JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Výchova (edukace) v přednemocniční neodkladné péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Vypracoval:
Mgr. Jaroslava Kotalíková 2008 Martin Augusta

Summary

This Graduation Paper covers the subject of education provided to patients as a part of their urgent pre-hospitalization care. Since the education has become an integral component of health care, the paramedical members of rescue teams have to deliver it before the care itself is provided.

The theoretic section of the Paper deals with pedagogics as the basic discipline of education; with the education of patients going through the urgent pre-hospitalization care; and with the autodiagnostics and self-reflection of the paramedical rescuers, which are essential conditions of their improvement in the art of providing education. As an important part of the theoretical section comes communication, first and foremost communication as a means used to create a relation of mutual trust between the patient and the paramedical rescuer, but also communication with patients having specific needs such as those hard of hearing, patients with partial sight or similar disabilities. The final part of the theoretical section treats the issues of ethics as encountered in the urgent pre-hospitalization care.

The practical section of the Paper presents the results of a quantitative survey encompassing two research sets. The first set consisted of paramedical rescuers based in Emergency Centers in the towns of Tábor and České Budějovice; the second set comprised patients treated by the Paramedical Rescue Service staff operating from the above-specified Centers. The survey, carried out as a quantitative survey, relied on questionnaires containing 13 questions for the paramedical rescuers and 12 so-called closed questions (with predefined optional answers) for the patients. The questions were asked so as to reveal whether the paramedical rescuers educated the patients undergoing the urgent pre-hospitalization care, and whether the rescuers' educational performance depended on their own level of education completed.

The survey concluded that the university educated paramedical rescuers achieved much better educational performance than those having completed vocational high-school or general high-school education.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně a použil jen 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích ……..

……...

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych velmi rád poděkoval paní Mgr. Jaroslavě Kotalíkové za odborné vedení, konzultace problémů a trpělivost při vypracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod **7**

1. Současný stav **8**

1.1. Historie pedagogiky 8

1.2. Pedagogika v životě člověka 10

1.3. Edukace v přednemocniční neodkladné péči 11

1.3.1. Cíle a obsah edukace 12

1.3.2. Formy a metody edukace 13

1.3.3. Edukační zásady zdravotnického záchranáře 15

1.4. Komunikace zdravotnického záchranáře 16

1.4.1. Verbální komunikace 17

1.4.2. Neverbální komunikace 17

1.4.3. Psychologický přístup zdravotnického záchranáře 18

1.4.4. Navázání kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem 19

1.5. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty se specifickými potřebami v přednemocniční neodkladné péči 19

1.5.1. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s tělesným postižením 20

1.5.2. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou zraku 20

1.5.3. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou sluchu 21

1.5.4. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou řeči 21

1.5.5. Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem 22

1.6. Sebereflexe a autodiagnostika jako základ analýzy edukační činnosti zdravotnického záchranáře 23

1.7. Význam edukace v profesi zdravotnického záchranáře 24

1.8. Etika v přednemocniční neodkladné péči 25

2. Cíle práce a hypotézy **27**

2.1. Cíle práce 27

2.2. Hypotézy 27

3. Metodika 28
3.1. Metodika práce 28
3.2. Charakteristika výzkumného souboru 29
4. Výsledky 30
4.1. Zdravotničtí záchranáři 30
4.2. Pacienti 41
5. Diskuse 47
6. Závěr 56
7. Seznam použité literatury 57
8. Klíčová slova 60
9. Přílohy 61

Úvod

„Dobré rady musíme předávat druhým. Je to ostatně jediné, co se s nimi dá dělat.“

Oscar Wilde

Edukace pacientů je nedílnou součástí zdravotnictví. Je proto nezbytně nutné, aby se objevovala jak v péči nemocniční, tak i v péči, která jí předchází a je realizována zdravotnickými záchranáři. Jelikož je edukace v přednemocniční neodkladné péči často opomíjena a není jí věnovaná dostatečná pozornost, je důležité se na tuto problematiku zaměřit a věnovat se jí. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral téma: Výchova (edukace) v přednemocniční neodkladné péči, abych zjistil, zda a v jakém rozsahu edukaci ve své profesi používají i zdravotničtí záchranáři v roli zdravotníků přednemocniční neodkladné péče.

Pokud se budeme zabývat edukací ve zdravotnictví, musíme si uvědomit, že edukace nesmí být pouhé chrlení informací z úst zdravotníka pacientovi, ale musí se jednat o důkladně promyšlenou výuku. Zdravotník by se tedy měl snažit podat informace v takovém rozsahu, aby byly pro pacienta funkční a efektivní. Aby tomu tak bylo, je třeba mít v první řadě znalosti edukačních a komunikačních zásad, které mají při edukaci důležitou roli. Zvláště pak zásady komunikační pokud se zdravotník dostane do styku se skupinou lidí se specifickými potřebami.

Pokud se však zaměříme na edukaci v přednemocniční neodkladné péči, je třeba si uvědomit, že obsahuje určitou specifičnost v podobě závažnosti stavu pacienta nebo nedostatku času, který zdravotnický záchranář s pacientem stráví. Proto se může stát, že dojde k předání jednorázové informace a pacient není schopen nebo ochoten její realizace.

1. Současný stav

1.1. Historie pedagogiky

Vývoj pedagogiky od počátku úzce souvisel s ekonomickým, sociálním a kulturním vývojem společnosti. Již v otrokářské společnosti byly výchova, vzdělání a školství závislé na vzniku otrokářských států, jejich geografických a přírodních podmínkách, které určovaly rozvoj kultury. V minulosti se lidé při výchově řídili převážně zkušenostmi, které přejímaly od předcházejících generací. Proto se velmi často stávalo, že si lidé tyto zkušenosti spojovaly s neužitečnými, někdy až škodlivými pověrami. (27, 20)

Nejpříznivější podmínky pro vznik škol byly v oblastech Blízkého východu, Číny, Persie, Egyptu a také na evropském kontinentě. Ve školách starého Řecka se uplatňovala sparťanská nebo aténská výchova. Nejvýznamnějšími představiteli tehdejší doby byli Sokrates, Platón a Aristoteles. (27)

Vzdělávání v antickém starověku bylo umožněno díky osvobození od těžké práce, kterou vykonávali otroci i občanům, a to především v oblastech vědění a myšlení. V pátém století před naším letopočtem bylo na základě otrokářské demokracie sofisty vytvořeno ucelené vzdělání pro svobodné řecké občany. To se rozdělovalo na trivium a kvadrivium. Trivium bylo zaměřeno na studium gramatiky, rétoriky a logiky (dialektiky) a bylo považováno za přípravu ke kvadriviu. Kvadrivium zahrnovalo aritmetiku, geometrii, astronomii a studium muziky. V třetím století před naším letopočtem, v takzvaném období helénizmu, vznikla spojením kvadrivia a trivia nová soustava zvaná sedmero svobodných umění (lat. *septem artes liberales*), která v této formě přečkala až do středověku. (21)

V období středověku se začala utvářet nová koncepce vzdělání hlavně náboženského charakteru. Jádro však stále tvořily základy z antického starověku, tedy trivium a kvadrivium. Ty však hrály pouze služebnou roli vůči náboženství. V té době představovala světový názor scholastika. Základním prostředkem vzdělání byla znalost

středověké latiny, která byla upravena pro potřeby církve. V té době byla latina jazykem školským i vědním a pro každého vzdělance byla důležitou v oblasti dorozumívání. (21)

Výrazně změny ve vzdělání se objevují v průběhu čtrnáctého a patnáctého století, tj. v období humanismu a renesance. Toto období přináší nový pohled na život a díky tomu vzniká i nové pojetí vzdělávacích obsahů. Uniformní vzdělání středověku bylo vystřídáno vzděláním individuálním. Naším nejvýznamnějším představitelem té doby byl Jan Ámos Komenský, český pedagog, humanistický filozof, spisovatel, teolog a reformátor. Narodil se 28. března 1592. Přesné místo jeho narození není známo, přisuzuje se oblasti kolem Uherského Brodu. Proto se pamětní deskou pyšní hned několik obcí. Jelikož v dětství osiřel, byl od 12 let vychováván u příbuzných. V roce 1608 započal studium na vyšší latinské českobratrské škole v Přerově a od roku 1611 pak studoval na německých evangelických školách v Herbornu a Heidelbergu. Roku 1614, po skončení studií, se vrací do Přerova jako učitel latiny a kněz Jednoty bratrské. Po roce 1617 působil Komenský ve Fulneku jako správce školy. Zde vznikl jeho spis Listové do nebe. Po bitvě na Bílé Hoře musel Komenský utéct a jako bratrský kněz se skrýval nejdříve na Moravě a později v Čechách. V tomto období napsal své dílo Labyrint světa a ráj srdce. Roku 1628 opustil vlast a odešel do exilu do polského Lešna, kde působil jako učitel a rektor gymnázia. Zde napsal svá významná pedagogická díla Didaktika a Velká didaktika. Po vypálení Lešna koncem dubna 1656, přišel Komenský o knihovnu i celý svůj majetek, a proto se uchýlil do Amsterdamu v Nizozemí, kde vyvrcholila jeho vědecká i literární činnost. Za dobu své působnosti vydal asi 60 spisů, například Svět v obrazech, Škola hrou a další. Jeho celoživotní snahou bylo sjednotit lidské vědění na základě přístupnosti pro všechny. Jan Ámos Komenský byl zakladatelem novověké pedagogiky. Zemřel 15. listopadu 1670 v Amsterodamu. (27, 21, 9)

V osmnáctém století se začalo rozvíjet osvícenství, jehož charakteristickým rysem byla víra v sílu lidského rozumu. Hlavní zájem lidského vědění byl upřen na přírodu, což napomohlo zvláště k rozvoji přírodních věd, tj. fyziky, chemie, biologie a jejich dalších odvětví. Rozvoj těchto vědních disciplín vyvolal potřebu zahrnout co nejvíce nových poznatků do osnov vzdělání. Tyto snahy vedly ke vzniku encyklopedií, což bylo charakteristickým rysem pojetí vzdělání tohoto období. (8, 13, 21)

Ke konci osmnáctého a počátkem devatenáctého století byl postupně rozpracováván nový pojem všeobecné vzdělání. Všestranný rozvoj vědomostí a schopností neměl mít nic společného s cílenou přípravou na konkrétní povolání a konkrétní životní potřeby. Na přelomu devatenáctého a dvacátého století díky prohlubujícím se dělbě práce a vytváření nových profesí, vedly postupně k nefunkčnosti jednotné obsahové koncepce tehdejších gymnázií. Monopolní postavení jazykového obsahu bylo vystřídáno přírodovědeckým obsahem výuky. V této době vznikají na našem území kromě klasických gymnázií také gymnázia reálná, která spojovala vzdělání v oblasti společenských věd s potřebami vzdělání přírodovědného. Dalšími byla takzvaná reformní reálná gymnázia orientovaná na živé jazyky a přírodovědnou složku. Obsahově byly tzv. *reálky* zaměřeny spíše na složky matematicko-přírodovědné a technické. Tyto školy představovaly po vzniku Československé republiky ve dvacátém století základní typy středních škol. (8, 13, 21)

1.2. Pedagogika v životě člověka

Každému národu a státu by mělo záležet na tom, jak jsou vzdělaní jeho občané, a tím jaký je předpoklad prosperity společnosti do budoucna. Systém vzdělávání musí plynule reagovat na nové sociální podmínky, nové trendy v rozvoji vědy a výzkumu a zejména v pedagogice, psychologii, managementu a jiných hospodářsky důležitých oblastech. Pokud se některý stát chce plnohodnotně začlenit do Evropského společenství a vyspělého světa, musí pružně reagovat na celosvětové trendy a megatrendy. (27)

Závodná uvádí: „Charakteristickým znakom vzdelávacej politiky štátov Európskej únie je zvyšovanie kvality vzdelávania.“ (27, str. 25)

Základním zdrojem budoucího rozvoje jedince je tedy kvalita jeho vzdělání. Ta má umožnit efektivní zapojení do světa práce, aktivně se účastnit na demokratickém řízení společnosti, vést smysluplný a bohatý život. (27)

