

INSTITUT PRO STUDIUM ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU
LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM

LÉKAŘI ČESKÉ REPUBLIKY 2014

*REPREZENTATIVNÍ SOCIOLOGICKÝ VÝZKUM NÁZORŮ A POSTOJŮ
LÉKAŘŮ K OTÁZKÁM ZDRAVOTNICTVÍ A K PROBLEMATICE ZDRAVÍ*

ČÁST: POSTOJE LÉKAŘŮ ČR K POSTGRADUÁLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

ZPRÁVA O PRŮBĚHU VÝZKUMU

URČENO: INSTITUTU POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
VE ZDRAVOTNICTVÍ

UPOZORNĚNÍ: ÚDAJE OBSAŽENÉ V TÉTO ZPRÁVĚ JSOU MAJETKEM
INSTITUTU POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE
ZDRAVOTNICTVÍ A LZE JE VYUŽÍVAT POUZE S JEHO
SOUHLASEM.

© INSTITUT PRO STUDIUM ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU

PRAHA, PROSINEC 2014

O B S A H

A. VSTUPNÍ INFORMACE	3
1. ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU	3
2. ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU	4
3. VÝBĚROVÝ SOUBOR A JEHO REPREZENTATIVITA	4
4. METODIKA VÝZKUMU	7
5. RESPONDENCE A NON-RESPONDENCE	7
6. PŘÍPRAVA DATOVÉHO SOUBORU A ZPRACOVÁNÍ DAT	9
B. VÝSLEDKY	10
1. NÁZORY LÉKAŘŮ NA SOUČASNOU ÚROVEŇ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	10
2. NÁZORY LÉKAŘŮ NA OPTIMÁLNÍ MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	16
3. NÁZORY LÉKAŘŮ NA MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, POSKYTOVANÉHO INSTITUTEM POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	19
4. NÁZORY LÉKAŘŮ NA MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, POSKYTOVANÉHO JEDNOTLIVÝMI LÉKAŘSKÝMI FAKULTAMI V REGIONECH	21
C. ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ	23
PŘEHLED TABULEK	25
PŘEHLED GRAFŮ	25

A. VSTUPNÍ INFORMACE

1. ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU

Výzkum názorů a postojů lékařů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví má charakter omnibusu a je prováděn pravidelně od roku 1995. Jeho předmětem jsou 2 základní okruhy otázek:

- problematika zdravotnictví v České republice, názory na jeho vývoj a současný stav;
- specifické otázky týkající se výkonu léčebné a preventivní péče ve vztahu k lidskému zdraví.

První skupina otázek, týkajících se problematiky zdravotnictví, se v průběhu opakované realizace výzkumu (od roku 1995) relativně nemění a vývoj názorů v této oblasti lze dlouhodobě porovnávat. Informace získané na základě jejich vyhodnocení lze volně využívat s uvedením pramene.

Druhá skupina tzv. specifických otázek se týká problematiky zdraví, zdravého životního stylu, postojů lékařů k těmto oblastem a jejich názorů na nejrůznější problémy, spjaté se zdravím a zdravým životním stylem. Vzhledem k tomu, že výzkum má charakter omnibusu, jsou tyto otázky zařazovány aktuálně na základě požadavků jednotlivých účastníků výzkumu a poznatky získané na základě jejich vyhodnocení jsou majetkem těchto účastníků. Nelze je proto využívat bez jejich souhlasu. ***Do této skupiny patří i předkládaná zpráva, týkající se postojů lékařů ČR k postgraduálnímu vzdělávání, která byla zpracována pro potřeby Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.***

2. ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU

Výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září - října 2014. Jeho oponování proběhlo počátkem listopadu 2014 a předvýzkum sloužící k ověření instrumentů a znění jednotlivých otázek byl realizován na výběrovém souboru 168 respondentů (lékařů) v období od 10. 11. do 17. 11. 2014.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 20. listopadu do 6. prosince 2014. Shromáždění tazatelských archů, jejich optická a logická kontrola a vkládání dat do počítače proběhlo do 12. prosince 2014, do 31. prosince 2014 bylo uskutečněno vyvážení dat, jejich základní matematicko – statistická analýza, zpracování frekvenčních a vybraných kontingenčních tabulek a provedena základní interpretace dat včetně zpracování a oponování signální zprávy.

3. VÝBĚROVÝ SOUBOR A JEHO REPREZENTATIVITA

Do výběrového souboru bylo zařazeno celkem 1200 lékařů z celé České republiky vybraných náhodným výběrem pomoci kvót. Jejich složení z hlediska jednotlivých sociodemografických znaků bylo voleno tak, aby odpovídalo struktuře základního souboru lékařů České republiky. Parametry výběrového souboru byly konstruovány na základě údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky při Ministerstvu zdravotnictví ČR platných k 31. prosinci 2012.

Tabulka č. 1 – Složení výběrového souboru lékařů dle pohlaví

	A	%	ODCHYLKA
MUŽŮ	546	45,5	-0,1
ŽEN	654	54,5	+0,1

Z hlediska pohlaví bylo do výběrového souboru zařazeno 546 (45,5%) mužů a 654 (54,5%) žen. Ze srovnání se základním souborem vyplývá, že odchylka od struktury základního souboru činí 0,1%. Lze proto konstatovat, že **výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví.**

Tabulka č. 2 – Složení výběrového souboru lékařů z dle věku

	A	%	ODCHYLKA
do 29 let	117	9,7	0,0
30 - 39 let	229	19,1	0,0
40 - 49 let	283	23,6	0,0
50 - 59 let	320	26,7	+0,1
nad 60 let	251	20,9	-0,1

Rovněž struktura výběrového souboru činných lékařů z hlediska věku odpovídá parametrům základního souboru a jeho odchylka nepřesahuje 0,1 %. To znamená, že **výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska věku.**

Tabulka č. 3 – Složení výběrového souboru lékařů dle způsobu výkonu lékařské profese

	A	%
SOUKROMÍ	615	51,2
OSTATNÍ	617	50,6

Výběrový soubor činných lékařů se z hlediska způsobu výkonu lékařské profese skládal ze soukromých lékařů – 615 (51,2 %) a lékařů – zaměstnanců ambulantních zařízení, malých, středních a velkých (zpravidla fakultních) nemocnic a ostatních léčebně – preventivních zařízení – 617 (50,6%). Součet relativních četností převyšuje 100 % (101,8%), neboť 22 lékařů uvedlo, že pracují jako zaměstnanci a mají též soukromou praxi. Z tohoto důvodu a z důvodu nedostatku věrohodných statistických údajů o počtech soukromých lékařů a lékařů zaměstnanců nebyl tento údaj stanoven jako ukazatel reprezentativnosti.

Dalším ze sledovaných znaků byl region působení lékaře, odpovídající jednotlivým krajům dle administrativního členění platného od 1. 1. 2001.

