zapracovanymi-novelami>)

1.2 Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích je součástí veřejné vysoké školy univerzitního typu, kterou je Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Identifikační charakteristiky fakulty jsou vymezeny několika základními údaji. Název je Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Ve zkratce je možné užívat označení ZSF JU. Sídlo má tato fakulta na adrese Jírovcova 1347/24, 370 04 České Budějovice. Fakulta a její orgány jsou oprávněny jednat a rozhodovat jménem univerzity ve věcech týkajících se fakulty. Tyto věci fakultě svěřuje zákon. Jde především o činnosti, jakými jsou tvorba a uskutečňování akreditovaných studijních programů, zaměření a organizace vědecké, výzkumné, vývojové a další tvůrčí činnosti. Dále jsou těmito činnostmi myšleny pracovněprávní vztahy, zahraniční styky a jiné aktivity prospěšné k naplňování orientace fakulty a univerzity, vnitřní organizace fakulty včetně ustanovování jejích samosprávných akademických orgánů, pokud zákon nestanoví jinak. Fakulta může také

nakládat s přidělenými finančními prostředky. Výkon dalších oprávnění může být fakultě svěřen statutem univerzity nebo jiným jejím vnitřním opatřením, zejména opařením rektora.

Fakulta jako součást Jihočeské univerzity je dlouhodobě orientována na rozvoj vzdělanosti, podporu poznání a tvůrčí vědecké činnosti ve zdravotní, sociální a zdravotně sociální oblasti, rovněž také v oblasti interdisciplinárních a hraničních oborů. Uvedené obory jsou zaměřeny na prevenci, biopsychosociální rehabilitaci a holistický přístup u všech věkových skupin. Cílem je zvyšovat kvalitu života. Dále se fakulta zaměřuje na výchovu vysokoškolsky vzdělaných technických spolupracovníků ve zdravotnictví. Ve své činnosti fakulta pokračuje v dosavadní tradici a tak odráží vývojové trendy a potřeby společnosti. Fakulta poskytuje vysokoškolské vzdělání v bakalářských, v magisterských i v doktorských studijních programech. Fakulta má v nabídce i celoživotní vzdělání, orientované na výkon povolání a zájmovou činnost.

Fakulta je zřízena k činnostem v oblasti vzdělání, vědecké, výzkumné a v dalších tvůrčích oblastech, k činnostem souvisejícím se zajišťováním provozu fakulty v uvedených oblastech. Vedle těchto hlavních činností rozvíjí fakulta spolupráci s organizacemi státní správy a samosprávy. Vědecká, výzkumná a další tvůrčí činnost je realizovaná v celém rozsahu od badatelského výzkumu, přes výzkum aplikovaný, vývojové činnosti a řešení aktuálních společenských objednávek a potřeb praxe. Je odvíjena od záměrů dlouhodobé orientace. (Velemínský, 2010, <http://www.zsf.jcu.cz/fakulta>)

1.2.1 Obor Ochrana veřejného zdraví

Absolventi získají za souhlasu Ministerstva zdravotnictví České republiky oprávnění k vykonávaní zdravotnického povolání, kterým je asistent ochrany veřejného zdraví. Studium má za cíl umožnit studentům oboru vzdělání, které je specializované na problematiku ochrany a podpory veřejného zdraví. Ochrana a podpora veřejného zdraví je dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých

životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.

Studenti po úspěšném absolvování tohoto oboru mají svolení vykonávat profesi třeba ve státní správě v ochraně a podpoře veřejného zdraví na krajských hygienických stanicích na příslušných odborech. Těmi jsou například hygiena práce, dětí a mládeže, hygieny obecné a komunální, hygieny výživy, epidemiologie. Absolventi se mohou věnovat podpoře zdraví, kde jsou oprávněni provádět státní zdravotní dozor, hodnocení rizik a výchovu obyvatelstva ke zdravému životnímu stylu. Jsou schopni provádět dílčí měření, odběry vzorků a biologického materiálu k laboratorním vyšetřením v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví a dále také sběr potřebných dat. Mohou mít svůj podíl na zpracování, analýze dat a na následném navrhování vhodných opatření. Absolventi se smí účastnit získávání nejrůznějších podkladů pro sledování zdravotního stavu populace ve vztahu k životním a pracovním podmínkám, na přípravě programů ochrany a podpory zdraví, na jejich realizaci, na zabezpečení zdravých životních a pracovních podmínek. V rámci své činnosti jsou schopni spolupracovat na kontrole veškerých dezinfekčních, dezinsekčních a deratizačních zásahů a provádět dohled nad jejich účinností. Další činností asistenta ochrany veřejného zdraví je i činnost k zajištění kontroly opatření k prevenci nemocničních nákaz.

Absolventi mají možnost nalézt uplatnění v rezortech Ministerstva obrany ČR, Ministerstva vnitra ČR. Zde mohou plnit úkoly dané zákonem č. 258/2000 Sb. Jak již bylo zmíněno, uplatnění mají v resortu Ministerstva zdravotnictví ČR. Kromě krajských hygienických stanic nacházejí absolventi na Státním zdravotním ústavu a zdravotních ústavech v rámci jejich činností, kterými jsou činnost sloužící k vyšetřování a měření složek životního a pracovního prostředí a třeba poradenská činnost. (Tóthová, 2008)

1.3 Výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví

Výkonem státní správy v ochraně veřejného zdraví jsou pověřeny orgány ochrany veřejného zdraví. Těmi jsou podle zákona č. 258/2000 Sb. v platném znění Ministerstvo zdravotnictví, krajské hygienické stanice, Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra. V souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění, byly s platností od 1.1.2003 reorganizovány stávající hygienické stanice. Funkci zřizovatele má Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Hygienická stanice je organizační složkou státu. Jedná se tedy o organizaci rozpočtovou. Stanice jsou pověřeny státní správu v ochraně veřejného zdraví. Krajské hygienické stanice, zkratkou KHS, mají svá územní pracoviště. To jsou vlastně pobočky či detašovaná pracoviště. Nacházejí se většinou v místech původních okresních hygienických stanic. Rozdělení původní HS vyšlo z dikce zákona, proto většina zaměstnanců vykonávajících státní zdravotní dozor přešla do KHS. Zaměstnanci poskytující odborné služby v ochraně veřejného zdraví jsou začleněni do zdravotních ústavů. Krajské hygienické stanice mají svá územní pracoviště a to celkem ve čtrnácti krajích.

Zdravotní ústav je organizací příspěvkovou. Příspěvek na provoz pochází ze státního rozpočtu. Příspěvky jsou použity na činnosti vyžádané hygienickými stanicemi. Převážně se jedná o inspekční měření a další služby v rámci resortu. Jednotlivé zdravotní ústavy připravují odborné podklady pro rozhodnutí KHS. Dále poskytují služby a poradenství v ochraně veřejného zdraví. Předpokladem dobrého fungování obou složek je pak velmi úzká vzájemná spolupráce.

Samostatnou institucí je Státní zdravotní ústav se sídlem v Praze. Jeho úkolem je příprava podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu zdraví a podporu zdraví. Státní zdravotní ústav zajišťuje i metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví. (MIKULOVÁ, 2004, <http://www.tzb-info.cz/2085-nove-usporadani-organu-verejneho-zdravi-dane-zakonem-c-258-2000-sb-o-ochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>)

1.4 Zdraví

Zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot lidského života, tedy každého člověka. Zdraví ale není jen hodnotou individuální, ale má také hodnotu společenskou. Je totiž zdrojem pro sociální a hospodářský rozvoj společnosti. Individuální roli lze považovat za prvořadou. Člověk si o svém zdraví rozhoduje sám. Na druhou stranu lze ale zdraví považovat za výsledek mnoha vztahů. Tyto vztahy dělají z člověka součást širšího lidského společenství. To je důvod, že péče a starost o zdraví připadá také společnosti.

Důležitost zdraví se měnila časem, tak jak šel historický vývoj společnosti. Vliv má samozřejmě ontogenetický vývoj jedince. Dále zdraví a jeho důležitost závisí rovněž na kultuře, ekonomice, sociálních podmínkách, rozvoji lékařské vědy. (Machová, 2009, 12)

Světová zdravotnická organizace definovala zdraví nejprve v roce 1948 jako „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady“. Postupem času, konkrétně v roce 1977, se definice změnila tak, že „Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“. (Vurm, 2007, 25)

Zdraví člověka podmiňují kladně i záporně různé faktory. Tato složitá působení různých faktorů je nazýváno determinanty zdraví. Některé z determinant spadají do výbavy osobnosti jedince. Mohou být dědičné či získané výchovou. Jiné z determinant jsou nedílnou součástí životního prostředí přírodního a společenského. Determinanty lze dělit do dvou základních skupin, kterými jsou vnitřní a vnější determinanty. Těmi vnitřními jsou myšleny dědičné neboli genetické faktory. Každý jedinec dostane vlastní genetickou výbavu hned na začátku svého ontogenetického vývoje. Děje se tomu tak po splynutí pohlavních buněk rodičů. Do dědičného základu se ale samozřejmě promítají i mnohé vlivy, jako například přírodní a společenské prostředí nebo určitý způsob života. Zevní faktory jsou skupinou faktorů, které lze rozdělit na kategorie životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby. Na zdraví se z 50% podílí životní styl, ze 20% genetický základ a životní prostředí. Nejméně procent a to 10% náleží zdravotnickým službám. (Machová, 2009, 13)

Jak uvádí Vurm, zdraví ovlivňuje podmínky pro existenci osob ve společnosti. (Vurm, 2007, 47)

1.4.1 Podpora zdraví

Zdravotní stav celé společnosti je hodnocen hlavně podle nemocnosti a úmrtnosti. Existují choroby, které mají vysokou nemocnost a úmrtnost. Z rozboru příčin těchto nemocí vyplývá, že zdraví je nejvíce poškozováno rizikovými faktory, jakými jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, nevhodná výživa, psychická zátěž a rizikové sexuální chování. (Čeledová, 2010, 55)

Moderní péče o zdraví se vyznačuje důležitým prvkem, kterým je podpora zdraví a prevence chorob. Patří sem všechny snahy o zvýšení úrovně zdraví. Vede k tomu posilování pohody tělesné, duševní, sociální. Podstatné je také zvyšování odolnosti proti nemocem. Hlavními zdroji péče o zdraví jsou vedle finančních prostředků, materiálního a technického vybavení zdravotnických služeb také sami lidé a celá společnost. Tedy to jak lidé žijí, jak jsou svolní se na péči o zdraví podílet a sociální a ekonomické podmínky, které tvoří právě společnost. Na podpoře zdraví se podílejí jednotlivci, skupiny, komunity, organizace, celá společnost. Cestou, jak jednotlivci mohou podpořit své vlastní zdraví, je přijmout zdraví životní styl a pečovat o životní prostředí. Společenská podpora zdraví se odráží na realizaci zdravého životního stylu jednotlivých občanů. Je třeba, aby společnost pro tyto realizace vytvářela vhodné podmínky. Společnost musí chránit a vytvářet zdravé životní prostředí, pečovat o dobrou životní úroveň, tvořit pracovní příležitosti, dobré pracovní podmínky.

Důležitým úkolem společnosti je dále vytváření příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity, podporování vzdělávání, šíření informací týkajících se zdraví. Podporu zdraví lze shrnout jako soustavu politických, ekonomických, technologických, výchovných činností s cílem ochraňovat zdraví a prodlužovat aktivní život. Neopomenutelným cílem společnosti je zabezpečit zdravý vývoj nových generací. (Machová, 2009, 14) Vurm zmiňuje, že kvalita fyzického a samozřejmě duševního vývoje v dětství je určující pro celý život. (Vurm, 2007, 47)

1.4.2 Prevence

S podporou zdraví úzce souvisí prevence. Podstatou prevence je vlastně boj proti nemocem a snaha jim předcházet. (Machová, 2009, 14) Prevence bývá prováděna na více úrovních. Realizace prevence je buď individuální, tedy na úrovni konkrétního jedince, pacienta nebo na úrovni celé společnosti, komunity. Volba jedné z úrovní je závislá na specifičnosti nemoci. Jako nejlepší se však jeví kombinace všech možností prevence. (Provazník, 2001, 44)

Rozdíl mezi prevencí a podporou zdraví je takový, že podpora zdraví je aktivita pro zdraví. Prevence je koncipována jako aktivita proti nemocem. Prevence se zaměřuje, jak již bylo naznačeno, na obecné příčiny nemoci. Spadá pod ní i zdravotní výchova a komunitní aktivity. Těmi jsou například Zdravé město, Škola podporující zdraví a tvorba celkově příznivého prostředí. Prevence se klasicky dělí podle času. (Machová, 2009, 14)

Primární prevencí se rozumí veškerá opatření, která jsou směřována ke snížení incidence nemoci. (Vurm, 2007, 33) Incidence je míra frekvence nových onemocnění v populaci, která je specifikovaná místně i časově. (Šejda, 2004, 7) Příkladem primární prevence je jodizace kuchyňské soli, fluorizace pitné vody a potravin, vitaminizování potravin. Hlavním úkolem je ale očkování neboli vakcinace. (Vurm, 2007, 33)

Například škola má důležitou roli v primární prevenci rizikového chování. Základní škola je hned po rodině klíčovým prostředím, které má obrovský podíl na ovlivňování dítěte. Podílí se na rozvoji osobnosti jedince, hodnotovém žebříčku, utváření životních postojů. Důležitost školy je dána hlavně tím, že dítě tam tráví podstatnou část života. Kromě přípravy na každodenní život, začleňování se do společnosti sociálně i pracovně škola děti a dospívající připravuje na nežádoucí jevy. Ty přináší každodenní život. Proto je velmi důležité formovat školáky tak, aby byli schopni zvládnout veškerá rizika, která by je mohla negativně ovlivnit a narušit psychosociální vývoj.

Mezi rizika, která děti a mladistvé ohrožují, patří kouření, zneužívání návykových látek včetně experimentování. Vedle nikotinu jde tedy i o léky, alkohol, konopné a jiné drogy. Dalším rizikem jsou i nelátkové závislosti. Především se jedná o

netolismus, což je závislost na drogách virtuálních, jako jsou televize, video, počítačové hry… Hrozí i spojení gamblingem, to je termín pro patologické hráčství. Moderním fenoménem je netomanie neboli závislost na internetu. Dalším problémem mládeže je negativní psychosociální chování. Sem se řadí agresivita, šikana, delikvence, záškoláctví, poruchy chování, xenofobie, rasismus. Nežádoucí sexuální chování je výrazným rizikovým chováním jedince v období pubescence. Podstatou primární prevence je ovlivnit dospívajícího jedince ještě dříve, než bude riziku vystaven. Účelem je, naučit ho adekvátně reagovat. (Žaloudíková, 2009, 5)

Sekundární prevence je soustava postupů a opatření snižujících prevalenci onemocnění. (Vurm, 2007, 33) Prevalence je mírou frekvence onemocnění v populaci, která je specifikovaná jak místně tak časově. (Šejda, 2004, 18) Snahou těchto opatření je co nejdříve detekovat, správně diagnostikovat nemoc. Diagnostika je ideální již v presymptomatickém stádiu. Sekundární prevence v sobě obsahuje řadu opatření například k vyhledávání prekanceróz, iniciálních stádií vývojových poruch. Preventivní prohlídky, depistážní akce, screeningové metody, monitoring …jsou metodami práce, charakteristické právě pro tento druhý typ prevence. (Vurm, 2007, 33)

Terciární prevence se zaměřuje na odstranění chorob. Úkolem je rovněž zmírnit následky nemocí a co nejvíce zkrátit chorobný stav. Cílem je zabránit handicapu. Terciární prevence směřuje k účelné rehabilitaci a psychosociální reintegraci. Hlavní cíl tohoto druhu prevence je zlepšit kvalitu života postiženého. (Vurm, 2007, 33)

1.4.3 Kvalita života

Kvalita života je další důležitý pojem, kterým se rozumí to, jak člověk vnímá své vlastní postavení v životě a to v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije. Chápat je to nutné ve vztahu ke svým vlastním osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a v neposlední řadě zájmům. Kvalita života je komplexní veličina odrážející úsilí jak jedince tak společnosti o naplnění představ životní pohody. Zahrnuje faktory objektivní. Těmi je například materiální blaho a snižování sociálních rozdílů. Velké množství osob vyloučených ze společnosti žije i v dnešní době nedůstojnou

kvalitou života. Kvalitu života lze určovat pomocí subjektivního vnímání. Tento způsob lze považovat za podstatný. K vyšší kvalitě života nemusí vést vždy příznivé podmínky. A naopak zhoršené životní podmínky nemusí vždy znamenat i zhoršenou kvalitu života. Velmi důležité je, jak člověk vnímá sebe sama. Jaké má dotyčný cílové hodnoty a jak je naplňuje. A samozřejmě i jak je jedinec odolný vůči stresu. Ke zvýšení kvality života může vést změna životní hodnot, pocit ze zvládání těžkých situací a životních zkoušek.

Kvalita života není determinována jen absencí choroby, ale právě subjektivním vnímáním. Jde o pojem relativní a je výsledkem toho, jak se lidé mezi sebou srovnávají. Dokonce i jedinci, kteří se nacházejí ve stejné životní situaci, se mnohdy liší v hodnocení, jak kvalitní život vedou. Důležitý je vztah mezi očekáváním a skutečností. (Čeledová, 2010, 88)

1.5 Hygiena

Hygiena je věda, která se zabývá studiem zákonitostí vztahů mezi člověkem a měnícími se podmínkami životního prostředí. Využití získaných poznatků umožňuje odstranit nepříznivé vlivy na zdraví člověka. Hygienu je možné členit na hygienu obecnou a speciální. (Švec, I., 1990, 7) Všeobecná hygiena sleduje působení příznivých a nepříznivých vlivů ze všeobecného hlediska. (Šlaisová, 2010, <http://www.vladahadrava.xf.cz/hygiena.html>) Zabývá se tedy především obecně platnými zákonitostmi dynamických vztahů fungujícími mezi člověkem a prostředím. (Švec, I., 1990, 7)

Speciální hygiena se specializuje na jednotlivé obory. (Šlaisová, 2010, <http://www.vladahadrava.xf.cz/hygiena.html>) Zástupce speciální hygieny, kterým je třeba hygiena práce, se věnuje nejrůznějším vlivům určitého prostředí na člověka. K hygieně speciální patří odvětví komunální hygieny. Ta se zabývá dynamickými vztahy mezi biosférou a lidmi. Konkrétně jde zkoumání vztahu člověka a půdy, vody, ovzduší. Vliv určitých faktorů prostředí na člověka řeší hygiena výživy. Náplní hygieny

dětí a dorostu je bádat nad vlivy prostředí vůči lidskému organizmu v jeho určitých vývojových etapách. (Švec, I., 1990, 7)

1.5.1 Odbor protiepidemický

1.5.1.1 Epidemiologie

Epidemiologie je preventivním vědním oborem zkoumajícím výskyt infekčních nemocí v lidské populaci, příčiny vzniku, šíření nákaz a dále hledá a uplatňuje nejvhodnější metody při předcházení. (Podstatová, 2009, 33) Náplní epidemiologie je studovat vztahy mezi faktory vyvolávajícími, prostředím a hostitelem. V lidské populaci se šíření infekce pojmenovává jako proces šíření nákazy. Někdy je tím názvem také epidemiologický proces. Ten je uskutečňován, je-li přítomen původce. Odborným označením pro původce je etiologické agens. Kromě přítomnosti etiologického agens musí být pro šíření nákazy splněny následující tři podmínky. Těmi jsou přítomnost zdroje původce nákazy, uskutečnění přenosu původce nákazy a přítomnost vnímavého jedince. (Göpfertová, 2005, 28)

Epidemiologie se dělí na obecnou a speciální. Ta obecná se zabývá obecnými problémy přenosných chorob. Konkrétně tedy otázkami vzniku a šíření nákaz a základními zásadami prevence infekčních nemocí. Studuje rozložení nemocí či poruch zdraví a faktory ovlivňující jejich rozložení.

Speciální epidemiologie studuje specifické zvláštnosti jednotlivých nákaz či jejich skupin, které spojuje stejný nebo podobný proces šíření. Příkladem jsou vzdušné nákazy, pro které se vypracovávají konkrétní preventivní i represivní opatření. Vztahy existující mezi vyvolávajícími faktory, zevním prostředím a lidmi jsou nevíce prostudovány a zdokumentovány právě u infekčních chorob. Mezi původce infekčních onemocnění se řadí viry, bakterie, plísně, kvasinky, mikroorganizmy, parazité. Časem dochází ke změnám spektra původců infekcí. U některých mikroorganizmů došlo i k vymýcení. Tak tomu je u viru pravých neštovic. (Podstatová, 2009, 33)

Během studia vzniku a šíření nákaz a samozřejmě faktorů, které ovlivňují tento proces byla vypracována epidemiologická metoda. Funkčnost a správnost byla vědeckými i praktickými činnostmi ověřena. Proto se epidemiologické metody začaly

postupem času uplatňovat i ve studiu nemocí neinfekční etiologie, hlavně v oblasti chronických onemocnění, které se vyskytují hromadně. Další užití těchto metod je u studia zdravotních podmínek obecně. Kromě biologických faktorů, kterými jsou infekční agens, jsou studovány rovněž i zdravotní účinky chemických, fyzikálních, socioekonomických agens. Studovány jsou i faktory na straně hostitele. Hostitelské faktory jsou tím, co charakterizuje každého jedince. Tyto faktory ovlivňují možnosti expozice vyvolávajícímu agens i vnímavost hostitele. Konkrétně jde o genetické faktory a psychologické, jakými jsou myšleny například stres, emoční krize, motivace… Behaviorální faktory patří také ještě do skupiny zmíněných hostitelských a jedná se třeba o kuřáctví, pohybovou aktivitu, promiskuitu, stravovací návyky, užívání drog a alkoholu. Některé z těchto faktorů bývají mnohdy označovány jako rizikové. (Göpfertová, 1999, 28)

V současnosti se epidemiologie uplatňuje nad rámec vlastního oboru. Proniká do většiny lékařských oborů a to v podobě epidemiologických studií. Cílem je právě pomocí epidemiologické metody rizikové faktory identifikovat, dále prokázat objektivně jejich roli, kterou mají na vzniku a rozvoji chorob. Následně je nutné vypracovat, navrhnout a ověřit odpovídající preventivní opatření. Epidemiologická metoda bývá v konkrétních případech spjata s laboratorními, statistickými metodami a metodami klinického vyšetřování.

Epidemiologická šetření mají základ v předpokladu, že výskyt chorob není náhodný, že je vždy v přímé nebo nepřímé souvislosti se způsobem života. To znamená, že genetické faktory, faktory životního stylu a životního prostředí mají rozhodující úlohu v predispozici, vzniku šíření i přetrvávání nemocí v populaci. Předpokladem ale je, že tyto rizikové faktory a agens je možné identifikovat a účinek objektivně vyjádřit. Epidemiologická metoda je nezbytná například pro objektivní ověřování nově zaváděných léků, léčebných postupů, při hodnocení jak represivních tak preventivních opatření. (Göpfertová, 1999, 29)

Například zdravotnické zařízení je místo, které je typické zvýšeným nebezpečím výskytu přenosných infekčních chorob. K tomu dochází uvnitř takových zařízení a to mezi pacienty a personálem. Dále ale existuje i nebezpečí pro okolí. Rizikové je

vypouštění odpadních vod, likvidace zdravotnického odpadu, manipulace s prádlem. Vznik nozokomiálních nákaz je ovlivněn více faktory. Ty nelze i přes veškerou snahu o prevenci eliminovat. Skoro každá infekční choroba může být za určitých podmínek nozokomiální nákazou. Bohužel neustále vznikají další rizika a tím pádem i nové nozokomiální nemoci. Prevence těchto chorob je jedním z hlavních úkolů zdravotnictví. Cílem této činnosti je zvládnout a snížit výskyt.

Komplexnost je základ prevence. Pod tou si lze představit včasnou signalizaci vzniku a podezření nozokomiálních nákaz. Důležitost je dále přikládána objasňování incidence a prevalence, diagnostice infekčního agens, účelné antibioterapii, identifikaci zdroje a samozřejmě i cestám přenosu, zhodnocení protiepidemického režimu daných pracovišť a realizaci nápravných opatření. Zásady režimových opatření náleží k povinným součástem provozních řádů. Jednotlivá pracoviště musí být těmito řády vybavena. Jsou v nich zapracovány pracovní postupy při příjmu a ošetřování pacientů. Hlavně jsou zde sepsány postupy dezinfekční, sterilizační metody, které se uplatňují v prevenci nemocničních nákaz. (Podstatová, 2002, 29)

1.5.1.2 Náplň práce protiepidemického odboru

V rámci epidemiologické surveillance sleduje protiepidemický odbor především výskyt a povahu nákaz, příčiny a podmínky jejich vzniku a šíření v lidské populaci a to včetně nákaz přenosných ze zvířat na člověka. Uplatňuje metody jejich prevence, potlačování a eliminace. Výsledky získaných poznatků po analýze se snaží přenášet do praxe v odborně zdůvodněných epidemiologických opatřeních. Tato opatření jsou jak preventivního, tak i represivního charakteru.

Protiepidemický odbor plní zejména úkoly, kterými jsou průběžné plánování, organizace, řízení a provádění surveillance nákaz a realizace opatření proti jejich vzniku a šíření. Tento odbor dále plánuje, organizuje, řídí a kontroluje systém pravidelných, zvláštních a mimořádných očkování. Provádí epidemiologické šetření v ohniscích nákazy a následně nařizuje provedení příslušných protiepidemických opatření včetně nozokomiálních nákaz.

Rovněž se podílí se na realizaci imunologických přehledů, kdy je cílem objektivizace úrovně imunitního stavu populace a stanovení zásad dalšího postupu prevence vybraných nákaz. Řídí a provádí opatření proti zavlečení a rozšíření nemocí podléhajících řádu Světové zdravotnické organizace. Nařizuje mimořádná opatření při epidemii nebo pokud hrozí nebezpečí jejího vzniku v případech, které to vyžadují. Dalším plněným úkolem je spolupráce při řešení mimořádných situací s orgány zapojenými do systému krizového řízení a integrovaného záchranného systému. Kontroluje povinnosti zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče na úseku boje proti nozokomiálním nákazám. Dojde-li ke zjištění nedostatků, přijímá příslušná opatření. Také řídí a kontroluje úroveň činnosti na úseku desinfekce, dezinsekce a deratizace, podílí se na ověřování odborné způsobilosti osob, které tyto činnosti provádějí a přijímá příslušná opatření v případech zjištěných nedostatků. A samozřejmě také protiepidemický odbor sbírá data v rámci drogové epidemiologie. (Landová, 2010, http://www.khskv.cz/)

1.5.2 Odbor hygieny dětí a mladistvých

Vývoj moderních směrů zdravotní péče o dítě a dorost měl za následek vznik samostatných preventivních oborů. Ty se v rámci pojmů hygieny dětí a dorostu a dále také sociální pediatrie rozvíjely, kultivovaly do podoby samostatných programů, které byly zaměřeny na tvorbu optimálních podmínek vývoje dětí školních i předškolních. Ty předznamenávaly současné směry podpory zdraví. Dětská populace je nedílnou a velmi podstatnou součástí komunit. Proto je nutné dětem, dorostu a hlavně tvorbě optimálních podmínek pro jejich život, věnovat pozornost. (Provazník, 1998, 5)

1.5.2.1 Děti

Děti jsou skupinou, kterou lze popsat pomocí charakteristik, kterými jsou rychlý tělesný růst, rychlý vývoj v psychické oblasti, vývoj meziosobních vztahů, nezralost imunitního systému a metabolismu, vyšší fyzická aktivita.

Z determinant vnitřních má veliký vliv na zdravotní stav dětí už jejich prenatální vývoj. Prenatální vývoj může ovlivňovat žena během svého těhotenství. Účinek má například kouření, výživa, přenosná onemocnění. Další vnitřní determinantou je genetická výbava jedince, dále také vrozené vývojové vady, nízká porodní hmotnost a nezralost imunitního systému.

Podíl na zdraví dětí mají rovněž vnější determinanty. Ty se dělí do několika skupin. První z nich je způsob života. Sem spadá kuřáctví, nevhodná výživa, nízká pohybová aktivita, duševní tenze a stres. Druhou skupinou vnějších determinant je životní prostředí. Náleží sem rostoucí počet alergií, společenské prostředí, tím je myšlen vliv rodiny a školy. Programy jako „Zdravá škola“ nebo „Zdravá školka“ napomáhají zlepšení vnějších vlivů. Poslední skupinou zmiňovaného typu determinant je zdravotní péče. Neodmyslitelnou součástí je pravidelné očkování dětí. Cílem programu Zdraví 21 je snížit výskyt přenosných onemocnění. Roli zde hraje i vliv zdravotní výchovy. (Velikovský, 2007, 146)

1.5.2.2 Mládež

Mládeží se myslí slupina charakterizovaná klesajícím vlivem rodiny a velkým vlivem sociální skupiny. Typický pro mládež je takzvaný „Syndrom rizikového chování v dospívání“. Typická je pro mládež snížená imunita v období dospívání. Toto je řazeno k determinantám vnitřním.

Z vnějších má vliv na zdravotní stav způsob života. Tím je myšlen právě zmíněný syndrom rizikového chování, který je charakterizován zneužíváním návykových látek a sníženým vnímáním rizik těchto látek. Předčasný sex a negativní psychosociální jevy spadají do charakteristik rozebíraného syndromu. Ke způsobu života se řadí také nevhodná výživa a nízká fyzická aktivita.

Za vnější determinanty považujeme životní prostředí a zdravotní péči. Adolescenti jsou skupinou, která se jako jediná vyznačuje zhoršováním zdravotního stavu. Co se týče životního prostředí, velký vliv má především to společenské. Nejrizikovější je učňovská mládež. (Velikovský, 2007, 147)

1.5.2.3 Náplň práce odboru hygieny dětí a mladistvých

Odbor hygieny dětí a mladistvých usměrňuje a kontroluje dodržování zdravých životních podmínek v zařízeních určených výchově, vzdělávání a zotavování dětí a mladistvých dle povinností daných zákonem č. 258/2000 Sb. a prováděcími předpisy. Zmíněný odbor také sleduje vliv výživy na zdraví mladé populace, vliv vnitřního prostředí v zařízeních pro výchovu a vzdělávání. Zabývá se i režimem dne a podmínkami pro pohybovou výchovu a otužování. (Landová, 2010, http://www.khskv.cz/)

Úkolem oboru hygieny dětí a mládeže je účinně působit a přispívat k tomu, aby byly vytvořeny optimální podmínky pro vývoj a zdraví dětí. O to by mělo být předem postaráno v zařízeních a u činností, které ještě nebyly ani realizovány a jsou pouze ve stádiu příprav a plánů. Při zrodu něčeho nového existuje nejlepší možnost preventivního působení. Lze tak preventivně vyloučit či znatelně potlačit nepříznivé vlivy. A naopak podpořit účinek všech kladných prvků, které se nalézají v prostředí nebo při samotných činnostech, do kterých má dítě později vstoupit. Toto je vlastně činností preventivního hygienického dozoru.

V praxi je preventivní dozor představován širokou škálou činností a úkolů. Jedním z hlavních úkolů tohoto oboru je posuzování plánů a projektů pro výstavbu, přestavbu nebo provoz kolektivních zařízení pro děti a dorost. Zabývá se samozřejmě i jinými opatřeními, která by mohla mít vliv na prostředí a provoz v zařízeních právě určených pro děti a mladistvé. Další hlavní oblastí je poskytování konzultací a projednávání otázek ochrany zdraví a vývoje mladé generace. (Janda, 1981, 192)

Cílem tohoto odboru je především plánovat, organizovat, řídit a provádět státní zdravotní dozor ve školách a školských zařízeních zapsaných do školského rejstříku a to včetně učňovských pracovišť a středisek praktického vyučování pod správou středních škol, dále v zařízeních sociálně-výchovné činnosti a v zařízeních pro děti, které vyžadují okamžitou pomoc. Pozornost je věnována provozovnám osob s živností péče o dítě do tří let věku v denním režimu nebo s živností mimoškolní výchova a vzdělávání se zaměřením na plnění hygienických požadavků na prostorové podmínky, vybavení, provoz, osvětlení, vytápění, mikroklimatické podmínky, zásobování vodou, úklid,

plnění hygienických požadavků na venkovní hrací plochy a hřiště těchto zařízení. Dalším cílem je kontrola, zda jsou dodržovány hygienické požadavky na zotavovací akce a školy v přírodě. Odbor má na starost i přípravu podkladů pro vydání stanovisek dotčeného správního orgánu, respektive taková stanoviska vydává. Stejně tak plánuje, organizuje, řídí a provádí státní zdravotní dozor v oblasti stravovacích služeb pro děti a mladistvé. Zaměstnanci odboru hygieny dětí a mladistvých hodnotí a usměrňují režim stravování včetně pitného režimu. Režim dne je samozřejmě zohledněn věkovými a fyzickými zvláštnosti dětí a mladistvých, podmínkami jejich pohybové výchovy a otužováním, podmínkami odborného výcviku a učební praxe. Účastní se šetření alimentárních nákaz ve stravovacích službách a navrhuje příslušná opatření k zamezení jejich šíření. Dalším neméně důležitým úkolem je prověřovat znalosti nutné k ochraně veřejného zdraví u fyzických osob vykonávajících činnost epidemiologicky závažnou dle § 19 odst. 4 zákona č. 258/2000 Sb. ve stravovacích službách školských zařízení, školních bufetech i v jiných objektech v době jejich využití při zotavovacích akcích dětí a dorostu. Popisovaný odbor se podílí na monitorování vztahů zdravotního stavu dětí a mladistvých a jejich životních podmínek. Kontrola a řízení místních programů ochrany a podpory veřejného zdraví dětí a mladistvých je též náplní. V neposlední řadě spolupracuje se správními úřady a orgány samosprávy při tvorbě zdravotní politiky v regionu. Spolupracuje s ostatními odbory a odděleními KHS, poskytuje konzultace a stanoviska ze svého oboru. (Landová, 2010, http://www.khskv.cz/)

Je nutné zmínit, že tento odbor má za úkol spolupracovat s MZ ČR při tvorbě legislativy týkající se oboru hygieny dětí a mládeže. Jednou z úloh je také tvorba metodik, doporučení pro pracovníky hygienické služby v rámci státního zdravotního dozoru. Odbor pořádá edukační aktivity pro pracovníky v oboru. Podílí se na programu WHO „Škola podporující zdraví“. Zde má na starost národní koordinaci, spolupráci a metodické vedení krajských koordinačních týmů, získávání nových členů do sítě těchto škol. Jedním z dalších úkolů je kontinuální vzdělávání a spolupráce se stávajícími členy sítě. Dále odbor sleduje a hodnotí růst a vývoj dětí, k tomu slouží antropometrická šetření. Svou úlohu hraje odbor hygieny dětí a mladistvých i v prevenci dětských úrazů a to ve formě edukačních aktivit zejména pro školní mládež. Spolupráce funguje i

v rámci mezirezortní skupiny. Hodnotí a navrhuje ovlivnění pedagogického procesu se zaměřením na snížení zdravotních rizik vzniku vadného držení těla. (Faierajzlová, 2010, <http://www.szu.cz/oddeleni-hygieny-deti-a-mladistvych>)

1.5.3 Odbor hygieny obecné a komunální

Hygiena komunální je obor speciální. Její náplní je zkoumání vlivů ovzduší, půdy, vody. Dále se také věnuje vlivům přírodního a sociálního prostředí na člověka. Hlavním cílem je zajistit taková opatření, aby lidé žili v optimálních podmínkách v přirozeném i umělém prostředí. Jedním z dalších cílů je maximálně chránit biosféru a využívat veškerých přírodních zdrojů k rozvoji lidí, k rozvoji tělesnému i duševnímu. (Švec, I., 1990, 7)

Odbor hygieny obecné a komunální vykonává státní zdravotní dozor nad dodržováním zákazů a plněním dalších povinností stanovených zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění, prováděcími právními předpisy k tomuto zákonu a zvláštními právními předpisy v působnosti oboru hygieny obecné a komunální a podílí se (opět v působnosti oboru HOK) na činnosti orgánu ochrany veřejného zdraví jako dotčeného správního úřadu při rozhodování ve věcech, které se dotýkají zájmů chráněných podle zákona o ochraně veřejného zdraví a hodnocení a řízení zdravotních rizik. (Heinige, 2010, http://www.khscb.cz/view.php?nazevclanku=hygiena-obecna-a-komunalni-hok&cisloclanku=2007030001)

Odbor hygieny obecné a komunální konkrétně zajišťuje kromě státního zdravotního dozoru samozřejmě i preventivní. Preventivní hygienický dozor, dříve označovaný také jako ochranný, má za cíl tvořit životní podmínky podporující kladné vlivy prostředí, které působí na lidský organizmus. Zároveň má také potlačovat ty záporné. Pracovníci krajských hygienických stanic a jejich územních pracovišť musí předcházet vzniku všech závad, které by ohrožovali zdraví lidí a životní prostředí. (Švec, II., 1990, 109)

Pracovníci posuzují územní plány obcí a měst včetně jejich změn. Posuzují projektové dokumentace, které spadají do působnosti hygieny obecné a komunální.

Popisovaný odbor se účastní i kolaudací v rámci zkušebního provozu či trvalého užívání stavby. Zabývají se změnami v užívání staveb k jinému účelu než byla stavba původně schválena a to tedy samozřejmě v oblasti životních podmínek a komunální hygieny.

Odbor hygieny obecné a komunální se dělí do několika oblastí. První z nich je oblast služeb péče o tělo. Sem spadají provozovny jako holičství, kadeřnictví, pedikura, kosmetika, solaria, masáže, manikura, modeláž nehtů, piercing, tetováže, permanentní make up a rekondiční a regenerační služby. Těmi jsou myšlena například fitnesscentra, aerobic, spinning.

Další oblastí jsou ubytovací zařízení. Hygiena se zabývá schvalováním provozních řádů dané konkrétní provozovny. Další součástí je oddělení územního plánování a hluku. Zde má hygiena obecná a komunální podíl na tvorbě územních plánů sídelních útvarů i velkých územních celků. Rovněž posuzuje projektovou dokumentaci pro územní řízení a stavební řízení z hlediska hlukové problematiky na chráněné venkovní prostory, chráněné venkovní prostory stavby a chráněné vnitřní prostory. Též se zabývá řešením problematiky hluku v mimopracovním prostředí. Úkolem je i vydávání stanovisek. Vyjádření v procesech EIA, SEA a IPPC. Zaměstnanci hygieny provádějí kontrolní činnosti v zařízeních se schváleným integrovaným povolením z hlediska ochrany veřejného zdraví. Posledním součástí obecné a komunální hygieny je hygiena vody. V této problematice dochází k posuzování projektů zabývajících se zásobováním obyvatelstva pitnou vodou. Řeší dále úpravny pitné vody, vodárenské technologie, výrobky přicházející do styku s pitnou vodou. Samozřejmě posuzuje projekty venkovních koupališť, krytých bazénů, rehabilitačních bazénů. Schvaluje provozní řády koupališť, saun a služeb epidemiologicky závažných. Zaměstnanci hygieny jsou pověřeni kontrolou kvality pitné vody ve veřejných vodovodech a to včetně plnění povinností provozovatelů vodovodů a malých vodních zdrojů. Těmi jsou myšleny studny, které slouží k veřejnému zásobování pitnou vodou. Pracovníci obecné a komunální hygieny kontrolují podmínky provozu koupališť, krytých bazénů a saun včetně sledování kvality vody. Dále kontrolují povinnosti vyplývající ze zákona č. 256/2001 Sb. o pohřebnictví a o změně některých zákonů, v platném znění. (Jiříček, 2007, http://www.khsova.cz/01_aktuality/hok.php)

1.5.4 Odbor hygieny práce

Odbor hygieny práce a pracovního lékařství má za úkol vykonávat státní zdravotní dozor v oblasti ochrany zdraví při práci a to konkrétně před riziky plynoucími z fyzikálních, chemických a biologických faktorů pracovních podmínek. Dále rizika plynou z nepříznivých mikroklimatických podmínek, z fyzické a duševní zátěže. Rizika s sebou nesou i související pracovní podmínky a vybavení pracovišť. Odbor hygieny práce a pracovního lékařství rovněž zajišťuje hodnocení a řízení zdravotních rizik.

Náplní práce pracovníků odboru hygieny práce je příprava podkladů pro vydávání stanovisek dotčeného správního orgánu, respektive taková stanoviska vydává. Důležitým úkolem je rozhodování o zařazení prací do příslušných kategorií. Tento odbor vydává rozhodnutí, kterými stanovuje zaměstnavateli pro výkon rizikových prací minimální rozsah a termíny sledování faktorů pracovních podmínek, lhůty a minimální náplň vstupních, periodických, výstupních a následných lékařských preventivních podmínek a způsob a minimální rozsah sledování zátěže organismu fyzických osob vykonávajících rizikové práce. (Landová, 2010, <http://www.khskv.cz/>)

1.5.4.1 Druhy preventivních prohlídek

Úlohou preventivních prohlídek je určení zdravotní způsobilosti lidí k výkonu dané práce. Při zařazování prací do kategorií jsou v rámci výkonu státního zdravotnického dozoru jednou z náplní kontroly orgánů ochrany veřejného zdraví. (Velikovský, 2007, 44)

Vstupní lékařské prohlídky

Vstupní lékařské prohlídky se provádějí u všech pracovníků a to bez ohledu na rizikovost práce. Tyto prohlídky se provádějí i v případě, kdy dochází ke změně pracovní náplně. Povinnost pracovníků podrobit se tomuto typu lékařské prohlídky je dána zákonem číslo 262/2006 Sb., zákoníku práce. K prohlídkám se musí dostavit všichni zaměstnanci a zaměstnavatel je povinen umožnit pracovníkům jejich absolvování. Aby byla vstupní prohlídka provedena řádně, je nutné správně zhodnotit

práci a konkrétní pracoviště, na kterém bude osoba působit. A také právě proto je zdravotně preventivní péče vyloučena ze svobodné volby lékaře. (Velikovský, 2007, 45)

Periodické lékařské prohlídky

To jsou takové, které se dělají u zaměstnanců nacházejících se v kategorii dvě až čtyři. Dále se jim musí rovněž podrobovat pracovníci, kteří svou činností mohou ohrozit zdraví spolupracovníků i ostatního obyvatelstva. Příkladem mohou být řidiči z povolání. Periodické prohlídky jsou také určeny osobám, u kterých je vyžadována zvláštní způsobilost. Těmito lidmi jsou myšleny třeba námořníci, hasiči, potápěči, pracovníci ve výškách. Tento typ prohlídek se ještě kromě mladistvých týká i pracovníku, kteří vykonávají zaměstnání v noci. Náplň a lhůty periodických lékařských prohlídek na rizikových pracovištích jsou určovány orgánem ochrany veřejného zdraví. Zohledňuje se samozřejmě typ faktoru v rizikové kategorii. (Velikovský, 2007, 45)

Mimořádné lékařské prohlídky

Jde o prohlídky, ke kterým se přistupuje například po delší nemoci. Může je také nařídit orgán ochrany veřejného zdraví, pokud zjistí nedostatky na pracovišti. Cílem je ověřit, jestli nedošlo k poškození zdraví. (Velikovský, 2007, 45)

Výstupní prohlídky

Tomuto předposlednímu typu se podrobují zaměstnanci, kteří opouštějí pracoviště v riziku nebo také při přechodu z jedné rizikové práce na jinou. Výstupní lékařské prohlídky slouží k posouzení možné progrese poškození zdraví, pro další zařazení pracovníka. (Velikovský, 2007, 46)

Následné lékařské prohlídky

Těm se podrobují pracovníci vystavení škodlivinám, pro které je charakteristická dlouhá doba latence. Příkladem těchto škodlivin je fibrogenní prach, karcinogeny, … Výkonem následné prohlídky je pověřen lékař závodní preventivní péče nebo oddělení nemocí z povolání. (Velikovský, 2007, 46)

Odbor hygieny práce dále ověřuje podmínky vzniku onemocnění pro účely posuzování nemoci z povolání. Také se podílí na plnění opatření v oblasti nakládání s odpady v rozsahu, který vymezuje zákon o odpadech. Mimo jiné dále kontroluje povinnosti zaměstnavatelů zajistit závodní preventivní péči. Podíl má odbor hygieny práce i na monitorování vztahů zdravotního stavu obyvatelstva a pracovních podmínek, na kontrole a řízení místních programů ochrany a podpory veřejného zdraví. Za úkol má výkon dozoru nad pracemi na povrchových pracovištích i pracovištích v podzemí. Povinností pracovníků popisovaného odboru je vykonávání dozoru nad pracemi spojenými s expozicí neionizujícímu záření a laserům a pracemi spojenými s expozicí chemickým karcinogenům v pracovním prostředí. Dále provádění kontroly ochrany zdraví při nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a přípravky dle zákona č. 356/2003 Sb. a dle zákona č. 59/2006 Sb. Samozřejmě spolupracují s ostatními odbory a odděleními KHS, poskytuje konzultace a stanoviska ze svého oboru. (Landová, 2010, <http://www.khskv.cz/>)

1.5.5 Odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání

Odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání sleduje především vliv výživy na zdraví populace a to v konkrétním životním a pracovním prostředí v souvislosti s podmínkami a příčinami vzniku a šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění a také ostatních poruch zdraví. Z výsledků, ke kterým pracovníci dojdou během dozorové činnosti, hodnotí zdravotní rizika. K jejich odstranění nebo zmírnění stanovují a prosazují preventivní či represivní opatření. (Landová, 2010, <http://www.khskv.cz/Odbor%20hygieny%20vyzivy/hygiena_vyzivy.htm>)

Veřejnosti nejznámějším úkolem pracovníků odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání, je provádění dozoru nad dodržováním legislativy v oblasti ochrany veřejného zdraví převážně v provozovnách stravovacích služeb. Těmito provozovnami jsou myšleny restaurace, závodní jídelny a výdejny, nemocniční stravování a stravování v ústavech sociální péče, rychlá občerstvení, cukrárny, kavárny, pivnice, bary, herny a

stánky s občerstvením. V ostatních potravinářských provozovnách, jakými jsou obchodní sítě, provádějí dozor pouze při výskytu alimentárních onemocnění či podezření na toto onemocnění, vzniklém po konzumaci potravin z těchto provozoven. (Gunarová, 2010, <http://www.khsusti.cz/php/odb/odbhv.htm>)

Obecně odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání plní hlavně úkoly, jakými jsou řízení, plánování, organizování a provádění státního zdravotního dozoru nad potravinami, samozřejmě vše dle předpisů evropských společenství a platné legislativy. Pracovníci tohoto oddělení řídí, plánují, organizují a provádí státní zdravotní dozor v oblasti předmětů běžného užívání a nad potravinami a pokrmy podle předpisů evropských společenství a zákona č. 258/2000 Sb. (Landová, 2010, <http://www.khskv.cz/Odbor%20hygieny%20vyzivy/hygiena_vyzivy.htm>)

Dalším z úkolů je příprava podkladů pro vydání stanovisek dotčeného správního orgánu, respektive taková stanoviska vydává. Mimo jiné popisované oddělení připravuje podklady rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví na úseku činností epidemiologicky závažných při výrobě a při uvádění potravin do oběhu. Výjimkou je přeprava a skladování balených potravin a ve stravovacích službách. Mimo jiné se odbor podílí na šetření alimentárních nákaz v provozovnách, ve kterých dochází k výkonu činností epidemiologicky závažných při výrobě a při uvádění potravin do oběhu. Zajišťuje také provedení opatření vyplývajících z upozornění států EU na závadné potraviny v zařízeních společného stravování. Nedílnou součástí povinností pracovníků je zajišťování provedení opatření hlavního hygienika ČR na úseku potravin a pokrmů a také kontrola zdravotní nezávadnosti předmětů běžného užívání. Odbor má kontrolní funkci v oblasti nově zaváděných technických zařízení, nových materiálů a velkých technologických celků. Zajišťuje provedení opatření vyplývajících z upozornění států EU na závadné výrobky předmětů běžného užívání.