Tohoto cíle je možno dosáhnout změnou filozofie výchovy a vzdělávání. Provedené změny by měly zodpovědět následující otázky. Proč je důležité vzdělávat, co

je zapotřebí změnit v obsahu vzdělávání, kdo by měl být aktérem těchto změn, jak by se měly změnit metody, způsoby a technologie výchovy? (27, 21)

Jen dokonalá znalost pedagogiky dává předpoklady k uskutečňování nejen výchovy uvědomělé, ale i zajímavé, tvořivé i živé. (27)

1.3. Edukace v přednemocniční neodkladné péči

V současném zdravotnictví se velmi často užívá pojem edukace. Pacient se s tímto pojmem setkává v souvislosti s jeho onemocněním a terapií. Edukace je učebním procesem, při kterém se zdravotnický záchranář snaží dosáhnout změny kvality života u edukovaného pacienta. Jeho snahou je pacienta naučit, jak se má správně vyrovnat s nově vzniklou situací, která nastala v souvislosti se změnou zdravotního stavu. Edukace má jasný cíl a jasně vymezený obsah, určité metody a jejich alternativy pro specifická onemocnění pacientů. Vzdělávání můžeme definovat jako učební jednotku. V učební jednotce probíhá činnost směřující k vyšší kvalitě, kterou je cíl, jehož stanovení by se mělo formulovat srozumitelně, jasně a jednoznačně. Cílem edukace v praxi je pak umožnit pacientovi s určitým onemocněním zvládnout co možná nejlépe jeho zdravotní stav. (7)

Odborná medicínsko-pedagogická činnost, kterou provádí zkušení specialisté, se nazývá terapeutická edukace. Na rozdíl od běžného proškolení pacienta obsahuje tento druh edukace předávání znalostí odborného charakteru. Edukace je souborem celé řady odborných sdělení i písemných materiálů, které vydává Světová zdravotnická organizace. Přesto zůstává její praktické uplatnění v přednemocniční neodkladné péči mnohdy nedoceněno. Edukaci mohou provádět zdravotničtí záchranáři, sestry, lékaři, specialisté pro edukaci, učitelé, ale i rodinní příslušníci. (7)

Edukace představuje vyplnění mezery mezi informacemi, které pacient má, a informacemi, které jsou potřebné pro to, aby v nastalé situaci dokázal zvládnout určité činnosti nebo se sám o sebe postarat. Pokud budeme předpokládat, že zdravotničtí záchranáři chápou edukaci jako předání jednorázové informace, je potom velmi pravděpodobné, že zajištění kvalitní *sebepéče* může být pro některé pacienty obtížné. Je tedy potřeba, aby edukace představovala řádně připravenou a kvalitně realizovanou

výuku. Zdravotnický záchranář by se tedy měl snažit předat nová fakta v takovém rozsahu, aby byla pro pacienta funkční a efektivní. Neměl by setrvávat pouze u jednorázové informace, protože v tomto případě se může pacient jednoduše dostat do situace, kdy sice potřebné znalosti získal, ale není schopen nebo ochoten jejich realizace. (18)

V souvislosti s pojmem edukace je důležité se zmínit o dalším podstatném faktu, a to proč v souvislosti s předáváním informací pacientům mluvíme o edukaci a ne o zdravotní výchově. Je velmi důležité, aby při edukaci zdravotničtí záchranáři vnímali a především přijali posun v chápání vztahu směrem k pacientům. Jedním z mnoha předpokladů je vytvoření vztahu důvěry, jistoty, vstřícnosti a porozumění mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem. Právě zde můžeme najít hlavní rozdíl mezi zdravotní výchovou a edukací. Zdravotní výchova zastupuje paternalistický přístup, vyžadující od pacienta pouze schopnost řídit se radami. Edukace však pracuje s jinými přístupy. Jedením z nejčastěji uváděných je *empowerment*, což znamená posílení či zapojení. Tento přístup zastupuje princip, ve kterém zdravotnický záchranář nabízí zdroje předávaných informací, jiné alternativy či postupy, možná řešení nebo přístupy k dalším zdrojům těchto informací. Vytváří tak vztah vzájemné spolupráce mezi sebou a pacientem, kterému poskytuje prostor k vlastnímu výběru a rozhodování. Pacient je tedy aktivním článkem celého edukačního procesu a stává se rovnocenným partnerem. Dochází tak k posunu ve smyslu přijetí zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí, za vlastní zdraví a také za důsledky svého jednání. (18)

1.3.1. Cíle a obsah edukace

V obecném cíli edukace jsou popsány potřeby společnosti i jednotlivce. Vzdělání přispívá k zajištění chodu dané společnosti. Vytváří předpoklady k úspěšnému zapojení jednotlivce do společenského a kulturního života i pracovního procesu. Protože je kategorie vzdělání historicky podmíněna, je důležité, aby cíle, obsah i funkce vzdělání byly stále analyzovány a objasňovány v měnícím se společenském vývoji. Pomocí historicko-srovnávacích analýz můžeme pozorovat, že pro cíle, funkce i obsah vzdělání jsou spolu s politicko-kulturními faktory významné také faktory sociálně-

ekonomické. Rozličné sféry společenského života se tak stávají zdrojem vzdělávacích obsahů. Mezi ně patří například oblast vědy a její metody, filozofie, technika, náboženství, umění, péče o tělesnou kulturu a zdraví, pracovní činnost a praktické zkušenosti. Vzdělání můžeme získat různými cestami, a to nejen ve školách, ale také sebevzděláváním, prostřednictvím praktických činností, prostřednictvím moderních informačních prostředků a účastí ve společenském životě. (21)

Cíl je základní kategorií edukace a znamená ideální představu o výsledku v činnosti zdravotnického záchranáře. Pomocí edukačního cíle určuje zdravotnický záchranář výběr obsahu učiva, optimálních metod a organizačních forem. Pokud v edukačním programu zdravotnického záchranáře chybí jasně stanovený cíl, vede to spíš k využívání jeho vlastní intuice, než k realizaci jasné představy toho, čeho má být edukací dosaženo. Proto je důležité, aby se cíle stanovily nejen na konci edukačního procesu, ale také v jeho průběhu. (16)

1.3.2. Formy a metody edukace

S obsahem edukace souvisí i její formy a metody. Ty vychází ze specifičnosti obsahu cílů a charakteru edukačních zařízení. (27)

Edukací rozumíme složitý a dlouhodobý proces, podmíněný mnoha činiteli, které může zdravotnický záchranář organizovat a řídit. Edukační cíl může zdravotnický záchranář realizovat na základě správného metodického postupu. Při užívání jednotlivých edukačních metod se musí plně zachovávat zásady edukace. (27)

Klasifikace metod edukace a následně jejich vymezení je rozličné. Vhodnou edukační metodu je třeba zvolit podle věku a individuality pacienta. K základním metodám patří například vysvětlování a přesvědčování, rada, prosba, rozkaz, příklad, pochvala, ale i trest. (14)

V didaktice je metoda společnou činností lektora a účastníka zaměřenou ke splnění stanovených edukačních cílů. Metody uskutečňují vzájemnou vazbu cíle a obsahu pedagogického procesu s jeho výsledkem, který je dán změnami ve vědomostech, dovednostech, postojích i osobních vlastnostech edukovaného člověka.

Metody edukace jsou spjaté s konkrétními didaktickými úlohami. Metody je možno rozdělit do tří skupin, na slovní, názorně demonstrační a praktické. (1, 21, 27)

Slovní metody jsou založeny na vnímání a chápání řeči, tedy na verbální komunikaci zdravotnického záchranáře s pacientem. Slovní metody se dále dělí na monologické a dialogické, které se v praxi mohou vzájemně prolínat. (1, 21)

K monologickým edukačním metodám patří vyprávění, popis, vysvětlování a přednáška. Vyprávění je metodou umožňující poučit pacienta především o takových jevech, které probíhají jako sled událostí a představují konkrétní situace. Charakteristickými rysy jsou konkrétnost, epičnost, živost a bohatost představ. Dalším charakteristickým rysem metody vyprávění je emocionálnost, která se projevuje hlavně v tónu zdravotnického záchranáře. Metodu vyprávění lze použít jako hlavní metodu s cílem vytvořit u pacienta jasnou představu o určitých situacích. Lze tedy konstatovat, že má především funkci poznávací, ale taky funkci motivační. Vysvětlování se uplatňuje nejčastěji v osvojování látky pojmové povahy. Důležitým rysem vysvětlování je logika výkladu, která pomáhá pacientovi vytvořit si uspořádanou soustavu vědomostí, a tím rozvíjet vlastní logické myšlení, nelze tedy podcenit techniku vysvětlování. Důležité je hovořit přiměřeným tempem, srozumitelně, bez zbytečného používání neobvyklých nebo pacientovi neznámých termínů a cizích slov. Také je důležité si ověřovat pochopení vlastního výkladu a nezapomínat na funkci pauz, intonaci hlasu, zpomalení tempa nebo přímou poznámkou upozornit pacienta na důležité momenty daného tématu. Přednáškou je zprostředkováváno předávání poznatků v delším verbálním projevu. Tato metoda vyžaduje od pacienta větší myšlenkové úsilí a zároveň schopnost koncentrace pozornosti po delší dobu. Proto je důležité udržení přímého kontaktu a spoluúčasti pří přednášce. Toho lze dosáhnout jen promyšlenou a ucelenou metodikou přednášky. (21)

Dialogické metody jsou založeny na přímé interakci mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem, a to za předpokladu jejich vzájemné komunikace. (1, 21)

Slovní metody bývají doplňovány materiálními didaktickými pomůckami, jako jsou například pomůcky obrazové. Pokud však užijeme obrazových pomůcek jako dominantních, jedná se již o metodu názorně demonstrační. (1, 21)

Metody praktické navazují na instruktáž a spočívají v samostatné praktické činnosti účastníků. (1, 21)

1.3.3. Edukační zásady zdravotnického záchranáře

V současné medicíně je kladen stále větší důraz na zapojení pacienta do vlastního léčebného procesu. Na základě toho je i zdravotnický záchranář při kontaktu s pacienty často postaven do role pedagoga. Proto je třeba vymezit určité zásady, kterých se musí držet při předávání jakýchkoliv poznatků. Tyto zásady ukazují správný postup k dosažení největší efektivity pedagogické činnosti. Jsou důležité k tomu, aby záchranářův výklad byl pro pacienta srozumitelný a jasný a aby získané poznatky uměl použít vždy, když toho bude zapotřebí. Proto je třeba, aby se zdravotnický záchranář držel tří základních vyučovacích zásad. První je zásada názornosti, druhou je zásada přístupnosti a přiměřenosti a třetí je zásada soustavnosti. (2, 19, 21, 23)

Názornost je vše, co se má pacient naučit. Výklad je třeba podat takovým způsobem, aby ze strany pacienta bylo vše pochopeno, tj. aby si o učivu vytvořil správnou představu. Pokud má člověk něco opravdu poznat, potřebuje shromáždit co nejvíce potřebných informací, například si věci prohlédnout ze všech stran, očichat nebo ochutnat si je, vyzkoušet si co a jak se s nimi dá dělat. K tomu je třeba názorných pomůcek a možnost přímé manipulace s nimi. (2, 21, 23)

Přístupnost a přiměřenost znamená to, že výklad zdravotnického záchranáře má být podán takovým způsobem, aby pacient všemu řádně porozuměl, tj. aby rozsah i obsah učiva odpovídal stupni jeho psychického vývoje. Proto je při výkladu důležité postupovat od známého k neznámému, tedy od snadného k obtížnému. Tuto techniku lze přirovnat ke stavbě domu, kdy se nejprve zhotoví základy a teprve nakonec se postaví střecha. Opačný postup je nepřijatelný. Důležitá není v tomto případě pouze srozumitelnost, ale také množství předaných informací. Pokud by bylo předáno příliš velké množství informací, může se stát, že se pacient těmito informacemi zahltí, a tím se pro něj stávají nepoužitelné. Vždy je lepší předat jen to podstatné a ukázat cestu k dalšímu poznání. (2, 23)