Tabulka č. 4 – Složení výběrového souboru lékařů dle krajů

	A	%	ODCHYLKA
PRAHA	241	20,1	-0,1
STŘEDOČESKÝ	108	9,0	+0,2
JIHOČESKÝ	67	5,6	-0,1
PLZEŇSKÝ	68	5,7	0,0
KARLOVARSKÝ	34	2,8	0,0
ÚSTECKÝ	75	6,2	0,0
LIBERECKÝ	41	3,4	-0,1
KRÁLOVÉHRADECKÝ	66	5,5	+0,1
PARDUBICKÝ	51	4,2	-0,1
VYSOČINA	48	4,0	+0,1
JIHOMORAVSKÝ	145	12,1	-0,1
OLOMOUCKÝ	74	6,2	0,0
ZLÍNSKÝ	56	4,7	0,0
MORAVSKOSLEZSKÝ	126	10,5	+0,1

Při konstruování výběrového souboru bylo rovněž přihlíženo k regionu působení na úrovni krajů. V rámci výzkumu byli osloveni lékaři ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje 0,2%. **Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska jednotlivých krajů. Celkově lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví, věku a regionu.**

V rámci výzkumu byl sledován rovněž lékařský obor. Do výzkumu nebyli zařazeni zubní lékaři vzhledem ke specifčnosti svého zaměření. Výběrový soubor byl tvořen 3 základními skupinami lékařů z hlediska oboru – praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost a lékaři ostatních oborů (lékaři specialisté). Lékařský obor nebyl zahrnut do ukazatelů reprezentativnosti.

Tabulka č. 5 – Složení výběrového souboru dle lékařského oboru

	A	%
PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ	340	28,3
PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST	210	17,5
OSTATNÍ LÉKAŘSKÉ OBORY	650	54,2

4. METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů, zpracovaných zadavatelem a Institutem pro studium zdraví a životního stylu. Jejich konečná podoba byla stanovena na základě připomínek oponentů a po realizaci předvýzkumu. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face).

Sběr dat zabezpečil tazatelský aktiv Institutu pro studium zdraví a životního stylu. Do výzkumu bylo zapojeno 240 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni.

Optickou, logickou kontrolu, kódování a vkládání dat do počítače a jejich interpretaci prováděli pracovníci Institutu pro studium zdraví a životního stylu.

5. RESPONSE A NON-RESPONSE

V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 1668 náhodně vybraných lékařů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví, podmínkám výkonu lékařské profese, k otázkám léků a lékové politiky a zdravého způsobu života pacientů. Rozhovor odmítlo poskytnout 468 lékařů, t.j. 28,1% všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1200 lékařů, t.j. 71,9% oslovených. Vlastní interpretace dat je tak prováděna na základě odpovědí 1200 lékařů.

Struktura odmítnutí rozhovoru z hlediska pohlaví a věku je patrná z následující tabulky:

Tabulka č. 6 – Odmítnutí účasti ve výzkumu dle pohlaví a věku

	<i>MUŽI</i>			<i>ŽENY</i>			<i>CELKEM</i>		
	<i>OSL.</i>	<i>ODM.</i>	<i>%</i>	<i>OSL.</i>	<i>ODM.</i>	<i>%</i>	<i>OSL.</i>	<i>ODM.</i>	<i>%</i>
do 29 let	51	11	21,6	101	24	23,8	152	35	23,0
30 – 39 let	148	39	26,4	156	36	23,1	304	75	24,7
40 – 49 let	195	68	34,9	210	54	25,7	405	122	30,1
50 – 59 let	215	69	32,1	236	62	26,3	451	131	29,0
nad 60 let	177	53	29,9	179	52	29,1	356	105	29,5
CELKEM	786	240	30,5	882	228	25,9	1668	468	28,1

Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska pohlaví signalizuje větší ochotu zapojit se do výzkumu u lékařek - žen. Podíl jednotlivých kategorií dle pohlaví i věku napovídá, že ochotněji se do výzkumu zapojila věková skupina do 29 let a věková skupina 30 – 39 let, tedy mladší lékaři (z hlediska porovnání s jejich podílem ve výběrovém souboru).

Celkově lze konstatovat, že míra odmítnutí účasti ve výzkumu je pro cílovou skupinu lékařů přiměřená, ve srovnání s mírou odmítnutí v předchozích letech je mírně vyšší. Větší míře odmítnutí zabránila speciální příprava tazatelů, zaměřená na způsob navázání kontaktu, vyvolání důvěry respondenta a způsob komunikace s cílem získat lékaře pro účast ve výzkumu, která proběhla v rámci instruktáží.

Z hlediska důvodů byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (uvedlo 52,5% respondentů). Druhou nejčastější příčinou byl nezájem o účast či lhostejnost k výzkumu, nedůvěra k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu (23,1%), 10,0% respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí skutečnost, že dotazník je příliš dlouhý a otázky velmi náročné, 4,4 %

oslovených se výzkumů zásadně neúčastní, dalších 4,4% považuje podobné výzkumy za zbytečné, 1,9 % dotázaných projevilo obavy ze zneužití a 0,6% respondentů požadovalo za rozhovor finanční odměnu, zbývajících 3,1% příčinu odmítnutí neuvedlo.

6. PŘÍPRAVA DATOVÉHO SOUBORU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Použitá výzkumná metodika zahrnovala u vybraných znaků několik úrovní filtrace během rozhovoru. Pochopitelně zde vznikl problém dvou typů chybějících údajů - za prvé tzv. strukturálních missingů, to jsou případy, kdy údaj chybí, protože otázka nebyla položena na základě podmínky filtru, za druhé tzv. pravých missingů, kdy otázka měla být položena a nebyla nebo byla položena a nebyla zodpovězena - takovýchto chybějících údajů nebylo mnoho, nicméně se vždy v dotazových šetřeních vyskytují. Vzhledem k tomu, že pro matematicko-statistické analýzy je potřeba definovat chybějící nebo nevalidní údaje jako jednu hodnotu, je třeba sloučit oba typy missingů. Vlastní analýzy pak bude potřebné provádět na základě validních hodnot každého znaku.

Mezi použitými položkami jsou spojitě znaky. Logicky pak bude potřeba provést řadu transformací na datovém souboru, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout. V důsledku zmíněné transformace se změní charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých většinou na intervalové či kategoriální.

B. VÝSLEDKY

V rámci výzkumu byly prostřednictvím reprezentativního sociologického šetření zjišťovány názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání i způsob jeho řízení a organizování. Lékaři vyjadřovali svá stanoviska k centrálnímu zabezpečování specializačního vzdělávání Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví na straně jedné a k decentralizovanému specializačnímu vzdělávání, organizovanému jednotlivými lékařskými fakultami na straně druhé. Zjišťovány byly přednosti i nedostatky obou modelů z pohledu lékařů i jejich spokojenost se současným stavem.