Připravuje podklady rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví na úseku činností epidemiologicky závažných při výrobě kosmetických prostředků. Prověřuje znalosti nutné k ochraně veřejného zdraví u fyzických osob vykonávajících činnost epidemiologicky závažnou. Ověřuje rozsah znalostí pro získání osvědčení prokazujícího znalost hub podle vyhlášky č. 475/2002 Sb. Pracovníci odboru hygieny výživy a

předmětů běžného užívání spolupracují s ostatními odbory a odděleními KHS. (Landová, 2010, <http://www.khskv.cz/Odbor%20hygieny%20vyzivy/hygiena_vyzivy.htm>) A pracovníci také samozřejmě provádějí poradenskou a konzultační činnost k podnikatelským záměrům, projektové dokumentaci,… (Gunarová, 2010, <http://www.khsusti.cz/php/odb/odbhv.htm>)

1.6 Alkohol

Alkohol (etanol, etylalkohol, C2 H5 – OH) je ze skupiny látek alkoholy. Je to sloučenina, která se získává kvašením cukru. Intoxikující látka, tedy ta chemikálie, která je v pivu, vínu, lihovinách je etanol neboli etylalkohol. (SANANIM, 2007, 138) Alkohol je považován za méně nebezpečnou látku, je obecně tolerován. Užívání je omezeno zákonnými úpravami, ale i tak je většině populace legálně dostupný. Alkohol má v naší společnosti místo.

S dějinami lidstva je užívání alkoholu spjato odjakživa. Existují popisy sakrální, což je užívání během náboženských obřadů. Také profánní funkce alkoholu je dokázána. Tedy funkce nápoje pro zábavu a pobavení. Stejně staré jsou rovněž popisy léčebného užití. Stav, ke kterému dojde po konzumaci alkoholu, je neměnný a předvídatelný. Alkohol nelze do těla vpravit injekčně. Takže nejvíce nebezpečná aplikace v tomto případě nehrozí. Co se týká návykového potenciálu a rizik s užíváním alkoholu spojených, nalézá se v rovině tvrdých drog. Nejnebezpečnější je jeho všeobecná tolerance či dokonce podpora. V minulosti se objevily pokusy zákazu nebo omezení užívání alkoholu. Pokusy o prohibici v USA ve třicátých letech minulého století nebo v osmdesátých letech v Sovětském svazu, nebyly příliš úspěšné. (SANANIM, 2007, 139)

Alkohol působí na centrální nervový systém. Již po malém množství jsou znatelné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek a na rozhodování. Alkohol snižuje vnímání bolesti. Dokonce tlumí centra pro dýchání a krevní oběh.

Následkem takového útlumu může být až smrt. Velmi nebezpečná je kombinace alkoholu s tlumivými látkami. Alkohol odstraňuje zábrany, což podporuje domněnku podpory sexuálních funkcí. Není to však pravda a potence je po užití většího množství snížena. Konzumace alkoholu může pomoci šťastnější atmosféře, ale vést může také ke vzrušeným emocionálním projevům a agresivitě. (SANANIM, 2007, 140) K největším rizikům patří častější úrazy, pády, popáleniny, nemoci jater a trávicího ústrojí, vysoký krevní tlak. K duševním onemocněním patří delirium tremens, nejrůznější povahové změny. Existuje riziko alkoholové epilepsie, otravy a také zhoršuje průběh mnoha jiných, běžných onemocnění. (Nešpor, 1995, 29)

Významnou úlohu má prevence. Cílem prevence primární je předcházet užívání návykových látek či jejich užívání oddálit do dob, kdy je dospívající odolnější. Těmi návykovými látkami může být myšlen třeba právě alkohol. Jedním z dalších cílů primární prevence je zastavit nebo alespoň omezit experimentování s těmito látkami. Předcházet škodám fyzickým a psychickém je velmi podstatné. Zásad efektivní primární prevence je mnoho. Například, že program má začít brzy a forma by měla odpovídat věku. Dále, že program by měl být interaktivní, zahrnovat podstatnou část žáků. Důležité je získávání relevantních sociálních dovedností. Důležité je, naučit se odmítání návykových látek a zvládat stres. Zohledněna by měla být i místní specifika. Program využívá pozitivních vrstevnických modelů a věnuje se legálním i nelegálním návykovým látkám. Další zásadou je snížit dostupnost a poptávku po těchto látkách. Program by měl fungovat dlouhodobě a soustavně, komplexně. (Nešpor, 2007, 154) Nepříznivý vliv na zdraví populace má samozřejmě právě i nadměrná konzumace alkoholu. Ta bohužel vede i k rozsáhlým škodám mravním, sociálním a ekonomickým. (Machová, 1998, 6)

1.7 Drogy

Drogy jsou problémem globálním. Jsou známa tři období novodobé historie týkající se šíření a zneužívání drog. První období se uvádí do roku 1960. Do této doby

byly drogy považovány za odborný problém, kterým se zabývali specialisté. Skupinou těchto vysoce kvalifikovaných specialistů byli kriminalisté a psychiatři. Druhým obdobím jsou léta 1960-1990. V této době se drogy stávají společenským problémem. To se děje v zemích vyspělých. Tento sociální problém se týká více sociálních vrstev a profesí. Především v USA a v západní Evropě narůstá užívání drog. S ním jsou spojeny zdravotní a sociální důsledky. To vše kvalitativně měnilo drogovou politiku.

V roce 1990 je problém s drogami charakterizován jako globální. Usneslo se na tom mezinárodní společenství v Globálním akčním plánu OSN z roku 1991. Dalšími problémy souvisejícími pak jsou infekční nemoci. Za globální je považován problém následujících charakteristik. Musí ovlivňovat všechny země světa a každá země musí mít svou úlohu. Ta může být producentská, transitní, spotřebitelská. Například Česká republika se stala od poloviny devadesátých let ze země transitní spotřebitelskou. Samozřejmě ale ani tranzit či místní produkce nevymizela. Dalším podmínkou pro označení problému za globální je, že se problematika týká všech, každého jednotlivce, rodiny. Je také nutno využívat mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci. (Kalina, 2003, 15)

1.7.1 Závislost na drogách

Mnoho různých názorů odpovídá na otázku proč a jak vzniká závislost na droze. Ale ve skutečnosti se zatím nepovedlo nalézt jednu jedinou příčinu, která by řádně osvětlila vznik, trvání, konec drogové závislosti. Jedná se o příliš složitý jev, který nelze zjednodušovat. Příčiny neboli faktory vedoucí ke vzniku, udržování, konci drogové závislosti je možné dělit do několika skupin. Do první skupiny se řadí faktory farmakologické neboli droga. Další skupinou jsou somatické a psychické faktory, tedy osobnost. Do třetí skupiny patří enviromentální faktory. Tím se myslí rodina a prostředí. Poslední skupinou jsou faktory percipitující. Jedná se vlastně o podnět. Rozdělení výše uvedené není striktní. Pojmenovává pouze základní motivace. Zmíněné, vysledované skupiny faktorů se v jednotlivých případech mohou lišit, ale u každého závislého jsou všechny přítomny. Mění se pouze na pozici žebříčku důležitosti. Je třeba brát v úvahu všechny faktory a to jak u prevence tak u terapie. (Illes, 2002, 7)

Drogové závislosti se staly po roce 1989 velmi aktuálním problémem i u nás. Zřejmá je souvislost s demokratizací života naší společnosti. Grogy poškozují organizmus značně, přičemž míra poškození závisí na druhu drogy. Po delší době zneužívání návykových látek dojde k ničení mozkových buněk, zhoršuje se paměť, nastává citová otupělost. Další doprovodnou změnou jsou povahové změny, celkové duševní a fyzické chátrání. Užívání drog a alkoholu představuje riziko související s přenosem HIV/AIDS. Toto je jedním z argumentů, proč je nutné v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu, provádět cílenou prevenci proti zneužívání výše zmíněných látek.

Vždy je nutné prevenci směřovat ke konkrétním skupinám. U psob běžné populace je vhodné využít jiných strategií než u lidí již na návykových látkách závislých. Významnou úlohu má primární prevence. Ta působí na dospívající generaci a jejím cílem je snížení poptávky po alkoholu a drogách a rovněž omezení nabídky. (Machová, 1998, 7) Mezinárodní zkušenosti ukázaly, že tou nejefektivnější cestou za zlepšením zdraví je koordinace a rozvoj preventivních aktivit. Základem by měly být komplexní programy podpory zdraví. (Machová, 1998, 8)

Obsahem pojmu drogová závislost je skutečnost, že mezi drogou a člověkem vznikl vztah závislosti. Za drogu se považuje každá látka, na níž může vzniknout závislost. Intenzita a projevy takovéto závislosti mohou být různé. Pojem narkomanie vyjadřuje skutečnost, že existuje abnormálně silné puzení, posedlost vzniklá ve vztahu k narkotikům. To jsou látky, které navozují a udržují sníženou aktivitu organismu, spánek. (Drtil, 1978, 14)

1.7.2 Kritéria závislosti

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, při závislosti má pro jedince užívání látky přednost před jednáním, kterého si v minulosti cenil více. Jde o touhu užívat psychoaktivní látku. K diagnóze závislosti je nutné, aby v posledních dvanácti měsících byly přítomny minimálně tři znaky, kterými jsou silná touha a nutkání užívat látku, potíže s kontrolou užívání látky, užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků, průkaz tolerance, což je potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného

stavu, zanedbání jiných zájmů a potěch než je užívání drogy, pokračování v užívání i po jasném důkazu negativních, škodlivých následků užívání, jakými jsou například deprese, nákaza virovou žloutenkou po injekční aplikaci drogy, … (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, 19)

Závislost lze dělit na dva typy. Existuje fyzická a psychická. Fyzická závislost nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými dávkami drog určitý časový odstup. To proto, aby nedošlo k odvykacímu stavu, který bývá také nazýván jako „absťák“. Jde o stav nepříjemný, který může někdy ohrozit i život postiženého. Ale během několika dní odeznívá. Psychická závislost se hůře ovlivňuje. Právě tento typ závislosti je důvod k existenci dlouhodobých léčebných zařízení. Ke zvládnutí je třeba mnoho měsíců až let. Psychická závislost je také příčinou recidiv i po letité abstinenci. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, 20)

Návykovost je vlastně schopnost vytvářet návyky. Návykem je myšlena ustálená odpověď organizmu na známé podráždění, podnět či situaci. O návyku lze hovořit pouze v souvislosti s minulou zkušeností. (Janík ,1990 ,32)

1.7.3 Rozdělení drog

Klasifikace psychotropních látek se sestavuje podle klinických účinků těchto látek, které se projevují na uživateli. Dále je také důležité farmakologické složení. U hodnocení klinického obrazu narkomana o mnohém vypovídají poruchy vyjadřování a somatický obraz pacienta. Somatický obraz narkomana odráží komplikace, které vznikají jako výsledek aplikování drog. Těmi jsou toxické změny, které se projevují poškozením různých orgánových soustav. (Masár, 2004, 5)

1.7.3.1 Halucinogeny

Halucinogeny jsou rozsáhlá skupina přírodních a syntetických látek. Jinými názvy jsou psychadelika, delirogeny, fantastika. Vyvolávají změny vnímání. Tyto změny mají různé stupně - od zaostření až po halucinace. Historie sahá až do dob náboženských rituálů. Nejznámějšími zástupci jsou LSD a lysohlávky. Při užívání těchto halucinogenních látek je důležitý aktuální psychický stav uživatele a jeho

okolnosti. Okolnostmi je myšleno, jak uživatel vnímá místo a osoby, které ho obklopují. Pokud jsou tyto okolnosti a duševní stav dobré, pravděpodobně proběhne intoxikace příznivě. Užití halucinogenů může mít za následek i trvalé psychické poškození. (SANANIM, 2007, 157)

1.7.3.1.1 Konopné drogy

Drogy z konopí jsou souhrnným názvem pro marihuanu a hašiš. (Nešpor, 1995, 29) Vlastí, ze které konopné drogy prapůvodně pocházejí, jsou Himaláje. Jedná se o rostliny druhu Cannabis. Konopí se řadí do skupiny látek s halucinogenním účinkem. Vedle psychoaktivních druhů existují i rostliny pro průmyslové využití. U těchto konopí je psychoaktivní látky minimum. Samičí rostliny jsou obvykle mohutnější než samčí. Co se týče obsahu psychotropních látek, jsou samičí rostliny významnější. Jde o jednoleté, dvoudomé rostliny se vzrůstem zhruba kolem dvou metrů. Kouření je způsob užití u konopných drog nejčastější. Marihuanu je možné použít i do jídel a nápojů. Je to také surovina pro získávání hašiše. (SANANIM, 2007, 153)

Největším rizikem je vyšší nebezpečí úrazu, dopravních nehod. Následkem může být také neplodnost u mužů a poškození plodu. Hrozí také chronické záněty spojivek, hltanu, dýchacích cest, povahové změny, citové otupění, větší riziko psychických nemocí. Protože marihuana obsahuje o polovinu více rakovinotvorných látek než tabák, zvyšuje tak riziko karcinomu. Užívání konopných drog také oslabuje imunitu, zhoršuje paměť, rozhodování, postřeh. (Nešpor, 1995, 29)

Konopí je nejrozšířenější nelegální drogou. Jeho užívání roste skoro ve všech zemích Evropy. Je možné, že rostoucí trend zneužívání této drogy souvisí s prosazováním názoru, že konopí není škodlivé. Veřejná debata se velmi často zaobírá údajnými pozitivními účinky. Rizika mnohdy tak často zmiňována nebývají. (Štablová, 2005, 9)

1.7.3.1.2 Marihuna

Marihuana je s největší pravděpodobností nejzneužívanější halucinogenní drogou. Nejznámější je především pro nezletilé a mladistvé osoby. Účinnou

psychoaktivní látkou v konopí je delta-9-tetrahydrocannabinol neboli THC. Tato látka je 4000 krát účinnější než alkohol. Marihuana je ze 426 chemických látek, které se při spotřebování kouřením přeměňují na 2000 látek. Kouření je třikrát účinnější než jiné formy spotřeby marihuany. Kouř je cítit jako spálená tráva nebo bramborová nať. V rostlinném materiálu , který je vypěstován na území České republiky, je obsah THC kolem 0,01 až 70 mg v jednom gramu. Aby bylo dosaženo typických účinků po užití marihuany stačí obsah 3,3 mg. (Borník, 2001, 5)

1.7.3.1.3 Hašiš

Hašiš je vlastně usušená pryskyřice z květů a listů horní části rostliny. V hašiši je obsažená stejná psychoaktivní látka jako je v marihuaně. Jedná se tedy o látku THC. Té je ale v hašiši až desetkrát více než v případě marihuany. Hašiš v suché formě se má tendenci drolit. Barevně se vyskytuje v různých odstínech hnědé až po černou. Někdy může být také tmavě zelený. Užití je nejčastější v podobě kouření s tabákem. Je možné ho také konzumovat s jídlem či nápoji. Z jednoho gramu hašiše je možné omámit tři až čtyři muže. (Borník, 2001, 5)

Hašišový olej je lepkavá hmota, husté konzistence, tmavohnědé až černé barvy. Obsah THC může dosahovat až 60%. K účinku stačí jedna až dvě kapky. Ty se mohou smísit s tabákem. Lze olej také nakapat na cigaretu nebo na filtr. (Borník, 2001, 5)

1.7.3.1.4 Skank

Jedním druhem marihuany je skank. Obsah THC je vysoký. Je prodáván v balíčcích. Aby došlo k vyvolání účinku, postačují čtyři šluky. Účinek je silný, rychlý a bývá delší než u marihuany. Odeznívání účinků této drogy může být spojen se silnými bolestmi hlavy a s nevolností. (Borník, 2001, 5)

1.7.3.1.5 Halucinogenní rostliny

K halucinogenním drogám patří také rostliny z čeledi lilkovitých. Jsou známy případy intoxikací po požití celé rostliny nebo její části z této čeledi. Bohužel se objevily i intoxikace se smrtelnými následky. Zástupcem čeledi lilkovitých je rulík

zlomocný, blín černý, durman obecný. Tyto rostliny obsahují alkaloidy atropin a skopolamin. Ty mají schopnost ovlivnit duševní činnost člověka a jeho jednotlivé funkce. Následkem užívání mohou být i trvalé duševní poškození. Otrava trvá i 24 až 36 hodin. Atropin způsobuje blokování nervového systému. Projevem otravy je suchost v ústech, zčervenání kůže, rozšíření zornic, poruchy zraku, bušení srdce, porucha močení, zácpa, zvýšená teplota. Při těžších otravách dochází i k poruchám nervové činnosti. Projevem pak je například velká vzrušivost, mnohomluvnost, touha po tělesné činnosti, nemotivovaný smích. U vyšších dávek dochází ke znemožnění polykání, chraplavému hlasu, zuřivost, závratě, vrávorání. Objevovat se také mohou sluchové, zrakové, čichové halucinace. Skopolamin je látka pětkrát jedovatější než atropin. Otravy jsou si podobné. Rozdíl je v absenci zrudnutí kůže, zvýšení teploty. Zrychlení tepu nebývá tak značné. (Borník, 2001, 6)

1.7.3.1.6 Halucinogenní houby

Zneužívány bývají především houby z rodu lysohlávek. Zástupci jsou lysohlávka česká, lysohlávka kopinatá, lysohlávka modrající. Psychoaktivní látkou v těchto houbách je psilocybin a psylocin. Výskyt v České republice bývá lokální. Používány bývají hlavičky hub. Užívají se čerstvé, vařené. Je možné pít i vývar či houby sušit a nakládat. Problémem je odhadování účinné dávky, která může být i v každé jednotlivé houbě různá. Tímto se zvyšuje riziko předávkování. U lehké otravy se vyskytují projevy ve formě výrazné euforie, smíchu, hovornosti. Zrakové iluze, deformace předmětů a zvuků je typickým projevem silné otravy. Účinky jsou podobné účinkům LSD. Otrava bývá i vícehodinová. Zneužívaná bývá i muchomůrka červená, která je máčená v mléce. Tato muchomůrka obsahuje muskarin, muscimol a kyselinu ibotenovou. V tomto případě jde spíše o jed, kdy se otrava projevuje polospánkem s barevnými vizemi, zvýšenou aktivitou, euforií, pocitem lehkosti, halucinace. Účinné látky jsou z těla vylučovány močí. O tomto toxikomané vědí a proto moč pijí a tak se znovu intoxikují. (Borník, 2001, 7)

1.7.3.1.7 LSD

LSD neboli lysergamit syntetizoval z námelu dietylamid kyseliny lysergové v roce 1938 švýcarský chemik Albert Hofmann. V roce 1934 došlo k náhodnému objevu psychoaktivních vlastností. Následně došlo k rychlému rozšíření drogy mezi mládež a do vědeckých či uměleckých kruhů. Původně byl lysergamit v České republice průmyslově vyráběn a bylo s ní experimentováno. Nakonec došlo k zastavení výroby a ukončení pokusů na základě nevypočitatelnosti účinků a velkého rizika. Tato látka působí už v nepatrných dávkch. Například u muže v dospělém věku může již dávka 50 mikrogramů zapříčinit až dvanáct hodin trvající halucinace.

Ve formě tripů se objevuje na diskotékách. Jedná se o malé, napuštěné papírky, které jsou označeny obrázky s poutavými názvy. Takovýto papírek může být vložen do úst nebo se může nechat vylouhovat v nápoji. Dalšími možnými formami distribuce této drogy jsou tablety, prášek, želatina či injekční aplikace. Byly zaznamenány i způsoby aplikace vkládáním pod oční víčko či do pochvy. Podá-li si toxikoman tuto drogu intravenózně, účinek je znát po pár vteřinách. Při perorálním požití se účinek dostavuje mezi dvaceti minutami až jednou hodinou. Dochází ke zrychlení a následnému zpomalení tepu, vzestupu teploty, rozšíření zorniček, zčervenání, zhoršení sebeovládání a schopnost rozhodování. Typický je dále oslabený kontakt s realitou, poruchy motoriky, nepříjemné pocity. Následkem vlivu drogy se objevuje i nebezpečné chování vůči vlastní osobě a druhým. V některých případek mohou halucinace a pocity pronásledování přetrvávat, i když nebyla droga požita. Užíváním LSD se zvyšuje riziko nádorů a epilepsie. U uživatelů LSD se obvykle nevyskytují somatické odvykací příznaky. Touha po droze především u mladších uživatelů trvá i týdny. Závažným následkem užívání halucinogenních drog je zkreslené vnímání, které s sebou nese nebezpečné chování. Tím jsou například pokusy o létání, kdy si toxikoman myslí, že létat umí. (Borník, 2001, 7)

1.7.3.2 Opiáty

Opiáty neboli opioidy patří ke skupině látek s chemickou strukturou blízkou morfinu. Morfin představuje hlavní alkaloid opia. Název skupiny je odvozen od opia,

což je vlastně zaschlá šťáva nezralých makovic. Opioidy mají tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu. Může dojít až k útlumu dechového centra a zapříčinit tak smrt. Mají silný protibolestivý účinek. (SANANIM, 2007, 169)

Jedná se tedy o látky původně získávané z opia. Využívány jsou tyto látky hojně v medicíně, kde se uplatňují pro již zmíněné tlumení silných bolestí a tišení kašle. Nejznámějšími a nejčastěji zneužívanými zástupci jsou kromě výše zmíněných látek jako opium a morfin také lék Dolsin, Kodein. Toxikomané si vyrábějí takzvaný Braun, což je směs látek vyráběná z kodeinu, na kterou vzniká silná závislost s výraznými odvykacími příznaky. Braun je vytlačen heroinem. Odvykací syndrom opiátového typu je provázen bolestí svalů, kloubů, pocením, slzením, průjmy. Opiáty jsou zneužívány různými způsoby, které se liší v závislosti na typu látky. (Borník, 2001, 8)

1.7.3.2.1 Opium

Jde o na vzduchu zaschlou šťávu mléčného charakteru, která se získává z makovic, které ještě nedozrály. Tato šťáva na vzduchu později tuhne a zbarvuje se nahnědo. V tomto stavu se sbírá a bývá hned přímo konzumována. Další možností je zpracování k dalšímu použití. Udává se, že je na jeden kilogram opia třeba šťávy z 20 000 makovic. Alkaloidy tvoří asi čtvrtinu obsahu opia. Největší podíl náleží morfinu. Jeho koncentrace bývá 4 - 21 %. Procentuálním množstvím je určován charakter opia. Nejčastějším způsobem užívání je kouření opia ve speciálních dýmkách. Část morfinu je spálena a část přechází do kouře, odkud se vdechuje. Nástup účinků je pozvolný a stav trvá několik hodin, kdy je zakončen spánkem. Typické projevy stavu po zneužití této drogy jsou euforie, pocit sladké únavy, halucinace. Po probuzení má dotyčná osoba pocity jako při „kocovině“. Právě „kocovina“ bývá příčinou další intoxikace. Dalším způsobem zneužití opia je polykání. Kontrola účinků je pro uživatele mnohem horší a samozřejmě tím pádem existuje i velké riziko předávkování. Zneužíváním je zvyšována tolerance a tak drogově závislý potřebuje stále vyšší dávky. To vše postupně vede i psychickému a fyzickému úpadku a nakonec i k předčasné smrti. (Borník, 2001, 8)

1.7.3.2.2 Morfin

Izolován byl prvně v roce 1803. Jde o alkaloid opia, který je užíván v medicíně jako účinné analgetikum nejčastěji injekčně podávané. Vzhledově se jedná o bílý, později tmavnoucí, krystalický prášek s hořkou chutí, bez zápachu. Jeden kilogram morfiové báze je možné získat z deseti kilogramů surového opia. Účinkuje velmi rychle. Prvotně dochází k lehké euforii, dále celkovému útlumu, spavosti až ke ztrátě vědomí. Morfin má schopnost tlumit i dýchací centrum až způsobit jeho ochrnutí. A tak zapříčinit smrt. Závislost na morfinu vzniká rychle. Dlouhodobé žívání je provázeno těžkými zdravotními škodami. Osoba závislá na morfinu má projevy únavy, podrážděnostmi, náladovosti. Tito lidé dále trpí nechutenstvím, hubnou a jejich kůže je suchá a žlutě zabarvená. Nespavost, ztráta libida, poruchy potence, zácpa, nevolnost, zvracení, záněty dýchacích cest, ženská neplodnost patří do výčtu dalších projevů a vedlejších účinků uživatelů morfinu. Do popředí se dostává somatická závislost, ikdyž ta psychická je také velmi silná. (Borník, 2001, 8)

1.7.3.2.3 Kodein

Kodein je bílým krystalickým alkaloidem z opia, který je méně jedovatý. Účinky jsou analgetické. Užití je v hodné k tišení kašle. Po aplikaci dochází v těle k procesu, kdy je část v játrech přeměněna na morfin a další část je vyloučena močí. V případě nitrožilní aplikace je závislost vyvolána za stejně dlouhou dobu jako je tomu u morfinu. Odvykání je provázeno abstinenčními příznaky jako u morfinu. Ty jsou jen v mírnější podobě, ale zase přetrvávají několik dní. Do roku 1985 byl volně k dostání v lékárnách lék Alnagon, který kodein obsahoval. Z tohoto léku se tak vyráběl opiát braun. (Borník, 2001, 9)

1.5.3.2.4 Heroin

Heroin, nejvýznamnější zástupce opiátů, se do České republiky dostal ve větší míře až po roce 1989. (SANANIM, 2007, 169) Heroin, neboli diacetylmorfin, je derivátem morfinu, který byl původně používán jako méně riziková náhražka morfinu. Předpokládalo se, že závislost nevzniká tak rychle. Svého času byl dokonce používán

jako lék proti závislosti na morfinu. Poměrně záhy se zjistilo, že u heroinu dochází k hlubším a vážnějším návykům. Následoval zákaz užívání a heroin byl označen za nejzhoubnější látku morfiové skupiny s nejvyšší návykovostí. Působení je stejné jako u morfinu, ale dostatečná je dávka pět až desetkrát menší. Analgetické účinky jsou dva až třikrát silnější. Pronikavost do mozku je lepší, působení prudší a účinek kratší. Stav obluzení po aplikaci přetrvává jednu až sedm hodin. Ovlivnění dechového centra, které heroin vyvolává, může vést až k smrti. Po požití se zužují zornice a nastává celkový útlum. Toxikomani toto nepříznivé odstraňují současným užíváním pervitinu či kokainu. Rozvoj somatické, psychické závislosti a tolerance je rychlý. Dávky jsou brány tři až pětkrát denně, přičemž denní dávka se pohybuje okolo půl až třech gramů. Heroin je užíván nejčastěji injekčně. Pro tento způsob se upravuje tak, že se rozpouští na lžičce ve vodě a kyselině citrónové. Dále je možné heroin šňupat, kouřit spolu s tabákem či inhalovat po zahřátí třeba na alobalu. Zneuživatel podstupuje riziko, protože dealer zvyšuje váhu a cenu tím, že část heroinu nahrazuje a ředí. K tomu mu slouží například jedlá soda, křemičitan hořečnatý, omítka ze zdi, sádra, cukr, prací prášky… (Borník, 2001, 9)

1.7.3.2.5 Buprenorfin, subotex

Buprenorfin byl vyvinut v sedmdesátých letech dvacátého století. Vedla k tomu snaha nalézt analgetikum, na které nevzniká závislost. Zaregistrován byl prvně ve Spojeném království. Zde byl také uveden na trh s obchodním názvem Temgesic. V letech osmdesátých se vyskytlo první hlášení o injekčním užití buprenorfinu. Ke zneužití došlo uživateli heroinu. (Verster, 2007, 24) Účinky jsou stejné či podobné jako u jiných opiátů. Na rozdíl od heroinu jsou tyto účinky ale mírnější. Výhodou oproti heroinu je nižší pravděpodobnost předávkování. Závislost je také mírnější a přichází pomaleji. Tableta se nechá rozpustit v ústech. Užívání je tedy v porovnání s heroinem mnohem méně rizikové. Další výhodou je absence škodlivých příměsi. Jedná se tedy totiž o farmakum. (SANANIM, 2007, 169) Tableta Subutex byla vyvinuta v polovině devadesátých let století dvacátého. Zaregistrována byla za účelem léčby závislosti na opiátech. Tak se stalo ve Francii v roce 1995.

Subutex léčí opiátovou závislost tak, že brání abstinenčním symptomům především tedy od heroinu a jiných opiátů. Buprenorfin má účinky podobné opiátům, podobné má i vedlejší účinky. Hlavním kladem je, že brání nástupu abstinenčních příznaků, částečně blokuje abstinenční příznaky a bažení. Netvoří přitom silnou euforii. (Verster, 2007, 24)

1.7.3.3 Látky se stimulačním účinkem

Drogy stimulační neboli stymulancia, látky budivé, psychomotorické stimulanty. Jde o chemicky různorodou skupinu látek s účinkem fyzického a psychického povzbuzení. Užívání může vyvolat různé stupně stimulace. Pervitin a kokain jsou zástupci stimulačních drog nelegálních. Někdy se do této skupiny řadí i extáze. Existují i simulanty legální. Jejich efekt je však mnohem mírnější. Zástupci legálních simulantů jsou káva či čaj. (SANANIM, 2007, 164)

Psychostimulační látky mají tedy především budivý účinek. Odstraňují únavu a vedou ke všeobecnému povzbuzení. Při požití vyšších dávek způsobují stimulační látky silné vzrušení, třes, nespavost, křeče. Některé z látek vedou k výrazné závislosti a mohou způsobovat poruchy některých orgánů. Vyvolání arytmie srdce je dalším negativním účinkem. Příčinou duševních poruch mohou být akutní otravy. Nejznámějšími a toxikomany nejvyhledávanějšími látkami této skupiny jsou amfetamin, metamfetamin se svými deriváty a samozřejmě kokain. Dříve byl používán například fenmetrazin. Řadit sem lze i látky nazývané syntetické halucinogeny. Jedná se o kombinace účinků různých látek a náleží sem hlavně DOM, DOB, DMT, PCP. (Borník, 2001, 10)

1.7.3.3.1 Amfetamin – metamfetamin

Amfetaminy jsou to látky synteticky vyráběné už od roku 1877. Metafetamin neboli pervitin byl prvně vyroben v roce 1988. Obě drogy vznikly v Japonsku. Na Západ se rozšířily až roku 1929. Postupně pak vznikaly další látky. Závislost a tolerance na látkách tohoto typu vzniká rychle a díky touze po maximální euforii a vzrušení přetrvává. Aby toxikoman dosáhl chtěného účinku množství látky zvyšuje. Dávky

mohou být až několiksetkrát vyšší, než tomu bylo na počátku. Zneužívání vede k akutním a chronickým otravám. Akutní otrava s sebou nese gastrointestinální poruchy, bušení srdce, arytmii, vzestup krevního tlaku, neklid, nespavost, myšlenkový trysk, dráždivost, poruchy koncentrace, někdy kolaps vedoucí až ke smrti. Intoxikace odeznívá za šest až osm hodin. Toxikoman se následně cítí unavený a vyčerpaný a to je jeho důvodem, aby si vzal další dávku. Toxický syndrom vyvolávaný amfetaminy je charakterizován hlubokými změnami v chování, dále vizuálními, sluchovými, hmatovými halucinacemi. Doprovázeny jsou tyto halucinace ještě navíc pocity paniky, agrese, nutkáním k nenormálnímu chování. Poruchy se prohlubují a příznaky se zvýrazňují. Toxikoman se cítí stále ohrožen. A to zapříčiňuje panické útěky, sebeobranné útoky. Někdy bývá východiskem sebevražda. Na člověku pod vlivem jsou výrazné široké nereagující zorničky, třes a stavy zmatenosti. Akutní intoxikaci s paranoidními projevy je těžké rozeznat od pravé schizofrenie. Stimulační drogy bývají označovány za rekreační drogy, které jsou velmi žádané. Bohužel jsou ale také těžko zvladatelné. Pouze velmi malé množství uživatelů pervitinu je schopno konzumaci korigovat tak, aby se nedostali do fáze několikadenních tahů, které končí psychickým i fyzickým vyčerpáním. Dojde-li k předávkování je pociťována těžká bolest na hrudi a na dobu až dvou hodin dochází k bezvědomí. (Borník, 2001, 10)

1.7.3.3.2 Extáze – MDMA

Tato látka se rovněž označuje jako MDMA. Extáze má poměrně krátkou historii. V roce 1912 si ji nechala firma Merk patentovat. Vyvinula ho jako anorektikum, tedy lék na hubnutí. Alexandr Shulgin tuto látku v padesátých letech resintetizoval. V letech sedmdesátých se pak pokoušel v USA zavést případné psychoterapeutické využití. Extáze patří mezi stimulancia a halucinogeny. Typickým projevem po požití je empatie. Uživatel má pocity sounáležitosti, přátelství, pochopení. Vyšší dávky pak stimulují. (SANANIM, 2007, 161)

Extáze je syntetická droga metoxy deriváty amfetaminu. Někdy bývá řazena k halucinogenům. Tyto deriváty se na černém trhu objevují v různých formách. Vždy

jsou však vydávány za to, co je v dané době nejžádanější. Dealeři využívají neznalosti uživatelů o skutečných účincích extáze. Po spolknutí tablety začne droga působit asi do půl hodiny. Účinky trvají několik hodin. MDMA má samozřejmě řadu nežádoucích účinků. Do výčtu patří nervozita, nespavost, neklid, podrážděnost, pocity deprese, únava, halucinace, pocity pronásledování. Zneužívání extáze představuje největší nebezpečí především pro poškození psychiky. Jelikož patří k drogám stimulačním, i ona může vyvolávat toxické psychózy. Ty vedou k nepředvídatelnému chování a následkům. Velké riziko je i předávkování, poškození nervové soustavy. Pokud se uživatel intenzivně hýbe, dochází k velké ztrátě tekutin a dehydrataci. Následkem tohoto je pak mnohdy poškození ledvin a srdce. MDMA má dost nepředvídatelné účinky. Dávka může být u jednoho tolerována, druhému může stejné množství způsobit otravu. Zvláště nebezpečná je kombinace s alkoholem a kofeinem. Ničení nervových zakončení je prokázáno. Je-li extáze konzumovaná v horku, stresu, osobami s kardiovaskulárními chorobami. (Borník, 2001, 11)

1.7.3.3.3 Kokain

Z listů stromu Erythroxylon coca se získává alkaloid a tím je právě kokain. Lze ho ale vyrábět i synteticky. Na trhu se objevuje jako sůl kokainu neboli kokain chlorid a to kvůli lepší rozpustnosti. Jeho užívání je známo i v medicíně, kde působí jako lokální anestetikum. Euforizující účinek je značný, proto je jako droga využíván. Kokain je schopen subjektivně zvýšit pocit síly, duševních schopností a odstraňuje pocit únavy, hladu, žízně. Kokain je jednou nejnebezpečnějších drog. Užívat se dá šňupáním, polykáním, vpichováním, kouřením. Typická je silná psychická závislost. Po šňupání či vstřebávání sliznicemi dýchacího traktu se vrchol účinku dostavuje asi po hodině. Pak po dvou až třech hodinách nastupuje ústup. Při nitrožilní aplikaci je účinek rychlejší s kratší dobou působení. Vývin závislosti je rychlý. U této drogy se nemusí po čase zvyšovat dávka, ale dochází k vyšší frekvenci užívání. Toxikoman má rozšířené zornice očí, zploštělé čočky. Dále výtok z nosu, pocení, chraplavý hlas, citlivost na zvuky a světlost, bledost, záchvaty vzteku, kolísání nálad, bdění v noci, spánek ve dne. Po delší době braní drogy se objevuje při kašli tmavý hlen, tepny a cévy se v místech vpichů

stahují a omezuje se krevní oběh. K tomu dochází i v případě styku kokainu se sliznicemi u šňupání. Dále se objevuje zácpa, bolest v krku, krvácení z nosu, perforace nosní přepážky. Křeče, problémy s pamětí, pocity pronásledování, deprese, pokusy o sebevraždu, nevyléčitelná poškození mozku u plodu. To vše má užívání za následky. Kokainista je sešlý, vyhublý, stařeckého vzhledu. (Borník, 2001, 12)

1.7.3.3.4 Crack, krek

Volnou bází kokainu určeného ke kouření je krek. Jsou k tomu určeny zvláštní dýmky nebo se kouří v cigaretách ve směsi s tabákem či marihuanou. Může být vdechován kouř, který vzniká spalováním kreku na alobalu. Užívání volné báze je jednou z nejrychlejších metod, jak je možné dostat kokain do mozku. Účinky se dostaví už za čtyři až šest vteřin od vdechnutí. Půl až hodinu po vdechnutí se dostavuje vrchol. A ten za další hodinu mizí. Intenzivní euforie trvá pět až deset minut. Proto toxikomané rychle chtějí další dávku. Typická pro krek je vysoká návykovost a velké riziko pro předávkování. Složité je odhadování množství obsaženého ve zboží. Dvacet až třicet dávek za den potřebuje závislý uživatel. Vynechá-li se dávka, nedostavuje se typický abstinenční stav. Úporná a nezdolná touha po droze je ale přítomna. Následky užívání se podobají následkům v případě kokainu, jen nastupují rychleji. Krekem intoxikovaná osoba může být velmi nebezpečná a takový člověk je také extrémně silný. Bohužel, dostaví-li se u něho nějaká deprese, může bez varování napadnout až zabít kohokoli. Takto postiženého nelze nijak uklidnit či přesvědčit. Pomoci může jen intenzivní hrubá síla. Krek je velkým rizikem jak pro samotné uživatele tak pro celou společnost. Návykovost je extrémní, spojuje psychickou závislost s fyzickou. (Borník, 2001, 12)

1.7.3.4 Těkavé látky

Z chemického hlediska jde o alifatické, aromatické, cyklické uhlovodíky. Nejnebezpečnější látky představuje právě skupina látek těkavých. Jsou rozhodně nebezpečnější než drogy tvrdé. Je pro ně typický narkotický účinek. Velmi lehce může dojít k předávkování vedoucímu ke smrti. Poškozují mozek, tak dochází k úbytku rozumových schopností. Těkavé látky také dále poškozují molekuly bílkovin. Mají

schopnost rozpouštět látky tukové povahy. Pravidelném užívání dochází k poškozování ledvin, jater, kostní dřeně a samozřejmě mozku. (SANANIM, 2007, 150)

Čichání patří ke specifickým druhům toxikománie. Užívány jsou některé konkrétní přípravky jako benzín, syntetická lepidla, aceton, éter, toluen. Dříve byl populární přípravek Čikuli a Iron. Tento druh užívání drog je na prvním místě, co se týká počtu úmrtí. Rozdíl mezi chtěnou euforií a intoxikací je pouze několik vdechů. Omámený člověk již není schopen moc rozlišovat. A těkavá látka nasáklá v nějaké věci zůstává často neodstraněna od dýchacích cest. Pro větší efekt je vkládána například nasáklá buničina, hadr, plyšová hračka do igelitového sáčku. Nejsou výjimkou ani úmrtí po prvním pokusu. Zneužívána jsou rozpouštědla. Toluen funguje tak, že se přes plíce dostává krví do mozku, tam rozpouští tuk mozkových buněk. Následkem je jejich odumírání. To se po určité době promítá do chování, jednání dotyčného člověka. Při pitvě je užívání patrno jasně. Tento způsob drogové závislosti je typický pro mladé lidi. Je-li například dítě neduživé, pobledlé, obluzené, nepřítomné duchem, je mu špatně, lze usuzovat na zneužívání rozpouštědel. Dalším projevem jsou rozšířené zornice, zarudlé oči. Jasný je i zápach po chemikálii. Vnímání je rozjasněné nebo naopak utlumené. Po delší době se dostavuje porucha krvetvorby, paměti, hrozí riziko poškození mozku, ohrožení srdce, dýchání. Vyrážka v okolí nosu a úst, zvýšené jaterní testy jsou rovněž typické. Člověk kromě problémů myslet, pamatovat si, nevydrží chvíli sedět nebo třeba jít rovně po čáře. Vše končí atrofií šedé kůry a poškozením ledvin a jater. (Borník, 2001, 13)

1.7.3.5 Léky

Léky jsou široká skupina látek, která může vyvolat závislost. Některé preparáty ovlivňují mozek. Působí na centrální nervový systém. Nejčastěji k závislosti vedou látky, které snižují strach a napětí, způsobují euforii, zvyšují tělesný i duševní výkon a látky, které mění smyslové vnímání. Těmto charakteristikám odpovídají skupiny léků, jakými jsou anestetika, hypnotika, sedativa, antiepileptika, analgetika, psychostimulancia,… (SANANIM, 2007, 145)

1.7.4 Systém péče o osoby závislé na návykových látkách

Česká republika disponuje celou řadou zařízení určených pro poskytování služeb osobám, které jsou závislé na návykových látkách. Příkladem jsou nízkoprahová centra, komunity, léčebny, detoxifikační jednotky, doléčovací centra. (Vurm, 2004, 62)

1.7.4.1 Nízkoprahová centra

Úlohou nízkoprahových center je zajišťování služeb harm reduction. Tento výraz pojmenovává soubor opatření, které mají za úkol zabraňovat následkům, které plynou ze zneužívání drog. Je možné tyto služby poskytovat v terénu či v nízkoprahových centrech. Ta jsou mnohdy označována jako K-centra. Ta nabízí klientům kromě výměnných programů, kontaktního poradenství a edukace i základní zdravotnické ošetření a servis týkající se vitamínů, potravin a v neposlední řadě i hygieny. (Vurm, 2004, 62)

1.7.4.2 Ambulantní léčba

Služeb ambulantní léčby využívají hlavně osoby s lehčím stupněm závislosti. Tedy osoby mající minimum somatických a psychických komplikací, ale také musejí mít velkou motivaci a sociální zázemí. Prostředkem léčby je farmakoterapie a individuální terapie či terapie skupinová. Efektivním ambulantním programem jsou tři kontakty klienta s daným léčebným zařízením za dobu jednoho týdne po šest měsíců. Zabývat se zdravotní edukací a prevencí relapsu je důležitou součástí skupinových i individuálních rozhovorů a sezení. Ověřování abstinence se provádí pomocí testu na drogy v moči. Velmi přínosné jsou aktivity jako sociální práce, práce s rodinou, tedy rodinná intervence, terapie a skupiny s rodinnými příslušníky. Bohužel je i v dnešní době nabídka ambulantní léčby nižší, než by bylo třeba. (Vurm, 2004, 62)