Soustavnost představuje určitou posloupnost, určitý postup při výchově. Jelikož cílem je snaha pacienta naučit to, co je v daném okamžiku zapotřebí, nesmí být výklad přehlídkou nahodile seskupených poznatků. Poznatky, které by mněl zdravotnický záchranář předat je třeba logicky uspořádat tak, aby jednotlivé poznatky vzájemně navazovaly. Pokud se zdravotnický záchranář nebude držet této zásady, může se stát, že u pacienta vyvolá pocit nejistoty, případně až zmatek. To se pak může nepříznivě projevit na zapamatování přednesené látky. Nezbytnou součástí výkladu je také opakování. Pacient nemá být s poznatky pouze seznámen, ale má se je také naučit a zapamatovat si je aby je mohl použít jako základ k jejich dalšímu rozvíjení. (2, 21)

1.4. Komunikace zdravotnického záchranáře

Komunikace je základem mezilidských vztahů, lze jí definovat jako vzájemnou výměnu poznatků mezi lidmi, a je realizována prostřednictvím regulérních symbolů. Komunikace je procesem interpersonální výměny, jinými slovy je to sdělování určitých souhrnů informacích v oblastech poznávacích, emotivních a snahových. (4)

Ve všech profesích, kde se setkáváme s člověkem jako příjemcem vlastní práce, je velmi důležitá sféra sociálních dovedností. Proto dovednost dobře komunikovat s pacientem je součást profesionálního vybavení zdravotnického záchranáře, které je zásadní pro navázání a rozvíjení kontaktu. (23)

Komunikace zpravidla obsahuje složku verbální a neverbální. V komunikaci se však objevují i manipulace, kterými se žádoucí účel dosahuje nepřímo. Často se používají i takové prostředky, které skutečné záměry skrývají. (10)

Komunikace je také definována jako předávání významových obsahů pomocí mnoha signálů a prostředků jako mimika, ústní podání, písemná forma, gesta a další prostředky neverbálního chování mezi dvěma čí více lidmi. Komunikaci je popisována jako způsob nebo prostředek, který pomáhá k dorozumění. Pokud komunikujeme s lidskou bytostí, je třeba si uvědomit, že existují určité zákonitosti, které nesmí být porušeny, aby komunikace nestagnovala. Proto je třeba znát některé principy, které mohou vzájemnou komunikaci usnadnit. (7)

1.4.1. Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme takovou formu komunikace, která probíhá pouze na slovní úrovni, tedy slovem nebo písmem, proto musí být výstižná a srozumitelná. Aby došlo ke vzájemnému porozumění při kontaktu zdravotnického záchranáře a pacienta, je důležité se zaměřit na pečlivou volbu slov. Používaní cizích výrazů nebo slangů je v tomto případě nežádoucí, protože pacienti, se kterými zdravotnický záchranář komunikuje, nemusí vždy přesně porozumět tomu, co se jim v danou chvíli snaží sdělit. Při verbální komunikaci jsou vždy v širokém zastoupení přítomny emoce a pocity. Tím jsou stavy jako je strach, úzkost, lítost, zoufalství nebo radost přeneseny do komunikace a mohou tak ovlivnit efektivitu rozhovoru. Na celkovém účinku verbální komunikace se z padesáti procent účastní výraz tváře a pohyby těla. Dalších čtyřicet procent představuje vokální a hlasová charakteristika řeči. Na vlastní obsah sdělení při verbální komunikaci připadá pouze sedm procent. (10)

1.4.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci můžeme definovat jako řeč těla. V profesi zdravotnického záchranáře je porozumění řeči těla velice potřebné a důležité. Některé stavy nedovolí pacientům komunikovat slovy, proto jsou pak odkázáni na řeč těla. Na některé prvky neverbální komunikace reagují mnohdy pacienti velice citlivě. Zejména malé děti mohou odpovědět na *útok* očima někdy až pláčem. (10)

K projevům neverbální komunikace patří gesta, pohyby hlavy, různé pohyby a postoje těla, výrazy tváře, pohledy očí, změny vzájemné vzdálenosti a zaujímání pozice v prostoru, tělesné kontakty, tón hlasu a další neverbální aspekty řeči, oblečení, fyzické a další hlediska vlastního zevnějšku. (24)

Důležitou součástí úspěšné práce zdravotnických záchranářů je dovednost neverbálního projevu a umění ho při své práci využít, dokázat rozpoznat nemocného a pojmenovat tak jeho neverbální vyjádření. Záleží však na jejich znalostech a zkušenostech, které mohou ve své profesi využívat. (26)

Prvním prostředkem navázání kontaktu mezi dvěma lidmi je pohled. Vzájemné propojení pohledů umožňuje poznání druhého člověka a vůli k udržení komunikace. Správné posouzení zrakového kontaktu ve zdravotnictví může přispět k základnímu popisu diagnosticko-terapeutické činnosti. (26)

Sdělovací možnosti pohledů mají své ukazatele, a to například zaměřením pohledu. Déletrvající oční kontakt může signalizovat nepřátelství anebo agresivní chování, ale může také vyzývat k větší důvěře, soukromí, a to například v situaci, kdy pacient chce dát na vědomí něco velmi osobního či intimního. Vyhýbání se pohledu, sklonění hlavy při rozhovoru, pohled upřený do země, vyhýbavé pohledy mohou vyvolat pocity nejistoty, rozpačitosti jak ze strany pacienta, tak ze strany zdravotnického záchranáře. (10)

Velké množství emocionálních skutečností lze vyjádřit výrazem obličeje, neboť vnitřní psychické stavy člověka se citlivě odrážejí ve výrazu jeho tváře. Mezi snadno identifikovatelné stavy psychiky patří zděšení, smutek, lítost a také projev, se kterým se zdravotničtí záchranáři setkávají často, výraz bolesti. Horní polovina obličeje sděluje těžké prožitky strachu, úzkosti a bolesti, které signalizují přivřené až zavřené oči nebo pokrčené čelo pacienta. Oproti tomu dolní část tváře, zvláště pak okolí úst, naznačuje uvolnění, klid a úsměv. (26)

Zvláště úsměv má uklidňující účinek a pro druhého je jistým zdrojem pozitivní energie. Čechová uvádí: „Úsměv je tím nejlevnějším lékem, dokáže odzbrojit nepříjemného nebo agresivního člověka, a přesto je ve zdravotnictví užíván tak sporadicky, jako by představoval jeden z nejnamáhavějších výkonů, které jsou v kontaktu s nemocným možné.“ (3, str. 114)

1.4.3. Psychologický přístup zdravotnického záchranáře

Pacient většinou předpokládá, že zdravotnický záchranář je odborník v rámci své profese a očekává od něj profesionální a komplexní přístup, srozumitelné, vstřícné a empatické vyjadřování bez jakéhokoli stresu. Tento přístup představuje lidské zacházení s pacienty. Psychologický přístup zdravotnického záchranáře by měl napomoci vytvořit dobrou pracovní pospolitost nejen mezi zdravotnickým záchranářem

a pacientem, ale také v celé medicíně. Tato pracovní sounáležitost je důležitá pro aktivní spolupráci, plné nasazení a otevřenost v komunikaci. Zvýšený zájem o prožitky pacienta zvyšuje požadavky na komunikační dovednosti zdravotnického záchranáře a na způsob zacházení s pacienty. (10, 11)

1.4.4. Navázání kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem

První kontakt mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem je zásadní pro navázání následné komunikace a vzájemné spolupráce. Proto je velmi důležité, aby se od počátku pacient cítil v přítomnosti zdravotnického záchranáře bezpečně a plně mu důvěřoval. Fakt, že pacient potřebuje zdravotnické ošetření, se pro něj stává velice stresující událostí. Stresovaný pacient očekává, že se mu zdravotnický záchranář bude plně věnovat a vyslechne jej, i když se mu budou některé problémy obtížně formulovat. (7, 15)

Rozhovor mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem lze rozdělit na dvě fáze. Prvním krokem je uklidnění pacienta, navození pocitu důvěry a bezpečí. Proto je nezbytné, aby rozhovor s pacientem byl veden zdvořile, nenuceně a dotazy zdravotnického záchranáře byly směrovány na konkrétní obtíže pacienta. Teprve po zvládnutí těchto základních kroků, může následovat vlastní rozmluva. Vzájemný vztah důvěry mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem je základem pro následnou spolupráci. (7, 15)

1.5. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty se specifickými potřebami v přednemocniční neodkladné péči

Pacienti se specifickými potřebami jsou pacienti, kteří vyžadují zvláštní péči. Jsou to například pacienti, kteří jsou odkázaní na invalidní vozík, pacienti se slabým zrakem, poruchou sluchu nebo řečí, agresivní pacienti a další. Protože komunikace s těmito pacienty není vždy snadná, je nutné, aby zdravotnický záchranář ve své praxi vždy na tyto možnosti pamatoval a byl na ně dostatečně pedagogicky a komunikačně připraven. (15, 23)

1.5.1. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s tělesným postižením

Lidé s tělesným postižením nevyžadují zvláštní techniku a přístup v komunikaci. Často se stává, že ze strany zdravotnických záchranářů dochází k chybám, kterých se dopouštějí z důvodu neznalosti správné edukace nebo ne zcela profesionálního přístupu k pacientům. Pak tedy může dojít k tomu, že při komunikaci s tělesně postiženým pacientem není komunikace směrována přímo na jeho osobu, ale spíše na jeho doprovod, nebo je komunikace vedena jako s mentálně postiženým pacientem. Pro správný způsob komunikace je nezbytné, aby zdravotnický záchranář dovedl rozpoznat přibližnou dobu postižení, posoudit zda se jedná o trvalé postižení nebo aktuální nepohyblivost, při které hraje hlavní roli rozsah postižení pacienta. Proto je důležité dodržovat určité zásady komunikace s takto postiženými pacienty. Základní podmínkou je zjištění rozsahu postižení a možných omezení v komunikaci. Důležité je také zachování společenských pravidel v komunikaci, přizpůsobení postoje a pohledu tak, aby bylo možno zajistit oční kontakt a vytvořit prostor bez překážek. (23)

1.5.2. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou zraku

Zrakové vnímání utváří člověku představu o okolním světě. Takto postižený člověk trpí nedostatkem podnětů, které kompenzuje zvýšeným sluchovým a hmatovým vnímáním. Při rozhovoru s takto postiženými pacienty může zdravotnický záchranář pozorovat nedůvěru, která vyplývá ze skutečnosti, že zrakem nemůže sledovat či kontrolovat prostředí, lidi, ani danou situaci. Je tedy důležité, aby si zdravotničtí záchranáři uvědomili, že v přístupu k takto postiženému pacientovi nevystačí pouze s běžnými komunikačními praktikami využívanými v interakci s pacienty. Aby zdravotničtí záchranáři předešli nedůvěře ze strany pacienta, je třeba využívat důležité zásady. Nejprve by zdravotnický záchranář měl pacienta pozdravit, představit se mu, seznámit ho s příčinou vzájemného setkání a rovněž pacienta seznámit s prostředím, ve kterém se právě nachází. Další důležitou zásadou je slovní popis všech činností v průběhu ošetřování, krok za krokem, popsat každý dotek, jako např.: „Teď vám přilepím na hrudník nálepky, abych se mohl/a podívat jak vám funguje srdíčko.“ Také

je vhodné pacientovi při chůzi nabídnout paži k zavěšení. Zdravotnický záchranář by se nikdy neměl při rozhovoru k pacientovi otáčet zády, neboť to nevidomí pacient vycítí. Pro nevidomého je rovněž důležité oznámit ukončení rozhovoru a při odchodu se rozloučit, aby nedocházelo k nepříjemným situacím, kdy nevidomí hovoří tzv. do prázdna. (12, 23)