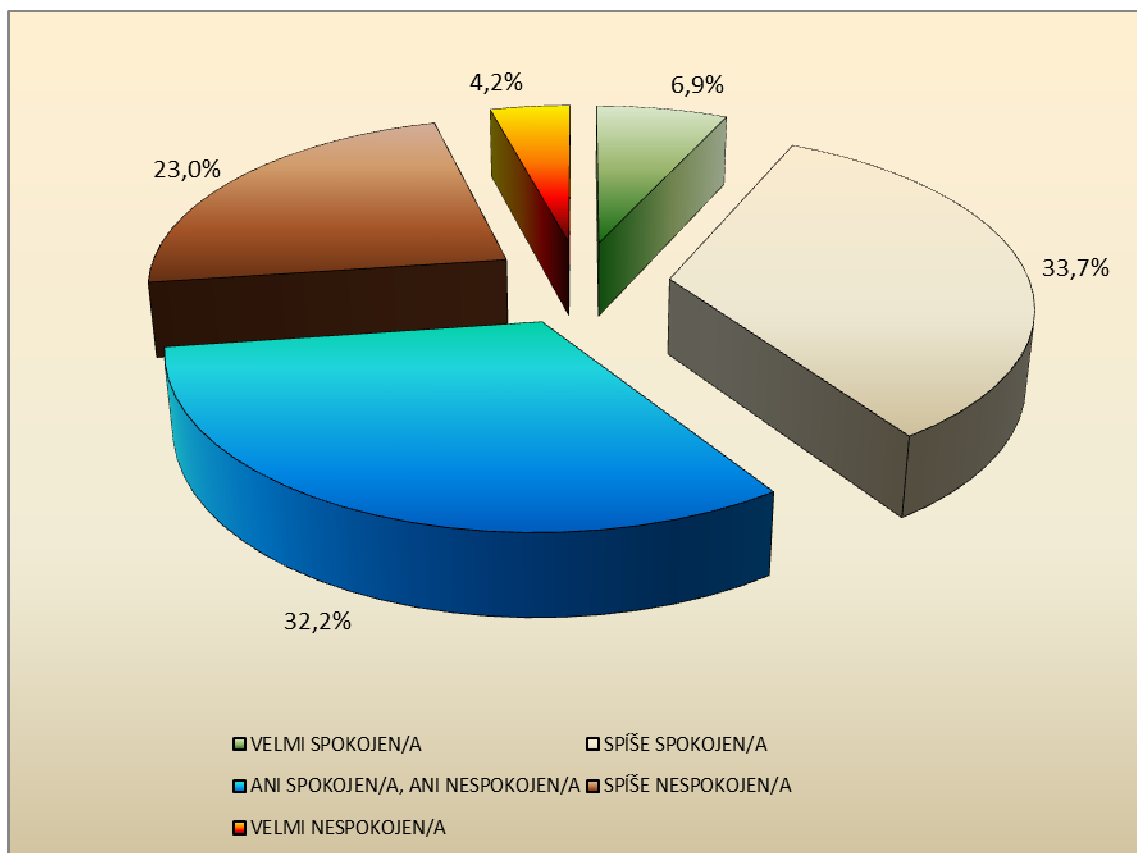
1. NÁZORY LÉKAŘŮ NA SOUČASNOU ÚROVEŇ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Výsledky výzkumu opravňují ke konstatování, že u lékařů ČR převládá spokojenost se současnou úrovní specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v ČR. Částečnou nebo úplnou spokojenost (suma odpovědí „velmi spokojen“ a „spíše spokojen“) vyjádřilo 40,6% lékařů, neutrální stanovisko („ani spokojen, ani nespokojen“) zvolilo 32,2% dotázaných a částečnou nebo úplnou nespokojenost (suma odpovědí „spíše nespokojen“ a „úplně nespokojen“) vyjádřilo zbývajících 27,2% respondentů z řad lékařů ČR.

Lze konstatovat, že u lékařů České republiky převažuje v současném období spokojenost s úrovní specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v podobě, ve které je v současné době zabezpečováno.

Statisticky významné souvislosti mezi sledovanými znaky byly testovány prostřednictvím testu Chí kvadrát dobré shody (Pearson Chi-Square - χ^2). Testování bylo prováděno pro hladinu významnosti $\alpha < 0,05$, $\alpha < 0,001$ a $\alpha < 0,001$. Zvláštní pozornost byla věnována vazbám mezi sledovanými sociodemografickými znaky a znaky, vyjadřujícími postoje lékařů).

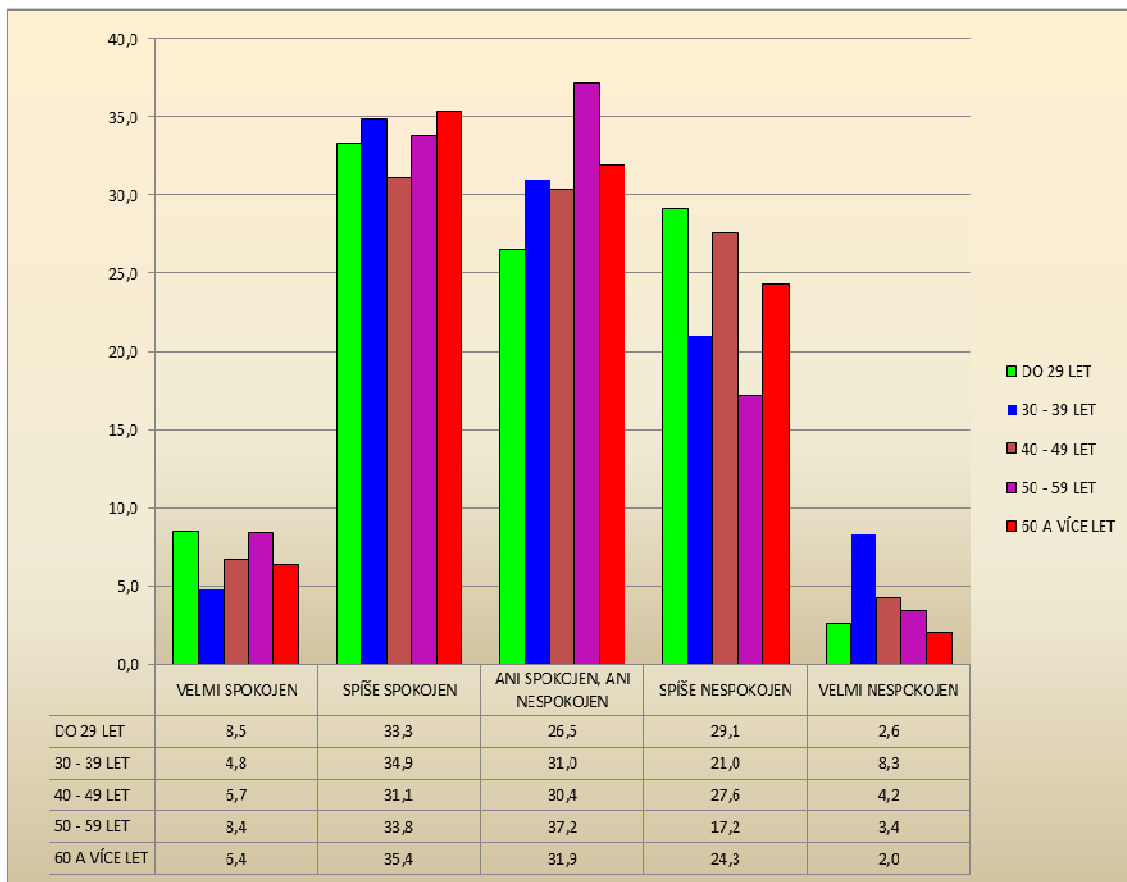
Graf č. 1 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání **N = 1200**