1.7.4.3 Intenzivní ambulantní léčba a denní stacionáře

Denní stacionáře patří k nejznámějším formám péče o závislé osoby. Je v něm program strukturovaný v rozsahu většinou čtyřicet hodin týdně. Ideální trvání návštěv denního stacionáře je tři až čtyři měsíce. Střídají se v něm různé druhy skupinových

terapií, které jsou doplňovány individuálními terapiemi. Aktivity terapeutické jsou v rovnováze s rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Podstatou je léčebný režim, monitorování abstinence, práce s rodinou, sociální práce. Tento typ léčby v denním stacionáři je vhodný pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Znamená to však obrovské nároky nejen na klienty ale i na personál. Nevýhodou je, že klient zůstává během léčby ve svém původním prostředí. To musí nutně vyvažovat obsah programu. (Vurm, 2004, 63)

1.7.4.4 Ústavní detoxifikace

Detoxifikace probíhající u závislých osob s nižším stupněm odvykacího syndromu je možná i ambulantně. Nutný je ale dostatečně častý kontakt s podporou i farmakoterapie. U nás je ale tento typ léčby využíván jen velmi málo. V zahraničí je tomu jinak. V České republice se upřednostňují několikadenní pobyty. Tyto pobyty probíhají pět až deset dní na detoxifikační jednotce, která je uzavřená a nachází se v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Základní myšlenkou ústavní detoxifikace je izolace klienta. Oddělit ho tak od drogového prostředí. Cílem je překonat odvykací syndrom v motivujícím psychoterapeutickém prostředí. Aby se zmírnily projevy odvykání , bývá aplikována farmakoterapie. I do tohoto typu odvykání samozřejmě patří sociální i rodinná intervence. (Vurm, 2004, 63)

1.7.4.5 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Za krátkodobou je považována léčba dlouhá čtyři až devět týdnů. Střednědobá znamená léčení tři a šest měsíců. Tato ústavní léčba je prováděna na specializovaném lůžkovém oddělení buď v nemocnici nebo v psychiatrických léčebnách. Jedná se o vysoce strukturované léčebné programy mající principy terapeutické komunity. Náplň je obdobná jako u denní léčby. Provádí se zde tedy skupinová a individuální terapie, aktivity volnočasové, edukační a rehabilitační. Práce s rodinou a sociální práce je i zde samozřejmostí. To jak se klient zapojuje a dodržuje léčebný režim se monitoruje pomocí bodovacího systému. V případech kde existuje překážka pro ambulantní léčbu,

je indikována ta ústavní. Z důvodu nedostatku ambulantních zařízení v České republice jsou ústavní zařízení přetížena. Na léčbu se bohužel musí i čekat. (Vurm, 2004, 64)

1.7.4.6 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Rezidenční neboli pobytová léčba odlišuje střednědobé programy o trvání šest až osm měsíců od dlouhodobých, které trvají rok i déle. Jedná se zase o vysoce strukturované programy. Jsou zde zastoupeny různé formy, jakými jsou skupinové terapie, edukační a volnočasové aktivity. Poměrně významnou část naplňují různorodé práce na každodenním provozu zařízení. Klienti obstarávají provoz kuchyně, úklid, údržbu, pečují o zvířata a celou farmu. Klientův pobyt je členěn do etap. Ty jsou typické různě odstupňovanými právy a povinnostmi. Důraz je v terapeutických komunitách kladen kromě jiného i na souběžnou individuální terapii a práci s rodinou. Rezidenční léčbu podstupují osoby s dlouhou a těžkou drogovou závislostí. Je určena jedincům značně nezralým, nemotivovaným, problémovým. V komunitě získávají potřebné schopnosti a dovednosti, aby se později zvládli zapojit do normálního života a společnosti. (Vurm, 2004, 63)

1.7.4.7 Substituční léčba (Metadonová substituční léčba v ČR)

Současná koncepce léčby drogových závislostí je založena na nahrazení drogy, která má ve většině případů neznámou čistotu a sílu. Koncepce závisí tedy na nahrazení farmakologicky definovaným preparátem. Ten je aplikován pod lékařským dohledem. Lidé závislí na opioidech, kteří byli opakovaně léčeni, ale nedosáhli úplné abstinence, mají možnost užívat perorálně metadon ve formě roztoku. (Vurm, 2004, 64)

Substituce metadonem, tedy metadonová terapie, je naprosto standardní, uznávanou, účinnou metodou, která se využívá u léčby závislosti na heroinu. Je tomu tak ve světě i u nás. Tato léčba se nabízí osobám, které opakovaně selhávají při abstinenčních pokusech. Metoda metadonové substituce umožňuje žít důstojný život a mnohem méně zatěžovat společnost. (Preston, 1999, 7)

Metadon je podáván v podobě mixtury sirupové báze. S užíváním této cukernaté tekutiny je spojena kazivost zubů. Zubní kazy se objevují především ve frontální části

zubního oblouku a to hlavně po dlouhodobém užíván metadonu. Na tomto problému se konkrétně podílí vysoký obsah cukru, který je spojován se vznikem plaku. Tekutina je chemicky kyselá a tak může způsobovat korozi skloviny. Sliny fungují jako přirozená ochrana proti plaku. Užíváním metadonu je ale bohužel produkce slin inhibována. (Preston, 1999, 57)

Terapeutické dávky metadonu nepoškozují žádný tělesný orgán ani systém. K poškození nedochází ani při dlouhodobém užívání vysokých dávek. Metadon nezpůsobuje ani pohybovou diskoordinaci, splývavou řeč či vrozené abnormality nenarozených dětí. Nedochází ani k redukci kognitivních schopností alkoholového typu. Nedochází například ani k ovlivnění luteinizačního nebo folikulostimulačnho hormonu. (Preston, 1999, 57)

1.8 Kouření

Kouření má dlouhou historii, která svými kořeny sahá až do doby obětních obřadů. Do ohně, který nepříjemně páchnul, starověké národy vhazovaly vonné koření a semena. Šlo pravděpodobně o konopná. Kouř tímto získal omamné účinky. Toto opojování bylo nejspíše prvním způsobem kouření. Ale pravé kouření tabáku bylo až jedním z darů Nového světa. Vzniklo tedy v Americe. Vyvinulo se z náboženského kultu indiánů. Ti rozdmýchávali ohně a vdechovali kouř z tabákových listů, který byl aromatický. To se jim stalo požitkem. Indiáni si také vytvářeli jakési kornouty plněné suchým tabákovým listím. Ty pak zapalovali a sáli dým, který následně v opojení vypouštěli nosem a ústy. Roku 1924 byl objeven nový světadíl a tak se začalo kouření šířit i do Evropy. Tabák a informace o něm tedy dovezla Kolumbova výprava. (Novák, 1980, 9)

Kouření není projev slabosti či nedostatku vůle. Jde o chronické, progredující, recidivující onemocnění s označením dg. F 17. Pokud se vyvinula u kuřáka závislost, je kouření považováno za psychiatrické onemocnění. K závislost vedou všechny formy užívání tabáku obsahující psychoaktivní látku nikotin. Ten způsobuje v lidském mozku

podobné biochemické reakce jako například kokain, heroin. Nikotin má rovněž jako drogy schopnost vyvolat závislost a to dokonce i u příležitostných kuřáků. (Žaloudíková, 2006, 12)

Kouření je naučené chování. Než se člověk stane kuřákem, jde to pomalu. Toto chování si člověk totiž postupně osvojuje. Z toho důvodu se ani návyku nelze zbavit rychle. Závislosti na kouření jsou dva druhy. Prvním typem je psychosociální závislost. Kouření začíná závislostí sociální. Jde většinou o společnost, ve které je nám dobře a kde se také ale kouří. Je pak většinou jen otázkou času, kdy nekuřák podlehne a zapálí si s ostatními. Kouření má totiž i kladné stránky. Kouření i samotný rituál zapalování cigarety může pomoci při sbližování, překonávání rozpaků, setkávání. Může také zakrýt bezradnost a nerozhodnost. Po určité době kouření odchází nepříjemné pocity. Vedle vazby sociální se začne tvořit i vazba psychická. Psychická závislost znamená vlastně kouřit v určitých situacích. Ty jsou sice u každého jiné, ale jsou typické. Je to například cigareta po jídle, u kávy, po sexu, při telefonování… Psychosociální závislost je závislost na cigaretě jako takové. Složení, množství nikotinu nehraje roli. Až po určité době se objevuje fyzická závislost. (Králíková, 1995, 22)

Kouření se řadí k nejrozšířenějším toxikomániím s velkou závislostí na nikotinu. (Žaloudíková, 2006, 5) Nikotin je látka se silnou toxicitou. Je to vlastně rostlinný alkaloid, který je obsažen v tabáku. Jedná se o látku bezbarvou. (SANANIM, 2007, 142) Závislost na nikotinu se vyvine většinou během dvou let. Někteří kuřáci mohou zůstat příležitostnými. Kolem 85% je ale opravdu závislými na nikotinu. Nikotin má schopnost se vázat na určité buňky, nazývané receptory. Jsou umístěny v mozku. Základem je neurochemická reakce. Kuřákovi poskytne očekávanou odměnu, ale také v případě nekouření vznikají abstinenční příznaky. Ty ovšem zanikají po opětovném zapálení. (Králíková, 1995, 22)

Nikotin má mimo krátkodobé stimulace pozornosti depresivní vliv na centrální nervový systém. Kouření slouží často jako úvodní druh závislostí, které vedou k dalším formám závislostí, jakými jsou třeba alkohol a užívání dalších drog. (Žaloudíková, 2006, 5) Proto bývá kouření právem označeno za vstupní bránu ostatním drogám.

Například totiž jen málo dětí zkusí nelegální drogu dříve než cigaretu. (Žaloudíková, 2006, 12)

Lidé kouří z mnoha důvodů. Ty mohou být fyziologické, psychické a sociální. Právě toto je příčinou, proč je odvykání kouření tak problematické. Většina kuřáků začne s kouřením již v dětském věku či v dospívání. (Žaloudíková, 2006, 5)

1.8.1 Vliv aktivního kouření

Je prokázáno, že kouření je významné zdravotní riziko. Již v období po druhé světové válce je datován základ moderních vědeckých metod, které hodnotí účinky kouření na zdraví. (Žaloudíková, 2007, 18) Podle současných vědeckých poznatků je kouření hlavní a bezprostřední příčinou 25 závažných onemocnění. U řady dalších má pak výrazný podíl. Každým rokem zemře na světě na následky kouření kolem pěti milionů osob. Počet obětí se dle předpokladů do roku 2025 zdvojnásobí a v průběhu 21. století zemře na následky spojené s kouřením až miliarda lidí. (Žaloudíková, 2006, 11)

Chemické rozbory ukázaly, že při hoření cigarety dochází ke dvěma rozdílným situacím. Kolem doutnajícího konce zapálené cigarety v ústech po potáhnutí proudí vzduch, který okysličuje plamen a výrazně, tedy až na 300 ˚C zvyšuje teplotu spalování. Když však cigareta pouze doutná v ruce mezi jednotlivými potáhnutími či je odložená v popelníku, spalování celé cigarety - papírku, tabáku a jeho příměsí, se děje za přítomnosti pouhých dvou procent kyslíku, ale již při teplotě 600 ˚C. Vyšší koncentrace skoro všech škodlivin v cigaretovém dýmu je důsledek nedokonalého spalování. Kuřák vdechuje asi pět tisíc různých chemických látek, ty také rovněž šíří do svého okolí. Tyto látky páchnou, dráždí a také toxicky působí. Některé z látek také prokazatelně vyvolávají zhoubné bujení u člověka. (Žaloudíková, 2007, 20)

Na nemoc související s kouřením zemře každý druhý kuřák a polovina z nich pak předčasně. Nejčastější příčinou smrti bývají nemoci srdce a cév, chronická onemocnění průdušek a plic, rakovina plic. Především u onemocnění plic je vliv kouření tak dominující, že při úspěšném zastavení a postupném útlumu epidemie kuřáctví, by tato onemocnění byla již jen zcela vzácná.

Kuřáci mívají často i řadu dalších závažných onemocnění, jakými jsou zhoubné nádory orgánů dutiny ústní, ledvin, močového měchýře, konečníku, střev, slinivky břišní, děložního čípku, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, střevní polypy … S komplikacemi se kuřákům také hojí rány a nejrůznější chirurgické zásahy, kožní nemoci. Dále je dokázáno, že se u nich předčasně rozvíjí šedý zákal a stařecká hluchota. Časté jsou rovněž obtíže s potencí, plodností. U kuřaček se častěji objevují menstruační potíže, neplodnost, komplikace v těhotenství. (Žaloudíková, 2006, 11) Škodliviny z cigarety pronikají do krevního oběhu plodu u matek kuřaček, ale i těhotných žen, které v zakouřeném prostředí jen pobývají. Expozice má za následek těžká ohrožení tělesného a duševního vývoje plodu. Následkem je dále nižší porodní hmotnost, kratší délka a menší tělesné obvody. V matčině těle byl zpomalen růst a vývoj kostry a svalů, vnitřních orgánů, hlavně plic a nejspíše i mozku. I u dětí pasivních kuřaček bývají častěji nacházeny vrozené vývojové vady, jakými jsou deformace končetin a rozštěpy rtů a patra. Nikotin náleží do silných psychoaktivních drog působících v mozku už před narozením. Tyto děti mají i častěji i různé výchovné problémy v předškolním a školním věku.

Kuřačky obvykle i méně kojí. Kvůli hormonálním poruchám mívají méně mléka, to má navíc nepříjemnou chuť od nikotinu a dalších látek. A kojencům tak nechutná. Dítě nekojené, živené umělou stravou je pak v životě vnímavější k různým infekcím a častěji je nemocné. A například syndrom náhlého úmrtí postihuje dvakrát a třikrát častěji potomky matek kuřaček. (Žaloudíková, 2007, 21) Objektivně byla rizika s kouřením spojená popsána až v padesátých letech dvacátého století. Odhaduje se, že kouří až třetina dospělé populace. (SANANIM, 2007, 143)

1.8.2 Vliv pasivního kouření

Závažný fakt je, že kuřáci ohrožují sebe i nekuřáky ve svém okolí. Poškozující účinky z pasivního kouření se projevují již před narozením. Je známo, že právě i děti pasivních kuřaček se vyvíjejí pomaleji. Následně tedy mají při porodu menší hmotnost, tělesnou délku, i obvod hlavičky či hrudníku. U novorozenců jsou mnohdy méně rozvinuté plíce, které nedokáží zajistit dostatečné okysličování krve a tkání, proto hlavní

příčiny zpomaleného vývoje přetrvávají i po narození. Rovněž i děti matek pasivně kouřících v těhotenství jsou častěji postiženy nejrůznějšími respiračními onemocněními, alergiemi a bohužel také syndromem náhlé smrti. Vzácné nejsou ani diagnózy poruch chování v předškolním a školním věku.

Děti z kuřáckých rodin také častěji stonají, mnohdy je tím důvodem oslabená imunita. Některé typy leukémie postihují dvakrát a třikrát více děti kouřících rodičů. Astmatici z řad dětí i dospělých v zakouřeném prostředí mohou být postiženi akutním záchvatem dušnosti, u kardiaků může dokonce vyvolat i akutní infarkt myokardu. Letitá expozice nekuřáků cigaretovému kouři může způsobit rozvoj chronického zánětu průdušek a rakoviny plic. (Žaloudíková, 2006, 11)

Mnoho studií prokázalo, že v obytných, restauračních či kancelářských místnostech, kde se nacházejí kuřáci, mohou koncentrace karcinogenních a toxických škodlivin dosáhnout hodnot, které dokáží vyvolat klinické příznaky otravy, poškození imunitního systému. U mnohaleté expozice může dojít k chronickému onemocnění plic a rovněž vzniku rakoviny. Nejhorší koncentrace látek bývá v kabinách automobilů.

Náhodné a krátkodobé setkání s kuřákem může obtěžovat nepříjemným zápachem. U citlivých osob dochází k podráždění spojivek a nucení ke kašli. Astmatik může dostat i akutní záchvat, infarkt myokardu může být akutním postižením kardiaka.

Oslabení imunitního a dýchacího systému dítěte, které žije v zakouřeném prostředí, přispívá k hojnějšímu výskytu nejen onemocnění dýchacích cest ale i zažívacího ústrojí.

Moderní společnost si uvědomuje zvýšené riziko, které představuje expozice pasivnímu kouření. Pro ochranu nekuřáků formuje pravidla, která jsou všeobecně známa jako zákazy koření na veřejných místech. Nejedná se o diskriminační krok namířený proti kuřákům, ale jde o příspěvek státu v pomoci právě při zabezpečení základních lidských práv. Tímto právem je myšleno právo na dýchání čistého vzduchu. (Žaloudíková, 2007, 21)

Nekuřáci jsou zatěžovány přímými zdravotními náklady kuřáků. K přímým nákladům náleží například finance nutné třeba k čištění nábytku a oděvů. Lze sem řadit i náklady představující požáry, poškozování životního prostředí, odlesňování. V zemích

s vysokými příjmy tvoří roční náklady na zdravotní péči kuřáků 6 -15% z celkových nákladů na zdravotnictví. (Jha, 1999, 31)

1.8.3 Prevence

Kouření je celospolečenský problém. Zásadními principy všech programů prevence kouření jsou poskytování adekvátní formy potřebné znalosti o zdravotních rizicích, ekonomických aspektech a o reklamních tricích výrobců a prodejců tabákových výrobků. Je třeba ovlivňovat již postoje dětí a to tím směrem, aby nekuřácké chování bylo jejich svobodnou volbou. Již v dětském věku by se mělo učit dovednostem, jakými jsou předvídání a rozpoznávání rizikové situace a především odmítání nabídky cigaret a veškerých drog. (Žaloudíková, 2006, 13)

V České republice existuje liga proti rakovině, která se přihlásila ke světovému programu proti kouření a snahám Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní unii proti rakovině (UICC) o omezení kouření. Dalším cílem je snížení počtu kuřáků, ochrana nekuřáků, stimulace vzniku nových programů, které podporují zdraví a prevenci kouření. Prevence je nejefektivnější forma působení a předcházení vzniku závažných zdravotních problémů dospělého člověka. Že je odvykání kouření obzvláště těžké, patří dnes již k obecným zjištěním. Nejlepší formou, jak zabránit odvykání kouření, je nezačínat vůbec kouřit. Pokud má být prevence účinná, měla by začít co nejdříve, tedy v předškolním a školním věku. Předpokladem úspěchu je zaměření prevence tak, aby byla přiměřená věku. Jde o přizpůsobení vývoji v psychické i fyzické stránce osobnosti jedince. Důležitou roli při tvorbě představy mladých lidí o tom, jak by měl být ideál muže a ženy, hrají rodiče a přátelé.

Sociální ovlivňování musí být zaměřeno především na děti z rodin, ve kterých se kouří. Nutností je volba nenásilné formy. Významné je pochopení, že nejde pouze o prevenci kouření, ale i o tvorbu zdravého životního stylu. Velkou roli má, aby se děti a mladí lidé naučili získat v co nejranějším věku dovednosti, které jim budou umožňovat zvládání zátěžových situací. Dále je nutné ovlivňovat představy dítěte o kouření. (Žaloudíková, 2006, 5)

1.8.4 Abstinence

Žít bez tabáku je věc volby. To je důležité, aby si jedinec uvědomil. Přestat s kouřením je jednodušší, když se člověk rozhodne, že s ním opravdu skončit chce. (Comby, 2007, 16) Nekuřákem se bezpečně podaří stát až za určitou dobu a ta je individuální. Nelze ji předem předpovědět. Není závislá na délce kuřáctví ani na počtu denních cigaret, ale ani na míře závislosti na nikotinu. Nejpodstatnější je vážnost rozhodnutí už nikdy si nezapálit. (Králíková, 1995, 31)

Za dlouhodobou abstinenci se považuje nejméně šest měsíců od vykouření poslední cigarety. Lepší je ale čas od poslední cigarety dvanáct měsíců. (Králíková, 2006, 5)

Aby byl program na zanechání kouření úspěšný, musí být propracovaný. Součástí takového globálně úspěšného problému musí být zdravotnická edukace, veřejná politika, programy na šíření informací. Média, školy, zdravotnické instituce jsou místa, kde by mělo vzdělávání probíhat. Komplexní plán boje proti kouření by měl zahrnovat zákaz reklamy, podpory distribuce tabákových výrobků. Zákaz by se měl týkat rovněž sponzorství a dalších forem nepřímé reklamy. Do komplexního boje proti kouření patří účinné varování před zdravotními důsledky kouření. Informace je třeba předkládat strategickým způsobem. Cílem je podporovat změnu prostředí tak, že se začne ubírat směrem k nekuřáckému životnímu stylu. Komplexní plán musí zahrnovat daňová a cenová opatření. Důležitá je i ekonomická alternativa nahrazující ztráty plynoucí z prodeje a produkce tabákových výrobků. Veřejnosti by také měla být předkládána data o nebezpečnosti kouření. Tím podporovat zdravé chování společnosti. Součástí programů vedoucích k zanechání kouření má být společenská podpora, nácvik dovedností a řešení problémů, dále také osvojení si zdravého životního stylu a nabídka možností substituční terapie, behaviorální léčby. Sami zdravotníci by se měli aktivně zapojit do celosvětového boje s epidemií kuřáctví. Ukončení kouření je otázkou prevence a výchovy a také součástí léčby a rehabilitace. Modelem zdravého způsobu života by měl být lékař i sestra. Ti by tedy měli být nekuřáky. Další nedílnou součástí boje proti kouření je informační kampaň a zdravotní výchova. (Sovinová, 2003, 24)

Studie potvrzují, že abstinenční příznaky při zanechání kouření cítí i ti, kteří postupně vykouřili sto cigaret. Ke vzniku závislosti stačí jedna cigareta po dobu tří měsíců. Působení nikotinu subjektivně vylepšuje náladu, snižuje napětí, na krátký čas zvyšuje výkonnost. Tyto změny působí chemické látky, jejichž produkci nikotin zvyšuje.

Závislost i závažné zdravotní následky kouření se rozvíjí rychleji u osob začínajících kouřit před dosažením plné tělesné a psychické zralosti. Což odpovídá asi dvacátému roku života. (Žaloudíková, 2006, 12)

1.8.5 Farmakologická léčba

Léčba farmaky je vhodná pro osoby kouřící a závislé na nikotinu, kteří spotřebují deset a více cigaret za den a po probuzení si první cigaretu zapálí do jedné hodiny. Farmakologická léčba zabraňuje hlavně abstinenčním příznakům. Ale kouřit nikomu nezabrání. K nekuřáctví je nutná aktivní změna životního stylu a především rozhodnutí. (Králíková, 2006, 10)

Náhradní léčba nikotinem je v porovnání s placebem dvojnásobně účinná u odvykání. Na trhu je již od osmdesátých let nikotinová žvýkačka. V dnešní době jsou nabízeny žvýkačky, náplasti, nosní spreje, inhalátory, tablety, pastilky. Tyto přípravky jsou volně prodejné. Silným kuřákům se doporučuje kombinace různých typů náhradní nikotinové léčby. Léčba by měla trvat minimálně osm týdnů. V ideálním případě je to ale týdnů dvanáct a více. (Králíková, 2006, 11)

Bupropion byl dříve užíván jako antidepresivum. Jeho účinnost při odvykání není zcela vysvětlena. Mechanismus působení není dodnes úplně jasný. Přesto je ale jako jediné antidepresivum indikováno k léčbě tabákové závislosti. Je tomu tak u pacientů bez depresí. Jeho účinnost zhruba zdvojnásobí počet dosažených abstinencí. Úspěšnost je tedy podobná jako u náhradní nikotinové léčby. Bupropionu se podává jedna tableta týden až dva před dnem, kdy pacient hodlá kouření zanechat. Po týdnu se ale většinou zvedne dávka na dvě tablety. To je doporučené množství, které by mělo být užíváno nejméně osm týdnů. Bupropion lze kombinovat s náhradní nikotinovou léčbou.

Opatření si tohoto léku je vázáno na recept, ale je to bez omezení odbornosti. (Králíková, 2006, 12)

1.8.6 Fageströmův dotazník

Fageströmův dotazník nikotinové tolerance, označovaný FTQ, pomáhá zjištění závislosti na nikotinu. Podstatou jsou otázky s odpověďmi, které jsou obodované. Po zodpovězení osmi otázek se body sečtou, vypočte se skóre a vyhodnotí se celý test. Výsledkem je hodnocení, že nejde o závislost na nikotinu, jedná se o lehkou až střední závislost, silnou závislost a závislost velmi silnou. Tázána je osoba na to, jak brzy po probuzení si zapaluje, zda je obtížné nekouřit v místech, kde je to zakázáno. Dále je dotazována, která z cigaret nejvíce uspokojuje, kolik cigaret za den vykouří, zda například kouří i v nemoci. Zjišťuje se obsah nikotinu a četnost vdechování cigaretového kouře. (Bartlová, 1997, 16)

1.8.7 Pracovní prostředí a kouření

Existuje mnoho způsobů, kterými kouření ovlivňuje pracovní prostředí, konkrétně fyzikální a chemické faktory nacházející se v zaměstnání. Cigareta nebo jiný tabákový výrobek může být vektorem. Mechanismus je prostý. Tabákový výrobek je kontaminován například toxickými látkami a díky tomu je umožněn vstup těchto látek do organismu. Vstup do organizmu je buď inhalací, ingescí, absorpcí kůže. Dále je také možná přeměna látky netoxické na toxickou. Dojde k tomu transformací látky daného pracoviště vlivem tabákového kouře.

Dalším způsobem je zvyšování koncentrací toxických látek, které se nacházejí v pracovním prostředí a v tabákovém kouři. Těmito látkami je myšlen třeba kyanovodík, oxid uhelnatý, metylenchlorid, aceton, arzen, kadmium,… Kouření rovněž poskytuje přídatný biologický faktor. Tím zvyšuje vliv toxických látek na pracovišti. Patří sem vliv uhelného prachu, bata-záření, chlór, vliv na vyšší prevalenci chronických respiračních chorob u hasičů v případě, že kouří. Kouření má také schopnost synergetického působení s toxickým látkami nacházejícími se na pracovišti. Tím

zvyšuje vliv těchto látek. Kdyby bylo působení látek odděleno, ke zvýšenému vlivu by nedošlo. Příkladem je azbest či expozice v průmyslu zaměřeném na gumárenství.

Nezanedbatelným problémem je, že kouření má za následek vyšší incidenci úrazů v zaměstnání. Kuřák je oproti nekuřákovi méně pozorný, má zaneprázdněnou ruku, dochází ke dráždění spojivek…(Kozák, 1993, 146)

1.9 Zdravý životní styl

Největší vliv na zdraví člověka má způsob života. Způsob života je někdy také označován za životní styl. Je tedy opravdu stěžení determinantou. Životní styl v sobě zahrnuje různé formy dobrovolného chování. Toto chování je samozřejmě úzce spjato s danými podmínkami a životními situacemi jedince. Každý se smí rozhodnout pro zdravé alternativy a odmítnout ty, které jsou schopny poškodit zdraví. Životní styl je jinými slovy charakterizován výběrem chování a životních situací. Chování člověka je ovlivněno zvyklostmi v rodině, tradicemi společnosti, ve které jedinec žije. Limitem je ekonomická situace celé společnosti a sociální pozice osoby. (Čeledová, 2010, 54)

1.9.1 Potrava

Vše, co slouží k výživě živých organismů, je nazýváno potravou. Lidská potrava je označena jako poživatiny. Ty se dále dělí na potraviny a na pochutiny. Potraviny jsou jedlé části rostlin, živočišných těl a také jejich plodiny. Jako příklad mohu uvést mléko, vejce, med… Potraviny mají výživovou hodnotu jak biologickou tak energetickou. Energetická hodnota pochutin je zanedbatelná. Výjimku tvoří alkoholické nápoje. Některé z pochutin mají i biologickou hodnotu ale rovněž zanedbatelnou. Ale hlavním rysem je, že mají výraznou vůni, chuť a příznivě ovlivňují produkci trávících šťáv. Jsou hlavně rostlinného původu. Nejznámějšími zástupci jsou jedlá sůl, ocet, kvasnice, houby, koření… Potraviny, které jsou upraveny k požití, se jmenují pokrmy. Sestava pokrmů, která je podávána konzumentovi v určitou dobu, je nazývána jídlem. Sestava denních jídel je strava. (Zmátlová, 1988, 6)

Systém příjmu živin, úpravy pokrmů, rytmu podávání stravy, který odpovídá co nejlépe zásadám zdravé výživy, přičemž tyto zásady musí být vědecky zdůvodněné, je označen za racionální výživu. (Zmátlová, 1988, 6)

Jíst pravidelně je velmi důležité. Trvale zhubnout se dá, ale pouze když člověk začne jíst pravidelně. Doporučeno je minimálně pětkrát denně. Pravidelnost uklidňuje metabolismus. Tuk pak není ukládán do problémových partií. Tělo se totiž neobává, že nebude další příjem. (Kynychová, 2007, 15)

Strava musí být také vyvážená ve všech svých základních složkách. Podstatná část je tvořena sacharidy. Ty jsou pohotovým zdrojem energie. Pokud je té energie ale mnoho, začne se ukládat do formy tuků. Bílkoviny, jako stavební kameny lidského těla, jsou důležité pro správnou funkci svalů a tkání. Tuky jsou zdrojem energie, důležitou roli plní při vstřebávání některých vitamínů. Přesto ale nadměrný příjem škodí. Dle odborníků mají bílkoviny tvořit 15% denního příjmu. Tuky by neměly přesahovat 25% a sacharidy mohou denní energetický příjem plnit až ze 60%. (Kynychová, 2007, 16)

Problematika životosprávy je složitá. Zásady optimální a efektivní výživy jsou základem. Pyramida zdravé výživy představuje doporučené složení stravy. Základem celé pyramidy jsou přílohy. Přílohami se myslí především rýže, obiloviny, těstoviny, celozrnné pečivo s co nejvyšším množstvím vlákniny. Dále do zmíněného základu náleží luštěniny a ořechy. Vrchol pyramidy je osazen potraviny, které by se měly konzumovat pouze v malém množství. Jsou jimi tuky a sladkosti. Druhé patro je tvořeno ovocem a zeleninou. Do třetího patra jsou umístěny potraviny mléčné a masové. Každý by měl znát obecné zásady a přístupy k výživě. Jsou jimi například střídmost v jídle, konzumovat spíše menší porce a ty si dopřávat raději častěji. Jídlo by mělo být vhodně rozloženo na celý den. Pokrmy se mají jíst v klidu a v příjemném prostředí. (Čeledová, 2010, 55)

1.9.2 Význam vody a hydratace

Tekutina má v organizmu obrovský význam, protože je základní součástí každé buňky a rovněž je stavebním materiálem jednotlivých buněčných látek. Má funkci ochrannou pro důležité orgány. Je ochrannou látkou například pro nervový systém.

Tekutina působí jako rozpustilo, tím umožňuje transport živin, hormonů, enzymů. Voda plní svou funkci i v roli transportního prostředku pro odpadní produkty látkové výměny a je hlavní součástí zažívacích enzymů. Jako partner funguje voda při resorpci živin a při biochemických pochodech. Nenahraditelná je i její úloha, kdy se účastní odbourávání látek. Příkladem je třeba štěpení škrobu. S vodou dále souvisí tvorba určitých látek ve spojitosti s bílkovinami. Díky tekutině je organizmus schopen regulovat tělesnou teplotu. Voda je i mazadlo pro klouby. (Stránský, 2010, 51)

Následkem nedostatečného příjmu tekutin je kolísání energie, znekvalitnění kůže, která může být šedá a pórovitá. Orgány v těle jsou pak také nedostatečně zásobené vodou a nastoupí v méně závažných případech zdravotní problémy jako únava, zácpa, bolest hlavy. Do pitného režimu by neměl patřit černý čaj, káva, slazené limonády a coly, alkohol. (Kynychová, 2007, 18) Nedostatek vody může rychle vést k těžkému poškození lidského zdraví. Již po dvou až čtyřech dnech bez vody není organismus schopen vyloučit močí odpadní látky. Dochází k zahuštění krve. Projevem je pak následně i selhání krevního oběhu. Je celá řada klinických příznaků, které jsou zapříčiněny nedostatkem tekutin v lidském organismu. Chybí-li v těle člověka 1-5% vody, vznikají projevy jako je žízeň, omezení hybnosti, ztráta chuti k jídlu, únava, zvýšená činnost srdce, zvýšená teplota, nevolnost. Je-li absence tekutin v těle člověka v rozsahu 6-10%, přichází následky ve formě závratí, bolesti hlavy, dýchacích obtíží. Dále se dostavuje mravenčení v končetinách, snížený objem krve, zvýšená viskozita krve, zástava produkce slin, cyanóza, ztížení artikulace, poruchy rovnováhy. 11-20% snížení obsahu tekutin v organizmu má za následek, že dojde ke křečím, poruchám polykání, otoku jazyka, nedoslýchavosti, neostrému vidění, ztrátě citu kůže, deliriu, zástavě srdce. (Stránský, 2010, 50)

Vše v organizmu je závislé na tekutině, vše probíhá v roztoku. Podíl vody lidského těla je minimálně 60%. Příjem tekutin je tedy zcela nezbytný. (Grofová, 2007, 91)

Celkový denní příjem tekutin v oblasti střední Evropy a v průměrných klimatických podmínkách při energetické spotřebě 11,1 MJ (2650kcal) je okolo 2650 ml. Na příjem tekutin z toho přísluší nejméně 1440 ml. Na vodu, která je obsažená

v potravinách připadá 875 ml a množství oxidační vody je 335 ml. K doporučením patří pít rovnoměrně po celý den a to minimálně množství 1,5 – 2 litry tekutin. Důležité je mít neustále k dispozici láhev s vodou. Ke každému jídlu je vhodné vypít dostatek nápojů. Pít se má často a v malých množstvích.. Nutné je samozřejmě upřednostňovat nápoje bez alkoholu. (Stránský, 2010, 52)

Při horkém počasí je nutné příjem zvýšit. Rovněž se musí příjem tekutin zvýšit například při horečce, hyperventilaci a při ztrátě tekutin jinými způsoby, jakými jsou třeba průjem, zvracení… Bohužel existují lidé, kteří nemají pocit žízně. K tomuto dochází především u starších lidí. Hydratace a výživa spolu velmi úzce souvisí. (Grofová, 2007, 91)

1.9.3 Obezita

Obezita byla v roce 1997 uznána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za nemoc. Její definice je vyjádřena, jako výrazná kumulace tuku ohrožující zdravotní stav na základě skutečnosti, že energetický příjem ve formě potravy převyšuje energetický výdej. Obezita bývá lékaři často označována za moderní epidemii, která představuje vážné ohrožení zdraví populace žijící ve vyspělých státech světa. Děti patří do nejohroženější skupiny. Vlivem dietních chyb rodičů dorůstá generace obézních dětí. Ty totiž nemohou samy rozhodovat o způsobu stravování. (Kukačka 2010, 147) Zhruba 80% dětí, které mají obézní rodiče, mají také nadváhu. (Provazník, 1994, 25)

Obezita spadá do oblasti špatné výživy. Zjednodušeně jde o nahromadění tukové tkáně, která je důsledkem pozitivní energetické bilance. Přebytečná energie se ukládá ve formě zásobního tuku. Obezita je klasifikována dle BMI, přičemž začíná od BMI 30. Mezi normou a obezitou je pásmo nazvané nadváha. Obezita je rizikovým faktorem velkého množství chorob. Jedná se vlastně o nemoc způsobující další onemocnění. Obezita je druhou nejvýznamnější příčinou smrti, které lze předcházet adekvátní prevencí. První je kouření. Některé nemoci s obezitou spojené jsou vázané na základní společný jmenovatel, jakým je inzulinová rezistence. S tou souvisí hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, dislipoproteinemie, které tvoří metabolický syndrom. Některé nemoci jsou důsledkem nadměrné hmotnosti, která zatěžuje pohybový aparát, způsobuje bolesti

kloubů a bolesti zad. Následek obezity také může mít podobu změny tvaru těla. Takto postižené osoby jsou náchylnější ke kožním chorobám, plísním v kožních záhybech…

Další nemoci a komplikace jsou způsobeny chováním tukové tkáně jako endokrinního orgánu. Tuková tkáň produkuje své hormony, jakými jsou leptin, rezistin, adipsin, adiponektin… I produkce interleukinů, růstových faktorů a zánětlivých cytikinů má své důsledky. V tukové tkáni dochází i ke vzniku hormonů pohlavních. Souvisejí s tím i časté gynekologické problémy. Ty se tedy vyskytují u obézních žen. Jsou jimi například syndrom polycystických ovarií a vysoký výskyt hormonálně závislých nádorů žen i mužů. Jde o karcinomy prsu a prostaty. S obezitou se pojí i větší incidence kolorektálního karcinomu. (Grofová, 2007, 92) Tělesná hmotnost bývá v přímém poměru k prognóze mortality. (Provazník, 1994, 25)

Obecně je závažnější androidní, mužská obezita, která tvarem těla připomíná jablko. Ženská, gynoidní obezita se vyznačuje distribucí tuku připomínající tvarem hrušku. Tento typ nemá tak závažné metabolické důsledky. (Grofová, 2007, 93) Obezita mužského typu s výrazným břichem je provázena typickými metabolickými komplikacemi. Těmi jsou třeba cukrovka nebo ateroskleróza. Obezita typu ženského bývá spíše kosmetickým problémem.

Uvedené typy nejsou vázané jen na ženy nebo na muže. I omezení fyzických schopností je obtěžujícím projevem obezity. Mužům na obezitě například vadí, že si nemohou zavázat boty, zadýchávájí se či nestačí vrstevníkům. Pro ženy je stresem, že si představují, jak se jim okolí směje, že se nemohou hezky obléknout. Bojí se také ztráty partnera. (Kukačka 2010, 149)

1.9.3.1 Příčiny obezity

Hlad může být u člověka částečně zaměněn za chuť na některou z poživatin. Vývojem společnosti se jídlo stalo rituálem, prostředkem proti depresi, náplní času, řešením společenských a psychických situací. Výzkumy ukazují, že jednou z příčin obezity je právě stres. Ten zvyšuje krevní tlak, riziko infarktu, srdečních chorob a vede k nárůstu hmotnosti. Především na břiše se často usazují tukové vrstvy, které jsou důsledkem domácího či pracovního stresu. Původ obezity je vysvětlován hlavně jako

důsledek dlouhodobého přejídání. Genetické hledisko hovoří o genu, který reguluje příjem potravy v závislosti na produkci bílkoviny z tukových buněk. (Kukačka 2010, 148)

Jednou z příčin obezity může být fyziologická porucha v oblasti hypotalamu. Ten vydává signál informující o tom, že se tělu nedostává látek a živin, které indikují hormonální hladinu. To, že člověk cítí hlad, je zprostředkováno hormonálně. K těm nejvýznamnějším hormonům patří ghrelin. Jde o peptid tvořící se v žaludku i ve střevech. V malých množstvích je ho možné najít také v mozku. Podněcuje například nutkání k jídlu a zvyšuje pocit hladu. Tím tedy ovlivňuje množství přijímané potravy. (Kukačka 2010, 149)

Postoje k jídlu ovlivňuje mnoho vnějších podnětů. Konkurující si zájmy výrobců a prodejců potravinářských produktů jsou právě těmi podněty. Vznikají tak problémy týkající se psychologie člověka. Reklamy nutričních produktů vycházejí z poznatků psychologie trhu a reklamy. Tyto znalosti se týkají právě i jiných oblastí než výživy. Reklamy, které propagují potraviny a jídlo, využívají poznatků, jak působit na psychiku a na chování lidí. Na smysly lze působit barevností, velikostí. Racionální stránku lze ovlivnit apelem na zdravotní aspekt, ekonomičnost, časové úspory při přípravě jídla. Na emocionalitu lze zapůsobit uspokojováním potřeb. Dále lze lákat na radost dětí, příjemné prožívání chvil. Reklama ale bohužel nepůsobí směrem zlepšujícím skladbu jídelníčků. Využívá se zaměření na děti. Ty reklamu nekriticky přijímají a následně pak nutí rodinné příslušníky kupovat inzerované produkty. Tyto produkty většinou nejsou vhodné nebo jsou zatěžující pro rozpočet. (Fraňková, 2003, 141)

1.9.3.2 Léčba obezity

Nejdůležitější je obezitě předcházet hlavně pomocí včasné prevence. Existuje několik léčebných postupů, kterými je například psychoterapie, fyzická aktivita, dieta, moderní léky, operace. Využít služeb psychiatra nebo psychologa je vhodné především u osob trpících bulimií, anorexií, ale i u opakovaně hubnoucích obézních. Začít s pohybovými aktivitami a snižováním hmotnosti jde v jakémkoli věku. (Kukačka 2010, 151) Nízká pohybová aktivita patří k negativním civilizačním faktorům. Výsledkem

nedostatku pohybu je snížení funkční zdatnosti, odolnosti organismu a také psychického stavu. (Machová, 1998, 6) Ukazuje se, že existuje vztah mezi fyzickou aktivitou a rizikem smrti na ischemickou chorobu srdeční. Platí zde nepřímá úměra. Riziko je snižováno, když je jedinec schopen vydat minimálně 2100 KJ týdně jakoukoli tělesnou aktivitou. Podstatně se ale riziko snižuje, až když osoba vydá množství energie 8400 KJ a více za týden. Nejvhodnější aktivitou je dynamické cvičení, aerobické. Zapojení velkých svalových skupin na dobu dvacet až třicet minut třikrát týdně je velmi pozitivní. Ideální je, když dojde ke zvýšení srdeční frekvence na 65 – 85% maxima. (Provazník, 1994, 25)

Obézní lidé často trpí pocitem méněcennosti a nedůvěrou k vlastním schopnostem. Obezita je také příčinou sexuálních disfunkcí. Je dokázáno, že snížení hmotnosti pozitivně ovlivňuje sexuální funkce mužů. (Kukačka 2010, 151) Prioritou každého jedince a celé společnosti by mělo být uchování a rozvíjení zdraví. Zdraví je předpokladem kvalitně naplněného života. (Machová, 1998, 5)

1.9.3.3 Tuk

Dle odborníků lze rozlišovat mezi dvěmi typy tuků. Viscelární tuk existuje v dutině břišní a kolem vnitřních orgánů. Pod kůží je tuk periferní. Ten je zodpovědný za nehezké vrstvy v oblasti pasu, hýždí a stehen. Ve srovnání s viscerálním tukem je méně rizikový. (Kukačka 2010, 149) Tuk v těle má ale i pozitivní význam pro život člověka. Ochrana orgánů je úkolem vnitřního tuku. Ten tedy tvoří jejich měkké uložení v těle. Externí neboli vnější tuk je ochranou těla před chladem. Tuk uložený v oblastech boků, stehen a prsou je k dispozici pro výživu dítěte v těhotenství. (Kukačka 2010, 150)

1.9.4 Hodnocení nutričního stavu

K hodnocení nutričního stavu, který je dlouhodobý, se používají kritéria anamnestická, antropologická, biochemická a imunologická. Mezi anamnestická kritéria se řadí údaje o příjmu perorálním, gastrointestinální symptomy, jakými jsou myšleny anorexie, nauzea, zvracení či průjem. Dalším anamnestickým kritériem je především váhový úbytek zejména v posledních třech až šesti měsících. Ke statickému

typu antropometrickým kritérií se řadí obvod svalstva paže, tloušťka kožní řasy nad tricepsem, výškováhový poměr… Pomocí bioelektrické impedance se stanovuje beztuková tělesná hmota. Zde je užito elektrického odporu, který je kladen tukem. Svalová hmota odpor neklade. Měření může ovlivňovat stav hydratace. Důvodem je vlastnost vody, být dobrým vodičem proudu. U funkčního hodnocení jde vlastně o průběžné měření síly stisku, výdechové rychlosti… Stanovení hladin plasmatických proteinů různých poločasů je kritériem biochemickým. Do imunologických kritérií patří absolutní počet lymfocytů a výsledek kožních testů po podání antigenů. (Anděl, 1998, 26)

1.10 HIV/AIDS

HIV je vir ze skupiny retrovirů, který byl u člověka objeven jako druhý. Prvním objeveným retrovirem byl HTVL I, který je odpovědný za akutní T-lymfoblastickou leukemii a tropickou spasparaperézou. Genetická informace u retrovirů je uložena v RNA, což je zkratka názvu ribonukleová kyselina. Když dojde k průniku retroviru do buňky hostitele, je přepsána informace z RNA do jazyka DNA, což je deoxyribonukleová kyselina. K tomuto přepisu dochází pomocí enzymu reverzní transkriptázy, která je zakódována přímo ve virovém geonomu. (Svoboda, 1996, 25)

Původ HIV infekce není zcela zřejmý. Za kolébku AIDS se považuje Afrika. Virus lidské imunodeficience, tedy HIV je příbuzný s SIV, což je virus opičí imunodeficince. Ale okolnosti adaptace opičího viru na lidi nejsou známi. HIV se mezi lidmi žijícími v centrální Africe začala šířit na začátku padesátých let. Především domorodé rituály, u kterých dochází ke krvácení, prostituce, pohyb lidí během válek a stěhování obyvatel z venkova do měst nejspíše umožnilo šíření infekce. Z Afriky docházelo k dalšímu šíření do Karibské oblasti a také na Haity. Tato místa jsou považována za letoviska amerických homosexuálů. Zavlečení následovalo do Spojených států amerických, Evropy i do ostatních zemí světa. Důležitou roli sehrála

rovněž masová turistika, promiskuita, prostituce homosexuální i heterosexuální. (Rozsypal, 1998, 10)

1.10.1 Historie HIV

AIDS má poměrně krátkou historii. Je možné vysledovat tři období, přičemž za první se považuje polovina sedmdesátých let. V tomto období se infekce HIV šířila. K tomu docházelo hlavně v subsaharských oblastech Afriky, v USA, Karibské oblasti. V této době se o šíření ale ještě nevědělo, proto také nebylo bohužel nijak omezeno.