1.5.3. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou sluchu

Lidé, kteří trpí poruchou sluchu, mají mnoho obtíží. Jejich postižení může někdy vést až ke komunikační bariéře ve vztahu k okolí. Zvláště při ošetřování je komunikace velice důležitá a je nutné zajistit její dostatečnou kvalitu. Zásadami při komunikaci s pacienty s poruchou sluchu jsou především zajištění klidného prostředí s minimem rušivých elementů, zřetelné a pomalé vyslovování pro usnadnění odezírání, zajištění pohledu z očí do očí a udržení očního kontaktu, používání krátkých a jednoduchých vět s jednoznačným významem, některá sdělení doplňovat názornými ukázkami, kontrolovat v průběhu, zda pacient rozumí, vnímat jeho neverbální projevy a být trpělivý. Na konci rozhovoru vyjádřit pacientovi uznání za ochotu a spolupráci. (12, 23)

1.5.4. Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s poruchou řeči

Velké procento informací, které zdravotnický záchranář získává o stavu pacienta, je formou mluveného slova. Špatné porozumění při získávání informací může závažně ohrozit pacientův stav a jeho další léčbu. Proto se při komunikaci s pacienty s poruchou řeči klade velký důraz na trpělivost. U těchto pacientů rozlišujeme, zda jde pouze o poruchu výslovnosti nebo se jedná o poruchu fatickou. Nejčastějšími poruchami výslovnosti je koktavost. Fatické poruchy se obvykle vyskytují ve formách mutismu a afázie. Mutismus je úplná němota při zachování funkčnosti sluchového aparátu. Afázie je ztráta řeči v důsledku poškození mozku. Zásadami komunikace s pacienty s poruchou řeči jsou zvláště zabezpečení vhodného prostředí nebo soukromí, vyjádření vůle komunikovat, hledání možnosti co nejlepšího dorozumívání, jasné vyjadřování v krátkých větách, průběžné ověřování srozumitelnosti výkladu, objasnění

důvodu komunikace, pomoc pacientovi ve vyjadřování s nabídkou vhodných slov, ale nenutit ho násilně k rozhovoru pokud nemá zájem, hledat různé formy dorozumívání, např. *ano* přikývnutím či pohybem očima nahoru a dolů, *ne* pohybem hlavou či očima do stran. V těchto případech je nutné klást jednoduché otázky s jednoznačnou kladnou nebo zápornou odpovědí. (12, 23)

1.5.5. Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem

V poslední době se stává agresivita vůči zdravotnickým záchranářům čím dál častějším jevem. Proto je třeba se této problematice věnovat samostatně a naučit se některým zásadám správné komunikace s těmito pacienty. (12, 15, 23)

Agresivní chování je definováno jako útočné chování se záměrným nebo nezáměrným cílem ublížit. Zpočátku se projevuje chladným, ironizujícím způsobem komunikace ze strany pacienta. Závažnější jsou projevy násilí vůči věcem v okolé a bouchání s různými předměty. Nejzávažnější formou je pak násilí vůči druhé osobě, nebo sobě samému. (12, 23)

Mezi projevy verbální agrese patří křik, nadávky, ironie a jejím cílem je zastrašení protějšku. Důvodem tohoto chování většinou bývá snaha o dosažení domnělého či skutečného práva, odčinění křivdy nebo odreagování vnitřního napětí. K projevům poškozování věcí patří bouchání dveřmi, házení okolními předměty a kopání do nich. Toto chování slouží k vybití agrese a může se jednat i o signály blížícího se napadení. Fyzické napadení je trestným činem. V přednemocniční neodkladné péči bývají ohroženi především zdravotničtí záchranáři, okolní lidé, nebo rodinní příslušníci. Proto je vždy v případě, kdy je možná agrese vůči druhé osobě, nutné okamžitě přivolat příslušníky Policie České republiky. (12, 23)

Při komunikaci zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem je důležité zachovat klid, chovat se vlídně a respektovat normy společenského chování. V žádném případě není vhodné odpovídat na agresi protiútokem, neboť tím dojde k dalšímu vystupňování agrese. Za tohoto stavu je třeba akceptovat pacientův hněv, nehodnotit chování a neodsuzovat pacienta za jeho projevy, naopak dát najevo zájem o jeho situaci, vyjádřit empatii a porozumění verbálními i neverbálními prostředky, snažit se hledat

reálné důvody pacientova hněvu. Pokud to konkrétní situace umožní, je vhodné pacientovi vyhovět. V opačném případě zdravotnický záchranář klidně vysvětlí své stanovisko a vyjádří pochopení se situací pacienta. Případné výhružky pacienta je však nutné brát vážně, nedotýkat se ho, nepohybovat se směrem k němu a neotáčet se k němu zády. (12, 23)

1.6. Sebereflexe a autodiagnostika jako základ analýzy edukační činnosti zdravotnického záchranáře

Uvědomování si obsahu svého vědomí a charakteristiky osobnosti i výsledků vlastního jednání nazýváme sebereflexí. Můžeme ji popsat jako vnitřní dialog, který vedeme sami se sebou. Umožňuje zdravotnickému záchranáři srovnávat a analyzovat dřívější a nové soubory edukačních zkušeností, jeho nová a starší rozhodnutí. Díky tomu může nalézat nová východiska a náměty k dalšímu sebezdokonalování v edukaci. Proto je sebereflexe nezbytná ve všech fázích profesionálního vývoje zdravotnického záchranáře. (1)

Sebereflexe zdravotnickému záchranáři umožňuje uvědomovat si vlastní edukační myšlenkové postupy, úspěchy, ale také dílčích nedostatky v edukační činnosti. Poskytuje stanovení optimálních cílů vlastního sebezdokonalování. Sebereflexe je vlastně jakousi zpětnou vazbou toho, co a jakým způsobem zdravotnický záchranář dělal a prožíval při komunikaci s pacienty, a co se během ní odehrávalo. Je tedy procesem, při kterém hledáme a odkrýváme zdroje pro rozvoj osobnosti, její edukační činnosti, edukačního stylu i způsobů komunikace jak s pacienty, tak i s kolegy. (1)

Sebereflexi rozdělujeme na čtyři fáze. První je fáze popisná, která pokládá zdravotnickému záchranářovi výchozí otázku, co vlastně dělá. Druhou je fáze informující. Ta pokládá otázku, co představuje edukační činnost v určité edukační situaci. Třetí fází je fáze konfrontující, při které se zdravotnický záchranář táže sám sebe na otázku, jak došlo k tomu, že je takový, jaký je. Poslední, tedy čtvrtá, je fáze rekonstruktivní, při níž si zdravotnický záchranář klade otázku, jak by měl při své práci postupovat jinak a lépe. (1)

Proces, v jehož průběhu zdravotnický záchranář systematicky získává a zpracovává zpětnovazebné informace o své edukační činnosti, se nazývá autodiagnostika. Pokud budeme vycházet z předpokladu, že činnost zdravotnického záchranáře zahrnuje přípravu, realizaci a hodnocení, můžeme vymezit tři základní oblasti autodiagnostiky. První oblast zahrnuje úvahy o kvalitě výuky, které lze zjišťovat pomocí sebereflektujících otázek. Druhou oblastí je edukační působení na pacienta a třetí jsou důsledky působení na pacienta, které je možno zjišťovat pomocí sebereflektujících otázek nebo účastnickým posouzením edukace. (1)

1.7. Význam edukace v profesi zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář je zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu tohoto povolání na základě získané odborné způsobilosti. Základní podmínkou k získání odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře je úspěšné absolvování akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších odborných zdravotnických školách. (25)

Do vzdělání se promítají nejen role a postavení zdravotnických záchranářů, ale i jejich zodpovědnost a kompetence. Zdravotničtí záchranáři musí mít způsobilost na vykonávání funkcí, které zlepšují nebo udržují zdravotní stav pacientů. Poskytují péči v období bezprostředně po vzniku náhlé poruchy zdraví, až do doby předání do zdravotnického zařízení. (25, 27)

Vzdělávání a výkon povolání zdravotnického záchranáře upravuje zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Obecně lze říci, že požadavky kladené na dosažení vzdělání zdravotnických záchranářů se oproti dosavadní praxi stále zvyšují. Pro činnosti, které doposud vyžadovaly střední zdravotnické vzdělání nebo případně vyšší odborné vzdělání, je nyní požadováno vzdělání univerzitní, bakalářské. Odbornou podmínkou, kterou musí zdravotnický záchranář splnit, je získání nebo uznání odborné způsobilosti. Všem zdravotnickým pracovníkům, tedy i zdravotnickým záchranářům, ukládají příslušné zákony bez výjimky povinnost celoživotního vzdělávání, jehož součástí jsou především kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích a odborných konferencích, kongresech,

publikační a pedagogická činnost, ale také samostatné studium odborné literatury. Podmínkou pro složení atestační zkoušky zdravotnického záchranáře je prokázání účasti v celoživotním vzdělávání. (22)

U nelékařských zdravotnických povolání je podmínkou pro vydání osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu, a tím zapsání zdravotnického záchranáře do registru takto oprávněných zdravotnických pracovníků. Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se zdravotnický záchranář prokazuje pomocí kreditního systému. Pro získání osvědčení platného na šest let je zapotřebí získat čtyřicet kreditů. Samostatný výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků je v případě zdravotnických záchranářů podmíněn získáním osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, které vydává Ministerstvo zdravotnictví. Osvědčení získá zdravotnický záchranář až po třech letech praktického výkonu tohoto povolání, do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Ostatní žadatelé se musí prokázat minimálně roční praxi a čtyřiceti kredity ze systému celoživotního vzdělávání nebo podstoupit zkoušku před zkušební komisí Ministerstva zdravotnictví. Pokud zdravotnický záchranář osvědčení získá, je zapsán do registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu s možností užívání titulu registrovaný zdravotnický záchranář. Registr je veden podle zákona č. 96/2004 Sb. jako veřejný seznam. Osvědčení se vydává na dobu šesti let. Po uplynutí této doby je možno platnost osvědčení prodloužit po splnění podmínek praxe a celoživotního vzdělávání. (22)

1.8. Etika v přednemocniční neodkladné péči

Etika, teorie morálky, je filozofickou vědou, zabývající se základními kategoriemi mravnosti, jako jsou dobro a zlo, pravda a lež, spravedlnost a nespravedlnost, štěstí a utrpení apod. V tomto smyslu se etika promítá i do jednotlivých vědních oborů, v našem případě do medicíny. Je důležité poznamenat, že existují těsné vazby mezi etikou a právem na jedné straně a mezi etikou a psychologií na straně druhé. Důležité etické i právní problémy se sice mohou podporovat či ovlivňovat, ale nemusí být vždy zcela souvztažné. Totéž lze říci s určitou mírou zjednodušení i o vztahu etiky a psychologie. (5, 17)

S řadou etických aspektů činnosti zdravotnického záchranáře se setkáváme v přednemocniční neodkladné péči. V činnosti zdravotnické záchranné služby přetrvává paternalistický postoj k pacientovi daleko více než v jiných lékařských oborech, což je pravděpodobně dáno jednak reálnými možnostmi pacientů s akutním a mnohdy život ohrožujícím charakterem postižení zdraví, ale i určitou setrvačností pracovních a behaviorálních návyků u těchto případů. Soudobým trendem však musí být vztah partnerský, založený na rovnovážném postavení obou stran, což by mělo platit nejen pro týmy výjezdové, ale i pro pracovníky operačních středisek. (17)

Více než v jiných oborech je ve zdravotnické záchranné službě diskutována možnost odmítnutí poskytnout první pomoc s poukazem na ohrožení vlastního zdraví a života. Zatímco při odmítnutí první pomoci HIV pozitivnímu pacientovi by se jednalo nejen o neetičnost takového postoje, ale i o protiprávnost, tak při potřebě poskytovat první pomoc například v chemicky zamořeném prostředí by její odmítnutí nemuselo být za určitých okolností zdravotníky vnímáno a hodnoceno jako neetické, ani protiprávní. Avšak na podkladě interpretace přinejmenším dvou zákonů by takovéto jednání bylo asi možné vyhodnotit jako protiprávní. (17)

Ani z etického hlediska nelze pochybovat o smysluplnosti první pomoci při mimořádných událostech s hromadným výskytem postižených osob. Je třeba zdůraznit, že především třídění raněných nesmí zahrnovat *non lege artis* postupy a musí být podloženo snahou o co největší záchranu postižených osob. (17)

Velmi významným způsobem ovlivňuje etické principy rozhodování lékařské záchranné služby v případech souvisejících s konstatováním smrti, především s ukončením, případně nezahájením neodkladné resuscitace. Etická problematika je dána složitostí, náročností a velkou odpovědností lékaře při posuzování a rozhodování v otázce života a smrti. Tato rozhodnutí jsou spojena především s tématy a dilematy takzvané medicínské bezúčelnosti, forenzních rizik z případné nerovnovážnosti etických a legislativních kritérií, variability okolností nebo situací pro posouzení optimálních časových limitů trvání neodkladné resuscitace. (17)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit rozsah edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat návaznost a spojitost výše vzdělání zdravotnických záchranářů s poskytováním edukace pacientům.