Nebyly identifikovány statisticky významné vazby mezi pohlavím lékaře a hodnocením současné úrovně specializačního vzdělávání v ČR. Znamená to, že stanoviska lékařů – mužů a lékařek – žen se statisticky významně neliší a názory těchto skupin jsou podobné. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle pohlaví hodnotu 3,782 při 4 stupních volnosti, $P = 0,436$ (n.s.).

V případě členění dle věku převládá ve všech věkových skupinách spokojenost se současnou úrovní specializačního vzdělávání (suma odpovědí „velmi spokojen“ a „spíše spokojen“) nad nespokojeností. Nejvyšší míru spokojenosti vykazují věkové skupiny 50 – 59 let (42,2%), nad 60 let (41,9%) a do 29 let (41,8%), nejvyšší míru nespokojenosti věkové skupiny do 29 let (31,7%), 40 – 49 let (31,6%) a 30 – 39 let (29,3%).

Graf č. 2 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání - dle věku (v %) N = 1200

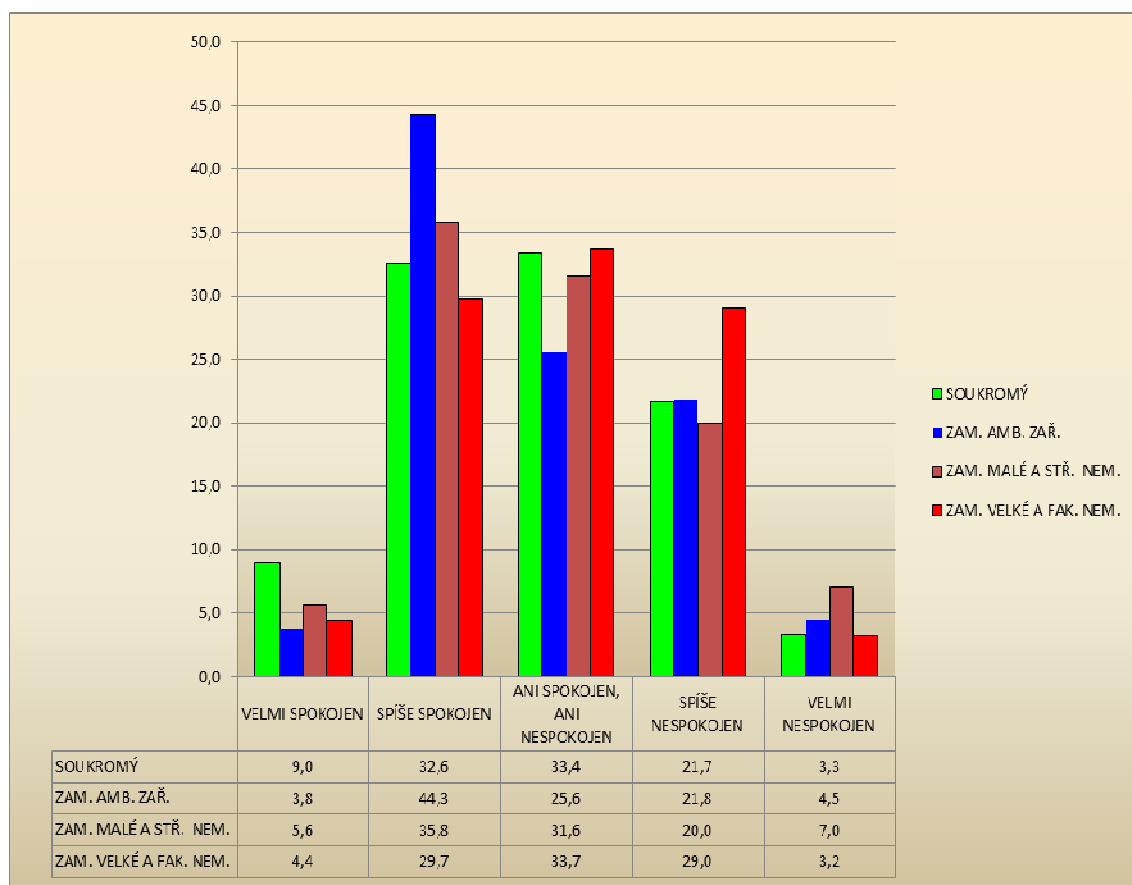


Nejmłodší věková skupina (do 29 let) vykazuje nejvíce ambivalentní postoje (nejvyšší podíl odpovědí „velmi spokojen“ a nejnižší míra neutrálního hodnocení). Celkově nejvíce příznivé je hodnocení vyšších věkových skupin (50 let a více), u kterých byla zjištěna i nejnižší míra negativních hodnocení.

Souvislost mezi hodnocením současné úrovně specializačního vzdělávání a věkem byla testována jako statisticky významná. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle věku hodnotu 31,162 při 16 stupních volnosti, $P < 0,05$. Znamená to, že věk významně ovlivňuje hodnocení současné úrovně specializačního vzdělávání.

Jako statisticky významné byly testovány rovněž vazby mezi způsobem vykonávání lékařské profese a spokojeností s úrovní specializačního vzdělávání v ČR. Lze konstatovat, že nejkritičtěji hodnotí tuto úroveň lékaři zaměstnaní ve velkých nebo fakultních nemocnicích – 32,2% (suma odpovědí „spíše nespokojen“ a „velmi nespokojen“). Naopak nejvíce pozitivní je toto hodnocení u lékařů – zaměstnanců ambulantních zařízení. Velmi spokojeno nebo spíše spokojeno je s touto úrovní 48,2% lékařů.

Graf č. 3 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání - dle způsobu výkonu lékařské profese (v %) N = 1200



Pozn. - Lékaři mohli označit více způsobů vykonávání lékařské profese.