Poprvé bylo popsáno nové onemocnění až v roce 1981. Jeho podstatou je selhání buněčné imunity. Od toho vznikl i název – syndrom získaného selhání imunity. Od anglického pojmenování Acquired Immunodeficiency Syndrome vznikla zkratka AIDS. První případy se objevily v San Franciscu a v New Yorku. Došlo k tomu u mladých homosexuálních mužů. Ti trpěli jednou z forem pneumonie, kterou vyvolal parazit Pneumocystis carinii. Nebo také trpěli nádorem, který je označen jako Kaposiho sarkom.

Pro infekční etiologii svědčily skutečnosti, jako prudce stoupající počet onemocnění, časová a místí souvislost a jiné epidemiologické údaje, již od začátku. Prvně se pozornost upřela na známé viry a zvláště pak na retroviry. Roku 1983 vědci v Paříži izolovali z lymfatických uzlin muže s homosexuální orientací virus, který pojmenovali lymfadenopatický vir. Vědci v USA následně z krve mužů s AIDS izolovali virus, který nazvali T-lymfotropní virus typ III. Typy I a II byly označením pro lidské retroviry na konci sedmdesátých let. Aby se terminologie sjednotila, došlo k přejmenování nově izolovaného viru. Dostal jméno virus lidské imunitní nedostatečnosti HIV-1. Roku 1986 došlo k objevení dalšího nového retroviru o podobném spektru příznaků jako má HIV-1. Tento nový retrovir, nazvaný HIV-2, byl izolován u nemocných AIDS v západní Africe.

Druhé období začalo v roce 1981, kdy byly popsány první případy AIDS. V tomto období se uskutečnila první Mezinárodní konference o AIDS. Stalo se tomu tak v červnu v Atlantě v USA. Došlo k objasnění způsobu přenosu a samozřejmě objevu původce. Díky možnosti prokázat protilátky bylo zachyceno velké množství

infikovaných osob. Zjištěna byla rovněž dlouhá doba latence mezi infekcí a propuknutím vlastního onemocnění. (Šejda, 1993, 13)

1.10.2 Přenos HIV

HIV je infekcí, která se přenáší pouze přesně definovanými způsoby. Těmito způsoby jsou pohlavní styk, krev, z infikované matky na plod nebo na novorozence během porodu či při kojení. Jsou-li známy všechny cesty přenosu, je teoreticky možné šíření zastavit. Bohužel jde jen o teoretickou myšlenku. Vše závisí na lidském chování a to hlavně na sexuálním. Žádná restriktivní opatření u této problematiky nejsou účinná. (Svoboda, 1996, 111)

Nejčastějším způsobem, kterým se infekce HIV přenáší je sex. V dnešní době se homosexualita rozhodně nepovažuje za rizikový faktor. Rizikovým faktorem je ale sexuální promiskuita bez dodržování zásad bezpečného sexu. (Svoboda, 1996, 112) Zásadou je používat prezervativ. Je důležité ho mít především při nejriskantnějším styku, za který je považován anální styk. Při něm dochází často i k četným mikroporaněním. Dochází k porušování přirozené slizniční bariéry. Prezervativ je nutné používat i při styku vaginálním, dráždění penisu ústy. V zásadě by se měl kondom používat i při masturbaci. Nikdy totiž nelze vyloučit vznik nových poranění na rukou. Jsou doporučovány a v ideálním případě používány elastičtější prezervativy. Ty jsou odolnější proti mechanickému poškození. (Svoboda, 1996, 112)

Každý lékař, zdravotní sestra i jakýkoli jiný zdravotnický pracovník například laborant musí dodržovat hlavní zásadu. Tou je, že každý pacient a každý biologický materiál je potenciálně infikovaný HIV. K tomu je nutné ve všech zdravotnických zařízení vytvořit vhodné podmínky. Především dostatek jednorázového materiálu, případně speciální odběrové soupravy. (Svoboda, 1996, 117) Je potřebné myslet na to, že HIV je dvacetkrát méně infekční v porovnání s virem hepatitidy B. (Svoboda, 1996, 117)

1.10.3 Léčba

Antiretrovirová chemoterapie je základ pro léčbu HIV. Dále je ale podstatná profylaxe a léčba oportunních infekcí a dalších komplikací vedoucích ke zhoršení stavu. Důležitost je přikládána péči o správnou výživu a zdravou životosprávu. Antiretrovirová terapie je typem léčby, která patří k nejefektivnějšímu způsobu vedoucímu k potlačení virové replikace. Tím dochází k příznivému ovlivnění průběhu infekce HIV. Účinek se projeví na zlepšení celkového stavu. Dochází také k vymizení některých příznaků. Doprovází také u pacientů ke zvýšené tělesné hmotnosti a snížení oportunních infekcí. Prodlužuje se tak život postižených. Cílem této léčby je především snížit virovou nálož. Což znamená vlastně omezit replikaci viru na minimum. (Rozsypal, 1998, 28)

1.11 Pracovní lékařství

Požadavek samostatného oboru, jakým je právě pracovní lékařství, vyplynul z potřeb uvědomělých podniků nebo z nezbytnosti realizovat závazné legislativy. (Tuček, 2005, 15) Pracovní lékařství se svou klinickou částí je relativně mladým oborem. A to především ve srovnání s klasickými medicínskými disciplínami, jakými jsou například interna a chirurgie. Do šestnáctého století neobsahuje evropské písemnictví žádné přesnější informace o nemocech z povolání. (Teisinger, 2005, 173)

Hlavními úkoly služeb pracovního lékařství jsou schválení dokumentu hodnocení rizik vypracovaného zaměstnavatelem či jeho vypracovávání pro zaměstnavatele. Další úkol je provádění lékařských prohlídek. Těmi jsou prohlídky vstupní a periodické. Samozřejmě je nutné přihlédnout k hodnocení rizika. Pracovní lékařství dále konzultuje problémy související s ochranou zdraví při práci. Pomáhá zaměstnavatelům s řešením problematiky snižování pracovní neschopnosti. Napomáhá rovněž s organizací programů podpory zdraví. (Baumruk, 2001, 14)

Pracovní lékařství je velmi důležité pro budoucnost. Má nepostradatelnou roli, bereme-li v úvahu neustále dokonalejší technologické postupy, získávání nových informací o tom, jak působí jednotlivé složky pracovního procesu na zdraví všech

pracovníků. Pracovní lékařství je důležité především proto, že se zabývá vztahy mezi prací, pracovním prostředím a člověkem. O potřebnosti zkoumání těchto vztahů v budoucnosti nelze pochybovat. Existují zaměstnání, která svou charakteristikou patří k činnostem s určitým stupněm rizika, že dojde k negativnímu ovlivnění zdraví člověka. Sem lze zařadit třeba práce s ionizujícím zářením, ultrazvukem, laserem, infekcí, dobýváním nerostů, nafty. Riziková zaměstnání se nachází dále v oblastech dopravy, zemědělství, stavebnictví, chemického a farmaceutického průmyslu. Do budoucna je samozřejmě očekáván rozvoj technologií, nových látek, … (Nauš, 2000, 5)

1.11.1 Zdraví při práci

Zdraví při práci je pojem, který je určen jako tělesná, duševní a také sociální pohoda při práci. Zajišťování těchto hodnot v dnešní ekonomické situaci, kdy dochází ke snahám hlavně snížit náklady a zvýšit kvantitu a kvalitu produkce, není prioritou v běžné podnikové praxi. (Tuček, 2005, 13)

1.11.2 Pracovní prostředí

Pojem pracovní prostředí označuje soubor činitelů, který působí na činnost člověka a to v určitém prostoru. Jde také o soubor podmínek, za kterých se uskutečňuje pracovní proces. Těmito činiteli jsou světlo, hluk, mikroklimatické podmínky, pracovní prostředky, osobní pomůcky, technické zařízení pracoviště,… Všechny tyto činitelé by měly být v souladu hlavně s fyziologickými, hygienickými, psychologickými, estetickými požadavky. Je nutné pracovní prostředí upravovat tak, aby optimálně působilo na lidské smysly. A prostřednictvím smyslů působí na jednání, myšlení, city. Zajištění vhodného a příjemného prostředí a podmínek práce v nejvyšší možné míře umožňuje vysokou produktivitu lidské práce a pracovní pohodu. (Štikar, 2003, 47)

1.11.3 Poškození zdraví z práce

Díky negativnímu vlivu práce a pracovních podmínek či prostředí dochází k poškození zdraví. Takováto poškození lze dělit na několik typů. Jsou jimi pracovní

úraz, nemoc z povolání, ohrožení nemocí z povolání, poškození zdraví z porušení právní odpovědnosti zaměstnavatele, onemocnění ovlivněná prací.

Pracovní úraz je podle pracovnělékařského hlediska vlastně újma na zdraví a škoda vzniklá náhlým, násilným a krátkodobým působením zevních jevů. Tyto vlivy působí nezávisle na vůli poškozeného a došlo k němu během plnění pracovních úkolů či v přímé souvislosti s nimi. Podle legislativy se dělí pracovní úrazy na smrtelné a ostatní. Pracovní lékařství dělí pracovní úrazy na typické a netypické. (Brhel, 2005, 149)

Nemoc z povolání je právním pojmem. (Brhel, 2005, 149) Jedná se o akutní otravy, které vznikají nepříznivým působením chemických látek na zdraví lidí. Dále sem patří nemoci zapříčiněné nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických i jiných vlivů, pokud ke vzniku nemoci došlo za podmínek, které jsou uvedeny v seznamu nemocí z povolání. Tento seznam tvoří přílohu nařízení vlády č. 290/1995 Sb. (Provazník, 2000, 78) Od pracovních úrazů se nemoci z povolání liší tím, že nevznikají jednorázově a krátkodobě. Většinou se nemoci z povolání rozvíjí až po dlouhodobém působení etiologické noxy. (Brhel, 2005, 164)

Ohrožení nemocí z povolání je vlastně označení pro takové změny zdravotního stavu, které vznikly při výkonu práce nepříznivým působením podmínek, za kterých vznikají nemoci z povolání. Ale toto poškození zdraví nedosahuje takového stupně, který lze posuzovat za nemoc z povolání. Další výkon takové práce, tedy práce za stejných podmínek, by vedl ke vzniku nemoci z povolání. Posudek týkající se ohrožení nemocí z povolání vydává zdravotnické zařízení, které je příslušné k vydávání posudků o nemocech z povolání. (Brhel, 2005, 167)

Poškození zdraví z porušení právní odpovědnosti zaměstnavatele je dalším typem negativního vlivu práce. Vyskytlo-li se u pracovníka poškození zdraví při plnění úkolů následkem nějakých závad v pracovním prostředí, které působily na zdraví zaměstnanců po delší dobu a jsou v příčinné souvislosti s onemocněním pracovníků. Zaměstnavatel přitom prokazatelně porušil vlastní právní povinnost, tou může být hygienický předpis. Postižené osobě pak vzniká nárok na náhradu školy. Jedná se o případy u nichž nelze uvažovat o nemoci z povolání ani o pracovním úrazu. Příkladem

může být chronický zánět dýchacích cest při prachu v pracovním prostředí, jehož množství přesahuje hygienické předpisy. (Brhel, 2005, 169)

Nemoci spojené s prací je pojem s převážně biologickým významem. Myslí se tím onemocnění vznikající nebo se rozvíjející dle současných poznatků v přímé a především příčinné souvislosti s prací. Za nemoc spojenou s prací se považuje mnohdy veškerá odchylka od normálního zdravotního stavu. (Brhel, 2005, 169)

1.11.4 Zdravý pracovník

Zdravý pracovník je pokládán za základ efektivního pracovního výkonu pro všechny zaměstnavatele. Proto by mělo být také zdraví zaměstnanců odpovídajícím způsobem chráněno. Udržet dlouhodobě pracovní schopnosti a také žádanou výkonnost a přitom zachovat právě zmíněné zdraví při práci vyžaduje kromě pasivní formy hlavně aktivní přístup, který je označován jako podpora zdraví. V tomto hrají roli zaměstnavatelé, samotní zaměstnanci, státní orgány a speciální multidisciplinární odborné služby. Jsou označovány jako služby zdraví při práci a jejich součástí jsou služby pracovnělékařské. Ty jsou v praxi zajišťované především pracovními lékaři. Jasná je tedy orientace na pracovnělékařskou péči. (Tuček, 2005, 13)

1.11.5 Analýza rizik při práci

Základem analyzování rizik při práci je především systematické sledování neboli monitorování veškerých faktorů pracovního prostředí a podmínek. Jedná se o monitorování podmínek a prostředí z hlediska zátěže lidského zdraví faktory a dále jejich možného škodlivého vlivu na zdraví. Sledování bezpečnosti pracovníků při práci, předpověď možností vzniku pracovních úrazů, nemocí z povolání a jiných poškození zdraví pracovníků souvisejících s prací je nedílnou součástí analýzy rizik.

Jako součást této činnosti je posouzení návrhů na opatření k omezení či vyloučení rizik. Dále sem spadá kontrola a hodnocení přijatých opatření. Protože terminologie z oblasti rizik a hodnocení je nesjednocená, je vhodné uvést definice základních pojmů.

Nebezpečí neboli hazard je vnitřní vlastností látky či schopností materiálu, zařízení, pracovní metody a praxe způsobit škodu.

Risk nebo **riziko** je pravděpodobnost způsobit škodu v podmínkách užití nebo expozice s přihlédnutím k možnému rozsahu škody.

Hodnocení rizik je proces kvantitativního a kvalitativního určení rizika práce. Myšleno je riziko pro zdraví a bezpečnost pracovníka. Jsou užívány nejrůznější metody a postupy, které mají společný cíl, kterým je odhadnout možnost poškození zdraví pracovníka. Jelikož se uvažuje o lidském zdraví, užívá se pojem hodnocení zdravotních rizik.

Analýza rizik probíhá v několik krocích, kterými jsou identifikace nebezpečí, identifikace exponovaných zaměstnanců, hodnocení rizika a zvážení, zda je riziko možné odstranit. Posledním krokem je rozhodnutí, jestli je nutné uplatňovat další opatření k odstranění nebo redukci rizika. (Baumruk, 2001, 10)

1.11.6 Kategorizace prací

Zákon 258/2000 Sb. „Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ukládá zaměstnavatelům povinnost provádět kategorizaci prací. Podle míry výskytu faktorů na pracovišti, které by mohly ovlivnit zdraví zaměstnanců a také dle rizikovosti pro zdraví se práce zařazují do kategorií. Tyto kategorie jsou čtyři. Kritéria, faktory a limity pro zařazení prací do kategorií jsou dány prováděcím právním předpisem. Myšlena je vyhláška 432/2003 Sb. „Vyhláška, kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu ....“ Hodnocení rizika a minimální ochranná opatření stanoví nařízení vlády 361/2007 Sb. „Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci “

Do kategorií se nezařazují práce, které jsou vykonávány na pracovištích staveb, které jsou prozatímně užívané ke zkušebnímu provozu, ale zkušební provoz nepřekračuje jeden rok. O zařazení prací do třetí nebo čtvrté kategorie rozhoduje příslušný orgán ochrany veřejného zdraví , pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak. Návrh předkládá osoba, která je zaměstnavatelem fyzických osob v

pracovněprávních nebo obdobných pracovních vztazích a to do 30 kalendářních dnů ode dne zahájení jejich výkonu.

Práce do druhé kategorie zařazuje sám zaměstnavatel, pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak. Musí tak učinit do 30 kalendářních dnů ode dne, kdy došlo k zahájení jejich výkonu. Všechny ostatní práce prováděné na pracovištích zaměstnavatele, které nebyly takto zařazeny do druhé, třetí či čtvrté kategorie, jsou považovány za práce kategorie první.

Měření a vyšetření k účelům zařazení prací do druhé, třetí nebo čtvrté kategorie nebo změn zařazení prací do těchto kategorií, která jsou potřebná k hodnocení rizik, může zaměstnavatel provést jen prostřednictvím držitele osvědčení o akreditaci nebo držitele autorizace k příslušným měřením nebo vyšetřením. (Šedivá, 2009, < http://www.zupraha.cz/cs/Kategorizace-praci-30.htm >)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1. Stanovené cíle práce

Hlavním cílem mé diplomové práce je monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dílčím cílem je zjistit, jestli praxe splnila očekávání absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.

2.2. Předpokládané hypotézy

H1: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou.
H2: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní.
H3: Praxe splnila očekávání absolventů.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Kapitola „Současný stav“ byla vypracována pomocí metody sekundární analýzy dat. Pro zpracování empirické části diplomové práce byla použita kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla zvolena výzkumná technika dotazníkového šetření. Respondenty se stali absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dotazník byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumu a obsahuje 45 otázek. Dotazník je přílohou číslo 1. Bylo v něm použito více typů otázek. Konkrétně je jedná o otázky uzavřené, otevřené a polozavřené. Dotazníky byly distribuovány absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích prostřednictvím internetu (e-mail). Šetření bylo zcela dobrovolné a anonymní. Sběr dat byl realizován od listopadu 2010 do března 2011.

K prezentaci výsledků jsem použila statistické tabulky a grafické vyjádření. Všechna data jsem zpracovala pomocí počítačového programu MS Office Excel 2003 a MS Word 2003. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Hraniční hladina významnosti pro platnost nulové hypotézy byla stanovena na 5%. Nulová hypotéza vždy předpokládá, že četnost zkoumaných odpovědí je stejná, či-li žádná z nich nepřevládá. Pokud dosažená hladina významnosti je menší než 5%, testovanou nulovou hypotézu zamítáme. Tudíž platí hypotéza alternativní, zastoupení odpovědí se liší od poměru 50:50.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvoří absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, Z 125 (100%) dotazovaných odpovědělo 72 respondentů, což je 57,6 % z celkového počtu oslovených absolventů. Výsledný výzkumný soubor je tedy tvořen 72 respondenty (100%).

4 Výsledky

V této kapitole jsou výsledné hodnoty uvedeny v procentech. Ta jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Pouze v případě statistického hodnocení dat je zaokrouhlováno na tři desetinná místa. Zdrojem všech použitých grafů a tabulek je vlastní výzkum.

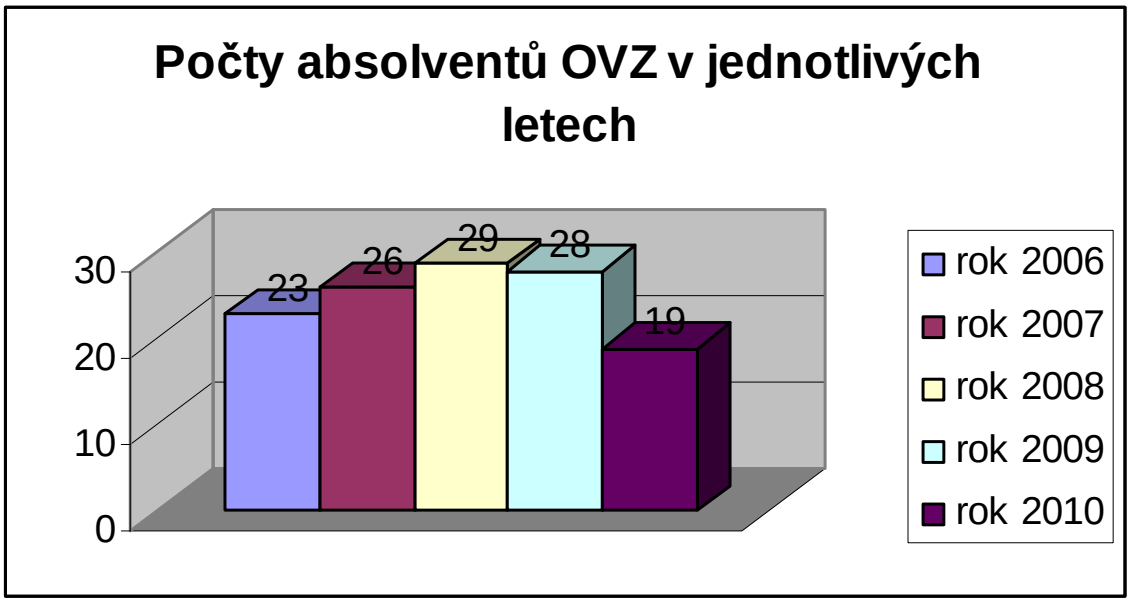
Graf číslo jedna znázorňuje, kolik studentů ve kterém konkrétním roce zakončilo studium oboru Ochrana veřejného zdraví. Celkem má tento obor 125 absolventů. 125 absolventů tedy představuje 100%. V prvním roce, tím je rok 2006, ukončilo úspěšně studium 23 osob (18,4%). V roce 2007 ukončilo studium 26 studentů (20,8%). 29 studentů (23,2%) dokončilo úspěšně tento bakalářský obor v roce 2009. To je dosud nejvyšší počet absolventů v jednom ročníku. Rok 2009 absolvovalo úspěšně státní závěrečné zkoušky 28 studentů (22,4%). V dosud posledním roce 2010 absolvovalo studium 19 lidí (15,2%).

Tabulka č. 1

Rok	**Počet absolventů**	**Procentuální vyjádření (%)**
2006	23	18,4
2007	26	20,8
2008	29	23,2
2009	28	22,4
2010	19	15,2

Poznámka: 100% představuje 125 respondentů Zdroj: Vlastní výzkum

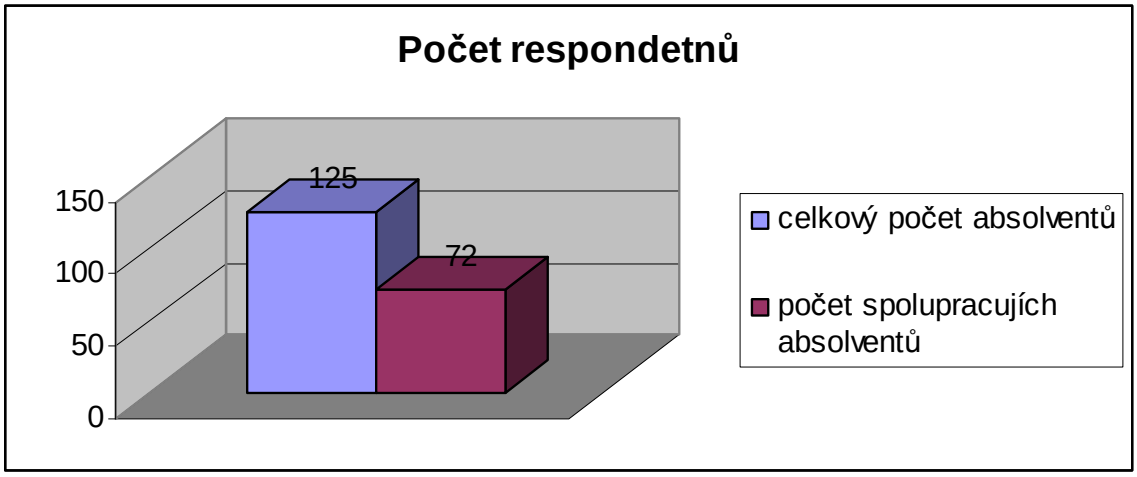
Graf č. 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 2 znázorňuje celkový počet absolventů, tedy těch, kteří mnou byli osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku. Z tohoto celkového počtu absolventů, kterých je 125, mi odpovědělo a rozhodlo se, se mnou spolupracovat 72 absolventů. Ti se tedy stali mými respondenty. 125 kontaktovaných absolventů představuje 100%. 72 spolupracujících absolventů tvoří 57,6% z celkového počtu oslovených.

Graf č. 2



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 3 znázorňuje rozdělení respondentů podle věku. **Otázka číslo 1** se respondentů dotazuje na jejich věk.

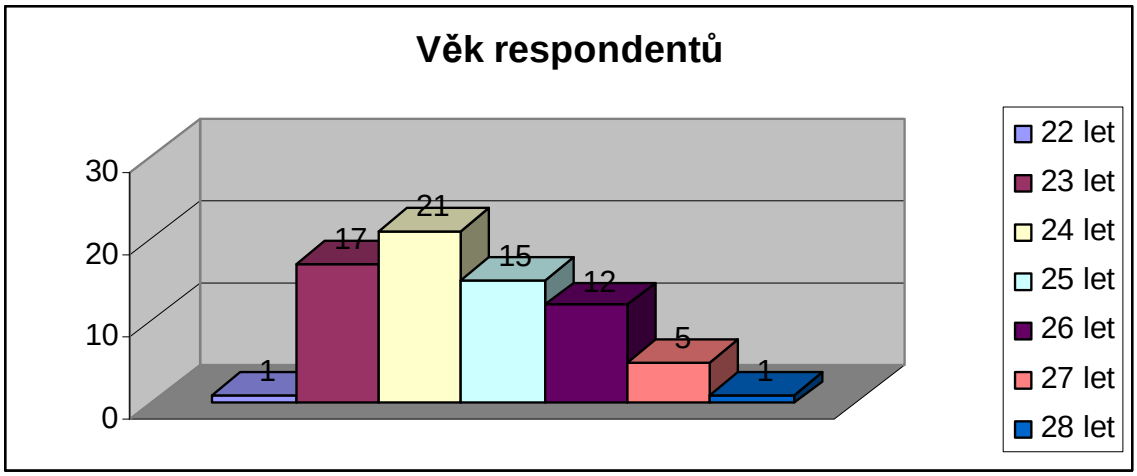
Věk 22 let uvedl jeden respondent, což je 1,4% z celkového počtu 72 respondentů, kteří představují 100%. Věk 23 let uvedlo 17 respondentů (23,6%) a 24 let uvedlo 21 spolupracujících absolventů (29,2%). 25 let do dotazníku uvedlo 15 respondentů (20,8%) a 26 let napsalo 12 z nich (16,7%). 5 respondentů (6,9%) uvedlo, že jsou staří 27 roků a 1 spolupracující absolvent (1,4%) uvedl, že je mu 28 let.

Tabulka č. 2

věk	**Počet respondentů**	**Procentuální vyjádření (%)**
22	1	1,4
23	17	23,6
24	21	29,2
25	15	20,8
26	12	16,7
27	5	6,9
28	1	1,4

Poznámka: 100% představuje 72 respondentů Zdroj: Vlastní výzkum

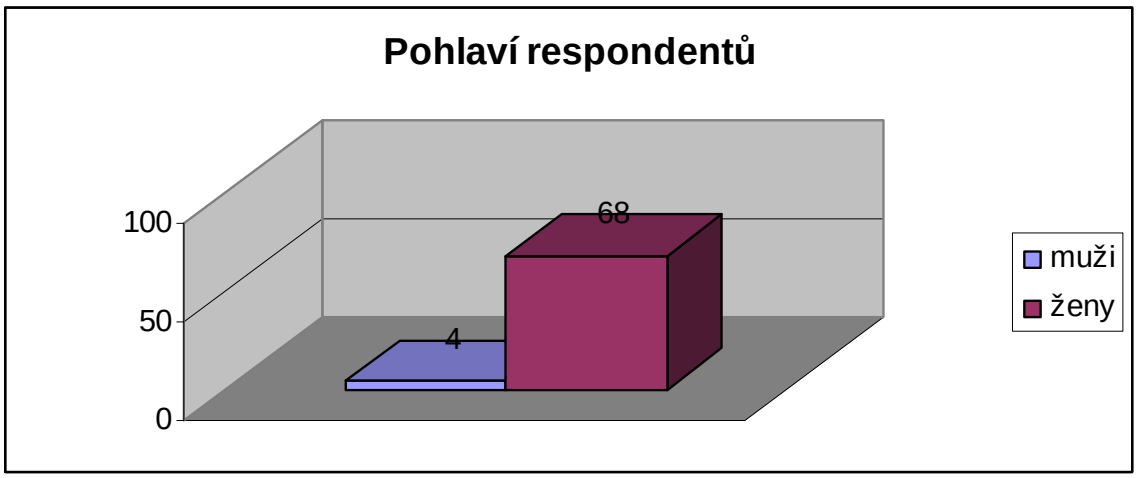
Graf č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 4 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku č. 2**, kdy se ptám respondentů na pohlaví. Skupina absolventů, která se mnou na vyplňování dotazníku spolupracovala, je složena ze 4 mužů a 68 žen. 100% respondentů je tvořeno 72 spolupracujícími absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví. Ženy představují 94,4% a muži 5,6%.

Graf č. 4



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 5 znázorňuje odpovědi respondentů na **otázku číslo 3.** Ta má tuto podobu:

Obor Ochrana veřejného zdraví – bakalářské studium jste studoval/a v letech:

Respondenti na tuto otázku odpovídali následovně. Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni 72 spolupracujícími absolventy, odpovědělo 6 z nich (8,3%), že studovalo obor Ochrana veřejného zdraví v letech 2003 – 2006. V letech 2003 – 2007 studoval a pochopitelně úspěšně tento obor zakončil 1 respondent (1,4%). 12 se mnou spolupracujících absolventů (16,6%) studovalo v letech 2004 – 2007, v letech 2004 – 2008 to byl 1 respondent (1,4%). 11 respondentů (15,3%) do dotazníku uvedlo období studia 2005 – 2008. 2005 – 2009 je obdobím studia oboru OVZ pro 1 respondenta (1,4%) a léta 2005 – 2010 rovněž pro 1 respondenta (1,4%). 21 se mnou

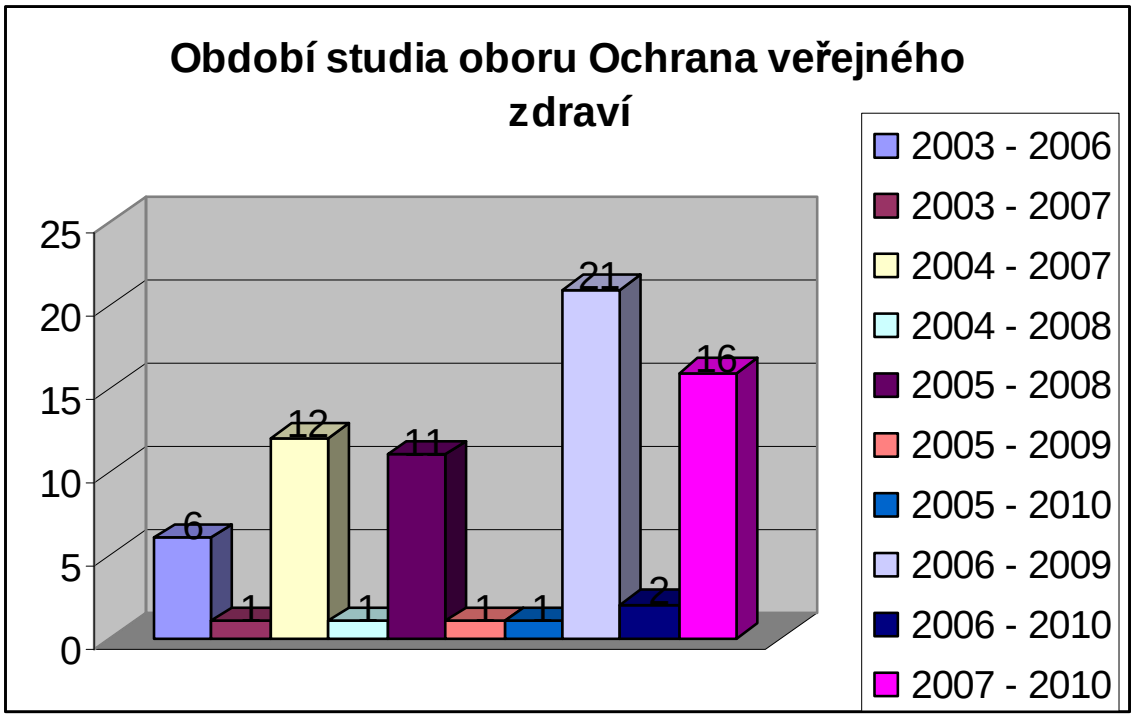
spolupracujících absolventů (29,2%) studovalo tento obor v letech 2006 – 2009, 2 (2,8%) v letech 2006 – 2010 a 16 (22,2%) v letech 2007 – 2010.

Tabulka č. 3

Období studia	**Počet respondentů**	**Procentuální vyjádření (%)**
2003 – 2006	6	8,3
2003 – 2007	1	1,4
2004 – 2007	12	16,6
2004 – 2008	1	1,4
2005 – 2008	11	15,3
2005 – 2009	1	1,4
2005 – 2010	1	1,4
2006 – 2009	21	29,2
2006 – 2010	2	2,8
2007 – 2010	16	22,2

Poznámka: 100% představuje 72 respondentů Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 6 je znázorněním **otázky číslo 4.** Ta má následující podobu:

Po absolvování oboru Ochrana veřejného zdraví - bakalářské studium na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích:

a) dále studuji
b) pracuji
c) jsem nezaměstnaný/á
d) jsem na mateřské či rodičovské dovolené
e) studuji a zároveň pracuji
f) jiné (prosím napište) ...……

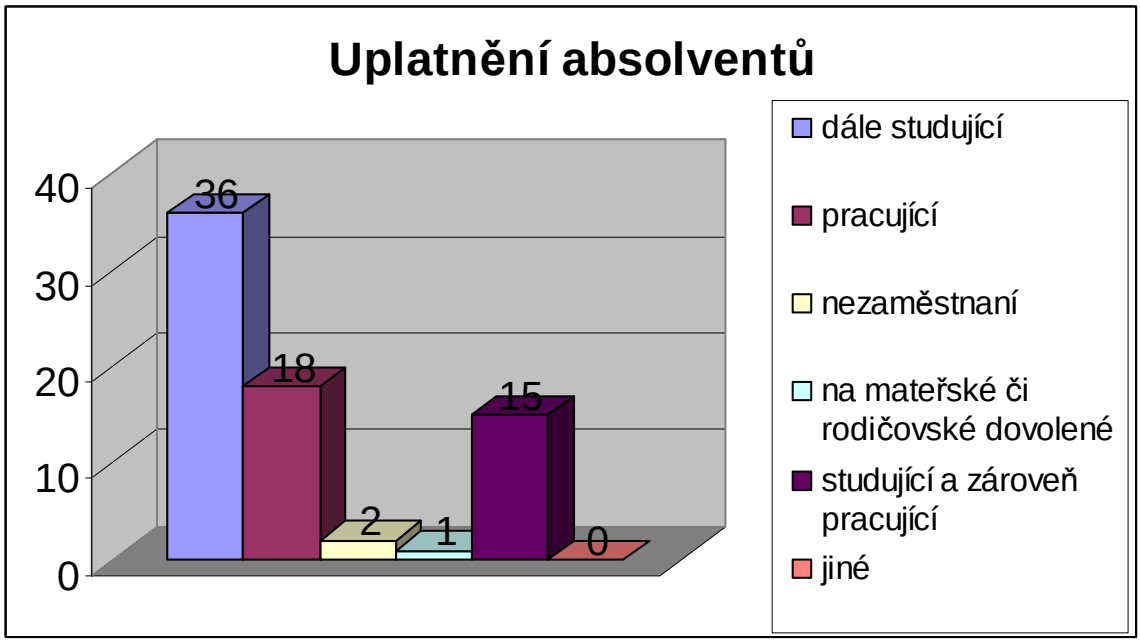
Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni 72 spolupracujícími absolventy, 36 z nich (50%) v dotazníku označilo možnost, že dále studují. Za pracující se označilo 18 se mnou spolupracujících absolventů (25%). 2 respondenti (2,8%) jsou nezaměstnaní a 1 (1,4%) je na mateřské či rodičovské dovolené. 15 respondentů (20,8%) vybralo odpověď, že studují a zároveň pracují. Mnou nabízenou poslední možnost f) jiné, kde mohli respondenti cokoli doplnit, nikdo nezvolil.

Tabulka č. 4

Uplatnění absolventů	**Počet respondentů**	**Procentuální vyjádření (%)**
dále studuji	36	50
pracuji	18	25
jsem nezaměstnaný/á	2	2,8
jsem na mateřské či rodičovské dovolené	1	1,4
studuji a zároveň pracuji	15	20,8
jiné	0	0

Poznámka: 100% představuje 72 respondentů Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 7 je znázorněním **otázky číslo 5.** Ta má následující podobu:

Absolvoval/a jsem povinnou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích:

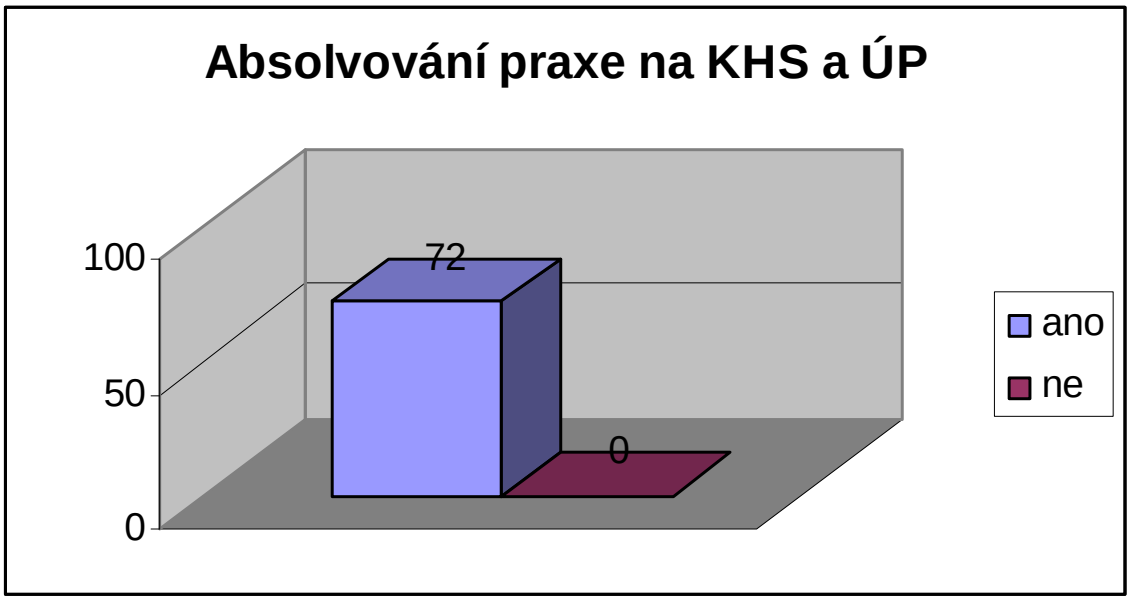
a) ano

(doplňte prosím, kde jste absolvoval/a tuto povinnou praxi)
……
……

b) ne

Na tuto otázku mi odpověděl každý z respondentů ano. Druhou nabízenou možnost ne nevybral žádný z nich. Variantu a) ano tedy zvolilo všech 72 spolupracujících absolventů (100%) a b) ne nevybral nikdo (0%).

Graf č.7



Zdroj: Vlastní výzkum

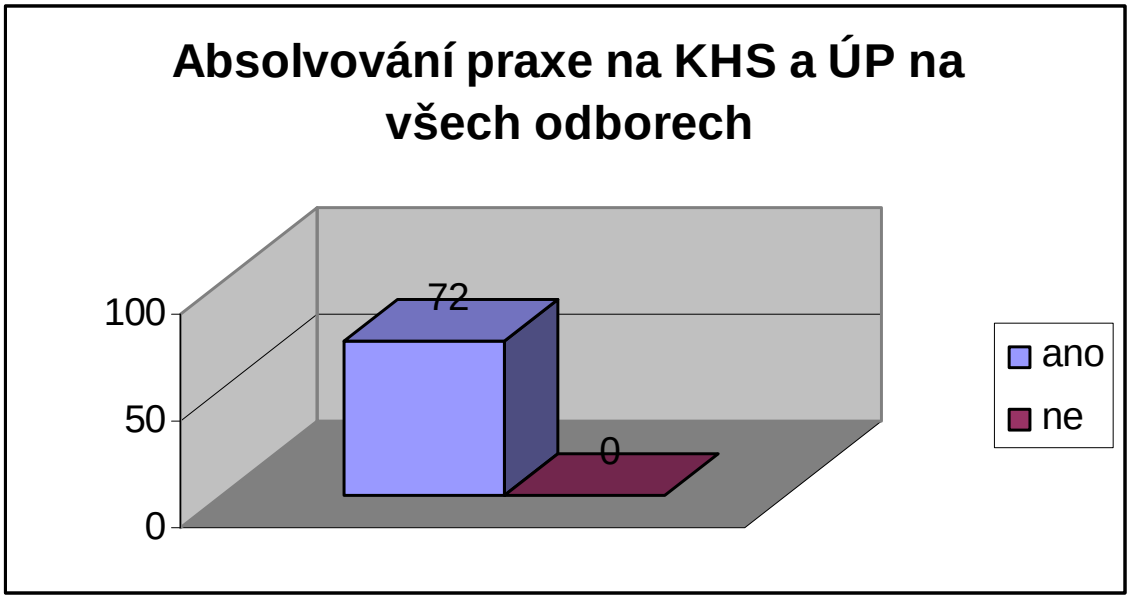
Graf číslo 8 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 6,** která má v dotazníku tuto podobu:

Absolvoval/a jste v rámci odborné stáže na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích praxi na všech odborech (hygiena práce, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, hygiena obecná a komunální, hygiena děti a mládeže, odbor protiepidemický)?

a) ano
b) ne (doplňte prosím, na kterých odborech jste praxi neabsolvoval/a a proč)
……
…….

Respondenti na tuto otázku odpovídali následovně. Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni 72 spolupracujícími absolventy, odpověděli všichni ano. Možnost a) tedy zvolilo 72 respondentů (100%) a b) nezvolil nikdo (0%).

Graf č. 8



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 9 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 7,** která má v dotazníku tuto podobu:

Měl/a jste problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti?

a) ano

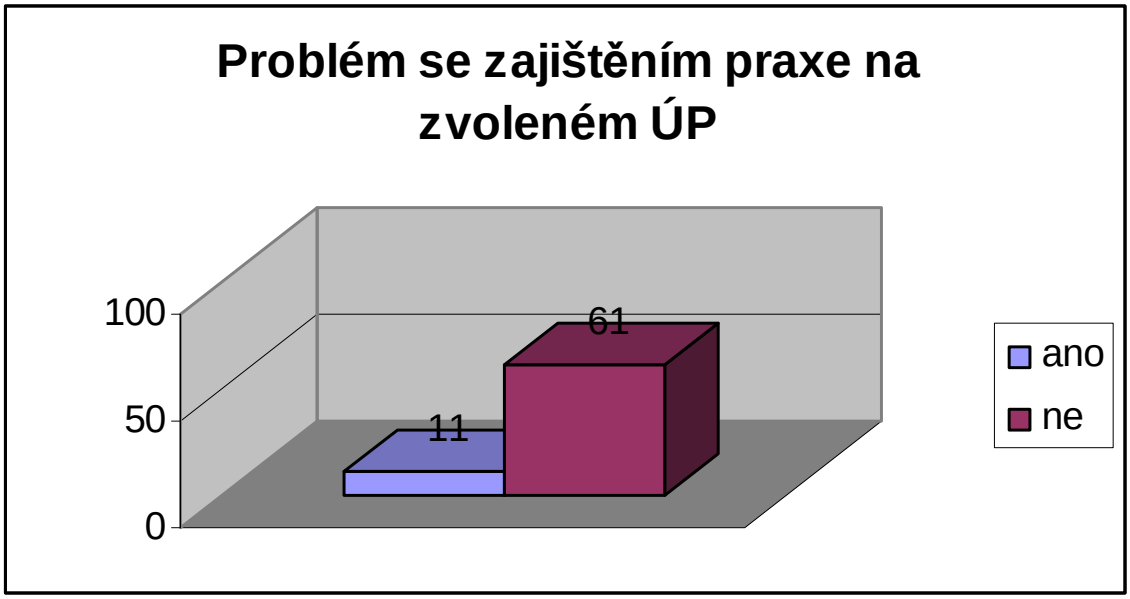
Pokud jste měl/a problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti, uveďte z jakého důvodu: (nedostatky ve smlouvě, neochota vedení KHS, špatná spolupráce s fakultou, nedostatečná kapacita…)

……
……

b) ne

100% respondentů pro tuto otázku je tvořeno všemi 72 spolupracujícími absolventy. a) ano odpovědělo 11 z nich (15,3%) a b) ne odpovědělo 61 respondentů (84,7%).