2.2. Hypotézy

V práci byly stanoveny tyto dvě hypotézy:

Hypotéza č. 1: Zdravotničtí záchranáři nedostatečně edukují pacienty.

Hypotéza č. 2: Zdravotničtí záchranáři, kteří mají vyšší vzdělání, edukují pacienty více, oproti zdravotnickým záchranářům s nižším vzděláním.

3. Metodika

3.1. Metodika práce

Téma práce bylo zpracováno na podkladě odborné literatury a kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum se skládá ze dvou částí.

Prvním výzkumným souborem byly zdravotničtí záchranáři v Táboře a Českých Budějovicích. Pro sběr dat byla použita technika dotazování formou dotazníku (viz příloha č. 1), který byl sestaven ze 13 uzavřených otázek. Úvodní otázky byly identifikační, další zjišťovaly, zda se měl zdravotnický záchranář možnost seznámit se zásadami edukace pacientů během studia příslušné školy, znalost edukačních zásad zdravotnických záchranářů, způsob seznámení se se zásadami edukace pacientů, důležitost edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči, zda zdravotničtí záchranáři edukují pacienty v přednemocniční neodkladné péči a další.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti ošetření zdravotnickou záchrannou službou v Táboře a Českých Budějovicích. Ke sběru dat byla opět použita technika dotazníků (viz příloha č. 2), který byly sestaveny z 12 uzavřených otázek. Tento dotazník byl sestaven tak, aby bylo možno porovnat tyto výsledky s výsledky prvního výzkumného souboru. Úvodní otázky byly identifikační, další zjišťovaly, zda tito pacienti byli již v minulosti ošetřeni zdravotnickou záchrannou službou, zda byli zdravotnickými záchranáři edukováni, zda se pacienti domnívají, že zdravotničtí záchranáři znají základní zásady edukace, zda je dle jejich názoru důležité, aby zdravotničtí záchranáři pacienty edukovali v průběhu přednemocniční neodkladné péče apod.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

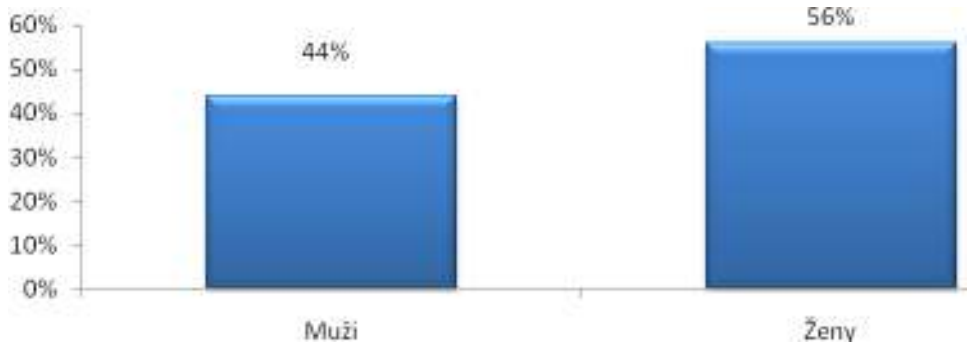
První výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři. Vlastní šetření proběhlo v červenci a srpnu roku 2008 na Záchranné službě Tábor a Záchranné službě České Budějovice. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z nichž se vrátilo 41 (82%) vyplněných tak, aby mohly být použity ke konečnému vyhodnocení. Dotazník vyplnilo 18 mužů a 23 žen.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli ošetřeni Zdravotnickou záchrannou službou Tábor a Zdravotnickou záchrannou služnou České Budějovice. Vlastní šetření proběhlo v červenci a srpnu roku 2008. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z nichž se vrátilo 43 (86%) vyplněných tak, aby mohly být použity ke konečnému vyhodnocení. Dotazník vyplnilo 21 mužů a 22 žen.

4. Výsledky

4.1. Zdravotničtí záchranáři

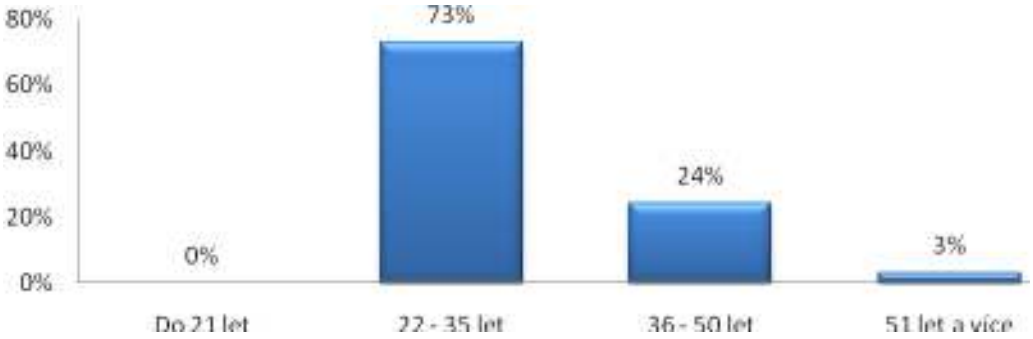
Graf č. 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů bylo 18 (44%) mužů a 23 (56%) žen.

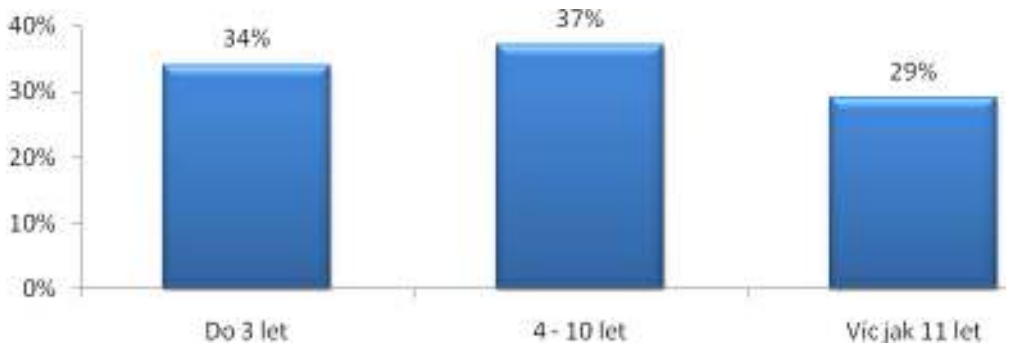
Graf č. 2: Věkové rozmezí



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů nebyl žádný z respondentů ve věku do 21 let, 30 (73%) respondentů ve věku 22 – 35 let, 10 (24%) ve věku 36 – 50 let a 1 (3%) ve věku nad 51 let.

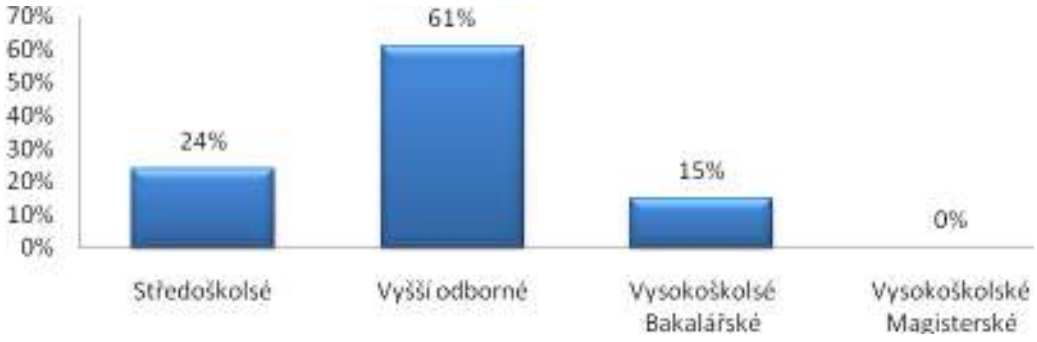
Graf č. 3: Délka praxe u zdravotnické záchranné služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů mělo praxi u zdravotnické záchranné služby do 3 let 14 (34%) respondentů, v rozmezí 4 – 10 let 15 (37%) respondentů a 12 (29%) respondentů jedenáct a více let.

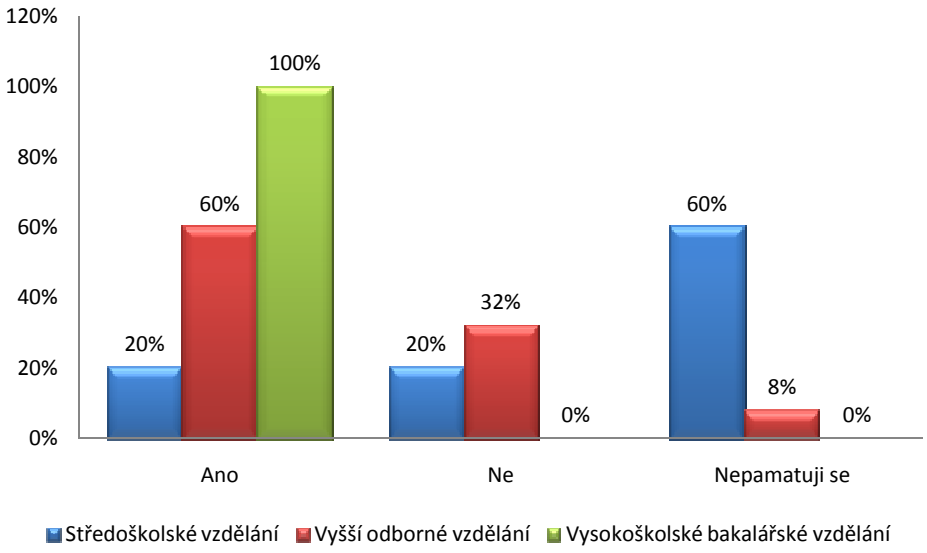
Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů mělo 10 (24%) respondentů středoškolské vzdělání, 25 (61%) vyšší odborné vzdělání, 6 (15%) vysokoškolské bakalářské vzdělání a žádný z respondentů neměl vysokoškolské magisterské vzdělání.

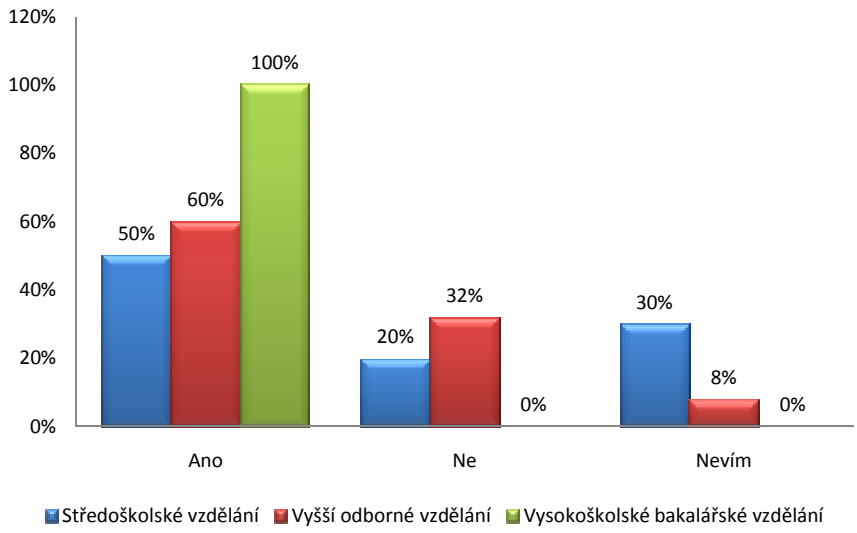
Graf č. 5: Seznámení se zásadami edukace pacientů během studia na příslušné škole



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedli 2 (20%), že se měli možnost seznámit se zásadami edukace pacientů, 2 (20%) uvedli, že tuto možnost neměli, a 6 (60%) uvedlo, že si již nepamatují. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 15 (60%), že se mělo možnost seznámit se zásadami edukace pacientů, 8 (32%) uvedlo, že tuto možnost nemělo, a 2 (8%) uvedli, že si již nepamatují. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%), že se mělo možnost seznámit se zásadami edukace pacientů během studia.