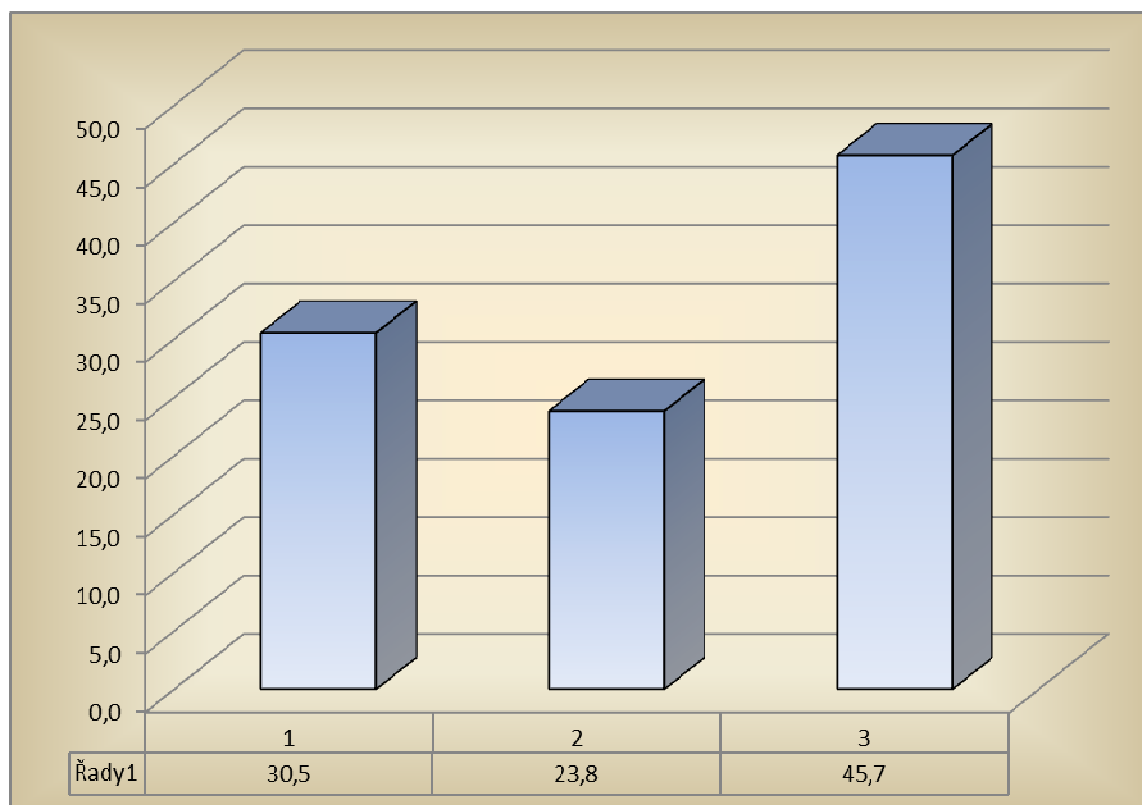
Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle způsobu výkonu lékařské profese hodnotu 28,339 při 12 stupních volnosti, $P < 0,01$. Znamená to, že způsob výkonu lékařské profese významně ovlivňuje hodnocení současné úrovně specializačního vzdělávání.

Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi lékařským oborem a spokojeností se současnou úrovní specializačního vzdělávání v ČR. Pro potřeby analýzy byli lékaři sdruženi do 4 oborů – praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog – porodník a ostatní obory. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle lékařského oboru hodnotu 12,037 při 12 stupních volnosti, $P = 0,443$ (n.s.). Hodnocení úrovně specializačního vzdělávání se z hlediska těchto oborů významně neliší, to znamená, že lékaři různých oborů hodnotí současnou úroveň specializačního vzdělávání v ČR podobně.

2. NÁZORY LÉKAŘŮ NA OPTIMÁLNÍ MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Cílem výzkumu bylo rovněž zjistit, jaký model specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků je preferován mezi lékaři ČR. Respondenti měli možnost prostřednictvím uzavřené otázky vybrat buď specializační vzdělání zabezpečované jednotně z jednoho místa Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví nebo specializační vzdělávání poskytované z více míst jednotlivými lékařskými fakultami. Poslední možností byla kombinace obou modelů.

Graf č. 4 - Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání (v %) N = 1200



Legenda – 1) specializační vzdělávání zabezpečované jednotně z jednoho místa prostřednictvím Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví; 2) specializační vzdělávání zabezpečované diferencovaně z více míst jednotlivými lékařskými fakultami; 3) specializační vzdělávání zabezpečované souběžně Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a jednotlivými lékařskými fakultami.

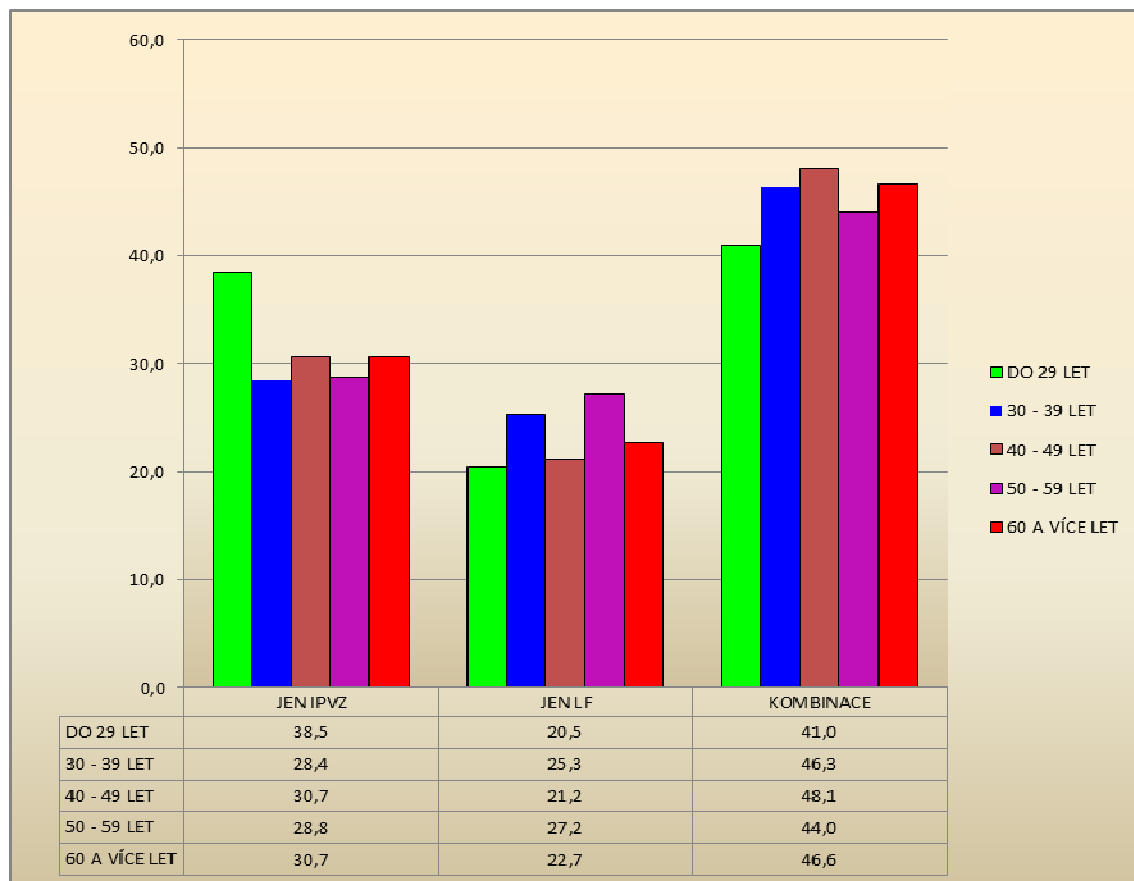
Lékaři ČR nejvíce preferují kombinovaný model, kdy je specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků zabezpečováno souběžně Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a jednotlivými lékařskými fakultami při zachování největších výhod každého z těchto modelů. K této podobě specializačního vzdělávání se přiklání největší část - 45,7% lékařů České republiky. Dalších 30,5% lékařů preferuje model specializačního vzdělávání, zabezpečovaného jednotně z jednoho místa Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví za účasti nejlepších odborníků z oboru. **Nejmenší podporu mezi lékaři má model, spočívající v zabezpečování specializačního vzdělávání diferencovaně z více míst jednotlivými lékařskými fakultami.** Tento model preferuje pouze 23,8% lékařů ČR.

Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků jsou velmi homogenní. Analýzy, realizované na základě 2. stupně třídění neidentifikovaly statisticky významné rozdíly v názorech lékařů, členěných dle jednotlivých sociodemografických a profesních znaků. Statisticky významně se neliší názory v této otázce mezi lékaři – muži a lékařkami – ženami. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle pohlaví hodnotu 0,296 při 2 stupních volnosti, $P = 0,862$ (n.s.). Znamená to, že rozdělení, zjištěné pro celý soubor je podobné rozdělení v jednotlivých subsouborech členěných dle pohlaví.

V případě členění dle věku má zabezpečování specializačního vzdělání jednotně z jednoho místa Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví největší podporu u nejmladší věkové skupiny do 29 let (38,5%). V této věkové skupině je rovněž nejnižší podíl zastánců diferencovaného poskytování specializačního vzdělávání jednotlivými lékařskými fakultami (20,5%). Analýzy však ukázala, že rozdíly v názorech na tuto otázku mezi jednotlivými věkovými skupinami nejsou statisticky významné. Chí kvadrát

charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle věku 7,474 při 8 stupních volnosti, $P = 0,486$ (n.s.).

Graf č. 5 - Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání – dle věku (v %) N = 1200



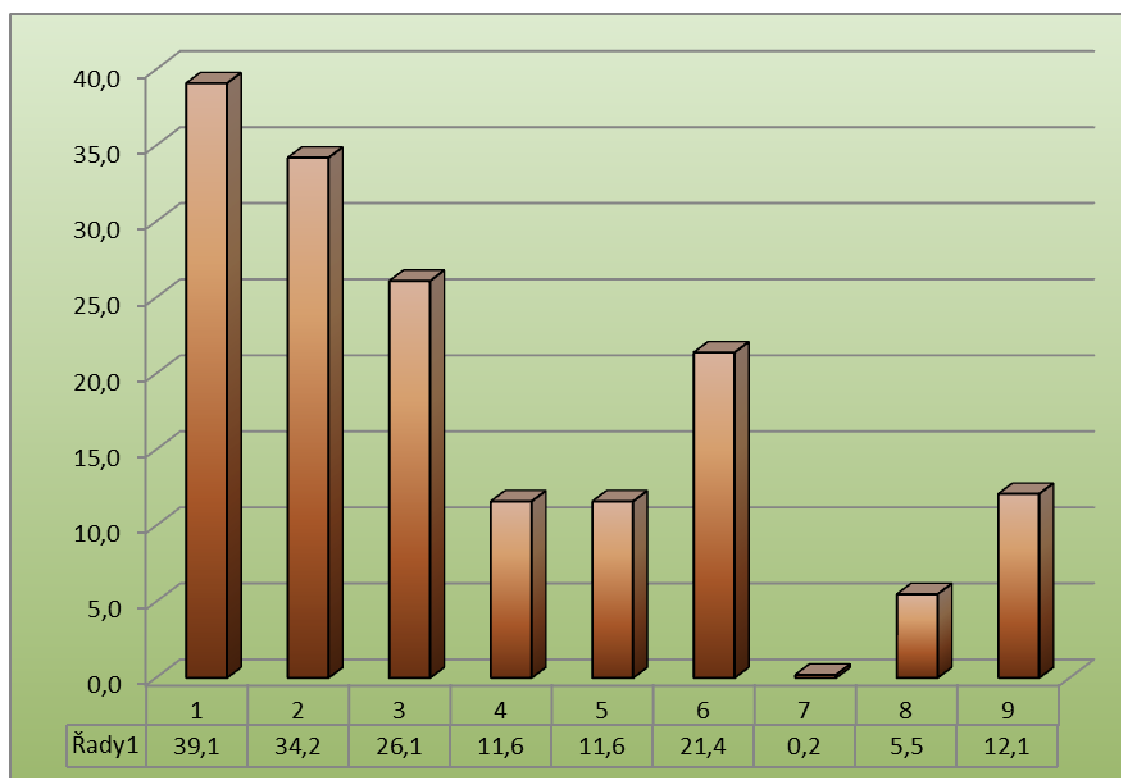
Významně se neliší názory na optimální podobu specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v jednotlivých skupinách lékařů, členěných dle lékařského oboru, ani ve skupinách členěných dle způsobu výkonu lékařské profese (soukromý lékař – lékař zaměstnanec). Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě rozdělení dle lékařského oboru hodnotu 8,155 při 6 stupních volnosti, $P = 0,227$ (n.s.). V případě rozdělení dle způsobu výkonu lékařské profese má Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) hodnotu 10,987 při 6 stupních volnosti, $P = 0,089$ (n.s.).

Závěrem lze konstatovat, že největší část lékařů ČR (45,7%) považuje za optimální model, kdy je specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků zabezpečováno souběžně Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a jednotlivými lékařskými fakultami. Model specializačního vzdělávání zabezpečovaného z jednoho místa IPVZ preferuje 30,5% lékařů, nejmenší podporu má model specializačního vzdělávání, zabezpečovaného z více míst jednotlivými lékařskými fakultami (23,8%). Názor lékařů na tuto otázku je jednotný a statisticky významně se neliší v jednotlivých skupinách lékařů, členěných dle pohlaví, věku, lékařského oboru či způsobu vykonávání lékařské profese.

3. NÁZORY LÉKAŘŮ NA MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, POSKYTOVANÉHO INSTITUTEM POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

V rámci výzkumu byly jednotlivé modely specializačního vzdělávání podrobeny analýze dle jejich předností z hlediska názorů lékařů ČR.