Graf č. 9



Zdroj: Vlastní výzkum

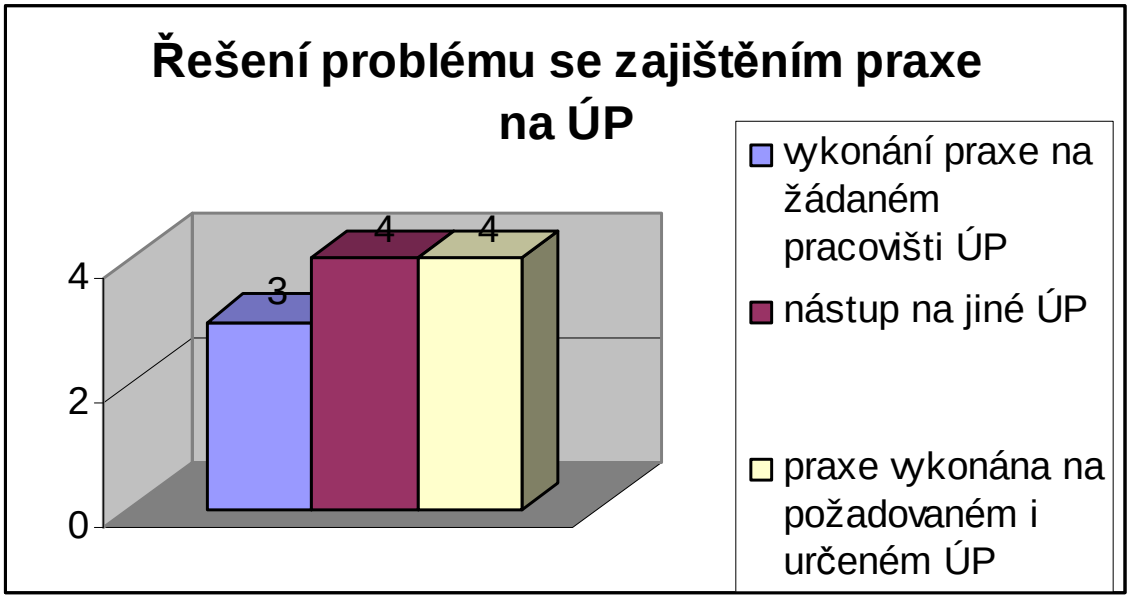
Graf číslo 10 je znázorněním **otázky číslo 8.** Ta má následující podobu:

Pokud jste měl/a problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti, nakonec jste:

a) vykonal/a praxi na žádaném územním pracovišti
b) nastoupil/a na jiné územní pracoviště vybrané KHS
c) praxi vykonal/a částečně na požadovaném územním pracovišti a částečně na určeném územním pracovišti

100% soubor je v případě této otázky tvořen 11 respondenty. Jsou to ti, kteří v předchozí otázce odpověděli a) ano. V této osmé otázce možnost a) vykonal/a praxi na žádaném územním pracovišti označili v dotazníku 3 respondenti (27,3%). Variantu b) nastoupil/a na jiné územní pracoviště vybrané KHS uvedli 4 respondenti (36,4%) a c) praxi vykonal/a částečně na požadovaném územním pracovišti a částečně na určeném územním pracovišti uvedli rovněž 4 respondenti (36,4%).

Graf č. 10



Zdroj: Vlastní výzkum

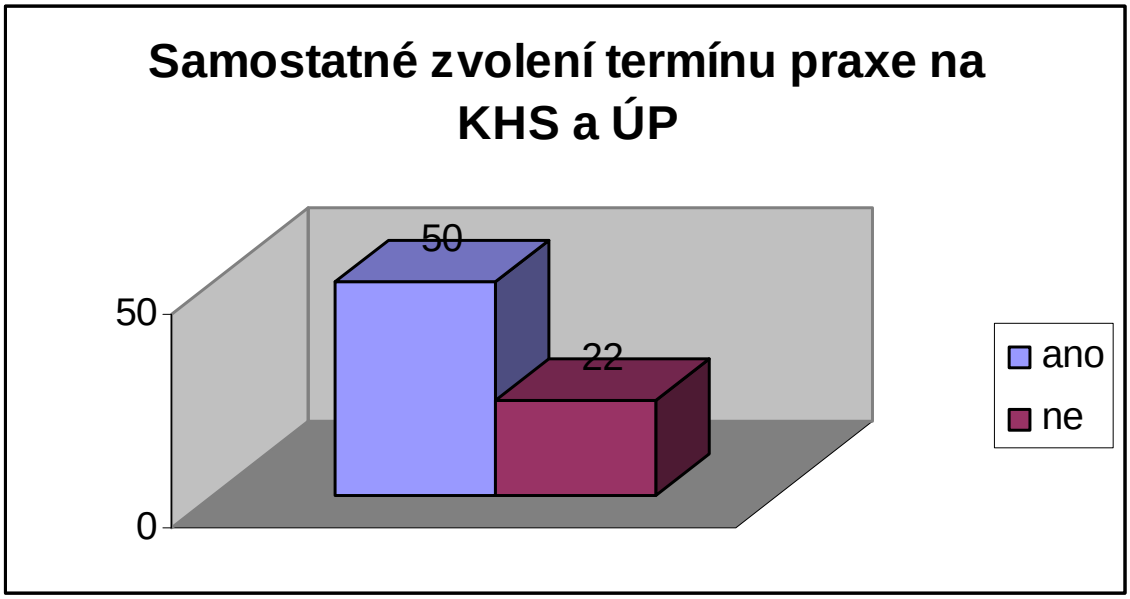
Graf číslo 11 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 9.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Mohl/a jste si sám/sama zvolit termín praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích?

a) ano
b) ne

Na tuto otázku odpovídalo opět všech 72 respondentů. Ti uvedli následující. 50 z nich (69,4%) označilo první z nabízených variant odpovědí, tedy možnost a) ano. Odpověď b) ne vybralo 22 respondentů (30,6%).

Graf č. 11



Zdroj: Vlastní výzkum

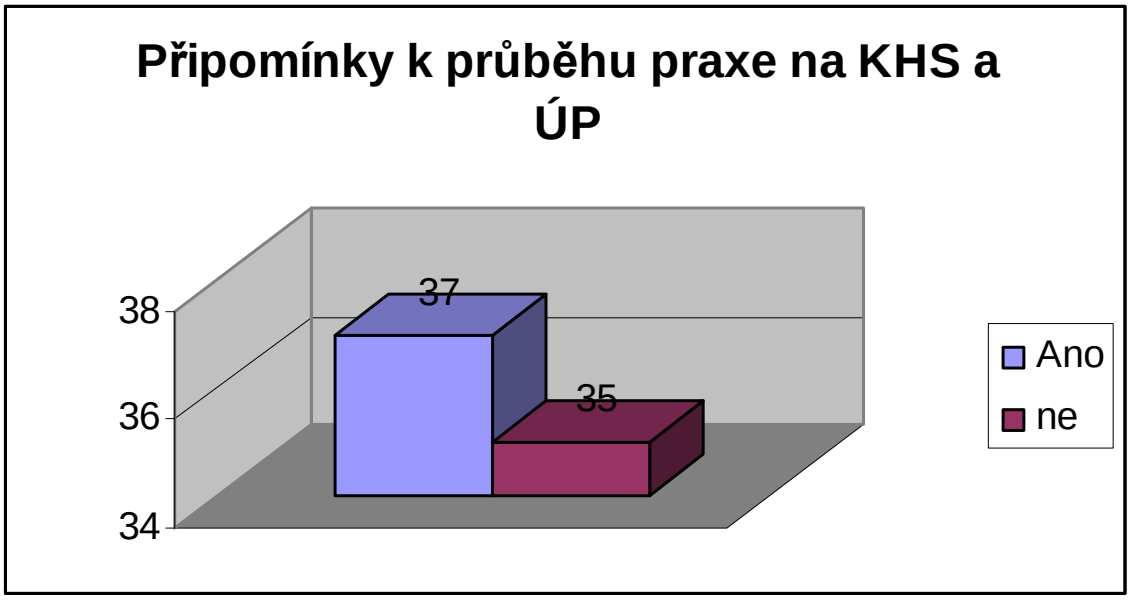
Graf číslo 12 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 10,** která je v dotazníku uvedena takto:

Máte nějaké připomínky k samotnému průběhu povinných praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích?

a) ano (prosím doplňte)
……
……
b) ne

100% soubor osob pro tuto otázku je tvořen všemi 72 respondenty. 37 z nich (51,4%) z nabídnutých odpovědí vybralo a) ano a 35 zbylých (48,6%) označilo b) ne.

Graf č. 12



Zdroj: Vlastní výzkum

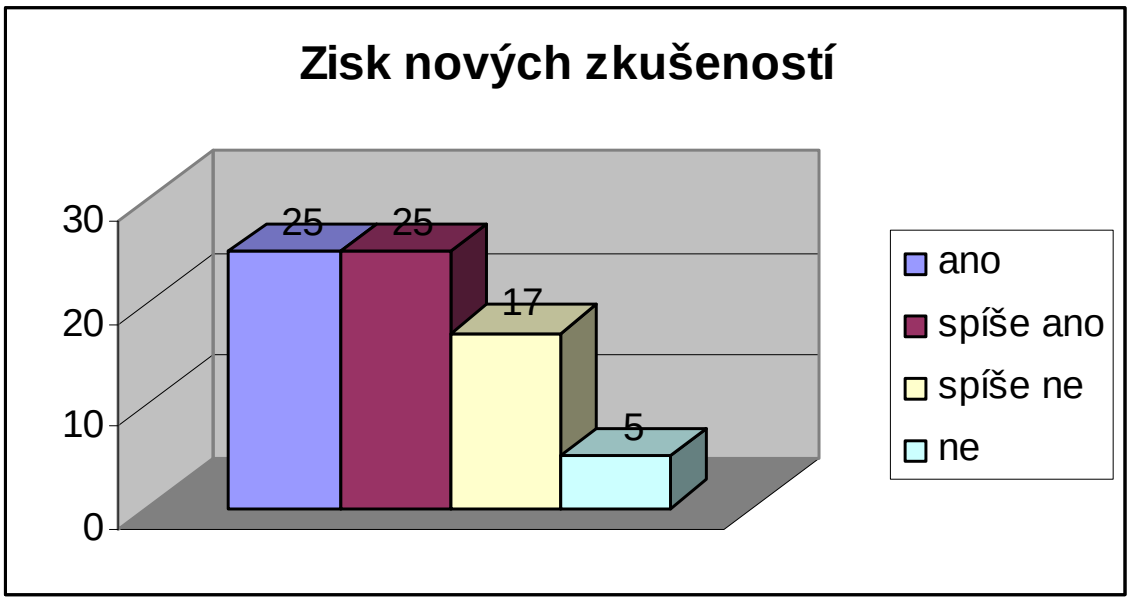
Graf číslo 13 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 11,** ta je v dotazníku položena takto:

Získal/a jste absolvováním odborné praxe nové zkušenosti?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Jedenáctá otázka byla položena všem 72 respondentům, ty představují 100%. Odpověď a) ano z nabídky vybralo 25 spolupracujících absolventů (34,7%), b) spíše ano označilo rovněž 25 těchto absolventů (34,7%). 17 respondentů (23,6%) uvedlo c) spíše ne a zbylých 5 (6,9%) označilo d) ne.

Graf č. 13



Zdroj: Vlastní výzkum

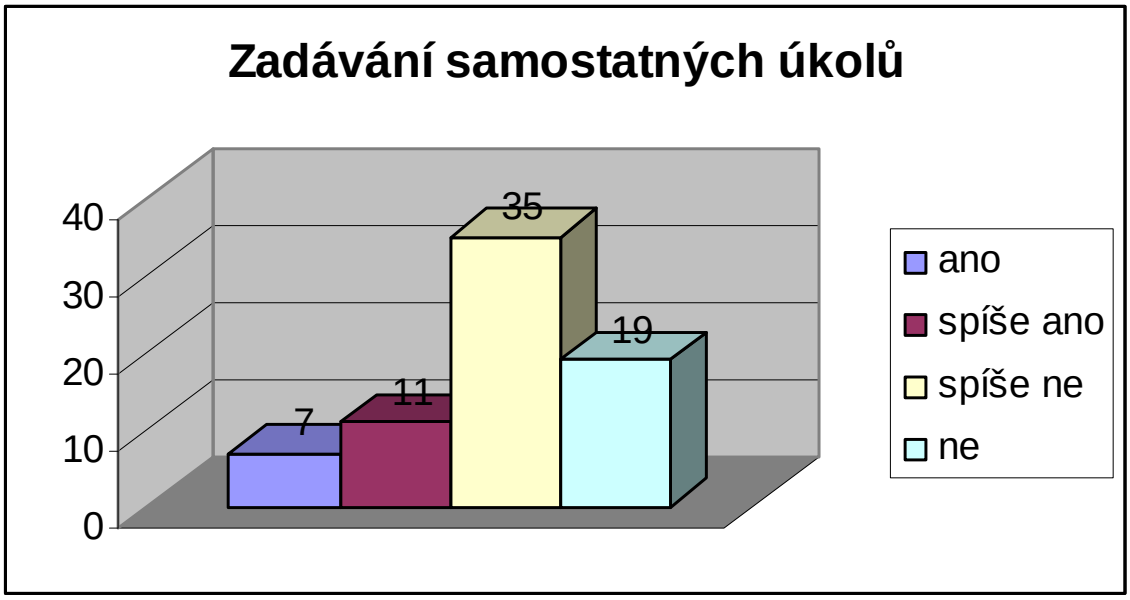
Graf číslo 14 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 12.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Byly Vám zadávány samostatné úkoly?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Ze 72 (100%) respondentů odpovědělo a) ano 7 (9,7%), b) spíše ano označilo 11 respondentů (15,3%). Nejvíce ze respondentů vybralo možnost c) spíše ne, těch bylo 35 (48,6%). Variantu d) ne uvedlo 19 ze spolupracujících absolventů (26,4%).

Graf č. 14



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 15 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 13.** Ta má v dotazníku následující podobu:

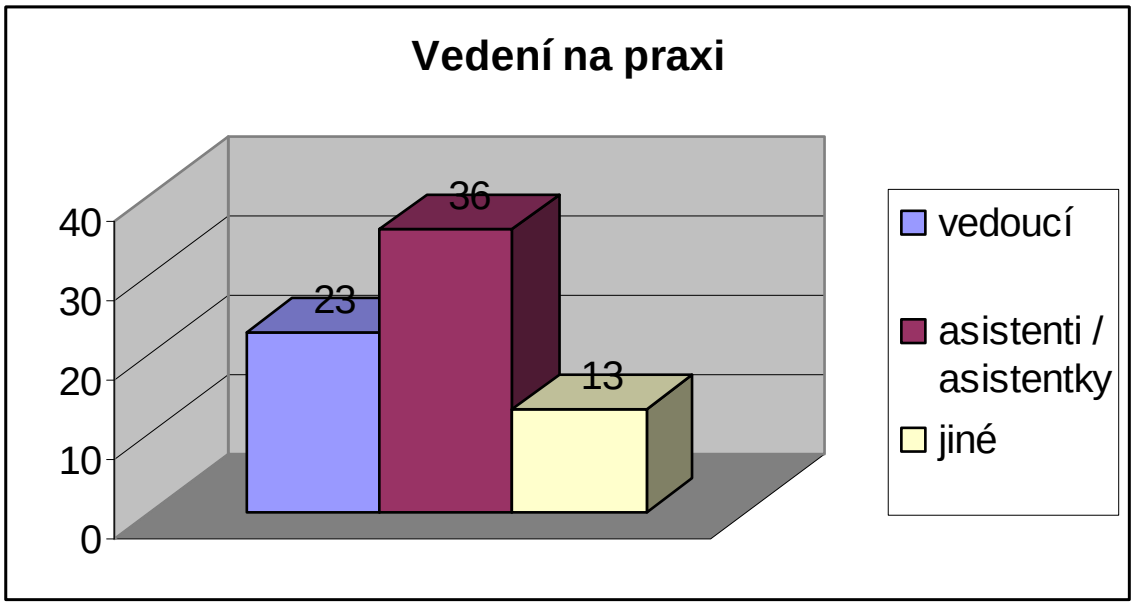
Věnoval/a se Vám během Vaší praxe spíše:

a) vedoucí odboru
b) asistenti/asistentky
c) jiné (prosím doplňte)

……
……

Ze 72 respondentů (100%), kterých se tato otázka týká, odpovědělo a) vedoucí odboru 23 z nich (32%). Nejčastější odpovědí je b) asistenti/asistentky. Tuto možnost označilo 36 respondentů (50%). Poslední variantu c) jiné vybralo 13 respondentů (18%).

Graf č. 15



Zdroj: Vlastní výzkum

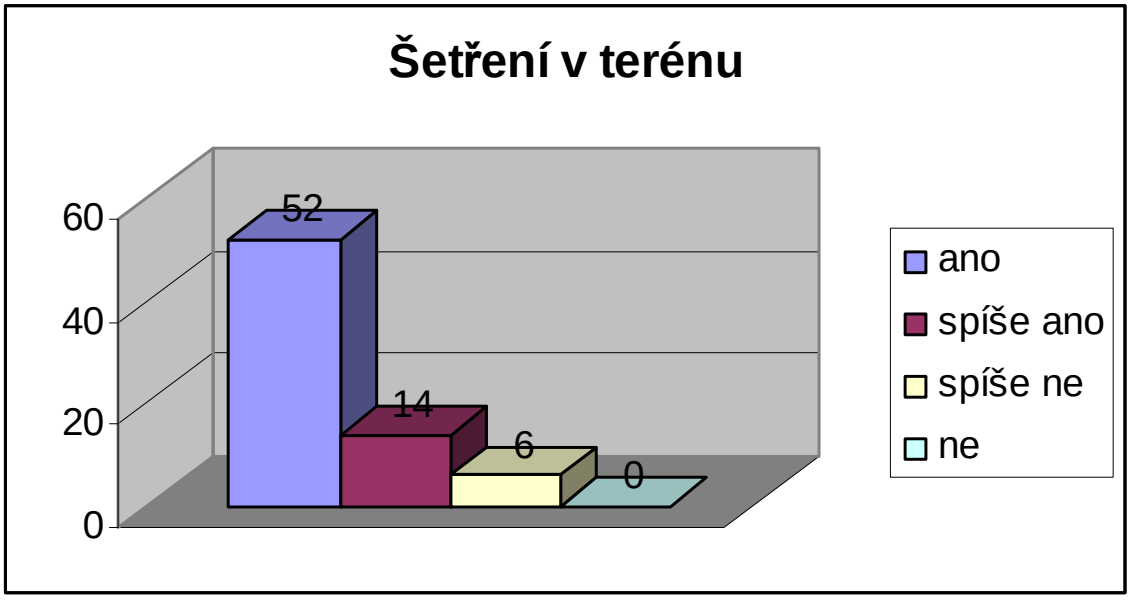
Graf číslo 16 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 14.** Ta má v dotazníku tuto podobu:

Účastnil/a jste se šetření v terénu?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Ze 72 odpovídajících absolventů (100%) vybralo možnost a) ano 52 respondentů (72,2%). Možnost b) spíše ano byla vybrána 14 respondenty (19,4%) a c) označilo 6 respondentů (8,3%). Možnost d) ne neoznačil nikdo (0%).

Graf č. 16



Zdroj: Vlastní výzkum

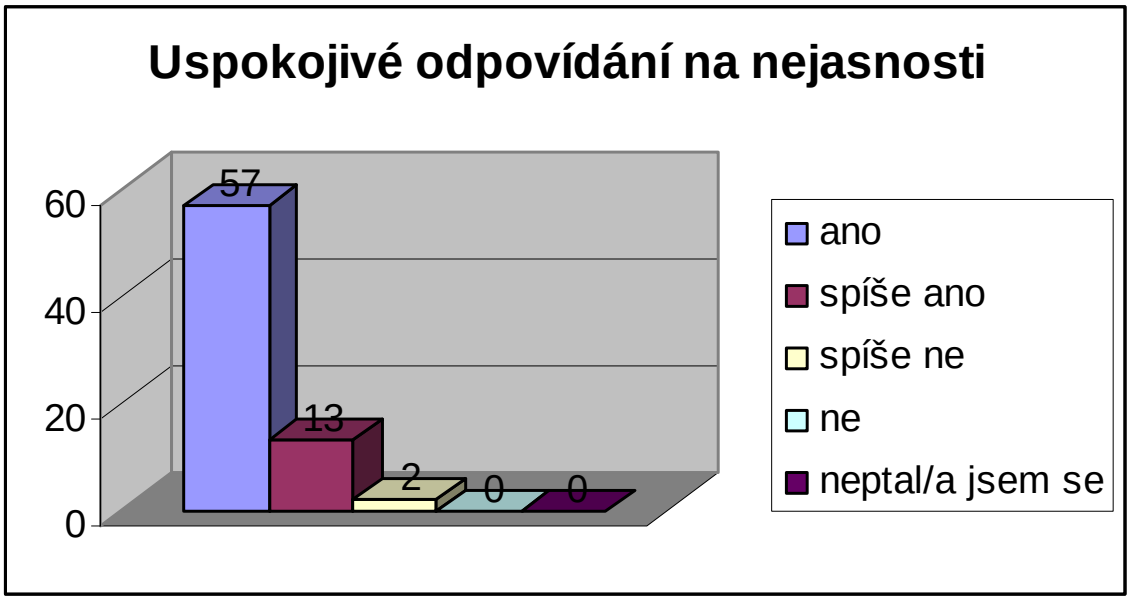
Graf číslo 17 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 15.** Ta má v dotazníku tuto podobu:

Pokud jste se ptal/a na nejasnosti nebo věci, které Vás zajímali, bylo Vám uspokojivě odpovězeno?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne
e) neptal/a jsem se

57 respondentů (79,2%) z celkového počtu 72 (100%) vybralo odpověď a) ano. Druhou možnost b) spíše ano označilo 13 respondentů (18%) a variantu c) spíše ne uvedli respondenti 2 (2,8%). Varianty d) ne a e) neptal/a jsem se si nevybral nikdo (0%).

Graf č.17



Zdroj: Vlastní výzkum

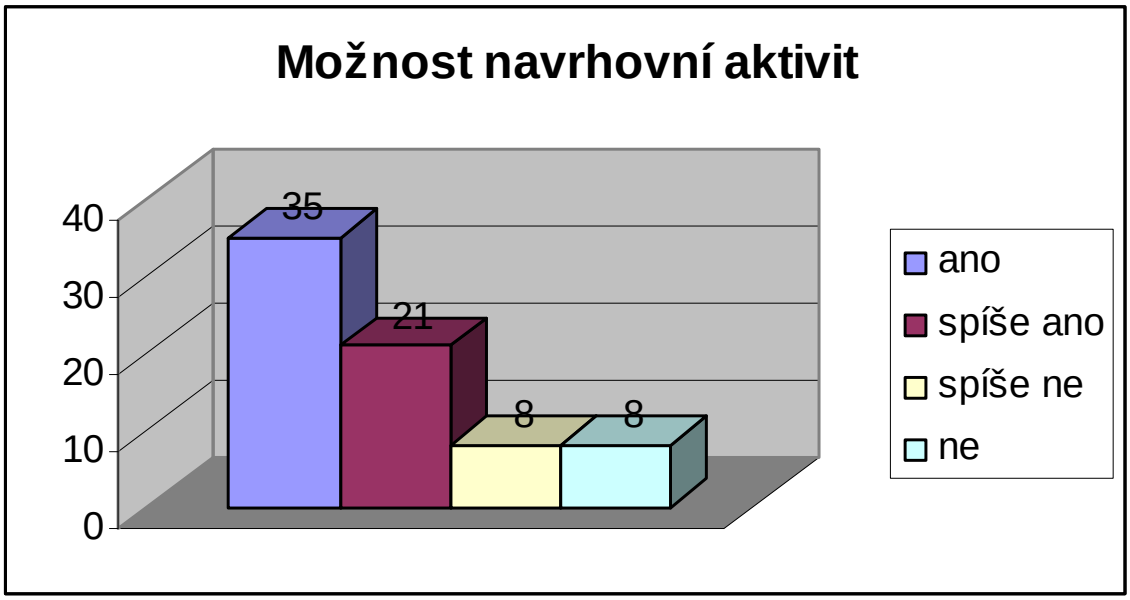
Graf číslo 18 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 16.** Ta má v dotazníku tuto podobu:

Měl/a jste možnost sám/sama navrhnout, co byste chtěla od zaměstnanců vědět, ukázat…?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Nejvíce respondentů na tuto otázku odpovědělo ano, vybralo tedy variantu a) ano. Těch bylo 35 (48,6%). Možnost b) spíše ano označilo 21 odpovídajících respondentů (29,2%). Možnost c) spíše ne označilo 8 respondentů (11,1%). Stejný počet respondentů, tedy 8 (11,1%) označil možnost d) ne.

Graf č.18



Zdroj: Vlastní výzkum

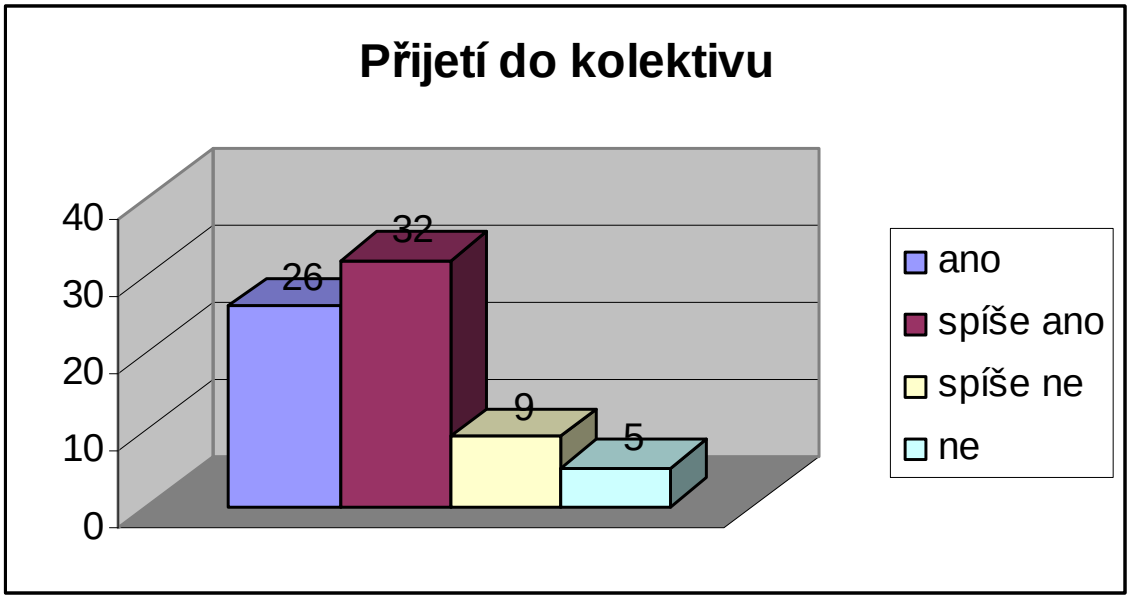
Graf číslo 19 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 17.** Ta má v dotazníku tuto podobu:

Cítil/a jste se do kolektivu přijat/a?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 72 respondentů (100%) a) ano 26 z nich (36,1%). Odpověď b) spíše ano byla nejčastěji vybranou. Zvolilo ji 32 respondentů (44,4%). Variantu c) spíše ne označilo 9 respondentů (12,5%). Odpověď d) ne označilo 5 respondentů (6,9%).

Graf č. 19



Zdroj: Vlastní výzkum

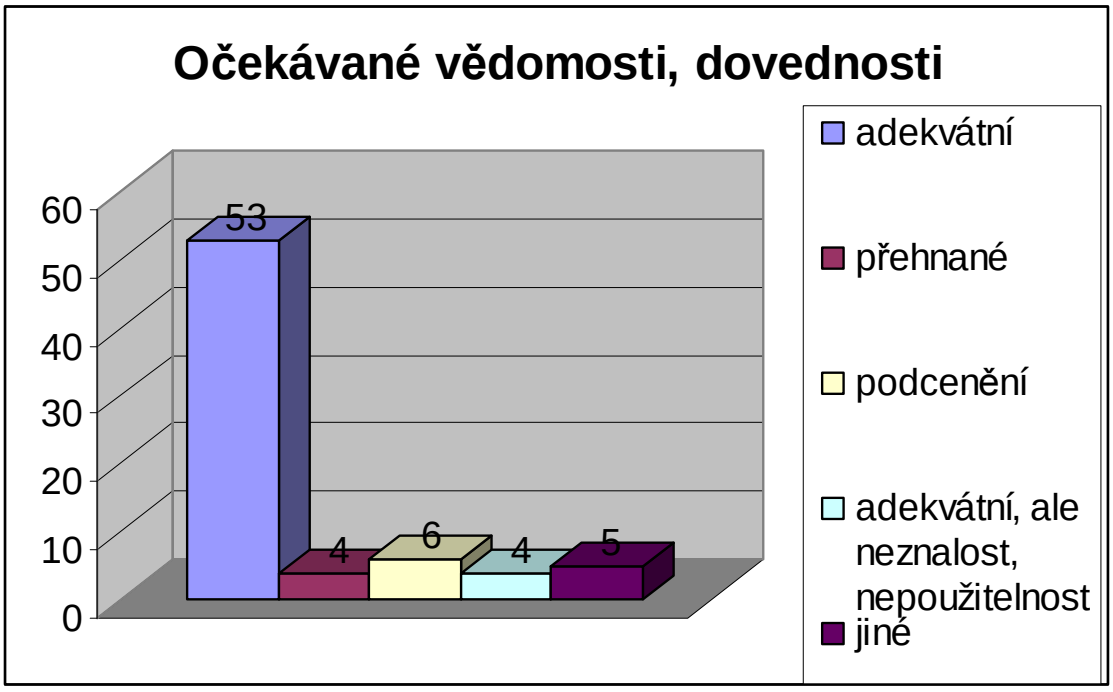
Graf číslo 20 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 18,** která má v dotazníku následující podobu:

Byly od Vás očekávány vědomosti a dovednosti:

a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání
b) přehnané
c) byl/a jste podceňována
d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít
e) jiné (prosím doplňte)…….....

Na tuto otázku odpověděla převážná většina respondentů a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání. Tuto možnost vybralo 53 respondentů (73,6%) z celkového počtu 72 (100%). Odpověď b) přehnané označili 4 respondenti (5,6%). 6 ze spolupracujících absolventů (8,3%) zvolilo možnost c) byl/a jste podceňována. Variantu d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít vybrali 4 respondenti (5,6%). Poslední možnost e) jiné zaškrtlo 5 respondentů (6,9%).

Graf č. 20



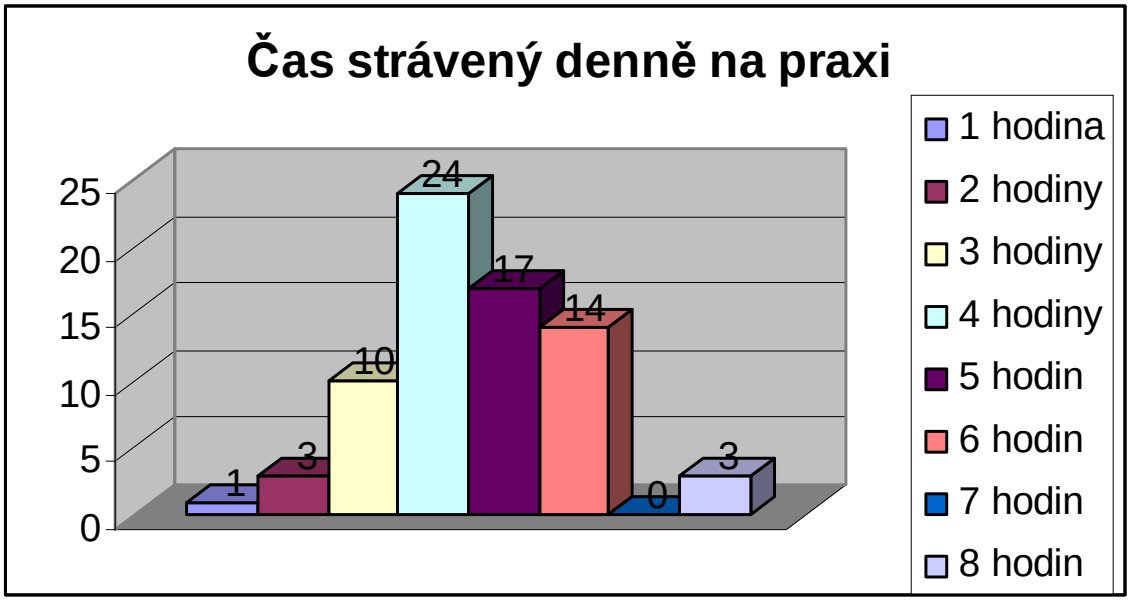
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 21 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 19,** která má v dotazníku následující podobu:

Prosím uveďte, kolik hodin jste v průměru denně na praxi trávil/a?
…….....
…….

Ze 72 respondentů (100%) uvedl 1 z nich (1,4%), že na praxi trávil hodinu denně. 2 hodiny trávili na odborné praxi na KHS a jejich ÚP 3 respondenti (4,2%). 10 jich (13,9%) trávilo 3 hodiny, 24 respondentů (33,3%) bylo na praxi denně 4 hodiny. 17 spolupracujících absolventů (23,6%) pobývalo na odborech hygieny 5 hodin a 14 těchto absolventů (19,4%) tam bylo 6 hodin. 7 hodin neuvedl nikdo. 8 hodin do dotazníku vepsali 3 respondenti (4,2%).

Graf č. 21



Zdroj: Vlastní výzkum

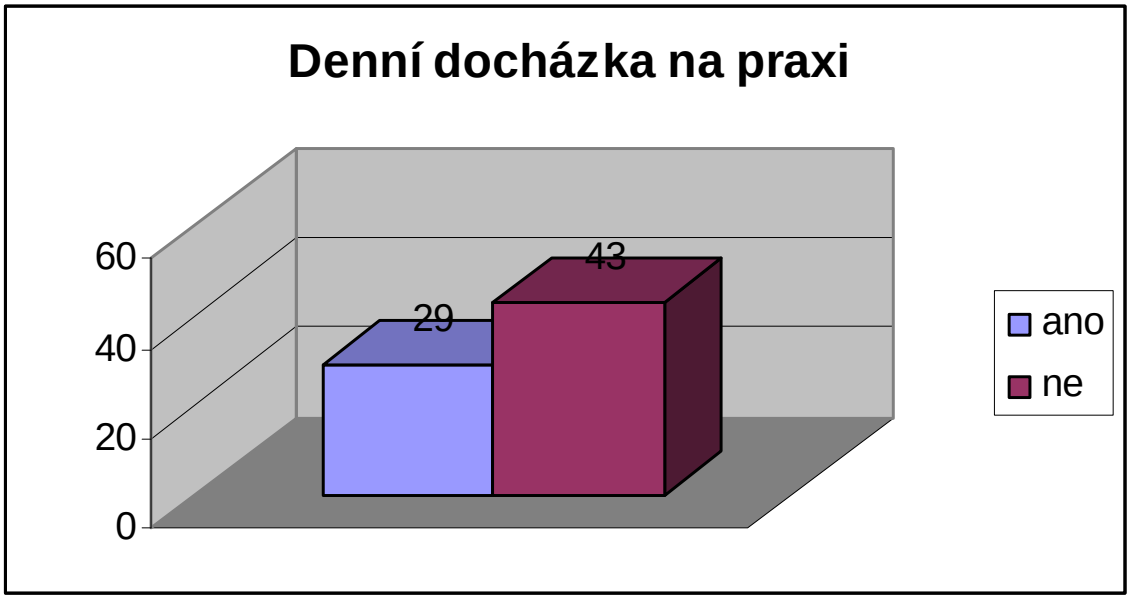
Graf číslo 22 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 20,** která má v dotazníku následující podobu:

Chodila jste na praxi každý den v týdnu?

a) ano
b) ne (uveďte, kolik dní v týdnu jste na praxi průměrně trávil/a) ……..
…….

Ze 72 respondentů (100%) označilo 29 z nich (40,3%) možnost a) ano. 43 spolupracujících absolventů (59,7%) vybralo z nabízených odpovědí variantu b) ne.

Graf č. 22



Zdroj: Vlastní výzkum

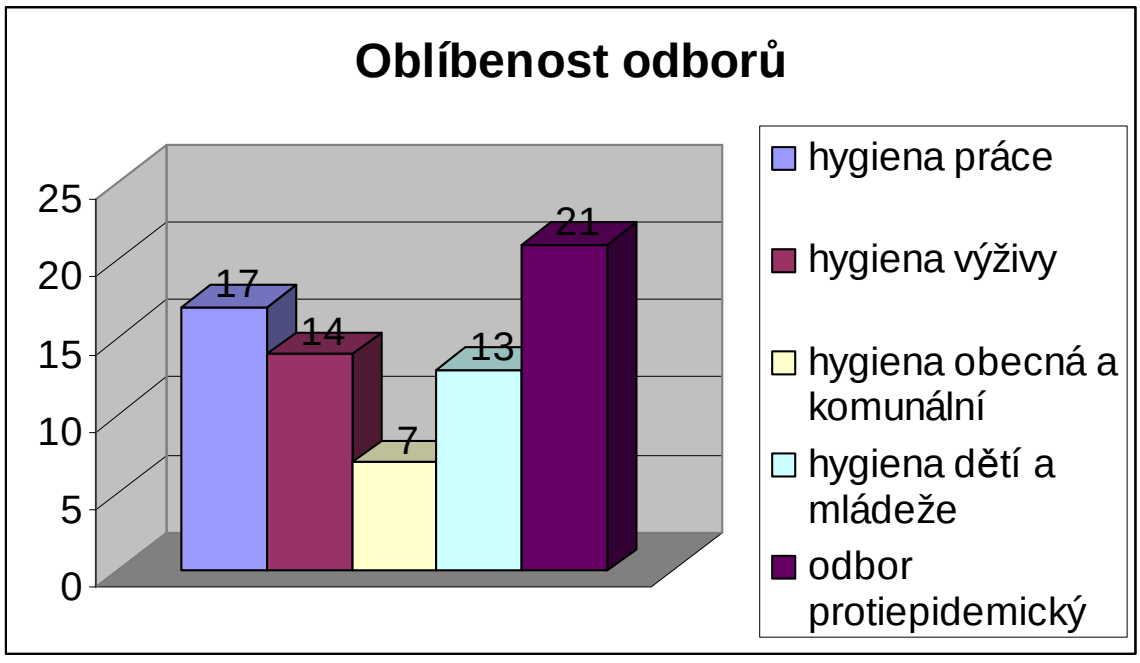
Graf číslo 23 graficky znázorňuje odpovědi na **otázku číslo 21,** která má v dotazníku následující podobu:

Na kterém z odborů se Vám nejvíce líbilo?

a) hygiena práce
b) hygiena výživy a předmětů běžného užívání
c) hygiena obecná a komunální
d) hygiena děti a mládeže
e) odbor protiepidemický

Možnost a) hygiena práce vybralo ze 72 respondentů (100%) 17 z nich (23,6%). b) hygiena výživy a předmětů běžného užívání vybralo 14 respondentů (19,4%) a c) hygiena obecná a komunální jich zvolilo 7 (9,7%). Předposlední odpověď d) hygiena děti a mládeže vybralo 13 spolupracujících absolventů (18,1%). Poslední z nabízených variant odpovědí e) odbor protiepidemický označilo 21 respondentů (29,2%).

Graf č. 23



Zdroj: Vlastní výzkum

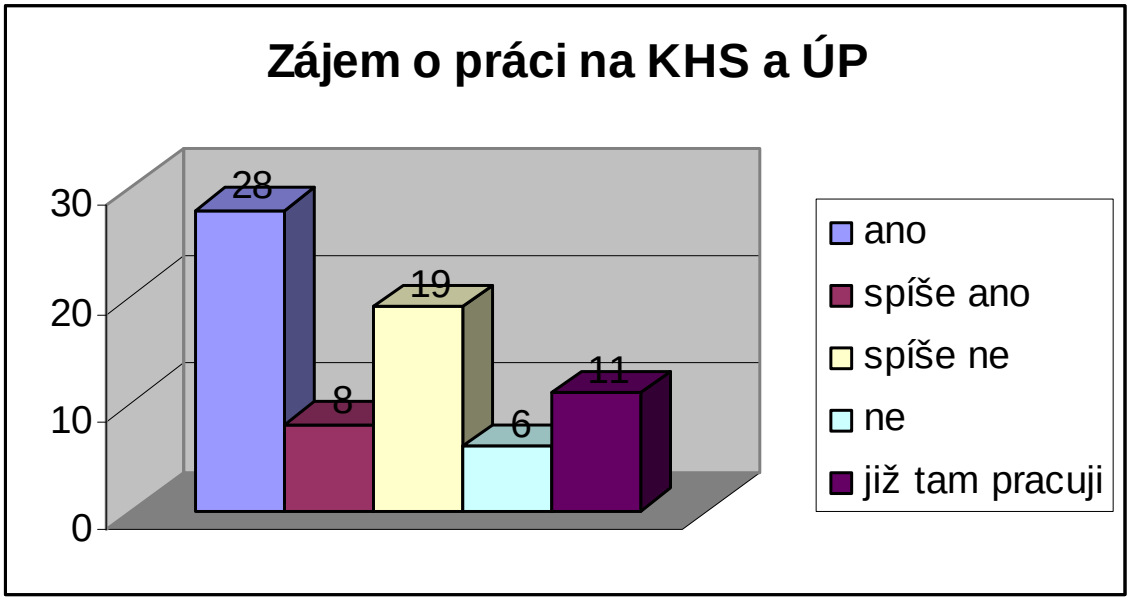
Graf číslo 24 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 22,** která má v dotazníku následující podobu:

Máte zájem o práci na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne
e) již tam pracuji

Ze 72 respondentů (100%) zvolilo nabízenou možnost a) ano 28 z nich (38,9%). b) spíše ano vybralo 8 respondentů (11,1%). 19 spolupracujících absolventů (26,4%) v dotazníku označilo c) spíše ne. 6 respondentů (6,3%) odpovědělo d) ne. Poslední nabízenou variantu e) již tam pracuji uvedlo 11 respondentů (15,3%).

Graf č. 24



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 25 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 23,** která má v dotazníku následující podobu:

Byla Vám již nabídnuta pracovní pozice na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích?

a) ano

(prosím doplňte, o jaké místo jde)

……

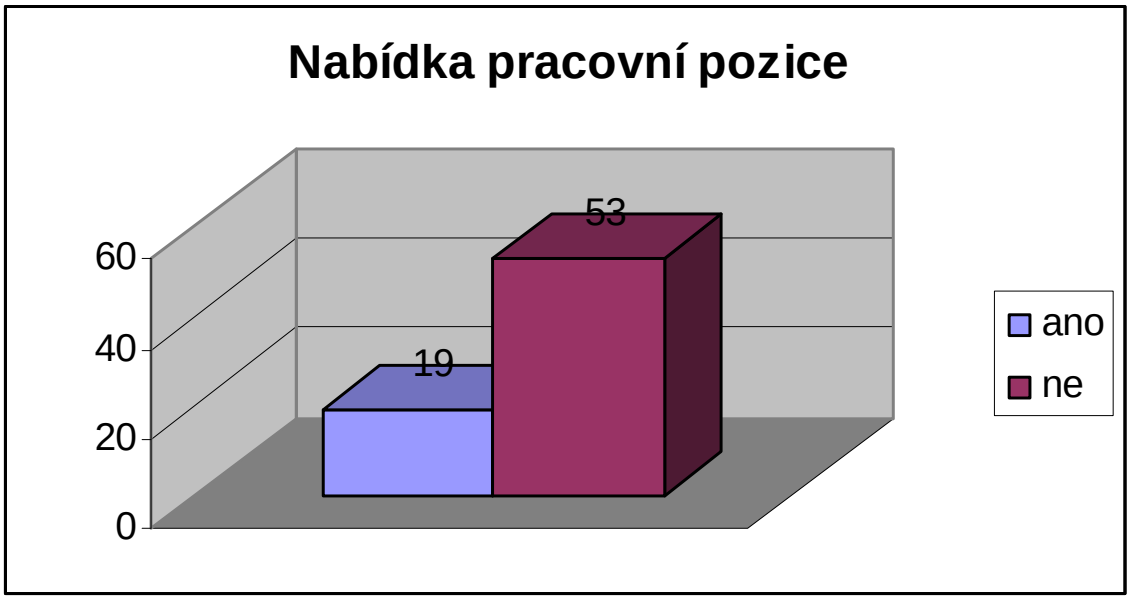
……

(V případě, že jste student či absolvent oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na ZSF JCU v ČB uveďte, zda nabídka pracovní pozice přišla po absolvování praxe během bakalářského nebo až magisterského studia)

b) ne

Na tuto otázku odpovědělo a) ano ze 72 respondentů, kteří představují 100%, 19 z nich (26,4%). Možnost b) ne označilo 53 respondentů (73,6%).