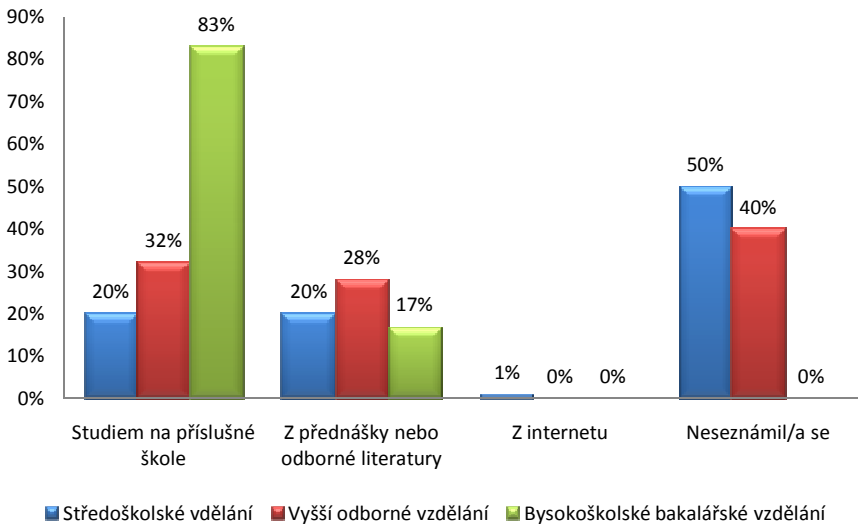
Graf č. 6: Znalost základních zásad edukace pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%) respondentů, že znají základní zásady edukace, 2 (20%) respondenti uvedli, že základní zásady edukace neznají, a 3 (30%) respondenti uvedli, že neví. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 15 (60%) respondentů, že znají základní zásady edukace, 8 (32%) respondentů uvedlo, že základní zásady edukace neznají, a 2 (8%) respondenti uvedli, že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%) respondentů, že znají základní zásady edukace.

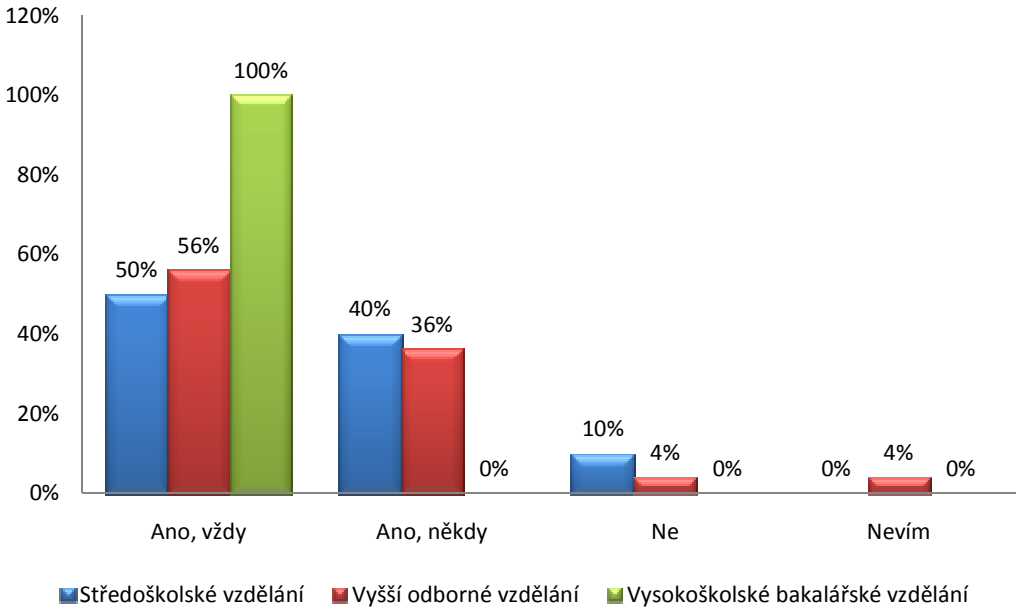
Graf č. 7: Způsob seznámení se zásadami edukace pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedli 2 (20%) respondenti, že se seznámili se zásadami edukace ve škole, 2 (20%) respondenti z přednášky nebo odborné literatury, 1 (10%) respondent z internetu a 5 (50%) respondentů se neseznámilo vůbec. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 8 (32%) respondentů, že se seznámilo se zásadami edukace studiem ve škole, 7 (28%) pomocí přednášky nebo odborné literatury a 10 (40%) se neseznámilo vůbec. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním se 5 (83%) seznámilo se zásadami edukace během studia a 1 (17%) z odborné literatury.

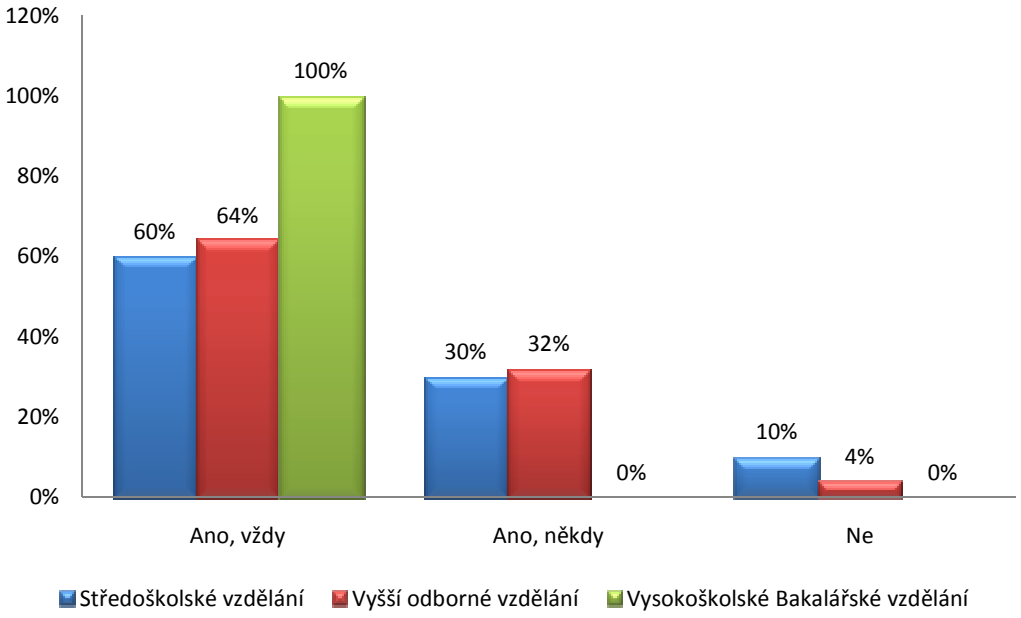
Graf č. 8: Důležitost edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%) respondentů, že je edukace pacientů vždy důležitá, 4 (40%), že je důležitá jen někdy, a 1 (10%) respondent uvedl, že důležitá není. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 14 (56%), že je edukace pacientů vždy důležitá, 9 (36%), že je důležitá jen někdy, 1 (4%) respondent uvedl, že důležitá není, a 1 (4%) uvedl, že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%), že je edukace pacientů vždy důležitá.

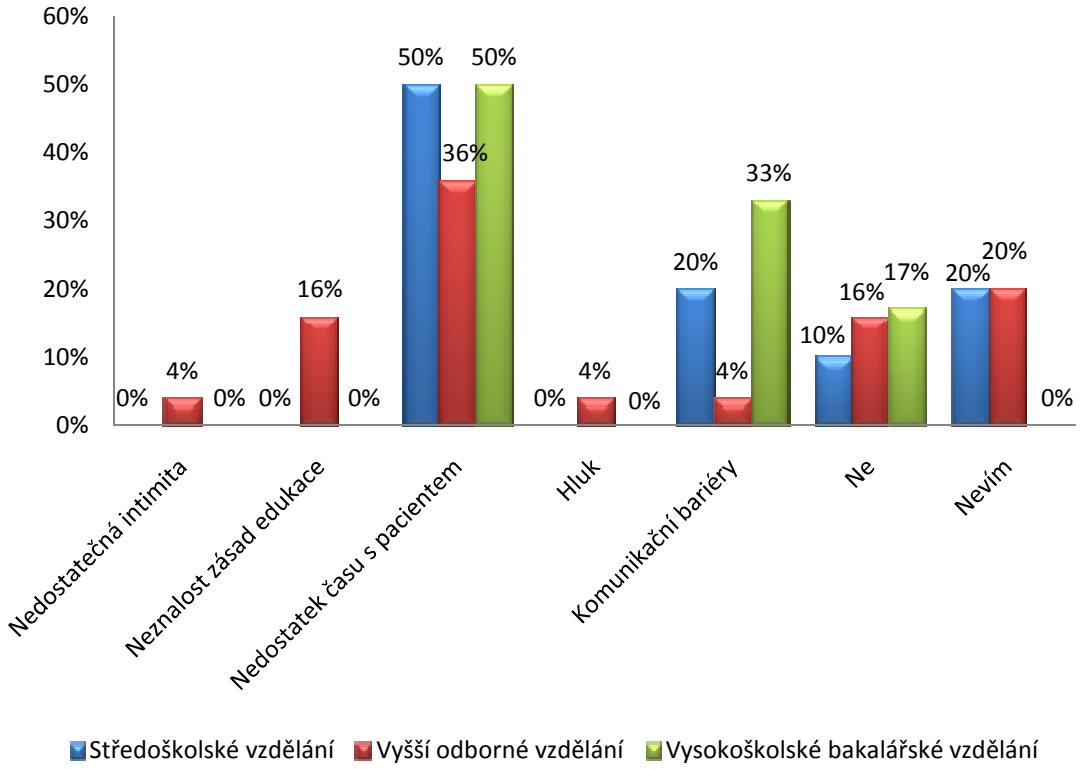
Graf č. 9: Užití edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním 6 (60%) respondentů vždy edukuje pacienty, 3 (30%) jen někdy a 1 (10%) uvedl, že needukuje. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 13 (64%) vždy edukuje pacienty, 8 (32%) jen někdy a 1 (4%) uvedl, že needukuje. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním 6 (100%) vždy edukuje pacienty.

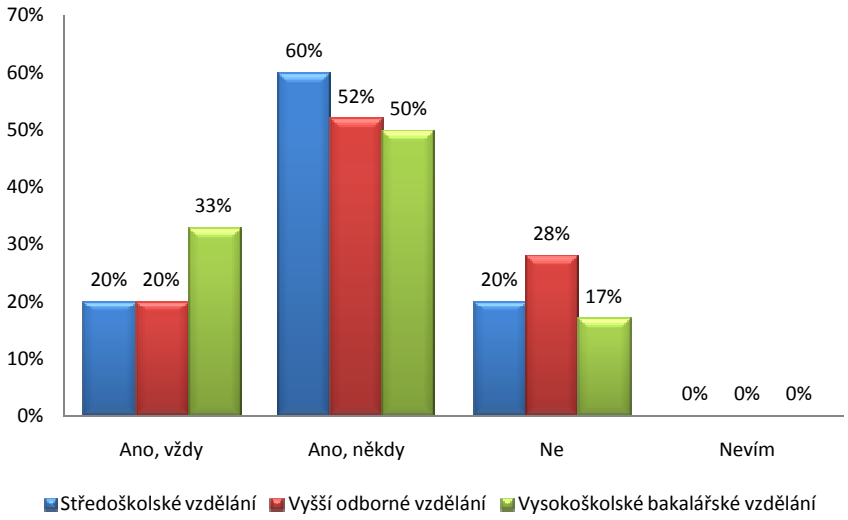
Graf č. 10: Překážky znesnadňující edukaci pacientů v přednemocniční neodkladné péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%), že edukaci znesnadňuje nedostatek času, 2 (20%), že komunikační bariéra, 1 (10%) uvedl, že překážky neexistují, a 2 (20%) neví. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedl 1 (4%), že edukaci znesnadňuje nedostatečná intimita, 4 (16%), že neznalost zásad edukace, 9 (36%), že nedostatek času, 1 (4%), že hluk, 1 (4%), že komunikační bariéry, 4 (16%) že neexistují, a 5 (20%) neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedli 3 (50%) že edukaci znesnadňuje nedostatek času, 2 (33%), že komunikační bariéra, a 1 (17%), že překážky neexistují.