Graf č. 6 - Přednosti modelu specializačního vzdělávání, poskytovaného Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (v %) N = 1200



Legenda: **1** - vzdělávání v IPVZ je kvalitnější, umožňuje využívat špičkové odborníky v jednotlivých oborech, má větší prestiž; **2** – vzdělávání v IPVZ má dlouholetou tradici a kvalitu; **3** – vzdělávání v IPVZ umožňuje klást stejné nároky na frekventanty; **4** – vzdělávání v IPVZ je více zaměřeno na praktickou činnost a získání praktických návyků; **5** – vzdělávání v IPVZ je celkově ekonomicky výhodnější a efektivnější; **6** – vzdělávání v IPVZ umožňuje lépe řídit a koordinovat specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků; **7** – jiné výhody; **8** – žádné výhody v tomto modelu nespátřuji; **9** – nemám na tuto záležitost jasný názor.

Poznámka: součet relativních četností je vyšší než 100 %, neboť respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Lékaři České republiky nejvíce u modelu specializačního vzdělávání zabezpečovaného z jednoho místa Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví oceňují to, že takový typ vzdělávání je kvalitnější, má větší prestiž a umožňuje využívat špičkové odborníky v jednotlivých oborech. Tuto přednost označily téměř 2/5 lékařů (39,1%). Lékaři rovněž oceňují, že vzdělávání v IPVZ má dlouholetou tradici a kvalitu (34,1%), umožňuje klást stejné nároky na frekventanty (26,1%) a umožňuje lépe řídit a koordinovat specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v ČR (21,4%). Tyto přednosti modelu jsou lékaři ČR nejvíce oceňovány. Jen 5,5% lékařů uvedlo, že v tomto modelu žádné výhody nespátřují, 12,1% nemá na tuto záležitost vlastní názor. Pouze 0,2% lékařů uvedlo jinou přednost, než jaká jim byla v rámci škály nabídnuta. Ta spočívala v lepší součinnosti IPVZ s regionálními zdravotnickými pracovišti.

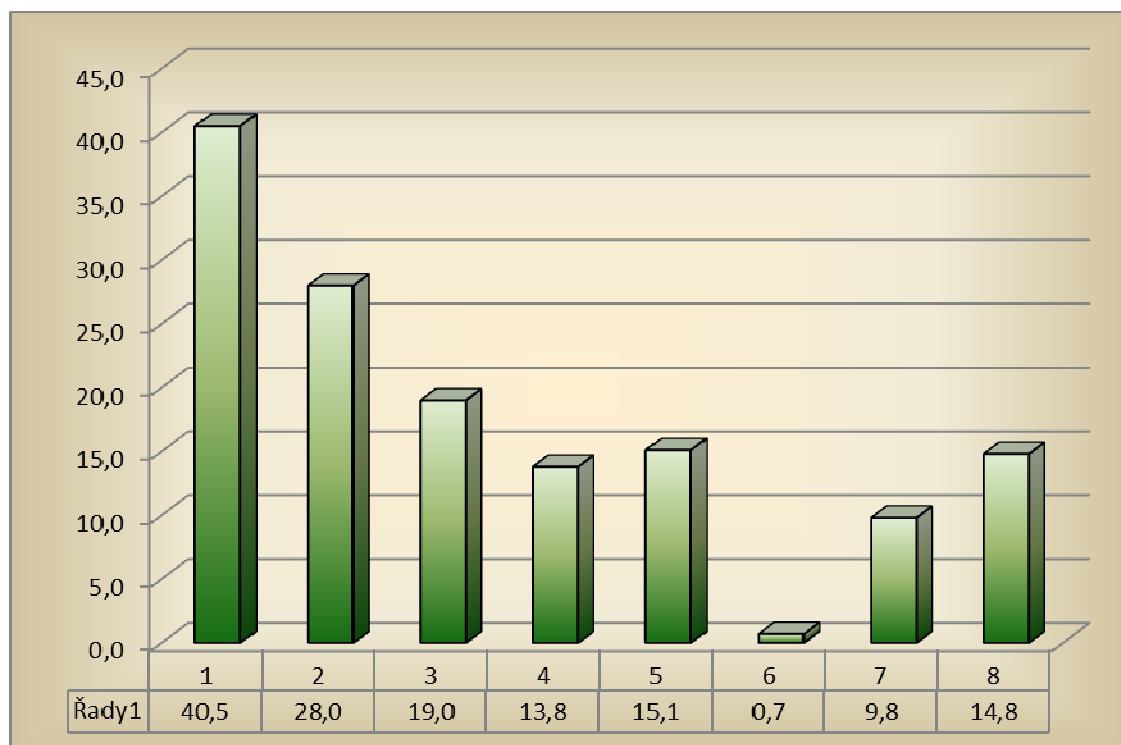
Stanovisko lékařů k tomuto modelu je jednotné a velmi homogenní. Nebyly testovány žádné statisticky významné odlišnosti v jednotlivých skupinách lékařů, členěných dle sociodemografických a profesních znaků. To znamená, že stejné přednosti ve stejném pořadí vidí ve specializačním vzdělávání zabezpečovaném z jednoho místa Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví lékaři muži i lékařky ženy, jednotlivé věkové skupiny, lékaři všech oborů a lékaři soukromí i zaměstnaní. Rozdělení, zjištěné pro celkový soubor je podobné i v jeho jednotlivých podsouborech, členěných dle uvedených znaků.

Lze tedy konstatovat, že v případě centrálního zabezpečování specializačního vzdělávání Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví je lékaři v ČR nejvíce oceňována kvalita a prestiž takového vzdělávání, jeho tradice, skutečnost, že umožňuje klást stejné nároky na frekventanty a lepší možnost řízení a koordinace. Názor lékařů na tuto otázku je velmi homogenní a platí pro všechny sledované skupiny, diferencované dle sociodemografických a profesních znaků.

4. NÁZORY LÉKAŘŮ NA MODEL SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, POSKYTOVANÉHO JEDNOTLIVÝMI LÉKAŘSKÝMI FAKULTAMI V REGIONECH

V rámci výzkumu byly rovněž zjišťovány názory lékařů na přednosti modelu, dle kterého je specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků zabezpečováno jednotlivými lékařskými fakultami v regionech.

Graf č. 7 - Přednosti modelu specializačního vzdělávání, poskytovaného v regionech jednotlivými lékařskými fakultami (v %) N = 1200



Legenda: **1** – vzdělávání na lékařských fakultách je pružnější, umožňuje lépe zohledňovat potřeby lékařů a zdravotnických pracovníků v regionech; **2** – vzdělávání na lékařských fakultách probíhá blíže mému bydlišti a pracovišti; **3** – tento typ vzdělávání mně umožňuje vhodně navázat na moje studium na lékařské fakultě; **4** – toto vzdělávání mně umožňuje více se věnovat dalšímu vědeckému studiu; **5** - tento model je pro účastníky vzdělávání ekonomicky výhodnější a efektivnější; **6** – jiné výhody; **7** – žádné výhody v tomto modelu nespatřuji; **8** – nemám na tuto záležitost jasný názor.