Graf č. 25



Zdroj: Vlastní výzkum

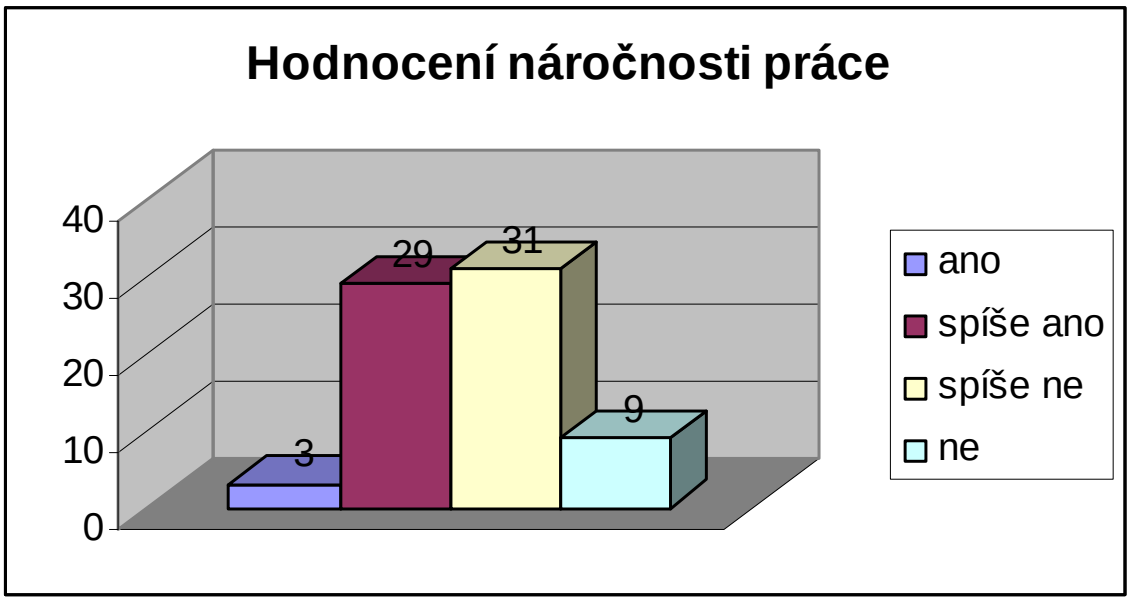
Graf číslo 26 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 24,** která má v dotazníku následující podobu:

Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte práci na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako náročnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Ze 72 respondentů (100%) označilo možnost a) ano 3 (4,2%) z nich. 29 respondentů (40,3%) do dotazníku vyznačilo možnost b) spíše ano a 32 jich vybralo c) spíše ne (43,1%). Variantu d) ne uvedlo 9 respondentů (12,5%).

Graf č. 26



Zdroj: Vlastní výzkum

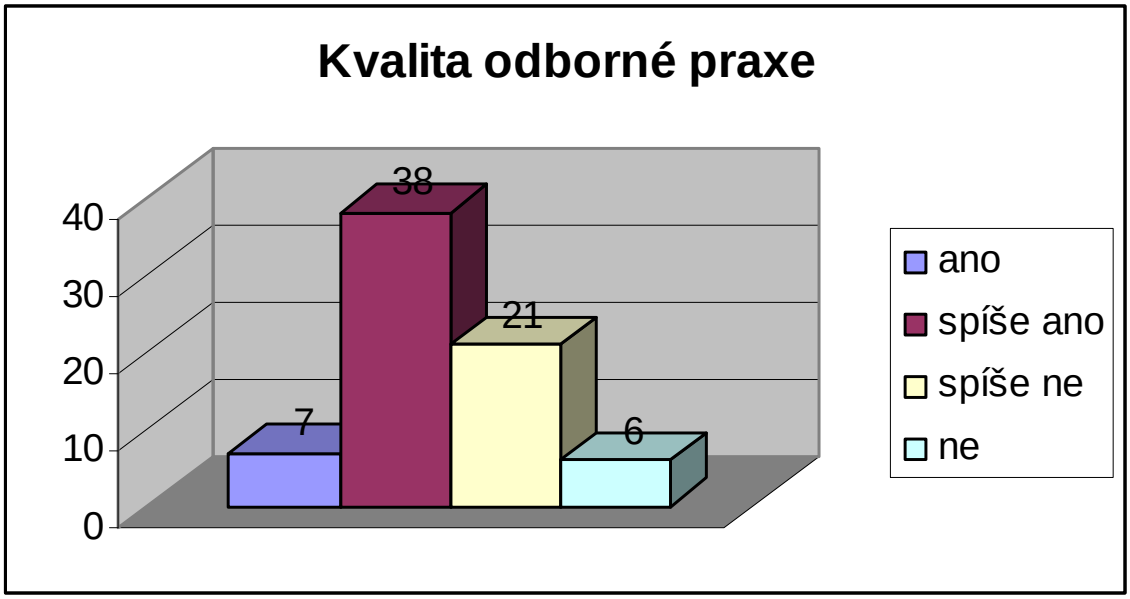
Graf číslo 27 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 25,** která má v dotazníku následující podobu:

Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako kvalitní:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Ze 72 respondentů (100%) odpovědělo a) ano 7 z nich (9,7%%). b) spíše ano uvedlo nejvíce respondentů, kterých bylo 38 (52,8%). Variantu c) spíše ne vybralo 21 respondentů (29,2%) a variantu d) ne označilo zbylých 6 (8,3%).

Graf č. 27



Zdroj: Vlastní výzkum

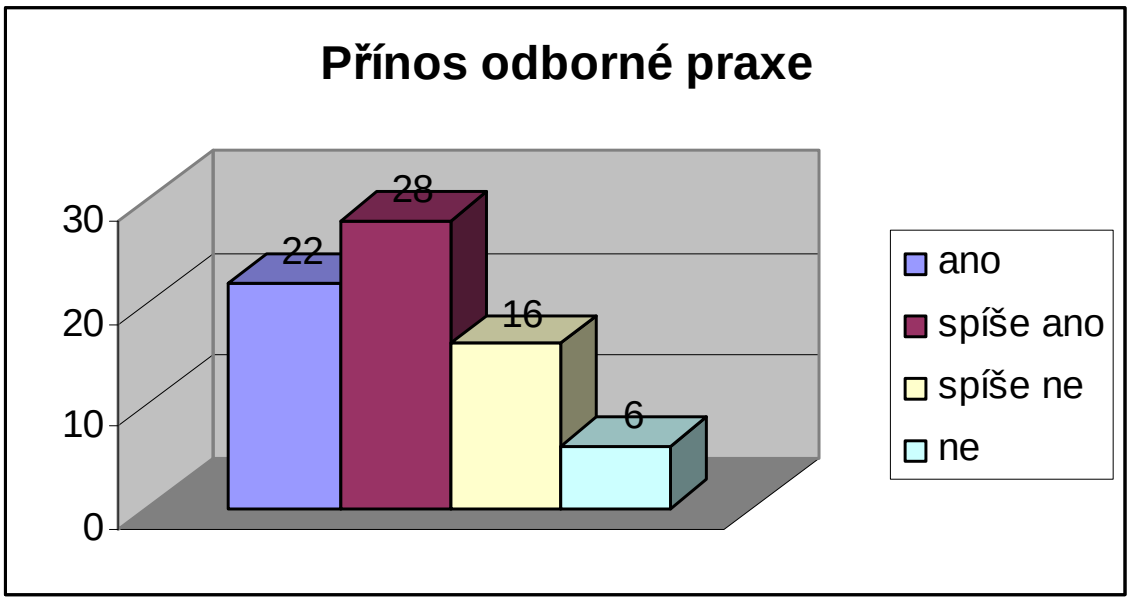
Graf číslo 28 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 26,** která má v dotazníku následující podobu:

Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako přínosnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

100% soubor pro tuto otázku tvoří opět 72 respondentů. 22 z nich (30,6%) odpovědělo a) ano a 28 jich (38,9%) označilo b) spíše ano. Variantu c) spíše ne vybralo 16 respondentů (22,2%) a d) ne uvedlo 6 respondentů (8,3%).

Graf č. 28



Zdroj: Vlastní výzkum

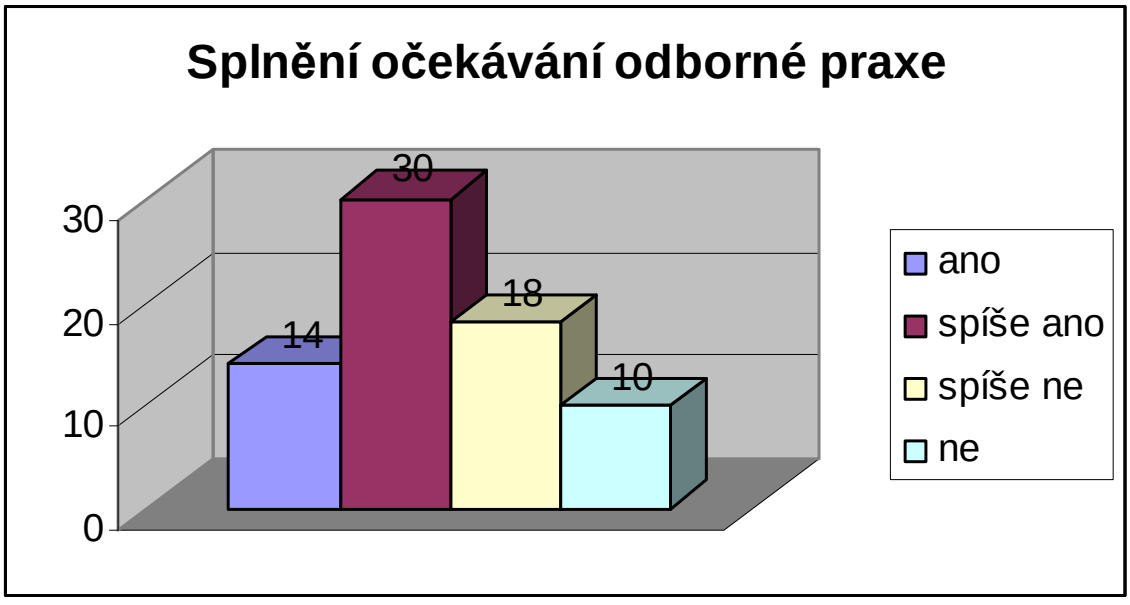
Graf číslo 29 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 27,** která má v dotazníku následující podobu:

Máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích splnila Vaše očekávání?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Možnost a) označilo 14 respondentů (19,4%) ze 72 (100%). Nejvíce respondentů vybralo odpověď b) spíše ano, těch bylo 30 (41,7%). 18 spolupracujících absolventů (25%) označilo variantu c) spíše ne a 10 (13,9%) označilo d) ne.

Graf č. 29



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 30 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 28,** která má v dotazníku následující podobu:

Absolvoval/a jste během studia oboru Ochrana veřejného zdraví odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství?

a) ano

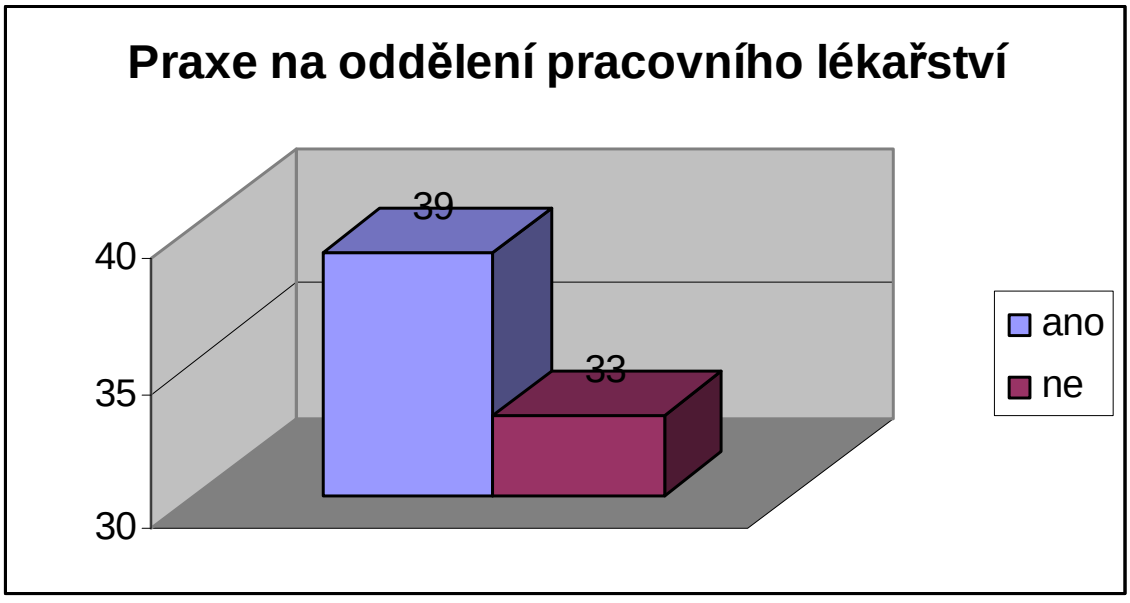
Pokud ano, doplňte prosím, jaký časový rozsah tato odborná praxe měla (v týdnech).

……

b) ne

Ze všech 72 absolventů (100%), kteří se mnou na vyplnění dotazníku spolupracovali, odpovědělo na tuto otázku a) ano 39 z nich (54,2%) a b) ne označilo zbylých 33 (45,8%).

Graf č. 30



Zdroj: Vlastní výzkum

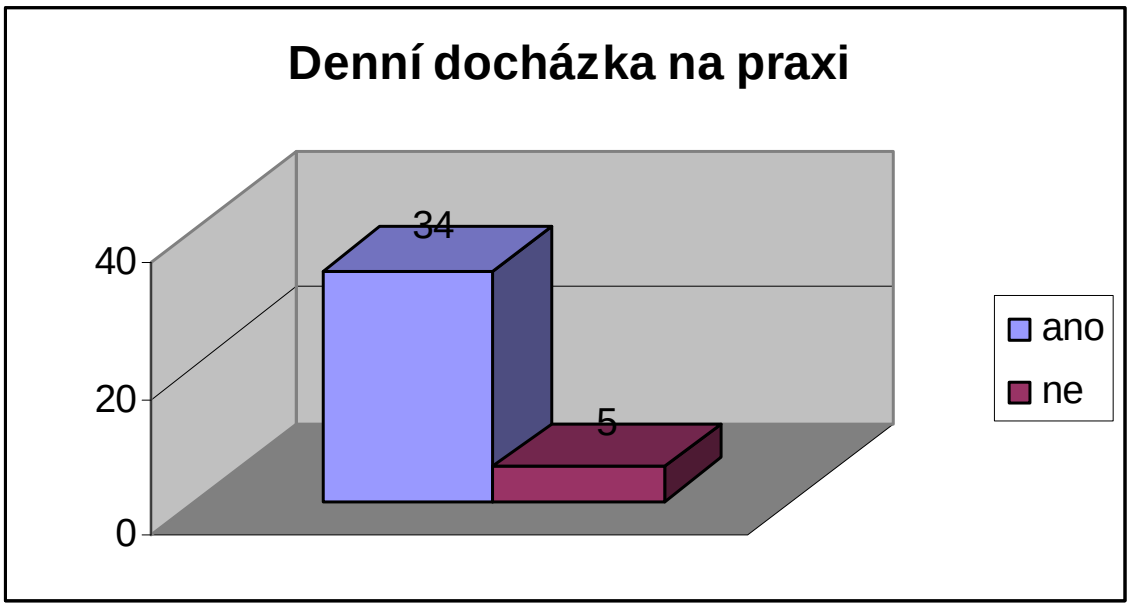
Graf číslo 31 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 29,** která má v dotazníku následující podobu:

Chodila jste na praxi každý den v týdnu?

a) ano
b) ne (uveďte, kolik dní v týdnu jste na praxi průměrně trávil/a)……..…..
……...

Tato otázka se týká 39 respondentů. Ti tedy představují 100%. Jedná se o respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli a) ano. Absolvovali během studia oboru Ochrana veřejného zdraví odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství. Z těchto 39 respondentů označilo možnost a) ano 34 respondentů (87,2%) a b) ne 5 respondentů (12,8%).

Graf č. 31



Zdroj: Vlastní výzkum

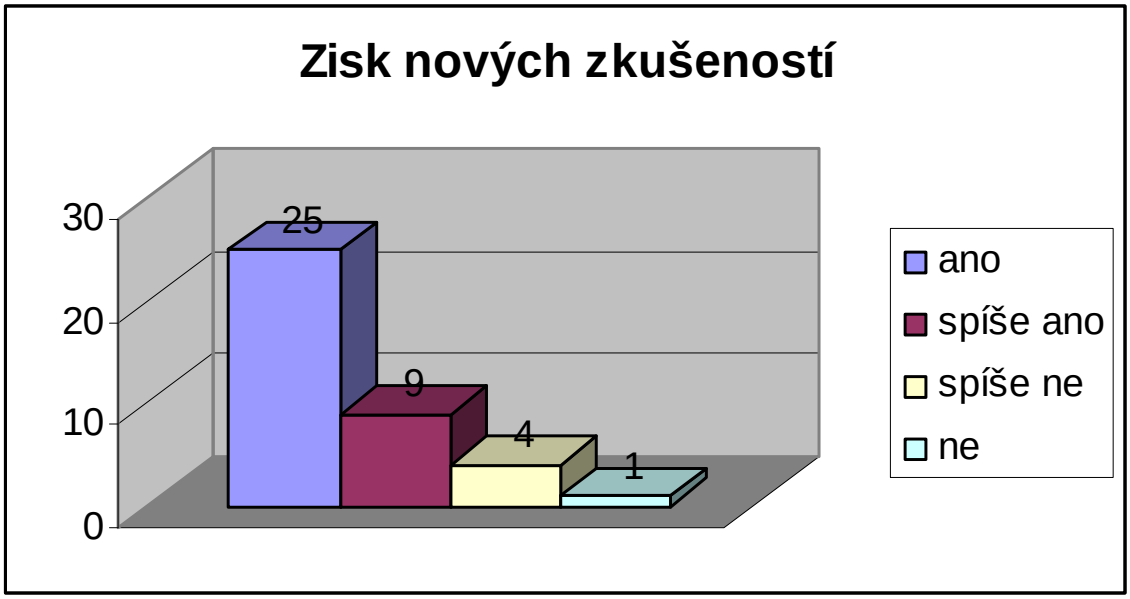
Graf číslo 32 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 30,** která má v dotazníku následující podobu:

Získal/a jste absolvováním odborné praxe nové zkušenosti?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

39 respondentů přestavuje pro tuto otázku 100% soubor. Možnost a) ano zvolilo 25 z nich (64,1%) a možnost b) spíše ano označilo dalších 9 (23,1%). Variantu c) spíše ne do dotazníku vyznačili 4 respondenti (10,3%) a d) ne 1 respondent (2,6%).

Graf č. 32



Zdroj: Vlastní výzkum

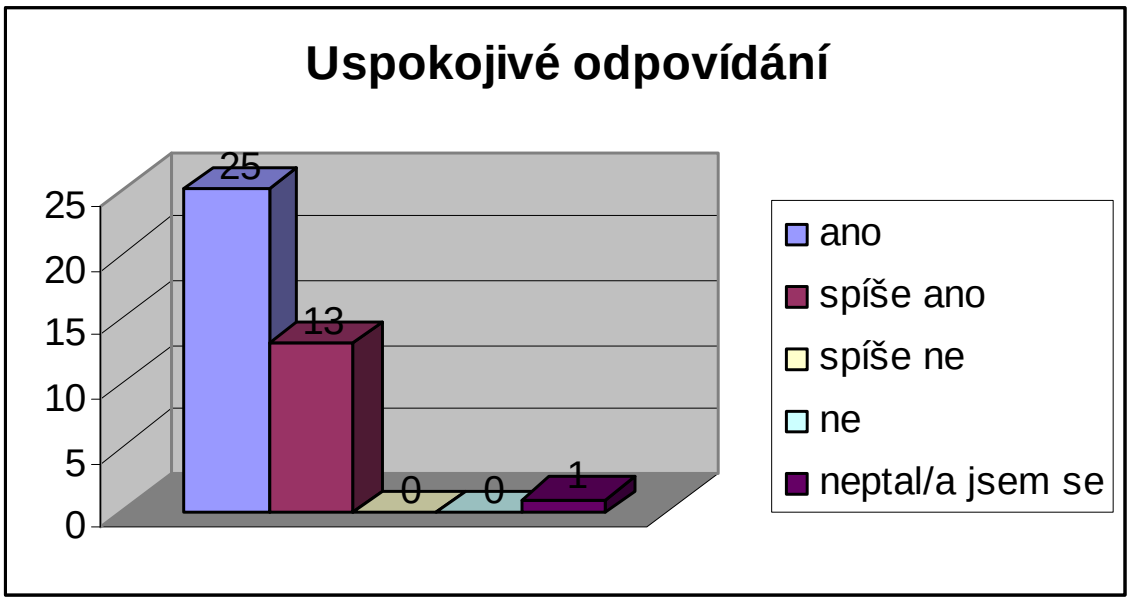
Graf číslo 33 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 31,** která má v dotazníku následující podobu:

Pokud jste se ptal/a na nejasnosti nebo věci, které Vás zajímali, bylo Vám uspokojivě odpovězeno?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne
e) neptal/a jsem se

Ze 39 respondentů (100%) na tuto otázko odpovědělo a) ano 25 (64,1%) a b) spíše ano 13 (33,3%). Variantu c) spíše ne a d) ne nevybral nikdo (0%). Poslední nabídnutou možnost e) neptal/a jsem se si vybral jeden respondent.

Graf č. 33



Zdroj: Vlastní výzkum

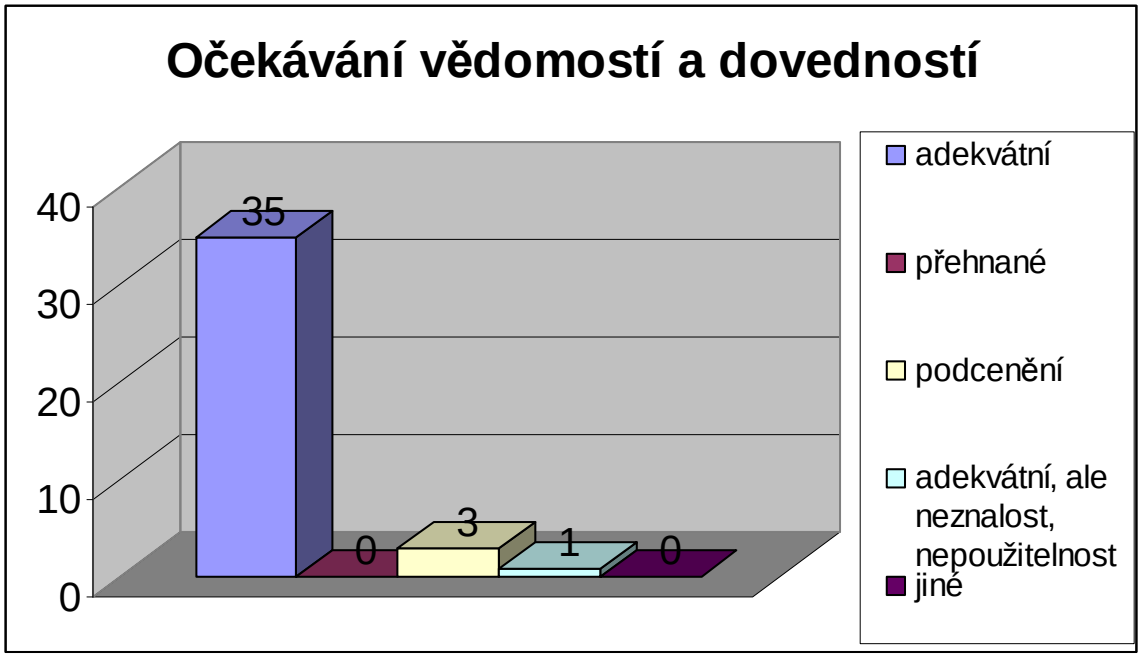
Graf číslo 34 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 32.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Byly od Vás očekávány vědomosti a dovednosti:

a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání
b) přehnané
c) byl/a jste podceňována
d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít
e) jiné (prosím doplňte)……..

Ze 39 respondentů představujících 100% uvedlo možnost a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání 35 z nich (89,7%). Nabízenou odpověď b) nevybral nikdo (0%). Třetí možnost c) označili 3 respondenti (7,7%). 1 z respondentů (2,6%) označil v dotazníku možnost d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít. Poslední z nabízených variant odpovědí e) jiné nevybral nikdo (0%).

Graf č. 34



Zdroj: Vlastní výzkum

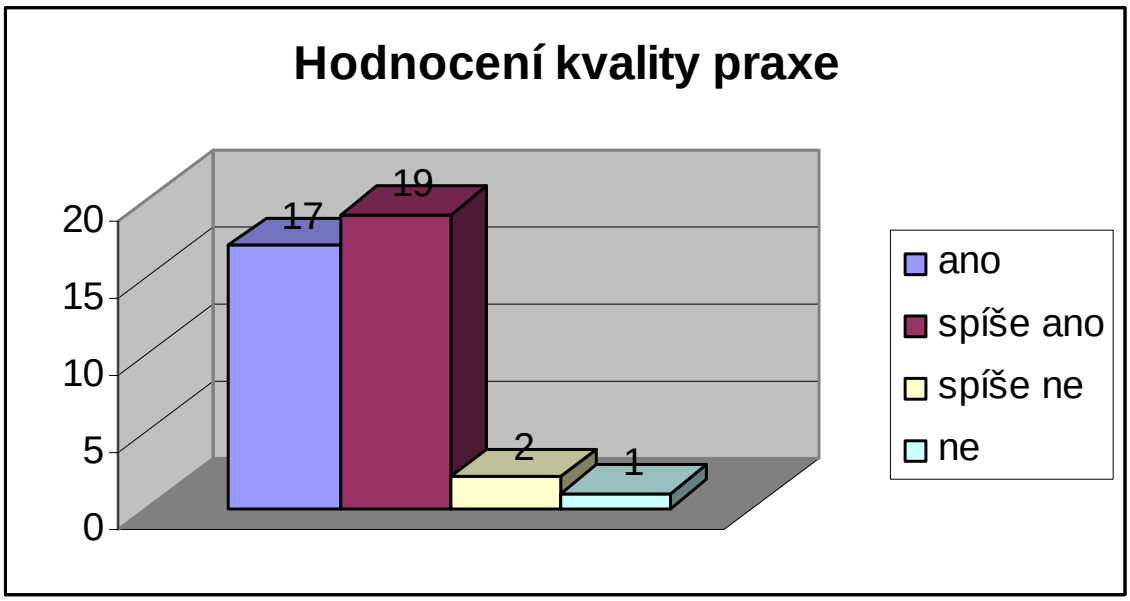
Graf číslo 35 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 33.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako kvalitní:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

100% soubor respondentů pro tuto otázku tvoří 39 spolupracujících absolventů. 17 z nich (43,6%) z nabízených odpovědí vybralo a) ano a 19 (48,7%) b) spíše ano. Možnost c) spíše ne zvolili 2 respondenti (5,1%) a 1 respondent (2,6%) zvolil variantu d) ne.

Graf č. 35



Zdroj: Vlastní výzkum

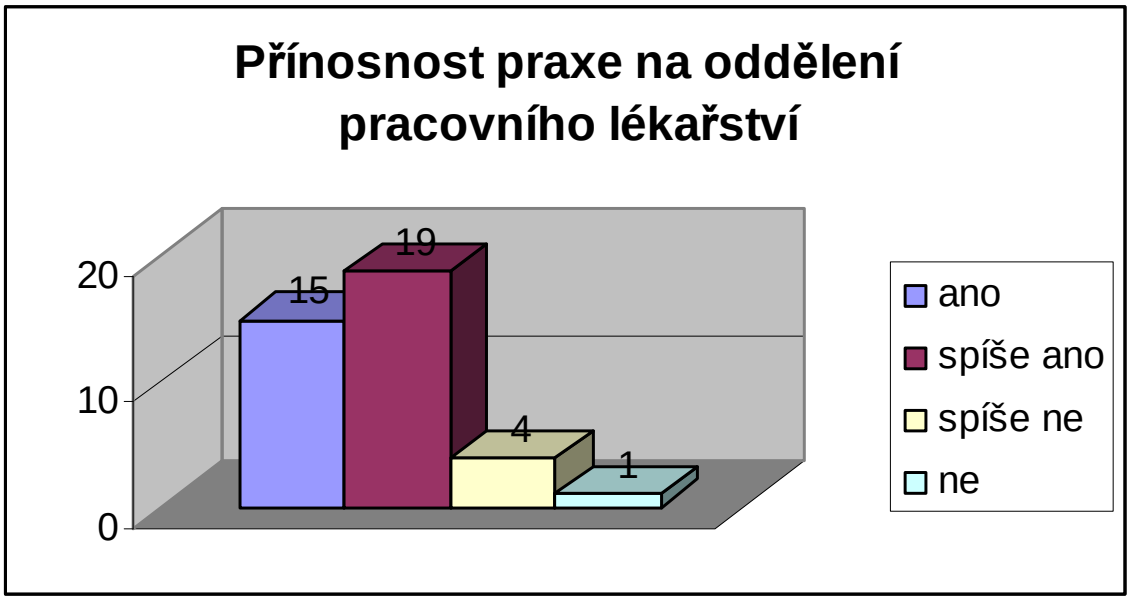
Graf číslo 36 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 34.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako přínosnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Z 39 respondentů (100%) označilo odpověď a) ano 15 z nich (38,5%). Možnost b) spíše ano uvedlo 19 respondentů (48,7%) a možnost c) spíše ne vybrali 4 respondenti (10,3%). Poslední nabízenou variantu odpovědí d) ne vybral 1 respondent (2,6%).

Graf č. 36



Zdroj: Vlastní výzkum

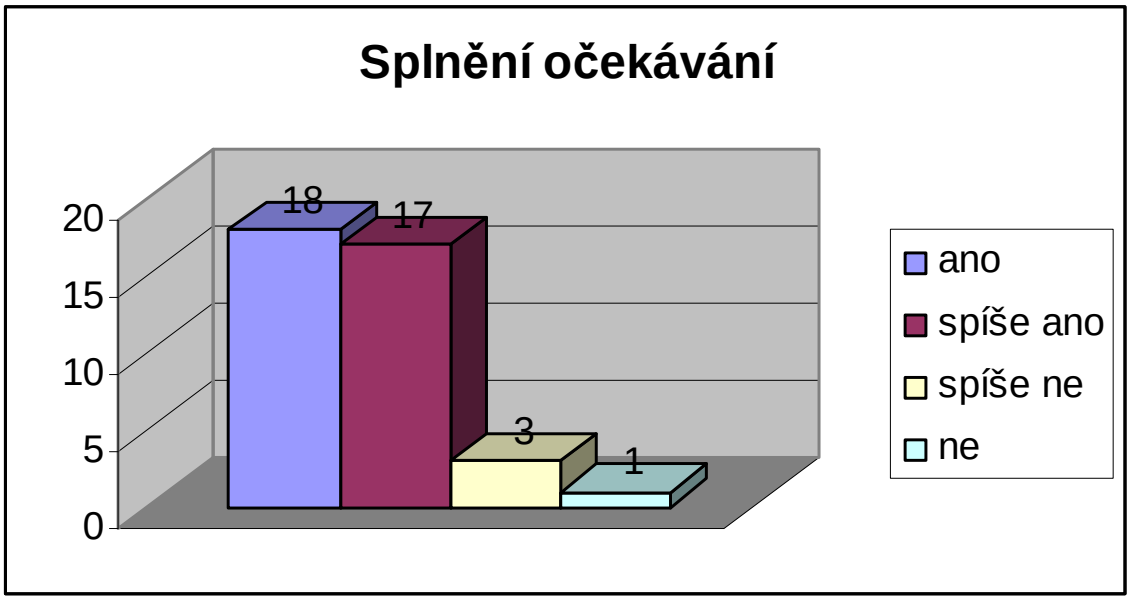
Graf číslo 37 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 35.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na oddělení pracovního lékařství splnila Vaše očekávání?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Nejvíce respondentů odpovědělo na tuto otázku a) ano. Bylo jich 18 (46,2%) z 39 (100%). 17 respondentů (43,6%) označilo v dotazníku možnost b) spíše ano a 3 respondenti (7,7%) vyznačili odpověď c) spíše ne. Poslední nabízenou možnost vybral 1 respondent (2,6%).

Graf č. 37



Zdroj: Vlastní výzkum

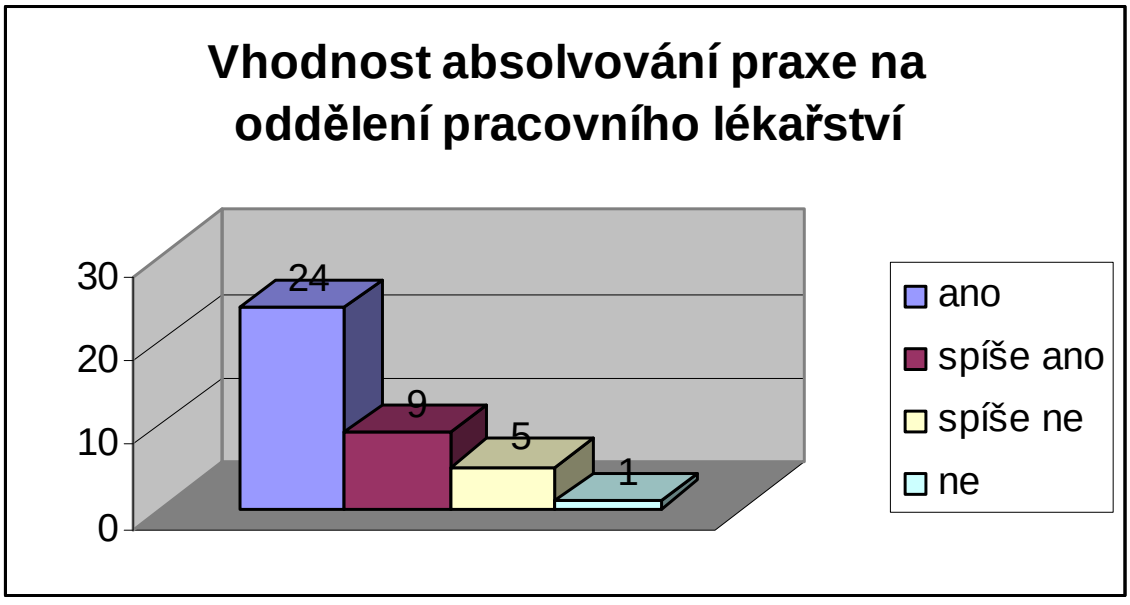
Graf číslo 38 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 36.** Ta má v dotazníku následující podobu:

Považujete za vhodné v rámci studia oboru Ochrana veřejného zdraví absolvovat praxi na oddělení pracovního lékařství?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

24 respondentů (61,5%) z 39 (100%) odpovědělo a) ano. b) spíše ano označilo v dotazníku 9 respondentů (23,1%). Možnost c) spíše ne vybralo z nabízených odpovědí 5 respondentů (12,8%) a možnost d) ne označil 1 ze spolupracujících absolventů (2,6%).

Graf č. 38



Zdroj: Vlastní výzkum

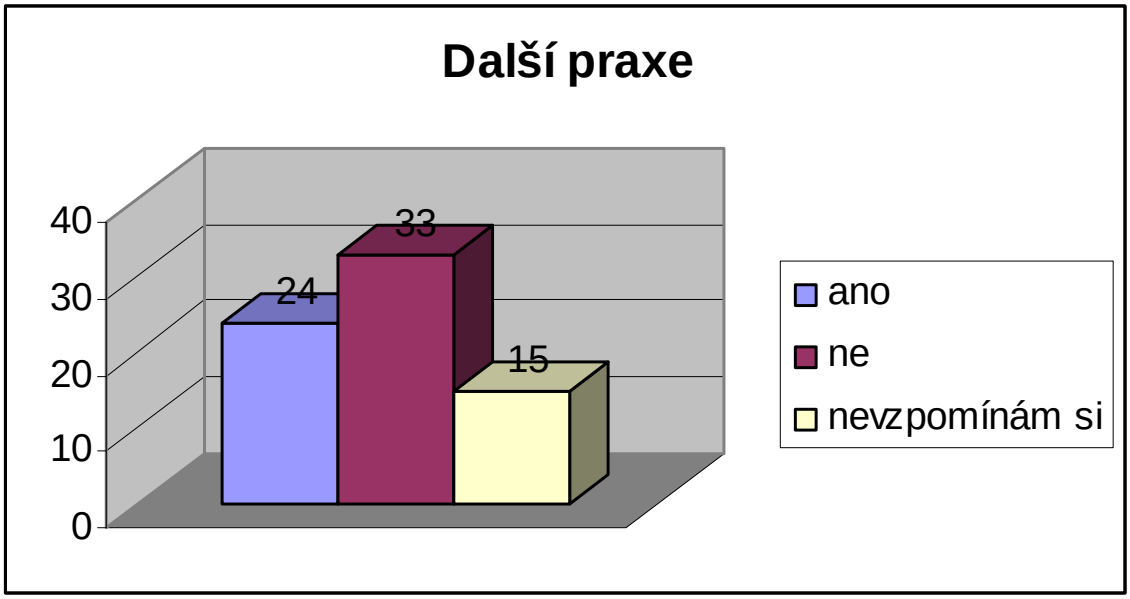
Graf číslo 39 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 37,** která má v dotazníku následující podobu:

Absolvoval/a jste povinnou praxi během studia oboru Ochrana veřejného zdraví ještě na jiném pracovišti než na oddělení pracovního lékařství, na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích a v poradnách?

a) ano (doplňte prosím - kde a po dobu kolika týdnů)…….
b) ne

Tato otázka se opět týká všech respondentů. 72 spolupracujících absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví představuje 100 % soubor. 24 z nich (33,3%) odpovědělo a) ano. Druhou nabízenou možnost odpovědí b) ne označilo 33 respondentů (45,8%). c) nevzpomínám si vybralo 15 respondentů (20,8%).

Graf č. 39



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 40 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 38,** která má v dotazníku následující podobu:

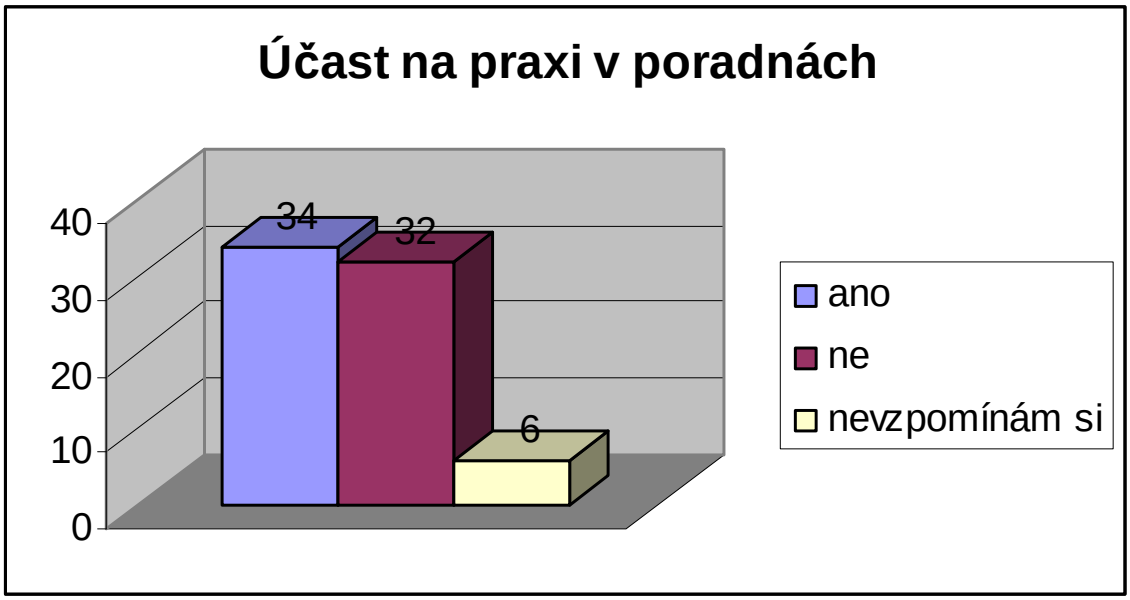
Pokud jste se zúčastnil/a stáže v níže jmenovaných poradnách, prosím uveďte, kolik týdnů trvala vaše odborná praxe v jednotlivých poradnách:

a) ano, účastnil/a jsem se praxe v těchto poradnách
- poradna zdravého životního stylu
  …….
- poradna HAIV/AIDS
  …….....
- poradna odvykání kouření
  …….
- poradna drogových závislostí
  …….....

b) ne, neúčastnil/a jsem se praxe v těchto poradnách
c) nevzpomínám si

Na tuto otázku ze 72 respondentů (100%) odpovědělo a) ano 34 z nich (47,2%). Nabízenou možnost b) ne uvedlo 32 spolupracujících absolventů (44,4%). Poslední možnost c) nevzpomíná si označili 6 respondenti (8,3%).

Graf č. 40



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 39 tohoto dotazníku je určena těm absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří se během studia zúčastnili odborné praxe ve výše jmenovaných poradnách. Těchto respondentů je 38 (100%). Nejsou jim nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi.

Prosím uveďte, ve které z poraden Vám přišlo absolvování praxe jako přínosné a proč?
……
……..……..
……..…….

Otázka číslo 40 tohoto dotazníku je určena těm absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří se během studia zúčastnili odborné praxe ve výše jmenovaných poradnách. Těchto respondentů je 38 (100%). Nejsou jim nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi.

Prosím uveďte, ve které z poraden Vám přišlo absolvování praxe jako zbytečné a proč?
……
……...……
……...……

Otázka číslo 41 tohoto dotazníku je určena těm absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří se během studia zúčastnili odborné praxe ve výše jmenovaných poradnách. Těchto respondentů je 38 (100%). Nejsou jim nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi

Zde prosím uveďte jakékoli připomínky k průběhu odborných praxí vykonaných v poradnách. (náplň, časová dotace, organizace, odbornost vedoucích poraden,...)
……
……
……

Otázka číslo 42 tohoto dotazníku je určena všem absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Těchto respondentů tedy spolupracujících absolventů je v případě mé diplomové práce 72 (100%). Respondentům nejsou nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi.

Napište prosím, které exkurze jste v rámci studia podnikl/a:
……
……
……
……

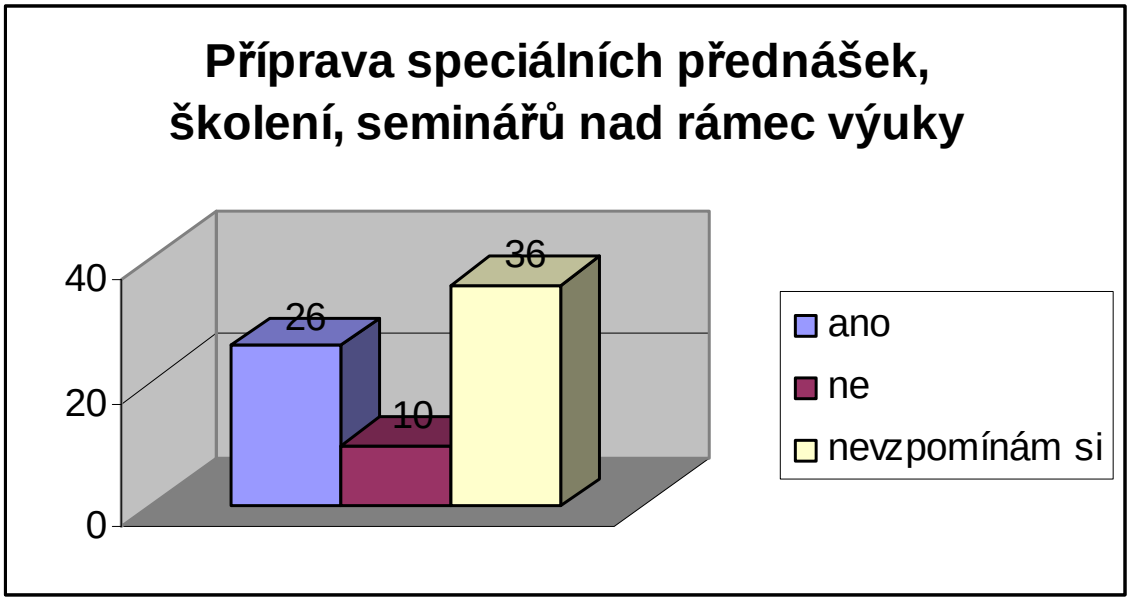
Graf číslo 41 je grafickým znázorněním odpovědí na **otázku číslo 43,** která má v dotazníku následující podobu:

Byla během studia oboru Ochrana veřejného zdraví připravena nějaká speciální přednáška nad rámec výuky, seminář či školení?

a) ano
b) ne
c) nevzpomínám si

Na tuto otázku odpovědělo ze 72 respondentů (100%) a) ano 26 z nich (36,1%). Možnost b) ne uvedlo 10 respondentů (13,9%) a poslední variantu c) nevzpomínám si označilo 36 spolupracujících absolventů (50%).

Graf č. 41



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 44 tohoto dotazníku je určena těm absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří v předchozí otázce označili odpověď a) ano. Těchto respondentů je 26 (100%). Nejsou jim nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi.

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, která aktivita byla zajímavá a doporučil/a byste ji zopakovat pro současné a budoucí studenty.
…….
…….……

Otázka číslo 45 tohoto dotazníku je určena všem absolventům oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Těchto respondentů tedy spolupracujících absolventů je v případě mé diplomové práce 72 (100%). Respondentům nejsou nabídnuty žádné možnosti odpovědí. Respondenti jsou požádáni o vlastní slovní vyjádření. Výsledek této otázky nelze přehledně zpracovat do podoby grafu ani tabulky, proto je zde neuvádím a blíže tuto otázku rozebírám v diskuzi.

Pokud máte jakékoli připomínky k průběhu praxí, odborných aktivit i výuce, zde je můžete zmínit.
……
…...……
……...……

Statistické hodnocení dat

H1: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou.