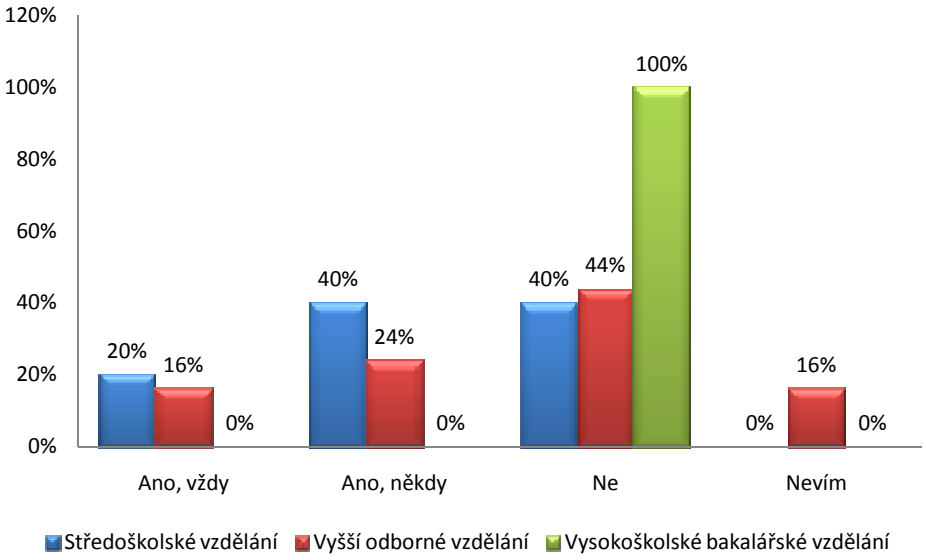
Graf č. 11: Důležitost spolupráce lékaře při edukaci pacienta zdravotnickým záchranářem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním si 2 (20%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 6 (60%), že je důležitá někdy, a 2 (20%), že důležitá není. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním si 5 (20%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 13 (52%), že je důležitá někdy, a 7 (28%), že důležitá není. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním si 2 (33%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 3 (50%), že je důležitá někdy, a 1 (17%), že důležitá není.

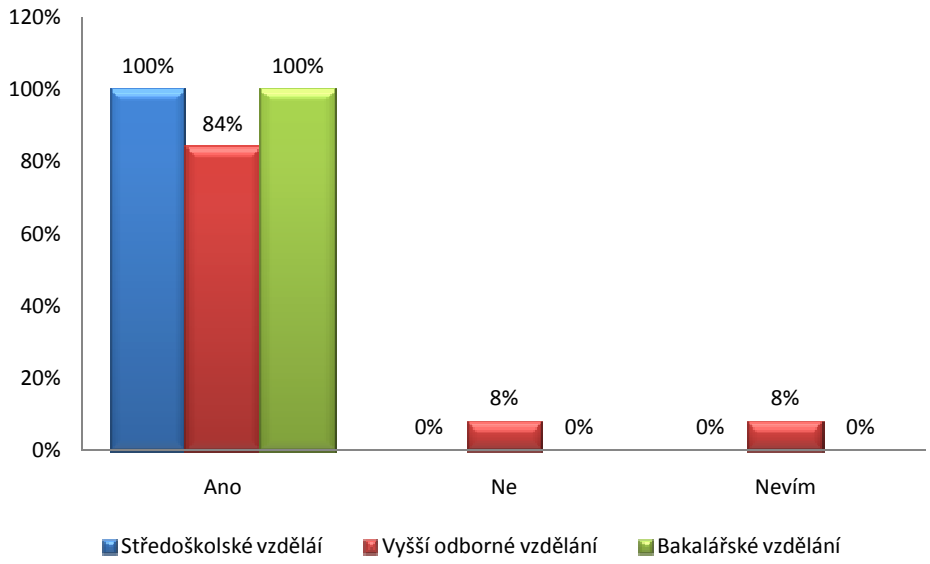
Graf č. 12: Přínosnost edukace pacientů lékařem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním si 2 (20%) myslí, že je edukace lékařem vždy účinnější, 4 (40%), že je účinnější jen někdy, a 4 (40%), že není účinnější. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním si 4 (16%) myslí, že je edukace lékařem vždy účinnější, 6 (24%), že je účinnější jen někdy, 11 (44%), že není účinnější, a 4 (16%) neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním si 6 (100%) myslí, že edukace lékařem účinnější není.

Graf č. 13: Důležitost prvního kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem

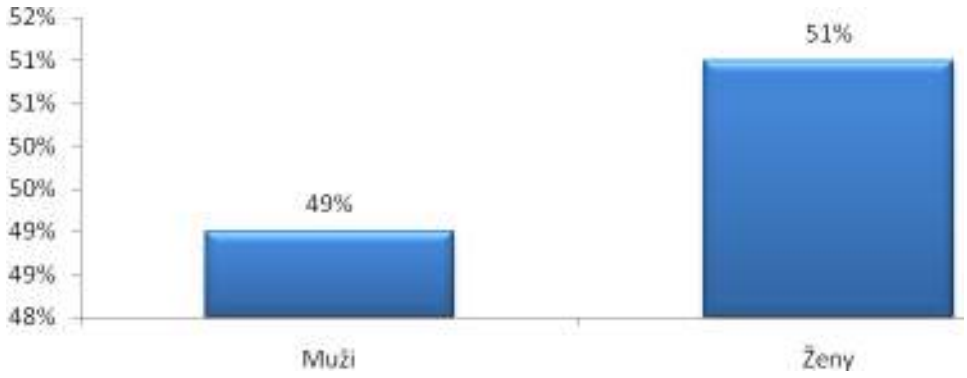


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 (100%) respondentů si 10 (100%) myslí, že je první kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů si 21 (84%) myslí, že je prvotní kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu, 2 (8%), že není, a 2 (8%), že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů si 6 (100%) myslí, že je první kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu.

4.2. Pacienti

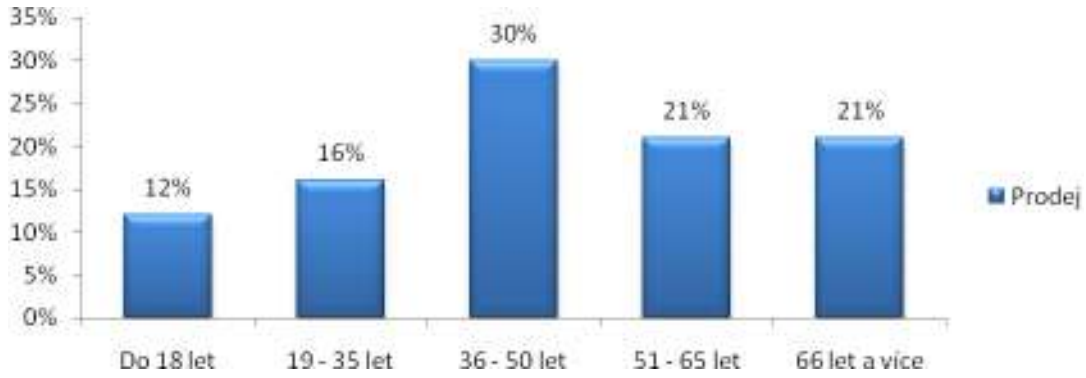
Graf č. 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů bylo 21 (49%) mužů a 22 (51%) žen.

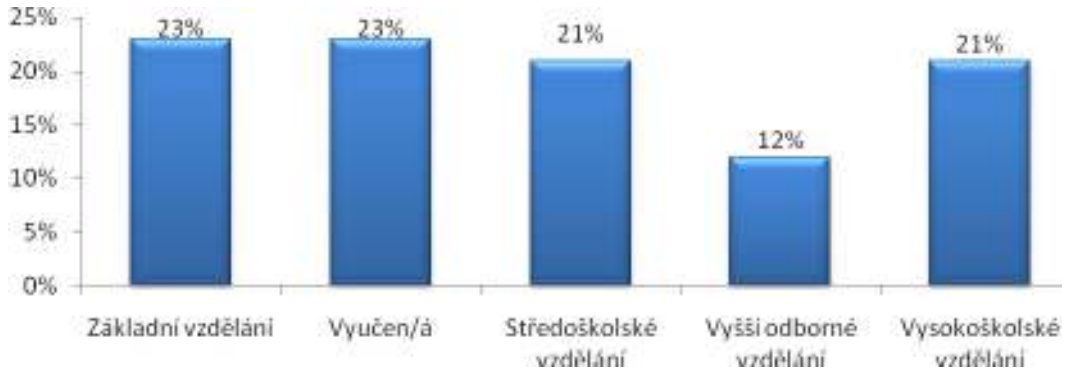
Graf č. 2: Věkové rozmezí



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů bylo 5 (12%) ve věku do 18 let, 7 (16%) ve věku 19 – 35 let, 13 (30%) ve věku 36 – 50 let, 9 (21%) ve věku 51 – 65 let, a 9 (21%) ve věku 65 a více.

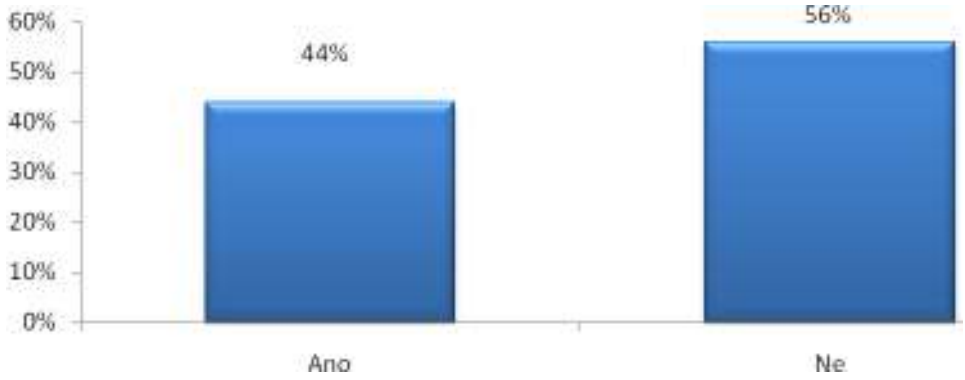
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů mělo 10 (23%) základní vzdělání, 10 (23%) bylo vyučených, 9 (21%) mělo středoškolské vzdělání, 5 (12%) mělo vyšší odborné vzdělání, a 9 (21%) mělo vysokoškolské vzdělání.

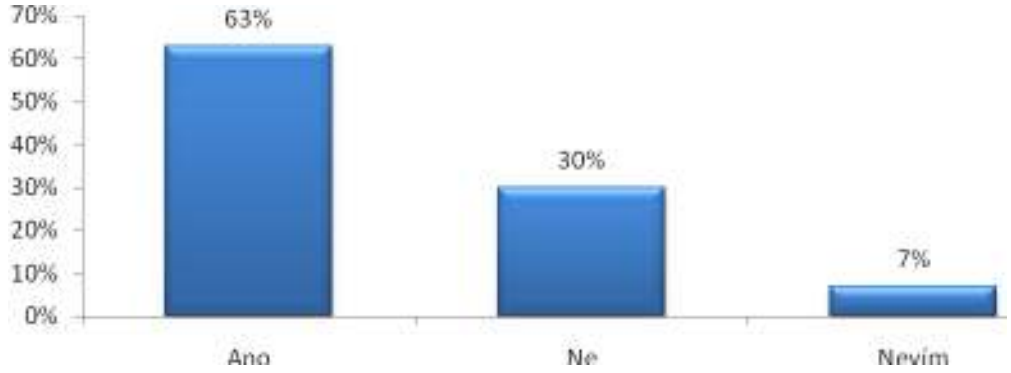
Graf č. 4: Ošetření zdravotnickou záchrannou službou v minulosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů bylo 19 (44%) v minulosti ošetřeno zdravotnickou záchrannou službou, a 24 (56%) v minulosti ošetřeno nebylo.