Poznámka: součet relativních četností je vyšší než 100 %, neboť respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Za největší přednost specializačního vzdělávání, zabezpečeného jednotlivými lékařskými fakultami, považují lékaři ČR to, že je pružnější a umožňuje lépe zohledňovat potřeby lékařů a zdravotnických pracovníků v regionech. Tuto okolnost označilo nejvíce lékařů (40,5%). Na tomto modelu vzdělávání lékaři dále oceňují, že se realizuje blíže jejich bydlišti a pracovišti (28,0%) a umožňuje vhodně navázat na jejich studium na lékařské fakultě (19,0%). Naopak téměř 1/10 (9,8%) lékařů nespátřuje v tomto modelu žádné přednosti – to je téměř 2x více než v případě modelu vzdělávání poskytovaného IPVZ. Velká část lékařů (14,8%) rovněž uvedla, že nemá na tuto záležitost jasný názor.

Ani v případě názorů lékařů na přednosti specializačního vzdělávání, poskytovaného jednotlivými lékařskými fakultami nezjistily aplikované testy významnosti žádné statisticky významné rozdíly v odpovědích lékařů, členěných dle jednotlivých sociodemografických a profesních znaků. To znamená, že podobný názor mají v tomto případě lékaři – muži i lékařky – ženy, lékaři jednotlivých věkových skupin, lékaři jednotlivých oborů i lékaři různého způsobu výkonu lékařské profese (soukromí i zaměstnanci). Názory lékařů na přednosti specializačního vzdělávání zabezpečeného jednotlivými lékařskými fakultami jsou tedy velmi homogenní a rozložení, zjištěné pro celý soubor je podobné i v jeho jednotlivých subsouborech, členěných dle sociodemografických a profesních znaků.

Hlavní přednost specializačního vzdělávání, zabezpečeného jednotlivými lékařskými fakultami v regionech vidí lékaři ČR v tom, že tato forma vzdělávání je pružnější a umožňuje lépe zohledňovat potřeby lékařů a zdravotnických pracovníků v regionech. Jako pozitivní vidí rovněž skutečnost, že vzdělávání na lékařských fakultách je blíže jejich bydlišti či pracovišti a že umožňuje vhodně navázat na jejich studium na lékařské fakultě. Cca 1/10 lékařů žádnou přednost v tomto modelu nespátřuje. Názor lékařů na tuto otázku je velmi homogenní a v jednotlivých skupinách, členěných dle sociodemografických a profesních znaků se statisticky významně neliší.

C. ZÁVĚREČNÉ SHRnutí

Reprezentativní sociologický výzkum lékařů ČR byl realizován v závěru roku 2014. V jeho rámci bylo dotazováno metodou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face) 1200 lékařů. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře ČR z hlediska jejich pohlaví, věku a regionu (kraje).

Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že u lékařů České republiky převažuje v současném období spokojenost s úrovní specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v podobě, ve které je v současné době zabezpečováno. Tato spokojenost převládá ve všech věkových skupinách lékařů s tím, že nejmladší věková skupina (do 29 let) vykazuje nejvíce ambivalentní postoje (nejvyšší podíl odpovědí „velmi spokojen“ a nejnižší míra neutrálního hodnocení). Celkově nejvíce příznivé je hodnocení vyšších věkových skupin (50 let a více), u kterých byla zjištěna i nejnižší míra negativních hodnocení. Z hlediska způsobu výkonu profese hodnotí nejkritičtěji současnou úroveň specializačního vzdělávání lékaři zaměstnaní ve velkých nebo fakultních nemocnicích. Uvedené souvislosti byly testovány jako statisticky významné.

Lékaři ČR nejvíce preferují kombinovaný model, kdy je specializační vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků zabezpečováno souběžně Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a jednotlivými lékařskými fakultami při zachování největších výhod každého z těchto modelů. Nejmenší podporu mezi lékaři má model, spočívající v zabezpečování specializačního vzdělávání diferencovaně z více míst jednotlivými lékařskými fakultami. Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků jsou velmi homogenní. Analýzy, realizované na základě 2. stupně třídění, neidentifikovaly statisticky významné rozdíly v názorech lékařů, členěných dle jednotlivých sociodemografických a profesních znaků.

V případě centrálního zabezpečování specializačního vzdělávání Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví je lékaři v ČR nejvíce oceňována kvalita a prestiž takového vzdělávání, jeho tradice, skutečnost, že umožňuje klást stejné nároky na frekventanty a lepší možnost řízení a koordinace. Názor lékařů na tuto otázku je velmi homogenní a platí pro všechny sledované skupiny, diferencované dle sociodemografických a profesních znaků.

Hlavní přednost specializačního vzdělávání, zabezpečovaného jednotlivými lékařskými fakultami v regionech vidí lékaři ČR v tom, že tato forma vzdělávání je pružnější a umožňuje lépe zohledňovat potřeby lékařů a zdravotnických pracovníků v regionech. Jako pozitivní vidí rovněž skutečnost, že vzdělávání na lékařských fakultách je blíže jejich bydlišti či pracovišti a že umožňuje vhodně navázat na jejich studium na lékařské fakultě. Cca 1/10 lékařů žádnou přednost v tomto modelu nespatřuje. Názor lékařů na tuto otázku je velmi homogenní a v jednotlivých skupinách, členěných dle sociodemografických a profesních znaků se statisticky významně neliší.

PŘEHLED TABULEK

Tabulka č. 1 – Složení výběrového souboru lékařů dle pohlaví	4
Tabulka č. 2 – Složení výběrového souboru lékařů z dle věku	5
Tabulka č. 3 – Složení výběrového souboru lékařů dle způsobu výkonu lékařské profese	5
Tabulka č. 4 – Složení výběrového souboru lékařů dle krajů	6
Tabulka č. 5 – Složení výběrového souboru dle lékařského oboru	7
Tabulka č. 6 – Odmítnutí účasti ve výzkumu dle pohlaví a věku	8

PŘEHLED GRAFŮ

Graf č. 1 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání	11
Graf č. 2 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání - dle věku	12
Graf č. 3 - Názory lékařů na současnou úroveň specializačního vzdělávání - dle způsobu výkonu lékařské profese	13
Graf č. 4 - Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání	15
Graf č. 5 - Názory lékařů na optimální model specializačního vzdělávání – dle věku	17
Graf č. 6 - Přednosti modelu specializačního vzdělávání, poskytovaného Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	19
Graf č. 7 - Přednosti modelu specializačního vzdělávání, poskytovaného v regionech jednotlivými lékařskými fakultami	21