- otázka **č. 26** (na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako přínosnou)

Tabulka č. 5

Odpovědi	**Pozorované četnosti**	**Očekávané četnosti**
ano	50	36
ne	22	36
celkem	72	72

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p = 0,097%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.
Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.
Dosažená hladina významnosti je menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám.
Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

- otázka **č. 34** (na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako přínosnou)

Tabulka č. 6

Odpovědi	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
ano	34	19,5
ne	5	19,5
celkem	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p<0,1%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.
Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.
Dosažená hladina významnosti je menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám.
Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

H2: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní.

- otázka **č. 25** (na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako kvalitní)

Tabulka č. 7

Odpovědi	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
ano	45	36
ne	27	36
celkem	72	72

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p = 3,389%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.
Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.
Dosažená hladina významnosti je menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

- otázka **č. 33** (na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako kvalitní)

Tabulka č. 8

Odpovědi	**Pozorované četnosti**	**Očekávané četnosti**
ano	36	19,5
ne	3	19,5
celkem	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p<0,1%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.
Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.
Dosažená hladina významnosti je menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám.
Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

H3: Praxe splnila očekávání absolventů.

- otázka **č. 27** (máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích splnila Vaše očekávání)

Tabulka č. 9

Odpovědi	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
ano	44	36
ne	28	36
celkem	72	72

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p = 5,935%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.
Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.
Dosažená hladina významnosti je větší než hranice 5 %, tudíž nulová hypotéza platí.
Zamítám hypotézu alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

- otázka **č. 35** (máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na oddělení pracovního lékařství splnila Vaše očekávání)

Tabulka č. 10

Odpovědi	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
ano	35	19,5
ne	4	19,5
celkem	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum

dosažená hladina významnosti p<0,1%

Nulová hypotéza: odpovědi jsou stejně zastoupeny.

Alternativní hypotéza: odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

Dosažená hladina významnosti je menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám.

Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny.

5 Diskuze

Cílem mé práce je monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Svůj výzkum jsem zaměřila mimo jiné na objasnění dílčího cíle, který jsem si předem vytyčila. Je jím zjistit, jestli praxe splnila očekávání absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. S tvorbou těchto cílů samozřejmě souvisí i tvorba hypotéz. Pro svůj výzkum jsem si zvolila tři. První z hypotézou je, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou. Druhou hypotézou je, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní. Poslední hypotézou, kterou jsem se rozhodla pro svou diplomovou práci vytvořit, je, že praxe splnila očekávání absolventů.

Pro účely této diplomové práce jsem vytvořila dotazník, který obsahuje 45 otázek. Dotazník je rozdělen na několik úseků, ve kterých jsou obsaženy otázky pro určité skupiny respondentů. První čtyři otázky jsou určeny všem respondentům. Jsou jimi tedy všichni absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví, kteří se semnou na vyplnění dotazníku rozhodli spolupracovat. Zaslali mi tedy zpět vyplněný dotazník. Pátá až dvacátá sedmá otázka je řazena do první části dotazníku a je určena všem, kteří absolvovali praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Druhá část je věnována otázkám zaměřeným na praxi na oddělení pracovního lékařství. Jsou tedy určeny pochopitelně těm, kteří během studia zmiňovaného oboru Ochrana veřejného zdraví, tuto praxi absolvovali. Třicátou sedmou otázkou začíná část třetí, která je věnována další praxi, odborné praxi v poradnách a exkurzím.

V dotazníku vytvořeném pouze pro účely této diplomové práce jsem použila typy otázek otevřené, uzavřené, polouzavřené. Použitím těchto typů otázek jsem se snažila dosáhnout co nejpřesnějších a také velmi konkrétních odpovědí. To jsem považovala za velmi důležité. Musela jsem totiž pracovat s poměrně malým vzorkem respondentů. Obor Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity je dle mého názoru stále ještě mladým oborem Zdravotně sociální fakulty

v Českých Budějovicích. Do současné doby tento obor úspěšně absolvovalo pouze 125 osob. Konkrétně tedy tento obor studovalo a úspěšně zakončilo pět ročníků. V roce 2006 tento obor absolvovalo 23 studentů. V roce 2007 úspěšně ukončilo studium 26 osob a v roce 2008 jich bylo ještě o tři více, tedy 29. Rok 2009 studium na tomto bakalářském oboru absolvovalo 28 studentů. V roce 2010 absolvovalo studium pouze 19 lidí (viz. tabulka č. 1, graf č.1). Jen pro doplnění uvádím, že navazující magisterský obor Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví úspěšně ukončilo v roce 2009 26 absolventů a v roce 2010 jich bylo 23.

Obor Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích je možné studovat od roku 2003 a podobný výzkum, jakým se já v této práci zabývám, zatím nikdo neprovedl. Do současné doby bohužel neexistuje ani jakákoli jiná literatura, která by zkoumala tuto problematiku. Z tohoto důvodu nemohu bohužel s nikým své poznatky porovnat a tím pádem nemohu své výsledky ani nijak konfrontovat. O to cennější bude, doufám, můj výzkum.

Dosud neexistuje práce, která by se alespoň pokusila monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, ale nikdo nezkoumal ani jiné postřehy studentů týkajících se například organizačních problémů, spokojenosti s vedením praxí,… Rozhodla jsem se tedy neomezovat se ve svém dotazníku pouze na otázky směřované k potvrzení či vyvrácení hypotéz, ale snažím se o získání komplexnějšího pohledu na všechny odborné praxe, kterými si studenti během studia prošli. Vytvořila jsem tedy poměrně rozsáhlý dotazník, ve kterém jsem se snažila dát respondentům prostor pro vyjádření názoru tak, aby se vždy nemuseli omezovat jen na výběr z nabízených možností odpovědí.

Sběr dat jsem začala realizovat v listopadu 2010 a probíhal až do konce března 2011. Oslovila jsem prostřednictvím internetu všechny absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Ze 125 dotazovaných mi odpovědělo 72 respondentů. Výsledný výzkumný soubor je tedy tvořen 72 respondenty (viz. graf č. 2).

Šetření bylo zcela dobrovolné a anonymní. Absolventy jsem kontaktovala ve většině případů prostřednictvím společných ročníkových emailů, ze kterých jim přicházejí emaily na soukromé adresy. Některé jsem kontaktovala přímo na jejich osobní emailové adresy, ke kterým jsem se dostala během mého bakalářského a magisterského studia. Spojit se s absolventy bylo pro mne poměrně těžké. Shánění adres je díky zákonu na ochranu osobních dat téměř nemožné, je tak velký problém dohledat konkrétní kontakty na absolventy. Pomohli mi starší kolegové, kteří mnou vytvořený dotazník s prosbou o vyplnění také distribuovali. Dotazník jsem zasílala po uplynutí jednoho měsíce opakovaně ještě dvakrát. Účelem bylo se připomenout a znovu apelovat na ty, kteří mi ještě nestačili vyplněný dotazník zaslat zpět. Pro případ, že by mi někdo odpověděl s určitým zpožděním, byla jsem připravena jeho vyplněný dotazník do výzkumu zařadit. A dle toho pak samozřejmě výsledky diplomové práce upravit. Zahrnout tedy všechny vyplněné dotazníky do výsledků.

V následujících komentářích k otázkám kvůli zjednodušení nezohledňuji pohlaví. Všechny osoby označuji za respondenty, absolventy apod., nezávisle na tom, zda na otázku odpovídali muži i ženy. Neuvádím tedy absolvent(ka), respondent(ka), dotazovaný(ná) apod. V diskuzi stejně jako ve čtvrté kapitole „Výsledky“ uvádím procenta zaokrouhlená na jedno desetinné místo.

V **otázce číslo 1** se absolventů dotazuji na jejich věk (viz tabulka č. 2, graf č. 3). Věk 22 let uvedl pouze jeden z respondentů, což je 1,4% z celkového počtu 72 respondentů, kteří představují 100%. Věk 23 let uvedlo 17 respondentů (23,6%) a 24 let uvedlo 21 spolupracujících absolventů (29,2%). 25 let do dotazníku uvedlo 15 respondentů (20,8%) a 26 let napsalo 12 z nich (16,7%). 5 respondentů (6,9%) uvedlo, že jsou staří 27 roků a 1 spolupracující absolvent (1,4%) uvedl, že je mu 28 let.

Otázkou číslo 2 se snažím zjistit pohlaví se mnou spolupracujících absolventů. Soubor respondentů je složen ze 4 mužů a 68 žen. To znamená, že ze 72 respondentů (100%), ženy představují 94,4% a muži 5,6% (viz. graf č. 4).

Otázka číslo 3 se dotazuje respondentů, ve kterých letech obor Ochrana veřejného zdraví studovali. Ti na tuto otázku odpovídali následovně. Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni 72 spolupracujícími absolventy, odpovědělo 6

z nich (8,3%), že studovalo obor Ochrana veřejného zdraví v letech 2003 – 2006. V letech 2003 – 2007 studoval a pochopitelně úspěšně tento obor zakončil 1 respondent (1,4%). 12 se mnou spolupracujících absolventů (16,6%) studovalo v letech 2004 – 2007, v letech 2004 – 2008 to byl 1 respondent (1,4%). 11 respondentů (15,3%) do dotazníku uvedlo období studia 2005 – 2008. 2005 – 2009 je obdobím studia oboru Ochrana veřejného zdraví pro 1 respondenta (1,4%) a léta 2005 – 2010 rovněž pro 1 respondenta (1,4%). 21 se mnou spolupracujících absolventů (29,2%) studovalo tento obor v letech 2006 – 2009, 2 (2,8%) v letech 2006 – 2010 a 16 (22,2%) v letech 2007 – 2010 (viz. graf č. 5). Z těchto údajů jsem zjistila, že 6 respondentů (8,3%) studovalo tento obor déle než je klasická doba pro bakalářský studium.

Otázka číslo 4 měla přinést zjištění, co respondenti po absolvování oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích dělají. Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni opět 72 spolupracujícími absolventy, 36 z nich (50%) v dotazníku označilo možnost, že dále studují. Za pracující se označilo 18 se mnou spolupracujících absolventů (25%). 2 respondenti (2,8%) jsou nezaměstnaní a 1 (1,4%) je na mateřské či rodičovské dovolené. 15 respondentů (20,8%) vybralo odpověď, že studují a zároveň pracují. Mnou nabízenou poslední možnost f) jiné, kde mohli respondenti cokoli doplnit, nikdo nezvolil (viz. tabulka č. 4, graf č. 6). Je zřejmé, že většina dále studuje či studuje a pracuje zároveň. To přičítám především tomu, jak jsem již v začátku zmínila, že obor Ochrana veřejného zdraví je mladým studijním oborem. Od dob, kdy obor opustili první absolventi uběhlo teprve pět let. Mnozí se rozhodli ve vysokoškolském studiu dále pokračovat. Od oku 2007 po úspěšném přijímacím řízení mohli pokračovat v navazujícím magisterském oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, nebo mohli pokračovat ve studiu na jiných oborech jiných vysokých škol. To jsem zjišťovala již ve své bakalářské práci.

Otázka **číslo 5** patří do první části dotazníku, která je zaměřena na dotazy k odborné praxi, konkrétně ke stážím na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Pátou otázkou se snažím zjistit, zda opravdu všichni absolvovali povinnou praxi právě na krajských hygienických stanicích a jejich územních

pracovištích. Na tuto otázku mi odpověděl každý z respondentů ano. Druhou nabízenou možnost ne nevybral žádný z nich. Variantu a) ano tedy zvolilo všech 72 spolupracujících absolventů (100%) a b) ne nevybral nikdo (0%) (viz. graf č. 7). Je první ze dvou otázek dotazníku, ve které všichni respondenti odpověděli stejně. Variantu a) ano jsem obohatila o dodatek s prosbou, zda by mi respondenti doplnili, kde tuto povinnou praxi absolvovali. Bohužel ne zcela všichni se vyjádřili. Uváděny byly krajské hygienické stanice a jejich územní pracoviště ve městech: České Budějovice, Liberec, Ústí nad Labem, Brno, Písek, Jindřichův Hradec, Strakonice, Znojmo, Praha, Příbram, Havlíčkův Brod, Chomutov, Český Krumlov, Plzeň, Klatovy, Most, Pelhřimov, Karlovy Vary, Prachatice, Třebíč, Olomouc, Jičín, Jihlava, Hradec Králové, Náchod.

Otázka číslo 6 je druhou a poslední otázkou, kde všichni respondenti odpověděli stejně. Byli dotázáni, zda absolvovali v rámci odborné stáže na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích praxi na všech odborech. Tyto odbory byly v otázce vyjmenovány, tím jsem se snažila předejít nesrovnalostem. Dotazuji se tedy na praxi na odborech hygiena práce, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, hygiena obecná a komunální, hygiena děti a mládeže, odbor protiepidemický. Respondenti na tuto otázku tedy odpovídali následovně. Ze 100% respondentů, kteří jsou představováni 72 spolupracujícími absolventy, odpověděli všichni ano. Možnost a) tedy zvolilo 72 respondentů (100%) a b) nezvolil nikdo (0%) (viz. graf č. 8).

Otázkou číslo 7 zjišťuji, zda se některý z absolventů během studia a zařizování praxe setkal s komplikacemi. Otázkou se tedy snažím dozvědět, zda měl respondent problém se zajištěním praxe na jím zvoleném územním pracovišti. V případě odpovědi ano, jsem požádala o uvedení důvodu těchto problémů. Rovněž jsem nabídla pro inspiraci příklady, jakými by mohly být třeba nedostatky ve smlouvě, neochota vedení KHS, špatná spolupráce s fakultou, nedostatečná kapacita. 100% respondentů pro tuto otázku je tvořeno všemi 72 spolupracujícími absolventy. a) ano odpovědělo 11 z nich (15,3%) a b) ne odpovědělo 61 respondentů (84,7%) (viz. graf č. 9). Tři z těch, co odpověděli ano, popsali problémy se smlouvami. Nedostatky bohužel blíže

nespecifikovali. Jeden respondent uvedl, že byl odmítán účastnit se kontrol v terénu v případech, kdy se mělo cestovat vozem. Protože mu prý chybělo pojištění, o kterém předem nevěděl, že má mít. Řadí tedy tento problém k nedostatkům, kterým šlo zabránit lepší organizací praxí na těchto pracovištích, proto svou připomínku zmínil k této otázce. Čtyři respondenti uvedli, že jimi zvolené pracoviště mělo nedostatečnou kapacitu pro studenty, kteří tam měli zájem praxi vykonat. Dva respondenti napsali do dotazníku, že o ně vůbec nebyl zájem. Potýkali se tedy s neochotou zaměstnanců KHS být na praxi přijati. Jeden z respondentů do dotazníku vepsal, že problém spatřuje ve špatné spolupráci fakulty a KHS. Tento respondent si stěžuje, že na praxi musel nastoupit o měsíc déle, než bylo dohodnuto. A jeho smlouva prý stejně dorazila pouhý den před skutečným nástupem na praxi.

Otázka číslo 8 má za úkol zjistit, pokud měl respondent problém se zajištěním praxe na jím zvoleném pracovišti, jak to dopadlo. 100% soubor je v případě této otázky tvořen 11 respondenty. Jsou to ti, kteří v předchozí otázce odpověděli a) ano. V této osmé otázce možnost a) vykonal/a praxi na žádaném územním pracovišti označili v dotazníku 3 respondenti (27,3%). Variantu b) nastoupil/a na jiné územní pracoviště vybrané KHS uvedli 4 respondenti (36,4%) a c) praxi vykonal/a částečně na požadovaném územním pracovišti a částečně na určeném územním pracovišti uvedli rovněž 4 respondenti (36,4%) (viz. graf č. 10).

Otázku číslo 9 přináší zjištění, zda si absolventi sami mohli zvolit termín praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Na tuto otázku odpovídalo opět všech 72 respondentů. Ti uvedli následující. 50 z nich (69,4%) označilo první z nabízených variant odpovědí, tedy možnost a) ano. Odpověď b) ne vybralo 22 respondentů (30,6%) (viz. graf č. 11). Většina si tedy mohla zvolit sama, kdy na prázdninovou praxi nastoupí. To považuji za dobrou zprávu a pro mnohé velmi důležitou skutečnost. Do dotazníku mi k této otázce pět z těch respondentů, co si termín zvolit nemohli, připsalo, že jim to velmi zkomplikovalo další prázdninové aktivity. Těmi jsou především nejrůznější brigády, které jsou dlouho předem domluvené.

Otázka číslo 10 patří k těm, ve kterých dávám respondentům prostor pro rozsáhlejší vyjádření. Konkrétně se dotazuji, zda mají nějaké připomínky k

samotnému průběhu povinných praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. 100% soubor osob pro tuto otázku je tvořen všemi 72 respondenty. 37 z nich (51,4%) z nabídnutých odpovědí vybralo a) ano a 35 zbylých (48,6%) označilo b) ne (viz. graf č. 12). Mezi připomínkami se neustále opakovaly tyto. Studentům bylo na praxi údajně dáváno za úkol neustálé čtení vyhlášek, zákonů a dalších dokumentů. To hodnotí negativně a zdůrazňují, že ve škole je teorie dost. Na praxi by to tedy mělo probíhat jinak. Letní praxe s sebou pochopitelně přináší i další úskalí v podobě dovolených zaměstnanců. Na pracovištích je tedy zaměstnanců přítomno méně než jindy, zároveň tedy probíhá méně šetření v terénu než v jiných obdobích roku. Na odborech je tím pádem i menší počet lidí, kteří by se studentům mohli věnovat. Alespoň tak to vnímají respondenti. Problém s praxemi během prázdnin vyjádřil i absolvent, který je dnes v pozici zaměstnance KHS a sám řeší umístění stážistů, jejich náplň práce v době probíhajících dovolených. Vyjádřil politování nad tím, že v letních měsících nelze studentům ukázat více. Další častou výtkou k praxím bylo, jak jsem již zmínila, méně práce v terénu, než si studenti představovali či přáli. Ne vždy, při každé možné příležitosti, se prý studenti šetření v terénu účastnili. Tyto tři připomínky byli zmiňovány nejčastěji. Dále se objevily názory, že studentům chyběl celkový přehled o náplni práce na jednotlivých odborech. Údajně se opakovaně setkávali jen s pár úkoly. Někteří z respondentů uvedli, že pociťovali, že byli zaměstnancům na obtíž. To jim bylo nepříjemné. Dále někteří respondenti zmínili, že se na praxi nic nenaučili, praxe tím pádem byla neefektivní. Jednou z připomínek do dotazníku napsaných byla i ta, že studenti neměli žádné průkazy, proto se šetření nemohli účastnit, nepřála-li si to kontrolovaná osoba.

Otázka číslo 11 slouží k získání informací, zda respondenti získali absolvováním odborné praxe nové zkušenosti. Jedenáctá otázka byla položena všem 72 respondentům, ty představují 100%. Odpověď a) ano z nabídky vybralo 25 spolupracujících absolventů (34,7%), b) spíše ano označilo rovněž 25 těchto absolventů (34,7%). 17 respondentů (23,6%) uvedlo c) spíše ne a zbylých 5 (6,9%) označilo d) ne (viz. graf č. 13). Považuji za velmi pozitivní zjištění, že kladné odpovědi, kterými jsou

ano a spíše ano, vybralo téměř 70% respondentů. Považuji to za důkaz, že praxe smysl má.

Otázku číslo 12 jsem se snažila od respondentů zjistit, jestli jim byli zadávány samostatné úkoly. Ze 72 (100%) respondentů odpovědělo a) ano 7 (9,7%), b) spíše ano označilo 11 respondentů (15,3%). Nejvíce ze respondentů vybralo možnost c) spíše ne, těch bylo 35 (48,6%). Variantu d) ne uvedlo 19 ze spolupracujících absolventů (26,4%) (viz. graf č. 14). U této otázky vybralo z nabízených možností záporné odpovědi, kterými myslím ne a spíše ne, 75% respondentů. Do následující věty shrnuji, co mi osm z těchto respondentů do dotazníku připsalo, byť k tomu vyzváni nebyli. Nezadávání samostatných úkolů může být signálem podceňování studentů, nechuť zaměstnanců jim cokoli vysvětlovat či ukazovat a následně to tedy kontrolovat. Myslím si, že by byla vhodná užší spolupráce Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity s vedením Krajských hygienických stanic. Detailnější určení náplně praxí, povinné vedení podrobného denníku by mohlo pomoci.

Otázkou číslo 13 jsem chtěla zjistit, kdo se respondentům během jejich praxe věnoval. Ze 72 respondentů (100%), kterých se tato otázka týká, odpovědělo a) vedoucí odboru 23 z nich (32%). Nejčastější odpovědí bylo b) asistenti/asistentky. Tuto možnost označilo 36 respondentů (50%). Poslední variantu c) jiné vybralo 13 respondentů (18%) (viz. graf č. 15). U možnosti c) jiné jsem požádala o doplnění názoru. Každý z respondentů, který vybral poslední možnost c) jiné doplnil, že se jim ve stejné míře věnovali jak vedoucí tak asistenti či asistentky. Dva z těchto respondentů ještě doplnili, že mezi vedením praxe vedoucími odborů nebo asistenty/kami nebyl žádný rozdíl.

Otázka číslo 14 má za cíl zjistit, jestli se respondenti účastnili šetření v terénu. Ze 72 odpovídajících absolventů (100%) vybralo možnost a) ano nejvíce z respondentů. Bylo jich 52 (72,2%). Možnost b) spíše ano byla vybrána 14 respondenty (19,4%) a c) označilo 6 respondentů (8,3%). Možnost d) ne neoznačil nikdo (0%) (viz. graf č. 16). Ano a spíše ano odpovědělo v součtu přes 91% respondentů a ne neodpověděl nikdo. Je to důkazem, že se studenti na praxi vždy do terénu dostali. Nikdo nebyl držen pouze v kanceláři a všichni tedy měli možnost podívat se, jak kontroly opravdu probíhají. To

si myslím, že je velmi pozitivní zjištění a může být důkazem, že praxe smysl opravdu má.

Otázkou číslo 15 jsem se snažila zjistit, pokud se respondenti ptali na nejasnosti nebo věci, které je zajímali, jestli jim bylo uspokojivě odpovězeno. 57 respondentů (79,2%) z celkového počtu 72 (100%) vybralo odpověď a) ano. Druhou možnost b) spíše ano označilo 13 respondentů (18%) a variantu c) spíše ne uvedli respondenti 2 (2,8%). Varianty d) ne a e) neptal/a jsem se si nevybral nikdo (0%) (viz. graf č. 17). Více než 97% respondentů odpovědělo na tuto otázku pozitivně, tedy ano nebo spíše ano. To si myslím, že má určitou výpovědní hodnotu o průběhu praxí a odbornosti zaměstnanců, kterým jsou studenti svěřováni. To, že je studentům uspokojivě odpovídáno na jejich dotazy, tím pádem se mohou ledacos přiučit, považuji opět za důkaz smysluplnosti praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích.

Cílem **otázky číslo 16** bylo dozvědět se, zda měli respondenti možnost sami navrhnout, co by chtěli od zaměstnanců vědět, ukázat… Nejvíce respondentů na tuto otázku odpovědělo ano, vybralo tedy variantu a) ano. Těch bylo 35 (48,6%). Možnost b) spíše ano označilo 21 odpovídajících respondentů (29,2%). Možnost c) spíše ne označilo 8 respondentů (11,1%). Stejný počet respondentů, tedy 8 (11,1%) označil možnost d) ne (viz. graf č. 18). Téměř 78% respondentů k této otázce kladně vyjádřilo. Dá se tedy vyvozovat, že většina studentů docházejících na praxi se může alespoň někdy sama zapojit do tvorby denní náplně či alespoň navrhnout směrování aktivit k tomu, co je zajímá. To může být pro ně velkým přínosem a zároveň motivací k vyšší aktivitě na praxi.

O**tázka číslo 17** měla za úkol zjistit, jestli se respondenti cítili do kolektivu přijati. Jak se studenti cítí v kolektivu, může být poměrně důležitým aspektem, který je dále motivuje k aktivitě na praxi, touze po zaměstnání na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Jak se student cítí v kolektivu pracovníků, podle mého názoru, může velmi ovlivnit celkový pohled na praxi. Právě proto jsem tuto otázku do dotazníku diplomové práce zařadila. Odpovědělo na ni z celkového počtu 72 respondentů (100%) a) ano 26 z nich (36,1%). Odpověď b) spíše ano byla nejčastěji

vybranou. Zvolilo ji 32 respondentů (44,4%). Variantu c) spíše ne označilo 9 respondentů (12,5%). Odpověď d) ne označilo 5 respondentů (6,9%) (viz. graf č. 19).

Otázkou číslo 18 jsem se snažila zjistit, jaká úroveň vědomostí a dovedností je na praxi od studentů oboru Ochrana veřejného zdraví očekávána. Na tuto otázku odpověděla převážná většina respondentů a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání. Tuto možnost vybralo 53 respondentů (73,6%) z celkového počtu 72 (100%). Odpověď b) přehnané označili 4 respondenti (5,6%). 6 ze spolupracujících absolventů (8,3%) zvolilo možnost c) byl/a jste podceňována. Variantu d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít vybrali 4 respondenti (5,6%). Poslední možnost e) jiné zaškrtlo 5 respondentů (6,9%) (viz. graf č. 20). Jasně nejvíce ze spolupracujících absolventů uvedlo, že od nich byly očekávány vědomosti a dovednosti adekvátní do té doby dosaženému vzdělání. Představa o tom, co je adekvátní, může být samozřejmě do jisté míry subjektivní. Ale pozitivní je, že přes 73% respondentů vnímá vlastně nároky na sebe během praxe jako adekvátní. Přehnané nároky by mohly zapříčinit snižování sebevědomí, pracovní pohody,… Ani podceňování není nikterak vhodné k další motivaci ke vzdělání, práci, samostatným aktivitám, … Poslední z nabízených možností odpovědí e) jiné vybralo, jak jsem již výše uvedla, 5 respondentů. Čtyři z nich výběr této možnosti odpovědi doplnili konstatováním, že od nich nebylo očekáváno naprosto nic. Zbývající jeden spolupracující respondent doplnil do dotazníku, že znalosti měl, ale když viděl, že zaměstnanci dělají vše špatně, dále se nezapojoval.

Kolik hodin studenti v průměru denně na praxi trávili jsem se pokusila zjistit **otázkou číslo 19.** Ze 72 respondentů (100%) uvedl 1 z nich (1,4%), že na praxi trávil hodinu denně. 2 hodiny trávili na odborné praxi na KHS a jejich ÚP 3 respondenti (4,2%). 10 jich (13,9%) trávilo 3 hodiny, 24 respondentů (33,3%) bylo na praxi denně 4 hodiny. 17 spolupracujících absolventů (23,6%) pobývalo na odborech hygieny 5 hodin a 14 těchto absolventů (19,4%) tam bylo 6 hodin. 7 hodin neuvedl nikdo. 8 hodin do dotazníku vepsali 3 respondenti (4,2%) (viz. graf č. 21). Z odpovědí je patrné, že čas který studenti na praxích trávili je velmi individuální. Kromě počtu hodin mi

respondenti do dotazníku ve čtrnácti případech ještě připsali, že to záleželo na odboru. Čas se prý někdy i velmi lišil v souvislosti s vedoucími odborů.

Otázkou číslo 20 se dotazuji absolventů na to, zda na praxi chodili každý den v týdnu. Ze 72 respondentů (100%) označilo 29 z nich (40,3%) možnost a) ano. 43 spolupracujících absolventů (59,7%) vybralo z nabízených odpovědí variantu b) ne (viz. graf č. 22). Z toho vyplývá, že více než polovina respondentů na praxi nemusela docházet denně. Pokud respondent vybral druhou možnost, byl požádán, aby do dotazníku vepsal, kolik dní v týdnu na praxi průměrně strávil. Ze 43 respondentů jich 21 docházelo na odbory hygieny čtyři dny v týdnu. Dalších 14 trávilo na praxi tři dny v týdnu a 6 respondentů mohlo na praxi docházet jen na dva dny v týdnu. Zbylí dva spolupracující absolventi trávili na praxi pouze jeden den.

V otázce číslo 21 mají respondenti označit odbor, na kterém se jim nejvíce líbilo. Možnost a) hygiena práce vybralo ze 72 respondentů (100%) 17 z nich (23,6%). b) hygiena výživy a předmětů běžného užívání vybralo 14 respondentů (19,4%) a c) hygiena obecná a komunální jich zvolilo 7 (9,7%). Předposlední odpověď d) hygiena děti a mládeže vybralo 13 spolupracujících absolventů (18,1%). Poslední z nabízených variant odpovědí e) odbor protiepidemický označilo 21 respondentů (29,2%) (viz. graf č. 23). Jako nejoblíbenější se tedy jeví odbor protiepidemický.

Otázka číslo 22 má za úkol zjistit, zda mají respondenti zájem o práci na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích. Ze 72 respondentů (100%) zvolilo nabízenou možnost a) ano 28 z nich (38,9%). b) spíše ano vybralo 8 respondentů (11,1%). 19 spolupracujících absolventů (26,4%) v dotazníku označilo c) spíše ne. 6 respondentů (6,3%) odpovědělo d) ne. Poslední nabízenou variantu e) již tam pracuji uvedlo 11 respondentů (15,3%) (viz. graf č. 24). Nejčastější odpovědí je, že respondenti mají o práci na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích zájem. Myslím si, že je pozitivním zjištěním, že chtějí nalézt uplatnění v oboru a po studiu hledat pozici na pracovišti, se kterým přišli v rámci povinných odborných praxí do styku.

Otázka číslo 23 měla následující znění. Byla Vám již nabídnuta pracovní pozice na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích? Na tuto

otázku odpovědělo a) ano ze 72 respondentů, kteří představují 100%, 19 z nich (26,4%). Možnost b) ne označilo 53 respondentů (73,6%) (viz. graf č. 25). Ti respondenti, kteří označili možnost a) ano, tedy že jim byla nabídnuta pracovní pozice, byli požádáni o doplnění, o jaké místo jde. Pro upřesnění jsem ještě do dotazníku napsala, jestli je respondent studentem či absolventem i navazujícího magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na ZSF JCU v ČB, aby uvedl, zda nabídka pracovní pozice přišla po absolvování praxe během bakalářského nebo až magisterského studia. Rozhodla jsem se do dotazníku k této konkrétní otázce vložit výše uvedené upřesnění. Aby bylo opravdu jasné, že respondentům byla nabídnuta pracovní pozice již během bakalářského studia a ne až během navazujícího magisterského. Během vyhodnocování dotazníků, jsem zjistila, že toto upřesnění bylo asi zbytečné. Protože nikdo z respondentů, nezdůraznil, že by mu pozice byla nabídnuta až během magisterského studia. Předpokládám tedy, že níže popisované pozice získali či jim byli nabídnuty v souvislosti se studiem a praxí na bakalářském oboru Ochrana veřejného zdraví.

Nyní tedy uvádím, co jsem se vyhodnocením dotazníků od respondentů dozvěděla. Jeden respondent uvedl, že mu byla pozice nabídnuta během bakalářského studia, ale nechtěl toto blíže specifikovat. V Ústí nad Labem bylo nabídnuto místo na odboru hygieny práce dalšímu z respondentů. Tomu bylo toto místo nabídnuto během bakalářského i magisterského oboru. Jeden z respondentů uvedl, že po absolvování bakalářského oboru Ochrana veřejného zdraví, rok pracoval na odboru protiepidemickém hlavního města Prahy. Svou odpověď však doplňuje tím, že s praxí její zisk zaměstnání nesouvisí. Další respondent napsal, že byl rok zaměstnán na pozici asistent/ka protiepidemického odboru a od ledna 2001 je na pozici vedoucí tohoto odboru ve městě Pelhřimov. Další z respondentů do dotazníku vepsal, že o místo na krajské hygienické stanici požádal a následně mu bylo nabídnuto. Jeden respondent uvedl, že již tři a půl roku na KHS pracuje. Nejdříve byl zaměstnán na odboru hygieny obecné a komunální a později na odboru hygieny výživy. Další respondent uvedl, že je referentem státní správy odboru hygieny obecné a komunální. Dalšímu byla nabídnuta po roce od praxe pozice na protiepidemickém oddělení na Vysočině. Pracovní pozici

v Hradci Králové obdržel další z respondentů. Nejdříve byl zaměstnán na odboru hygieny dětí a mládeže, později pak na protiepidemickém. Další z respondentů je zaměstnán v Praze na pozici asistent/ka odboru hygieny obecné a komunální. Tři z respondentů uvedli, že jim bylo místo během studia bakalářského oboru Ochrana veřejného zdraví nabídnuto. Ti se ale rozhodli pokračovat ve studiu navazujícího oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví a během té doby, byla místa zrušena. Poslední z respondentů, který uvedl, jakou pozici se mu podařilo obsadit, uvedl, že byl od roku 2010 referentem hygieny výživy. Nyní prý pracuje jako odborný referent hygieny předmětů běžného užívání. Tento respondent si prý sám podal žádost o zaměstnání, po půl roce byl pozván na pohovor. Při výběrovém řízení prý byla zohledněna praxe a znalost prostředí. Zbylí respondenti pouze možnost a) ano označili a dále se nevyjádřili.

Pomocí **otázky číslo 24** jsem zjišťovala, jestli absolventi na základě vlastní zkušenosti hodnotí práci na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako náročnou. Ze 72 respondentů (100%) označilo možnost a) ano 3 (4,2%) z nich. 29 respondentů (40,3%) do dotazníku vyznačilo možnost b) spíše ano a 32 jich vybralo c) spíše ne (43,1%). Variantu d) ne uvedlo 9 respondentů (12,5%) (viz. graf č. 26). Kladné i záporné hodnocení této otázky je poměrně vyrovnané, jak lze vyčíst z přehledného grafu. Žádný z názorů nepřevažuje výrazně nad ostatními, proto podle mě nelze usuzovat, jestli absolventi práci opravdu vnímají jako náročnou či ne.

Cílem položené **otázky číslo 25** je zjistit, zda absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví na základě vlastní zkušenosti hodnotí absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako kvalitní. Ze 72 respondentů (100%) odpovědělo a) ano 7 z nich (9,7%%). b) spíše ano uvedlo nejvíce respondentů, kterých bylo 38 (52,8%). Variantu c) spíše ne vybralo 21 respondentů (29,2%) a variantu d) ne označilo zbylých 6 (8,3%) (viz. graf č. 27). Z mého výzkumu vyplývá, že více než polovina, přesněji řečeno 62,5% respondentů hodnotí kvalitu praxe pozitivně. Z nabízených odpovědí tedy vybrali ano a spíše ano. Převažují kladné odpovědi nad těmi negativními, za které považuji ne a spíše ne.

S touto otázkou souvisí hypotéza H2: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu 3,389%. Dosažená hladina významnosti je v případě této hypotézy tedy menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 7) Lze tedy tvrdit, že statistickým testem jsem hypotézu potvrdila a absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako kvalitní.

Otázka číslo 26 je položena podobně, jako jsou předchozí dvě, ale je zaměřena na přínos praxe. Tato otázka přesně zní takto. Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako přínosnou? 100% soubor pro tuto otázku tvoří opět 72 respondentů. 22 z nich (30,6%) odpovědělo a) ano a 28 jich (38,9%) označilo b) spíše ano. Variantu c) spíše ne vybralo 16 respondentů (22,2%) a d) ne uvedlo 6 respondentů (8,3%) (viz. graf č. 28). Téměř 70% hodnotí praxi v souvislosti s přínosností kladně.

S touto otázkou souvisí hypotéza H1: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu 0,097%. Dosažená hladina významnosti je v případě této hypotézy tedy menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 5) Lze tedy tvrdit, že se hypotéza potvrdila a absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako přínosnou.

Otázka číslo 27 byla poslední z těch, které patří do první části dotazníku, zabývajících se povinnou odbornou praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Pomocí ní jsem se snažila dozvědět, jestli mají absolventi pocit,

že jimi absolvovaná odborná praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích splnila jejich očekávání. Možnost a) označilo 14 respondentů (19,4%) ze 72 (100%). Nejvíce respondentů vybralo odpověď b) spíše ano, těch bylo 30 (41,7%). 18 spolupracujících absolventů (25%) označilo variantu c) spíše ne a 10 (13,9%) označilo d) ne (viz. graf č. 29). Z vyhodnocených dotazníků jsem se dozvěděla, že více než polovina, přesněji řečeno 61,1%, respondentů na tuto otázku odpovídá kladně. Z nabízených odpovědí tedy vybrali ano a spíše ano. Převaha kladných odpovědí nad těmi negativními, za které považuji ne a spíše ne, není příliš výrazná.

S touto otázkou souvisí hypotéza H3: Praxe splnila očekávání absolventů. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu 5,935%. Dosažená hladina významnosti je větší než hranice 5 %, tudíž nulová hypotéza platí. Zamítám hypotézu alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 9) Lze tedy tvrdit, že tato hypotéza v souvislosti s praxí na KHS a ÚP nebyla potvrzena. Ze statistického hlediska není rozdíl signifikantní, jinými slovy není rozdíl významný. Nelze konstatovat, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví mají pocit, že absolvovaná odborná praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích splnila jejich očekávání.

Otázka číslo 28 je první otázkou náležící do druhé části dotazníku, která je věnována praxi na oddělení pracovního lékařství v Českých Budějovicích. Ti, kteří praxi na oddělení pracovního lékařství neabsolvovali, byli požádáni, aby vyznačili odpověď pouze u této otázky a dále již neodpovídali. 28. otázka zní takto. Absolvoval/a jste během studia oboru Ochrana veřejného zdraví odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství? Ze všech 72 absolventů (100%), kteří se mnou na vyplnění dotazníku spolupracovali, odpovědělo na tuto otázku a) ano 39 z nich (54,2%) a b) ne označilo zbylých 33 (45,8%). (viz. graf č. 30). Ti, kteří praxi na oddělení pracovního lékařství absolvovali, byli požádáni o doplnění časového rozsahu (v týdnech), jaký tato odborná praxe měla. Ze 39 respondentů, kteří tuto praxi absolvovali, jich 7 uvedlo dobu jednoho týdne, 15 jich napsalo 2 týdny a tři týdny poznamenali 4 respondenti. 13

spolupracujících respondentů do dotazníku napsalo, že si dobu strávenou na tomto oddělení nepamatují.

Otázka číslo 29 zjišťuje, zda studenti chodili na praxi každý den v týdnu. Tato otázka se týká 39 respondentů. Ti tedy představují 100%. Jedná se o respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli a) ano. Absolvovali během studia oboru Ochrana veřejného zdraví odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství. Z těchto 39 respondentů označilo možnost a) ano 34 respondentů (87,2%) a b) ne 5 respondentů (12,8%) (viz. graf č. 31). Z toho, že na praxi denně docházela naprostá většina studentů lze usuzovat, že organizace praxe byla kvalitní. Účast studentů byla pravděpodobně důsledně kontrolována a předpokládám, že studenti byli k docházce i motivováni.

Otázkou číslo 30 jsem se pokusila zjistit, zda respondenti získali absolvováním odborné praxe na oddělení pracovního lékařství nové zkušenosti. 39 respondentů přestavuje pro tuto otázku 100% soubor. Možnost a) ano zvolilo 25 z nich (64,1%) a možnost b) spíše ano označilo dalších 9 (23,1%). Variantu c) spíše ne do dotazníku vyznačili 4 respondenti (10,3%) a d) ne 1 respondent (2,6%) (viz. graf č. 32). Překvapila mě velmi výrazná převaha kladných odpovědí. Přes 87% respondentů si z nabídky odpovědí vybralo ty kladné, za které považuji ano a spíše ano. Je tedy téměř nepopiratelné, že praxe na tomto oddělení přinesla studentům nové zkušenosti.

Otázka číslo 31 má od respondentů zjistit, jestli bylo studentům uspokojivě odpovídáno, pokud se ptali na nejasnosti nebo věci, které je zajímali. Ze 39 respondentů (100%) na tuto otázko odpovědělo a) ano 25 (64,1%) a b) spíše ano 13 (33,3%). Variantu c) spíše ne a d) ne nevybral nikdo (0%). Poslední nabídnutou možnost e) neptal/a jsem se si vybral jeden respondent (viz. graf č. 33). Tato otázka má podle mě obrovskou výpovědní hodnotu o kvalitě, fundovanosti a odbornosti osob, které mají studenty na praxi na starost. Varianty odpovědí ne a spíše ne nezvolil totiž žádný z respondentů. A pouze jeden z dotazovaných uvedl, že se neptal.

Cílem o**tázky číslo 32** dotazníku této diplomové práce bylo dozvědět se, jaká úroveň vědomostí a dovedností byla od studentů očekávána. Ze 39 respondentů představujících 100% uvedlo možnost a) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání 35 z nich (89,7%). Nabízenou odpověď b) nevybral nikdo (0%). Třetí možnost c) označili

3 respondenti (7,7%). 1 z respondentů (2,6%) označil v dotazníku možnost d) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít. Poslední z nabízených variant odpovědí e) jiné nevybral nikdo (0%) (viz. graf č. 34). Téměř 90% uvedlo, že očekávány byly adekvátní vědomosti a dovednosti. Což považuji za velmi dobrou výpověď. Jak jsem již popsala u obdobné otázky, která se lišila pouze zaměřením na praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích, přehnané nároky ale i podceňování může mít na studenty negativní vliv.

Otázka číslo 33 se snaží zjistit, zda respondenti hodnotí na základě vlastní zkušenosti absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako kvalitní. 100% soubor respondentů pro tuto otázku tvoří 39 spolupracujících absolventů. 17 z nich (43,6%) z nabízených odpovědí vybralo a) ano a 19 (48,7%) b) spíše ano. Možnost c) spíše ne zvolili 2 respondenti (5,1%) a 1 respondent (2,6%) zvolil variantu d) ne (viz. graf č. 35). Z toho, že 92% respondentů z nabídky vybralo odpovědi ano a spíše ano, lze usuzovat, že praxe na tomto oddělení je opravdu kvalitní. Nebo ji za kvalitní alespoň absolventi považují.

S touto otázkou souvisí hypotéza H2: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu menší než 0,1%. Dosažená hladina významnosti je v případě této hypotézy tedy menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 8) Lze tedy tvrdit, že se hypotéza potvrdila a absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako kvalitní.

Otázkou číslo 34 jsem se snažila zjistit, zda respondenti na základě vlastní zkušenosti hodnotí absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako přínosnou. Z 39 respondentů (100%) označilo odpověď a) ano 15 z nich (38,5%). Možnost b) spíše ano uvedlo 19 respondentů (48,7%) a možnost c) spíše ne vybrali 4 respondenti (10,3%). Poslední nabízenou variantu odpovědí d) ne vybral 1 respondent

(2,6%) (viz. graf č. 36). Přes 87% vybralo z nabízených možností kladné odpovědi. To je výrazná převaha nad záporně laděnými odpověďmi.

S touto otázkou souvisí hypotéza H1: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu menší než 0,1%. Dosažená hladina významnosti je v případě této hypotézy tedy menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 6) Lze tedy tvrdit, že se hypotéza byla potvrzena a absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví na základě vlastní zkušenosti hodnotí absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako přínosnou.

Otázka číslo 35 měla za cíl zjistit, jestli mají respondenti pocit, že jimi absolvovaná odborná praxe na oddělení pracovního lékařství splnila jejich očekávání. Nejvíce respondentů odpovědělo na tuto otázku a) ano. Bylo jich 18 (46,2%) z 39 (100%). 17 respondentů (43,6%) označilo v dotazníku možnost b) spíše ano a 3 respondenti (7,7%) vyznačili odpověď c) spíše ne. Poslední nabízenou možnost vybral 1 respondent (2,6%) (viz. graf č. 37). Téměř 90% respondentů si z nabídky odpovědí vybralo ano a spíše. Shodli se, že praxe jejich očekávání splnila. Jen 10% spolupracujících absolventů si vybralo ze záporných odpovědí. Praxe jejich očekávání tedy spíše nesplnila či nesplnila.

S touto otázkou souvisí hypotéza H3: Praxe splnila očekávání absolventů. Platnost hypotéz byla testována pomocí chí kvadrát testu. Nulová hypotéza zní, že odpovědi jsou stejně zastoupeny. Alternativní hypotéza zní, že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. Vypočítala jsem, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu menší než 0,1%. Dosažená hladina významnosti je v případě této hypotézy tedy menší než hranice 5 %, tudíž nulovou hypotézu zamítám. Platí hypotéza alternativní, tedy že odpovědi nejsou stejně zastoupeny. (viz. tabulka č. 10) Lze tedy tvrdit, že se tato hypotéza byla potvrzena. Absolvovaná odborná praxe na oddělení pracovního lékařství tedy splnila jejich očekávání.

Zda absolventi považují za vhodné v rámci studia oboru Ochrana veřejného zdraví absolvovat praxi na oddělení pracovního lékařství jsem zjišťovala **otázkou číslo 36.** 24 respondentů (61,5%) z 39 (100%) odpovědělo a) ano. b) spíše ano označilo v dotazníku 9 respondentů (23,1%). Možnost c) spíše ne vybralo z nabízených odpovědí 5 respondentů (12,8%) a možnost d) ne označil 1 ze spolupracujících absolventů (2,6%) (viz. graf č. 38). Na tuto poslední otázku týkající se praxe na oddělení pracovního lékařství využilo kladných odpovědí spíše ano a ano téměř 85% respondentů. Opět tedy výrazně pozitivní hodnocení, nepopiratelná většina absolventů, kteří se mnou na výzkumu spolupracuje se shodla na vhodnosti této praxe v rámci studia oboru Ochrana veřejného zdraví.

V otázkách týkajících se praxe na pracovním lékařství velmi výrazně převažují kladné odpovědi. Z takto pozitivních ohlasů, je zřejmé, že tato stáž měla pro studenty smysl a sami studenti ji brali za dobrou zkušenost přinášející mnoho pozitivního. A troufám si tvrdit, že byli spokojeni. O to více je mi líto, že tato stáž nebyla dopřána všem absolventům. Byla bych velmi ráda, aby výsledky tohoto výzkumu přiměli vedení fakulty a zaměstnance oddělení pracovního lékařství k aktivitám vedoucím ke znovuobnovení těchto praxí. Do několika dotazníků mi dokonce respondenti připsali, aniž by k tomu byli vyzváni, že stáž na tomto oddělení je bavila a cení si, že viděli mnoho vyšetření, přístrojů,… o kterých měli do té doby jen určité teoretické povědomí. Údajně byl čas strávený na praxi oddělení pracovního lékařství v Českých Budějovicích velmi efektivně organizován. Studenti nebyli nuceni ke čtení teorie, zákonů, vyhlášek jako se tomu mnohdy dělo v rámci praxí na KHS a ÚP.

Třetí část dotazníku začínající **otázku číslo 37** se věnuje další praxi, odborné praxi v poradnách a exkurzím. 37. otázka zní následovně. Absolvoval/a jste povinnou praxi během studia oboru Ochrana veřejného zdraví ještě na jiném pracovišti než na oddělení pracovního lékařství, na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích a v poradnách? Tato otázka se opět týká všech respondentů. 72 spolupracujících absolventů oboru Ochrana veřejného zdraví představuje 100 % soubor. 24 z nich (33,3%) odpovědělo a) ano. Druhou nabízenou možnost odpovědí b) ne označilo 33 respondentů (45,8%). c) nevzpomínám si vybralo 15 respondentů (20,8%)

(viz. graf č. 39). Rozhodla jsem se tuto otázku do dotazníku zařadit, protože jsem se od starších kolegů dozvídala, že oni praxi v poradnách neabsolvovali. Zajímalo mě tedy, na kterém jiném pracovišti absolvovali odborné stáže, nebo jestli jim kromě praxe na KHS a ÚP a oddělení pracovního lékařství v Českých Budějovicích nebyla jiná praxe umožněna. Jen pro upřesnění podotýkám, že stáží na zmiňovaném oddělení pracovního lékařství si rovněž všichni studenti neprošli (viz. graf č. 30). Ty respondenti, kteří označili a) ano, jsem poprosila o doplnění informace, kde a po dobu kolika týdnů jejich praxe trvala. Dva respondenti uvedli, že dva týdny strávil na Zdravotním ústavu v Českých Budějovicích. Dva respondenti napsali, že stážovali jeden týden v poradně životního stylu. Jeden uvedl, že strávil pouhý jeden den v poradně zdravého životního stylu. Další tři spolupracující absolventi do dotazníku poznamenali, že byli po dobu jednoho týdne na Zdravotním ústavu v Českých Budějovicích. Jeden respondent popsal, že měl trávit týden v poradně zdravého životního stylu, ale praxe se vůbec nekonala. Poslední se sdílných respondentů uvedl, že jeho praxe proběhla na Zdravotním ústavu v Hradci Králové, kam prý spadalo pracovní lékařství, fyziologie a psychologie práce. Nyní jsem popsala vše, co mi respondenti uvedli, podrobnější informace mi neposkytli. Zbylí se k praxi bohužel vůbec nevyjádřili.

Během vyhodnocování výzkumu jsem došla k tomu, že opravdu všichni studenti neabsolvovali praxi na stejných pracovištích. A že ne vždy byli schopni přesně určit kde a jakou dobu měli pobývat. V jednotlivých ročnících se ale jistě povinné stáže lišily a stalo se tak, že studenti jednotlivých ročníků neabsolvovali povinnou stáž na pracovišti, kam docházeli starší kolegové a naopak. Jediné, co je všem, za celou historii tohoto oboru společné, je absolvování praxí na KHS a ÚP. Tím si prošli naprosto všichni. Rozhodla jsem se proto požádat studijní oddělení o informace, který ročník si jakými praxemi prošel a o jejich časovou dotaci. Abych tento výzkum mohla objektivně okomentovat a nespoléhat se pouze na to, že si respondenti správně vzpomněli. Chtěla jsem tedy jejich výpovědi porovnat s realitou. Studijní oddělení těmito informacemi nedisponuje. Pomohla mi MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D. Od ní jsem zjistila, že praxe studentů oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích vypadají následovně. Takto by tedy měly vypadat.

V prvním ročníku studenti absolvují tři týdny na odboru Protiepidemickém a tři týdny na odboru Hygieny obecné a komunální. Ve druhém ročníku si studenti projdou tří týdenní praxí na odboru Hygieny práce a pracovního lékařství, dále stráví dva týdny na odboru Hygieny výživy a předmětů běžného užívání a jeden týden mají určen pro praxi na odboru Hygieny dětí a mladistvých. Ve třetím ročníku tohoto oboru je náplní povinné praxe poradenství. Do rozpadu Zdravotních ústavů zajišťovali tyto praxe jejich pracovníci. Po rozpadu Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity pružně reagovala a studentům umožnila absolvování praxí v poradnách: HIV/AIDS, odvykání kouření, zdravého životního stylu, poradna drogových závislostí. Každou z těchto problematik se studenti zabývali týden.

Pro doplnění a především pro zajímavost jsem se rozhodla ještě podotknout, že studenti navazujícího magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví si prošli praxemi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích. Na každém z odborů strávili po jednom týdnu.

Otázka číslo 38 má v dotazníku následující podobu. Pokud jste se zúčastnil/a stáže v níže jmenovaných poradnách, prosím uveďte, kolik týdnů trvala vaše odborná praxe v jednotlivých poradnách Na tuto otázku ze 72 respondentů (100%) odpovědělo a) ano 34 z nich (47,2%). Nabízenou možnost b) ne uvedlo 32 spolupracujících absolventů (44,4%). Poslední možnost c) nevzpomíná si označili 6 respondenti (8,3%) (viz. graf č. 40). Ti co uvedli, že praxi v poradnách absolvovali, se naprosto všichni shodli na časovém intervalu. Vždy ke každé poradně doplnili dobu jednoho týdne. Respondenti, kteří uvedli, že si na účast v poradnách nepamatují, již na následující otázky neodpovídali.

39. otázka patří k těm, které nenabízejí možnosti odpovědí. Ale vyzývají k vlastnímu slovnímu hodnocení. Pomocí této 39. jsem chtěla zjistit názory absolventů na praxi v poradnách. Konkrétně žádám o uvedení, ve které z poraden respondentům přišlo absolvování praxe jako přínosné a proč. Tato otázka je určena 34 respondentům, kteří v předchozí otázce označili možnost ano. Poradnu zdravého životního stylu označilo za nejpřínosnější 7 respondentů. Bohužel se nikdo z těchto respondentů dále nezmínil o tom, proč právě uvedli tuto poradnu. Poradnu HIV/AIDS do dotazníku

připsalo 5 respondentů. V případě této poradny 2 z respondentů chválili nácvik předtestovacího a potestovacího poradenství a přípravu preventivních materiálů. Zkoušeli si tedy různé modelové situace komunikace s klienty a nácvik řešení nejrůznějších situací. Jeden z respondentů chválil možnost získání certifikátu na program „Hrou proti AIDS“ a samozřejmě samotnou účast na tomto programu. Zbylí se blíže nevyjádřili. V poradně odvykání kouření se nejvíce líbilo a za nejpřínosnější tamější stáž považují 3 ze spolupracujících absolventů. Dva z nich chválili návštěvu skutečné ordinace a účast na skutečném jednání s klienty. Zbývající neuvedl důvod, proč poradnu odvykání kouření označil za nejpřínosnější. 14 respondentů doplnilo do dotazníku poradnu drogových závislostí. Tato poradna se setkala s největším úspěchem. Respondenti se neustále opakovali a uváděli následující. Chválili skvělou organizaci exkurzí pod vedením Mgr. at Mgr. Havlíka. Na exkurzích se prý studentům dostalo nevšedních a nezapomenutelných zážitků. Oceňují setkání se skutečnými klienty, možnost konfrontace s nimi, nahlédnutí do nejrůznějších zařízení a zisk spousty informací například o fungování těchto center. 5 absolventů poznačilo k této otázce, že se jim líbilo v každé z poraden. Proto nemohou rozhodnout, která byla nejpřínosnější. Prý se v každé událo něco zajímavého. Studenti se prý dozvídali nové informace, zajímavosti, měli k dispozici nejrůznější materiály. Dostalo se jim prý všude praktických poznatků a byli jim vedoucími poraden předány zkušenosti z praxe.

K **otázce číslo 40** se bohužel vyjádřilo pouze 29 ze 34 respondentů. 17 spolupracujících absolventů do dotazníku na otázku, ve které z poraden jim přišlo absolvování praxe zbytečné a proč, uvedlo, že žádná ze stáží nebyla zbytečná. Vždy se něco nového dozvěděli, viděli či vyzkoušeli. 7 respondentů se jako o zbytečné vyjádřili o poradně odvykání kouření. Jeden z nich popsal, že praxe neprobíhala v nějakých zvláštních prostorách a nebylo využíváno ani žádných zvláštních pomůcek. Ostatní se podrobněji nevyjádřili. Zbylých 5 respondentů označilo za zbytečnou praxi v poradně HIV/AIDS. Vítky se týkali vždy toho, že praxe probíhala pouze formou přednášek a teoretických nácviků. Se skutečnými klienty studenti prý do styku nepřišli.

Otázkou číslo 41 jsem vyzvala respondenty k uvedení jakýchkoli připomínek k průběhu odborných praxí vykonaných v poradnách. Do závorky jsem pro příklad

uvedla - náplň, časová dotace, organizace, odbornost vedoucích poraden. Připomínky se rozhodlo do dotazníku poznamenat 18 respondentů. Nyní vypíši jejich komentáře. Dva respondenti uvedli, že praxe v poradnách byla příliš dlouhá. Další tři zmínili, že se jim praxe zdála naopak příliš krátká. Jeden z respondentů zmínil, že studenti nemají dostatečnou znalost psychologie a pedagogiky, aby mohli tyto poradny v rámci praxe navštěvovat. Dva absolventi ocenili, že se jim vůbec někdo byl ochoten věnovat. Tři z respondentů do dotazníku napsali, že si od těchto stáží slibovali více. Během týdne, který měli v konkrétní poradně strávit, odpadlo obvykle pár dní. Stalo se tedy i to, že v určité poradně trávili třeba jen dva dny. Jeden respondent uvedl, nespokojenost s umělým tvořením poraden jen pro účely výuky. Další připomínkou tří absolventů je, že byli často klienty odmítáni a nemohli se tak sezení účastnit. Zmíněna byla dvakrát i pochvala za odborné vedení a ochotu přijímat studenty v kontaktním a doléčovacím centru pro drogově závislé v Českých Budějovicích, kterým je Občanské sdružení Háječek. Jeden z respondentů poznamenal nespokojenost s celkovou organizací těchto praxí. Údajně se stalo, že byli studenti vysláni do poradny odvykání kouření v den, kdy byla uzavřena.

Otázkou číslo 42 jsem chtěla zjistit jaké exkurze studenti během studia oboru Ochrana veřejného zdraví podnikli. Přišlo mi vhodné ptát se na exkurze proběhlé v rámci studia. Chtěla jsem sepsat, kam všude mají možnost se studenti podívat. Mohlo být to být například i motivací pro zájemce o studium či námětem pro současné i budoucí studenty, kam všude se s trochou snahy mohou dostat. Tato otázka byla směřována všem 72 respondentům. Pouze jeden z dotazovaných uvedl, že žádnou exkurzi nepodnikl. Ostatní zmiňovali následující místa. Jen pro upřesnění, s cílem vyhnout se nesrovnalostem, upozorňuji, že názvy míst, firem,…které studenti uvedli, pojmenovávám tak, jak mi bylo do dotazníku napsáno. Nelze mi tedy o soupis celých a naprosto přesných názvů pracovišť, organizací, oblastí… Jde mi o výčet podniknutých exkurzí, tak aby bylo zřejmé, kam studenti vyrazili nebo alespoň měli možnost vyrazit. Nyní tedy uvádím výčet: oddělení patologie nemocnice v Českých Budějovicích, pitevna fakultní nemocnice na Vinohradech, oddělení psychiatrie nemocnice České Budějovice, rehabilitační oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, oddělení

pracovního lékařství (České Budějovice), pracoviště testování chemických zbraní, biochemická laboratoř, FN Plzeň – prohlídka laboratoří, Zdravotní ústav v Českých Budějovicích, zdravá školka, SÚJB, terapeutická komunita Karlov, psychiatrická léčebna Červený dvůr, kontaktní centrum pro drogově závislé v Českých Budějovicích, BOSCH, galvanovna, vodárna, úpravna vod Plav, kolaudace objektu, lakovna, truhlárna, čistička odpadních vod, menza, pivovar, slévárna, pracoviště pro učně, zinkovna, Temelín, papírny Větřní, ČEVAK, tiskárny v Českých Budějovicích, Pekast pekárna, jídelna základní školy, slatě (v rámci předmětu genofond).

Otázka číslo 43 je poslední, ke které je ve 4. kapitole výsledky zpracován graf. Pomocí jí jsem se tázala, zda byla pro studenty oboru Ochrana veřejného zdraví připravena nějaká speciální přednáška nad rámec výuky, seminář či školení. Na tuto otázku odpovědělo ze 72 respondentů (100%) a) ano 26 z nich (36,1%). Možnost b) ne uvedlo 10 respondentů (13,9%) a poslední variantu c) nevzpomínám si označilo 36 spolupracujících absolventů (50%) (viz. graf č. 43).

Těm, co v otázce číslo 43 odpověděli a) ano, jsem určila další doplňující **otázku číslo 44.** Jejím účelem bylo, dozvědět se, která aktivita byla pro respondenty zajímavá a doporučili by ji zopakovat pro současné a budoucí studenty. Respondenti uváděli následující: přednáška od paní z Namibie o zkušenostech s HIV/AIDS, projekt prevence přenosu pohlavních chorob a HIV/AIDS, přednášky na téma syndrom CAN, přednášky na téma eutanazie, přednášky o zkušenostech ze zahraničních stáží, vědomostní soutěž studentů a seniorů, přednáška dopravní policie o prevenci úrazů, přednáška na téma život v Jihoafrické republice se studentkou ZSF JCU z JAR, přednáška o kořenových čistírnách odpadních vod. Byla bych velmi ráda, aby tyto postřehy bralo vedení fakulty alespoň jako inspiraci a při vhodné příležitosti se pokusilo podobné aktivity znovu realizovat.

V poslední **otázce číslo 45** jsem respondentům dala prostor pro vyjádření jakýchkoli připomínek k průběhu praxí, odborných aktivit i výuce. Takovýto výzkum kromě mě zatím nikdo nerealizoval. Kromě mé bakalářské práce nikdo dosud neoslovoval komplexně všechny absolventy a nežádal je o komentáře, připomínky, náměty… Protože není příliš mnoho příležitostí pro výměnu názorů a návrhů mezi

fakultou a studenty či absolventy, domnívám se, že by mohla mít má práce jistý přínos. Může být vzácnou zpětnou vazbou a posloužit tak ke zkvalitnění výuky a povinné odborné praxe. Nyní tedy zprostředkovávám poznámky, které mi do dotazníku respondenti vepsali. Nejčastější připomínkou bylo, aby se povinná odborná praxe přesunula z prázdnin do některého ze semestrů. Důvody proč jsou již popsány v této kapitole diskuze u otázky číslo 10. Respondenti uváděli, že byla do výuky často zařazována spousta nepotřebných předmětů na úkor těch odborných. Ty by respondenti uvítali mnohem více a považovali by je za přínosné jak pro praxi tak pro další zaměstnání. Větší zastoupení odborných předmětů ve studijním plánu by prý bylo velmi vhodné, potřebné a užitečné. Respondenti si kromě neodborného zaměření předmětů stěžovali i na jejich velký počet. Další výtkou je malá časová dotace cizích jazyků a neodbornost či neprofesionální jednání vyučujících. Respondenti doporučují do výuky zařadit seznamování se s projektovou dokumentací, základy jejího posuzování,… Respondenti by také uvítali možnost účasti na různých terapeutických kurzech a školeních a získání pedagogického minima. V jednom z dotazníku se objevilo i doporučení, aby vznikl samostatný předmět pro důkladné procvičení správního řádu. A dále aby se zavedl předmět, kde by se studenti více dozvěděli o organizaci veřejné správy, o tom co spadá do kompetence KHS, a co už patří Státní veterinární správě, Inspekci životního prostředí, ČOI a dalším institucím.

6 Závěr

Obor Ochrana veřejného zdraví je na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích je stále ještě poměrně novým oborem, který je možné studovat od roku 2003. Tento bakalářský studijní program úspěšně ukončilo do dnešní doby 125 studentů. 72 z nich se semnou rozhodlo spolupracovat na výzkumu. Ti mi tedy vyplnili a zaslali zpět dotazník. Ve své diplomové práci jsem se snažila monitorovat názory absolventů na kvalitu a přínosnost odborné praxe v rámci oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. To jsem si stanovila jako hlavní cíl. 72 respondentů, které se mi pro můj výzkum podařilo přesvědčit ke spolupráci, je vzorek, který není sice příliš velký. Ale vzhledem k tomu, že do současné doby tento obor úspěšně absolvovalo pouze 125 osob, jak jsem již zmínila, je podle mého názoru tento výzkum velmi zajímavý a přínosný. Sloužit může jak pro uchazeče o studium, kterým může tato má diplomová práce může pomoci se blíže seznámit s oborem, tak pro studenty tohoto oboru a také pro zaměstnance fakulty. Do současné doby totiž bohužel neexistuje jakákoli literatura, která by zkoumala tuto problematiku. Z tohoto důvodu nemohu bohužel s nikým své poznatky porovnat a tím pádem nemohu své výsledky ani nijak konfrontovat, ale o to cennější bude, doufám, můj výzkum.

Rozhodla jsem se tedy neomezovat se ve svém dotazníku pouze na otázky směřované k potvrzení či vyvrácení hypotéz. Snažila jsem se o získání komplexnějšího pohledu na všechny odborné praxe, kterými si studenti během studia prošli. V dotazníku, na který respondenti odpovídali, byly použity typy otázek otevřené, uzavřené, polouzavřené. Použitím všech těchto typů otázek jsem se snažila dosáhnout co nejpřesnějších a konkrétních odpovědí. To jsem považovala za velmi důležité. A troufám si říci, že se mi to vyplatilo. Dostalo se mi mnoho velmi konkrétních a zajímavých připomínek, námětů, postřehů, názorů absolventů. Vše je detailně popsáno v kapitole „Výsledky“. Monitorování názorů na celý průběh praxí na jednotlivých pracovištích se mi tedy podařilo. Dotazník byl široce zaměřen na různé problematiky stáží. Pokusila jsem se zaměřit na organizační stránku, docházku, odbornost vedení praxí, spokojenost…. Takže tento výzkum podává poměrně ucelenou výpověď o praxích na tomto oboru.

Ve své diplomové práci jsem se proto rozhodla vytvořit následující tři hypotézy. H1: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou; H2: Absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní; H3: Praxe splnila očekávání absolventů.

V případě těchto hypotéz jsem byla nucena shrnutí rozdělit do dílčích částí. Studenti totiž praxi absolvovali na více pracovištích a tak jsem jim dala možnost vyjádřit se ke každému zvlášť. Potvrzení či vyvrácení hypotéz jsem se rozhodla hodnotit jen u praxí na KHS a ÚP a na oddělení pracovního lékařství. Zde se mi dostalo odpovědí od všech respondentů, kterých se tyto praxe týkali. Na přínosnost, kvalitu a splnění očekávání v souvislosti s ostatními praxemi (poradny) mi bohužel všichni respondenti dostatečně neodpověděli, proto jsem nemohla považovat jejich výpovědi za validní. Platnost všech hypotéz jsem testovala stejně a to pomocí chí kvadrát testu. Hraniční hladinu významnosti pro platnost nulové hypotézy jsem si stanovila na 5%.

Ze 72 respondentů, kteří tvoří 100%, v případě praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích, odpovědělo téměř 70% respondentů, že hodnotí praxi v souvislosti s přínosností kladně. Vybrali tedy z nabízených odpovědí ano nebo spíše ano. K praxi na oddělení pracovního lékařství se respondenti kladně vyjádřili ve více než 87%. Ze 39 respondentů představujících 100% označilo tedy kladné odpovědi přes 87% respondentů. To je výrazná převaha nad záporně laděnými odpověďmi. Proto si dovoluji tvrdit, že první hypotéza byla potvrzena a lze tedy konstatovat, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako přínosnou.

Ze mého výzkumu na 72 respondentech (100%), kteří se účastnili praxí na krajských hygienických stanicích, vyplývá, že 62,5% respondentů hodnotí kvalitu praxe pozitivně. Z nabízených odpovědí tedy vybrali ano a spíše ano. 39 respondentů (100%), se na základě získaných zkušeností absolvováním odborné praxe na oddělení pracovního lékařství, vyjádřilo ke kvalitě této praxe následovně. 92% respondentů z nabídky vybralo odpovědí ano a spíše ano. Zde je převaha kladného hodnocení jasná a lze usuzovat, že praxe na tomto oddělení je opravdu kvalitní. Nebo ji za kvalitní alespoň absolventi považují. I v případě druhé hypotézy si dovoluji tvrdit, že byla potvrzena. Je

tedy možné konstatovat, že absolventi oboru Ochrana veřejného zdraví hodnotí odbornou praxi jako kvalitní.

Třetí hypotézu H3: Praxe splnila očekávání absolventů, jsem v případě praxí na KHS a ÚP nepotvrdila a nelze tedy konstatovat, že tato praxe splnila očekávání absolventů. K tomuto závěru jsem došla na základě vyhodnocení výzkumu, kdy mi sice 61,1% respondentů uvedlo, že na základě vlastních zkušeností hodnotí praxi na KHS a ÚP tak, že splnila nebo spíše splnila jejich očekávání. Vypočítala jsem však, že dosažená hladina významnosti p má hodnotu 5,935%. Dosažená hladina významnosti je tím pádem větší než hranice 5 % a ze statistického hlediska pak není rozdíl signifikantní. Jinými slovy není rozdíl významný.

Co se týká oddělení pracovního lékařství v Českých Budějovicích, zde byla převaha kladného hodnocení velmi výrazná. Ze 39 respondentů (100%) se jich téměř 90% shodlo, že praxe jejich očekávání splnila či spíše splnila. V případě praxí na oddělení pracovního lékařství byla třetí hypotéza potvrzena a lze tedy říci, že odborná praxe zde splnila očekávání absolventů.

Myslím si, že by bylo rozhodně zajímavé, provést podobný výzkum o oboru Ochrana veřejného zdraví ještě někdy v budoucnu po dalším nárůstu počtu absolventů. Soubor respondentů by tak byl rozsáhlejší a výsledky by tak mohly být validnějšími. Bylo by jistě zajímavé provést obdobný výzkum také u magisterského navazujícího programu Odborný asistent v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Byla bych velmi ráda, aby výsledky tohoto výzkumu byly pro vedení fakulty a další zaměstnance inspirací, konstruktivní kritikou a zdrojem námětů ke zlepšování nejen povinných odborných praxí, ale i výuky. V neposlední řadě doufám, že mnou zpracovaný výzkum bude i vzácnou zpětnou vazbou a že, kladné ohlasy na kteroukoli ze zkoumaných oblastí poslouží jako pochvala a zadostiučinění pro všechny interní i externí zaměstnance, kteří se o existenci tohoto oboru zasloužili. Výsledky výzkumu mohou být také například prezentovány v publikacích Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a dále mohou být využity při vzdělávání pedagogů a přednášejících na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na

Zdravotně sociální fakultě. Posloužit by tento výzkum mohl být například i jako podklad pro reakreditaci oboru.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDĚL, Michal ; BENEŠ, Petr. *Výživa nemocných v těžkých stavech : Parenterální výživa*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví : 3. doplněné vydání, 1999. 101 s. ISBN 80-7013-277-9.
2. BARTLOVÁ, Eliška. *Poradny zdravého životního stylu : Odvykání kouření*. Praha : Státní zdravotní ústav, Národní program zdraví, 1997. 25 s.
3. BAUMRUK, J., et al. *Analýza rizik při práci : Příručka pro zaměstnavatele*. 2. doplněné vydání. Praha, Státní zdravotní ústav : Fortuna, 2001. 135 s. ISBN 80-7071-183-3.
4. BORNÍK, Miroslav. *Drogy : Co bychom o nich měli vědět*. 1. vydání. Praha : Themis, pro odbor prevence kriminality MV, 2001. 31 s. ISBN 80-85821-98-2.
5. BRHEL, Petr, et al. *Pracovní lékařství : Základy primární pracovnělékařské péče*. 1. vydání. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 338 s. ISBN 80-7013-414-3.
6. COMBY, Bruno. *Jak se zbavit závislosti na tabáku : Praktický a účinný rádce, jak konečně přestat s kouřením*. Praha : Pragma, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7349-077-5.
7. ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví : Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. DRTIL, Jiří. *Aktuální drogové závislosti*. 1. vydání. Praha 1 : Aviceum, zdravotnické nakladatelství, 1978. 96 s. 08-067-78.
9. FAIERAJZLOVÁ, Věra, et al. *Státní zdravotní ústav* [online]. SZÚ Praha : 2010 [cit. 2010-11-10]. Oddělení hygieny dětí a mladistvých. Dostupné z WWW: <http://www.szu.cz/oddeleni-hygieny-deti-a-mladistvych>.
10. FRAŇKOVÁ, Slávka; DVOŘÁKŮ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
11. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční poradna : Praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

12. GUNAROVÁ, Simona. *Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem* [online]. Ústí nad Labem : 2010 [cit. 2010-12-04]. Odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání. Dostupné z WWW: <http://www.khsusti.cz/php/odb/odbhv.htm>
13. GÖPFERTOVÁ, Dana, et al. *Epidemiologie : Průvodce epidemiologickou metodou*. 1. vydání. Praha : Triton, 1999. 224 s. ISBN 80-7254-037-8.
14. GÖPFERTOVÁ, Dana; PAZDIORA, Petr; DÁŇOVÁ, Jana. *Epidemiologie infekčních nemocí : Učebnice pro lékařské fakulty*. 2. dotisk 1. vydání. Praha : Karolinum, 2005. 230 s. ISBN 80-246-0452-3.
15. HEINIGE, Vratislav. *Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje se sídlem v Českých Budějovicích* [online]. 12.3.2007 [cit. 2010-12-14]. Hygiena obecná a komunální - HOK. Dostupné z WWW: <http://www.khscb.cz/view.php?nazevclanku=hygiena-obecna-a-komunalni-hok&cisloclanku=2007030001>.
16. ILLES, Tom. *Děti a drogy : Fakta, informace, prevence*. Druhé, upravené vydání. Praha 6 : ISV nakladatelství, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1
17. JANDA, František, et al. *Hygiena dětí a dorostu : Učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Praha 1 : Aviceum, zdravotnické nakladatelství, 1981. 260 s. ISBN 08-039-81.
18. JANÍK, Alojz; DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. 1. vydání. Praha 1 : Aviceum, zdravotnické nakladatelství, 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.
19. JHA, Prabhat; CHALOUPKA, Frank J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii : Vlády a ekonomika kontroly tabáku*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, 2004. 117 s. ISBN 80-7071-234-1.
20. JIŘÍČEK, Pavel. *Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě* [online]. Ostrava : 2007 [cit. 2010-10-26]. Odbor hygieny obecné a komunální. Dostupné z WWW: http://www.khsova.cz/01_aktuality/hok.php

21. KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup*. 1. vydání. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
22. KLEINWÄCHTEROVÁ, Hana; ZMÁTLOVÁ, Hana. *Výživová potřeba člověka*. 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988. 57 s. Tirážní znak 57-877-88.
23. Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy : otázky a odpovědi*. 1. vydání. Praha 8 : Portál, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
24. KOZÁK, Jiří T., et al. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
25. KRÁLÍKOVÁ, Eva, et al. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno : Česká kardiologická společnost, Medica Healthworld a.s., 2006. 22 s. ISBN 80-239-7362-2
26. KRÁLÍKOVÁ, Eva; KOZÁK, Jiří T. *Jak přestat kouřit*. Praha 4 : Maxdorf, 1997. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
27. KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 1. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
28. KYNYCHOVÁ, Hanka; KRUNTORÁDOVÁ, Petra. *Tajemství životního stylu 2 : aneb tvůj osobní trenér a rádce*. 1. vydání. Praha : Propolis, 2007. 199 s. ISBN 978-80-903818-3-9.
29. LANDOVÁ, Jitka. *KHS KV* [online]. 2010 [cit. 2010-12-14]. Krajská hygienická stanice Karlovarského kraje se sídlem v Karlových Varech. Dostupné z WWW: <http://www.khskv.cz/>.
30. MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
31. MACHOVÁ, Jitka; MARÁDOVÁ, Eva; KLEMENTA, Josef. *Výchova ke zdravému životnímu stylu : Základy sexuální výchovy*. Praha : Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.

32. MACHOVÁ, Jitka; MARÁDOVÁ, Eva; KLEMENTA, Josef. *Výchova ke zdravému životnímu stylu : Základy sexuální výchovy*. Praha : Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
33. MASÁR, Oto; NOVOTNÝ, Jozef. *Vybrané kapitoly z problematiky starostlivosti o toxikomanov*. 1. vydání. [s.l.] : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 51 s. ISBN 80-7040-702-6.
34. MIKULOVÁ, Olga. *Stavebnictví, úspory energií, technická zařízení budov* [online]. 5.8.2004 [cit. 2010-12-20]. Tzb-info. Dostupné z WWW: <http://www.tzb-info.cz/2085-nove-usporadani-organu-verejneho-zdravi-dane-zakonem-c-258-2000-sb-o-ochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>. ISSN 1801-4399.
35. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha : MŠMT, 1998, 2010 [cit. 2010-11-16]. Zákon č. 111/1998 Sb., O VYSOKÝCH ŠKOLÁCH A O ZMĚNĚ A DOPLNĚNÍ DALŠÍCH ZÁKONŮ (ZÁKON O VYSOKÝCH ŠKOLÁCH). Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/uplne-zneni-zakona-c-111-1998-sb-o-vysokych-skolach-text-se-zapracovanymi-novelami>.
36. NAUŠ, Antonín. *Vybrané kapitoly ze sociálního a pracovního lékařství*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2000. 184 s. ISBN 80-7040-410-8.
37. NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy : děvčata a kluci spolu mluví o závislostech*. 1. vydání. Praha : Portál, 1994. 125 s. ISBN 80-7178-023-5.
38. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
39. NOVÁK, Miroslav, et al. *O kouření*. 1. vydání. Praha 1 : Aviceum, zdravotnické nakladatelství, 1980. 162 s. 08-060-80.
40. PAZDEROVÁ - VEJLUPKOVÁ, Jana. *Profesor Jaroslav Teisinger a historie českého pracovního lékařství*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. 360 s. ISBN 80-7262-339-7.

41. PODSTATOVÁ, Hana. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1.
42. PODSTATOVÁ, Hana. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vydání. Praha : Galén, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0.
43. PRESTON, Andrew. *Drogy na předpis II. : Vše o metadonu*. Olomouc : Votobia, 1999. 166 s. ISBN 80-7198-383-7.
44. PROVAZNÍK, Kamil, et al. *Manuál prevence v lékařské praxi : I. Prevence poruch nemocí*. 2. vydání. Státní zdravotní ústav Praha v rámci Programu podpory a obnovy zdraví : Fortuna, 1994. 144 s. ISBN 80-7168-387-6.
45. PROVAZNÍK, Kamil; KOMÁREK, Lumír. *Manuál prevence v lékařské praxi : IX. Hodnocení zdravotního stavu, přístupy klinické epidemiologie*. 1. vydání. Státní zdravotní ústav Praha v rámci Národního programu zdraví : Fortuna, 2001. 64 s. ISBN 80-7071-194-9.
46. PROVAZNÍK, Kamil; KOMÁREK, Lumír; CIKRT, Miroslav. *Manuál prevence v lékařské praxi : V. Prevence nepříznivého působení faktorů pracovního prostředí a pracovních procesů*. 2. dotisk 1. vydání. Státní zdravotní ústav Praha v rámci Národního programu zdraví : Fortuna, 2000. 144 s. ISBN 80-7071-066-7.
47. PROVAZNÍK, Kamil; KOMÁREK, Lumír; PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Manuál prevence v lékařské praxi : VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vydání. Státní zdravotní ústav Praha v rámci Národního programu zdraví : Fortuna, 1998. 142 s. ISBN 80-7071-108-6.
48. ROZSYPAL, Hanuš. *AIDS : Klinický obraz a léčba*. Praha 4 : Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
49. SOVINOVÁ, Hana; CSÉMY, Ladislav. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vydání. Praha 10 : Státní zdravotní ústav, 2003. 94 s. ISBN 80-7071-230-9.
50. STRÁNSKÝ, Miroslav; RYŠAVÁ, Lydie. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : [s.n.], 2010. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.

51. SVOBODA, Jaroslav. *Imunologie v klinické praxi I : HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. 1. vydání. Praha 2 : Marvil, 1996. 435 s.
52. ŠEDIVÁ, Viera. *Kategorizace prací* [online]. ZÚ Praha : 2009 [cit. 2010-12-01]. Zdravotní ústav . Dostupné z WWW: < http://www.zupraha.cz/cs/Kategorizace-praci-30.htm >.
53. ŠEJDA, Jan. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. 1. vydání. Ministerstvo zdravotnictví : Galén, 1993. 267 s. ISBN 80-85047-14-4 (Ministerstvozdravotnictví) ISBN 80-85824-02-7 (Galén)
54. ŠEJDA, Jan; AUGUSTIN, Jan. *Stručný výkladový slovník nejdůležitějších pojmů v epidemiologii*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : [s.n.], 2004. 28 s. ISBN 80-7040-701-8.
55. ŠLAISOVÁ, Jiřina. *Výuka předmětu Potraviny a výživa užitím ICT* [online]. 2010 [cit. 2010-12-16]. Hygieny, ekologická výroba. Dostupné z WWW: <http://www.vladahadrava.xf.cz/hygiena.html>.
56. ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Drogy : Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha : Policejní akademie České republiky, 2005. 115 s. ISBN 80-7251-186-6.
57. ŠTIKAR, Jiří, et al. *Psychologie ve světě práce*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
58. ŠVEC, František. *Obecná a komunální hygiena I.*. 2. přepracované. Brno : Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1990. 229 s. ISBN 80-7013-061-X.
59. ŠVEC, František. *Obecná a komunální hygiena II.*. 2. přepracované. Brno : Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1990. 270 s. ISBN 80-7013-062-8.
60. TOMIN, Július. *Ako prestat fajčit*. 1. vydání. Banská Bystrica : Vydavatelstvo Osveta, 1990. 104 s. ISBN 80-217-0109-9.

61. TÓTHOVÁ, Valerie. *Akademický rok 2008/2009*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : [s.n.], 2008. 428 s.
62. TUČEK, Milan; CIKRT, Miroslav; PELCOVÁ, Daniela. *Pracovní lékařství pro praxi : Příručka s doporučenými standardy*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 328 s. ISBN 80-247-0927-9.
63. VELEMÍNSKÝ, Miloš; DOSKOČIL, Ondřej. *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta*[online]. 2010 [cit. 2010-12-03]. Statut zdravotně sociální fakulty. Dostupné z WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/fakulta>.
64. VELIKOVSKÝ, Zdeněk. *Vybraná témata z hygieny životního prostředí*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : [s.n.], 2007. 186 s. ISBN 978-80-7040-945-9.
65. VELIKOVSKÝ, Zdeněk; ŘEPOVÁ, Radmila. *Metody dozoru*. 1. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 93 s. ISBN 978-80-7040-943-5.
66. VERSTER, Annette; BUNNING, Ernst. *Buprenorfin : Rozbor kritických otázek*. 1. vydání. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti : Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.
67. VURM, Vladimír, et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha : Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
68. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha : Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
69. ŽALOUDÍKOVÁ, Iva, et al. *Normální je nekouřit : 5. díl, Program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. 1. vydání. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická a Lékařská fakulta, 2009. 104 s. ISBN 978-80-210-5021-1.
70. ŽALOUDÍKOVÁ, Iva; HRUBÁ, Drahoslava. *Normální je nekouřit : 1. díl*. 2. doplněné vydání. Brno : Paido, 2006. 71 s. ISBN 80-7315-135-9.
71. ŽALOUDÍKOVÁ, Iva; HRUBÁ, Drahoslava. *Normální je nekouřit : II. díl*. 2. doplněné vydání. Brno : Paido, 2007. 93 s. ISBN 978-80-7315-152-2.

8 Klíčová slova

Obor Ochrana veřejného zdraví

Odbor hygieny dětí a mladistvých

Odbor hygieny obecné a komunální

Odbor hygieny práce

Odbor hygieny výživy a předmětů běžného užívání

Odbor protiepidemický

Pracovní lékařství

9 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Přínos odborné praxe pro absolventy oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Dobrý den,
jmenuji se Lenka Hartmanová. Jsem studentkou 2. ročníku oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás prostřednictvím tohoto dotazníku požádat o spolupráci a zjistit Vaše postoje a názory ke zvolenému tématu. Výsledek bude uveden pouze v mé diplomové práci. Dotazník je **anonymní**. Není-li u otázky určeno jinak, vyznačte prosím pouze jednu odpověď, popřípadě odpověď doplňte.

Předem děkuji za spolupráci!

1) Věk: …..

2) Pohlaví: … Muž … Žena

3) Obor Ochrana veřejného zdraví – bakalářské studium jste studoval/a v letech:……..…….....

4) Po absolvování oboru Ochrana veřejného zdraví - bakalářské studium na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích:

a) dále studuji
b) pracuji
c) jsem nezaměstnaný/á
d) jsem na mateřské či rodičovské dovolené
e) studuji a zároveň pracuji
f) jiné (prosím napište)

...…….....

2. část dotazníku je věnovaná praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích

5) Absolvoval/a jsem povinnou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích:

c) ano

(doplňte prosím, kde jste absolvoval/a tuto povinnou praxi)
……
……

b) ne

6) Absolvoval/a jste v rámci odborné stáže na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích praxi na všech odborech (hygiena práce, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, hygiena obecná a komunální, hygiena děti a mládeže, odbor protiepidemický)?

a) ano
b) ne (doplňte prosím, na kterých odborech jste praxi neabsolvoval/a a proč)
……
……

7) Měl/a jste problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti?

a) ano

Pokud jste měl/a problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti, uveďte z jakého důvodu: (nedostatky ve smlouvě, neochota vedení KHS, špatná spolupráce s fakultou, nedostatečná kapacita…)

……
……

b) ne

8) Pokud jste měl/a problém se zajištěním praxe na Vámi zvoleném územním pracovišti, nakonec jste:

d) vykonal/a praxi na žádaném územním pracovišti
e) nastoupil/a na jiné územní pracoviště vybrané KHS
f) praxi vykonal/a částečně na požadovaném územním pracovišti a částečně na určeném územním pracovišti

9) Mohl/a jste si sám/sama zvolit termín praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích?

a) ano

b) ne

10) Máte nějaké připomínky k samotnému průběhu povinných praxí na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích?

a) ano (prosím doplňte)
……
……
b) ne

11) Získal/a jste absolvováním odborné praxe nové zkušenosti?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

12) Byly Vám zadávány samostatné úkoly?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

13) Věnoval/a se Vám během Vaší praxe spíše:

d) vedoucí odboru
e) asistenti/asistentky
f) jiné (prosím doplňte)
……
……

14) Účastnil/a jste se šetření v terénu?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

15) Pokud jste se ptal/a na nejasnosti nebo věci, které Vás zajímali, bylo Vám uspokojivě odpovězeno?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne

d) ne
e) neptal/a jsem se

16) Měl/a jste možnost sám/sama navrhnout, co byste chtěla od zaměstnanců vědět, ukázat…?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

17) Cítil/a jste se do kolektivu přijat/a?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

18) Byly od Vás očekávány vědomosti a dovednosti:

f) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání
g) přehnané
h) byl/a jste podceňována
i) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít
j) jiné (prosím doplňte)……

19) Prosím uveďte, kolik hodin jste v průměru denně na praxi trávil/a?
…….....

20) Chodila jste na praxi každý den v týdnu?

c) ano
d) ne (uveďte, kolik dní v týdnu jste na praxi průměrně trávil/a)
…….....

21) Na kterém z odborů se Vám nejvíce líbilo?

f) hygiena práce
g) hygiena výživy a předmětů běžného užívání
h) hygiena obecná a komunální
i) hygiena děti a mládeže
j) odbor protiepidemický

22) Máte zájem o práci na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne
e) již tam pracuji

23) Byla Vám již nabídnuta pracovní pozice na některé z krajských hygienických stanic a jejich územních pracovištích?

c) ano

(prosím doplňte, o jaké místo jde)

……
……

(V případě, že jste student či absolvent oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na ZSF JCU v ČB uveďte, zda nabídka pracovní pozice přišla po absolvování praxe během bakalářského nebo až magisterského studia)

d) ne

24) Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte práci na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako náročnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

25) Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako kvalitní:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

26) Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích jako přínosnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

27) Máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích splnila Vaše očekávání?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Část 2. je věnována praxi na oddělení pracovního lékařství (pokud jste zde praxi neabsolvoval/a, vyplňte prosím pouze otázku číslo 28)

28) Absolvoval/a jste během studia oboru Ochrana veřejného zdraví odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství?

a) ano

Pokud ano, doplňte prosím, jaký časový rozsah tato odborná praxe měla (v týdnech).

……

b) ne

29) Chodila jste na praxi každý den v týdnu?

a) ano
b) ne (uveďte, kolik dní v týdnu jste na praxi průměrně trávil/a)
……..….....

30) Získal/a jste absolvováním odborné praxe nové zkušenosti?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

31) Pokud jste se ptal/a na nejasnosti nebo věci, které Vás zajímali, bylo Vám uspokojivě odpovězeno?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne
e) neptal/a jsem se

32) Byly od Vás očekávány vědomosti a dovednosti:

f) adekvátní Vašemu dosavadnímu vzdělání
g) přehnané
h) byl/a jste podceňována
i) adekvátní, ale vy jste ty znalosti a dovednosti neměl/a či nedokázal/a použít
j) jiné (prosím doplňte)
……...

33) Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako kvalitní:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

34) Na základě vlastní zkušenosti hodnotíte absolvovanou odbornou praxi na oddělení pracovního lékařství jako přínosnou:

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

35) Máte pocit, že Vámi absolvovaná odborná praxe na oddělení pracovního lékařství splnila Vaše očekávání?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

36) Považujete za vhodné v rámci studia oboru Ochrana veřejného zdraví absolvovat praxi na oddělení pracovního lékařství?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Část 3. je věnována další praxi, odborné praxi v poradnách a exkurzím

37) Absolvoval/a jste povinnou praxi během studia oboru Ochrana veřejného zdraví ještě na jiném pracovišti než na oddělení pracovního lékařství, na krajských hygienických stanicích a jejich územních pracovištích a v poradnách?

a) ano (doplňte prosím - kde a po dobu kolika týdnů)
…….....
b) ne
c) nevzpomínám si

38) Pokud jste se zúčastnil/a stáže v níže jmenovaných poradnách, prosím uveďte, kolik týdnů trvala vaše odborná praxe v jednotlivých poradnách:

a) ano, účastnil/a jsem se praxe v těchto poradnách

- poradna zdravého životního stylu
  ……
- poradna HAIV/AIDS
  ……...
- poradna odvykání kouření
  ……
- poradna drogových závislostí
  ……...

b) ne, neúčastnil/a jsem se praxe v těchto poradnách
c) nevzpomínám si

39) Prosím uveďte, ve které z poraden Vám přišlo absolvování praxe jako přínosné a proč?
……
……
……

40) Prosím uveďte, ve které z poraden Vám přišlo absolvování praxe jako zbytečné a proč?
……
……
……

41) Zde prosím uveďte jakékoli připomínky k průběhu odborných praxí vykonaných v poradnách. (náplň, časová dotace, organizace, odbornost vedoucích poraden,...)
……
……
……

42) Napište prosím, které exkurze jste v rámci studia podnikl/a:
……
……

43) Byla během studia oboru Ochrana veřejného zdraví připravena nějaká speciální přednáška nad rámec výuky, seminář či školení?

a) ano
b) ne
c) nevzpomínám si

44) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, která aktivita byla zajímavá a doporučil/a byste ji zopakovat pro současné a budoucí studenty.
……
……

45) Pokud máte jakékoli připomínky k průběhu praxí, odborných aktivit i výuce, zde je můžete zmínit.
……
…...……
……...……