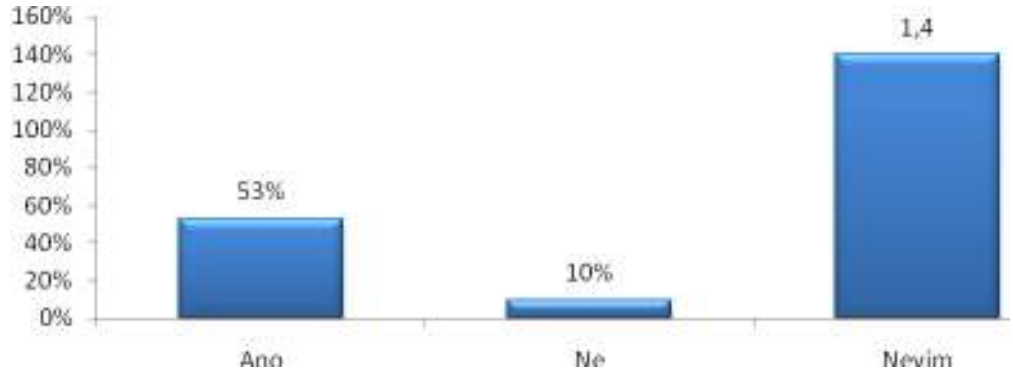
Graf č. 5: Edukace zdravotnickým záchranářem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů bylo 27 (63%) edukováno, 13 (30%) edukováno nebylo a 3 (7%) nevěděli.

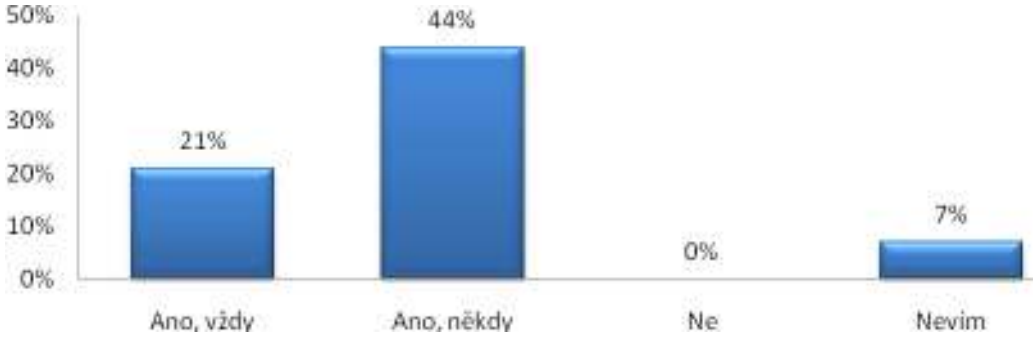
Graf č. 6: Znalost zdravotnických záchranářů zásad edukace pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 23 (53%) myslí, že zdravotničtí záchranáři znají základní zásady edukace, 4 (10%) si myslí, že je neznají, a 16 (37%) nevědělo.

Graf č. 7: Důležitost edukace zdravotnickými záchranáři



Zdroj: Vlastní výzkum

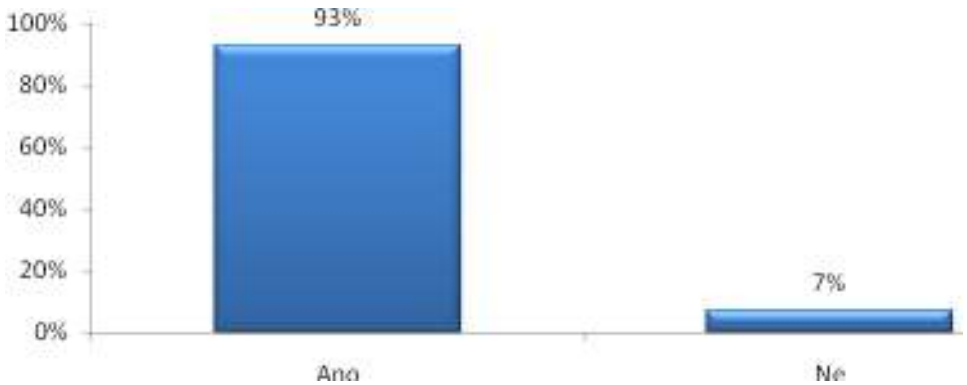
Z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 21 (49%) myslí, že je důležité, aby zdravotničtí záchranáři vždy edukovali pacienty, 19 (44%) si myslí, že by měli edukovat jen někdy, a 3 (7%) nevěděli.

Graf č. 8: Překážky, které znesnadňovali edukaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů uvedli 4 (9%), že překážkou byly nedostatečné znalosti edukace ze strany zdravotnického záchranáře, 9 (21%), že překážkou byl nedostatek času, 2 (5%), že překážkou byl hluk, 6 (14%), že překážkou byla komunikační bariéra, 12 (28%) nepocítilo žádnou překážku, a 10 (23%) nevědělo.

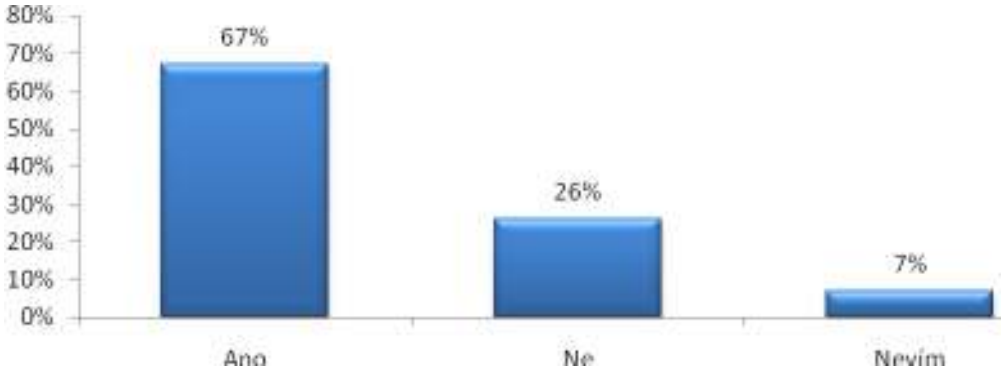
Graf č. 9: Rozeznání lékaře od zdravotnického záchranáře



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů 40 (93%) lékaře od zdravotnického záchranáře rozeznalo, a 3 (7%) lékaře od zdravotnického záchranáře nerozeznali.

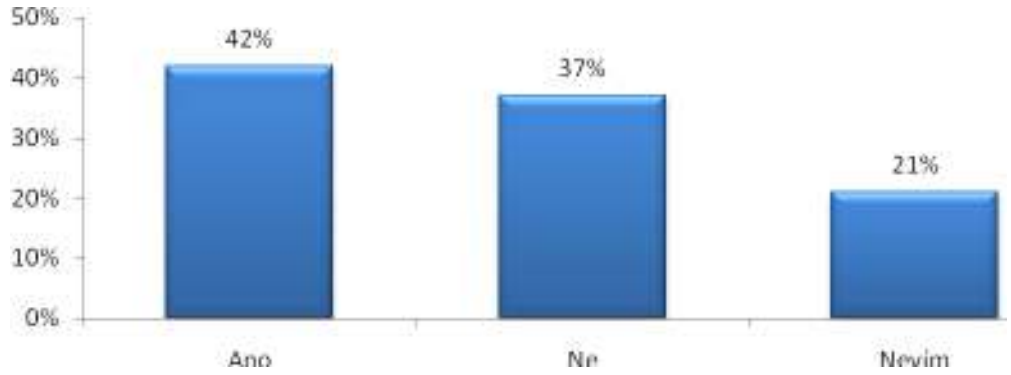
Graf č. 10: Důležitost spolupráce lékaře při edukaci pacientů zdravotnickým záchranářem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 29 (67%) myslí, že je spolupráce lékaře při edukaci důležitá, 11 (26%) si myslí, že spolupráce lékaře není důležitá, a 3 (7%) nevěděli.

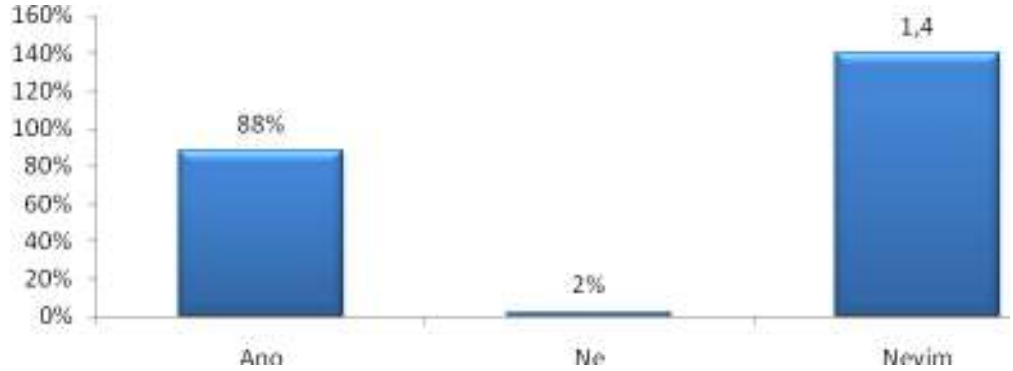
Graf č. 11: Přínosnost edukace pacientů lékařem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů uvedlo 18 (42%), že by pro ně byla edukace lékařem přínosnější, 16 (37%) tento názor nesdílelo a 9 (21%) nevědělo.

Graf č. 12: Důležitost prvního kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 38 (88%) myslí, že první kontakt se zdravotnickým záchranářem je důležitý pro jejich následný vztah, 1 (2%) si myslí, že není důležitý, a 4 (10%) nevěděli.

5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozsah edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči a návaznost a spojitost výše vzdělání zdravotnických záchranářů s poskytováním edukace pacientům.

První výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři z výjezdových stanovišť Tábor a České Budějovice. K získání potřebného vzorku dat bylo použito metody dotazování formou dotazníků. Výsledky tohoto šetření byly vyhodnoceny a porovnány se stanovenými hypotézami, zvláště s ohledem na otázku č. 9 dotazníku, která byla zaměřena na to, zda zdravotničtí záchranáři pacienty v přednemocniční neodkladné péči edukují.

Jak již bylo uvedeno, byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 předpokládala, že zdravotničtí záchranáři nedostatečně edukují pacienty. Hypotéza č. 2 předpokládala, že zdravotničtí záchranáři, kteří mají vyšší vzdělání edukují pacienty více, oproti zdravotnickým záchranářům s nižším vzděláním.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že Z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním 6 (60%) respondentů vždy edukuje pacienty, 3 (30%) jen někdy a 1 (10%) uvedl, že needukuje. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 13 (64%) vždy edukuje pacienty, 8 (32%) jen někdy a 1 (4%) uvedl, že needukuje. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním 6 (100%) vždy edukuje pacienty. Získané údaje hypotézu č. 1 vyvracejí a hypotézu č. 2 potvrzují. Hlinovská a Koišová (6) uvádějí: „ - edukace pacienta je jedna z nejdůležitějších aspektů ošetřovatelské praxe.“ „ - každý pacient v každém zařízení a v každém typu péče má právo na edukaci.“ Dle mého názoru zdravotničtí záchranáři pacienty edukují nedostatečně, a to jednak z důvodu nedostatečného časového limitu, ale také z důvodu neochoty ze strany zdravotnických záchranářů.

Z uvedených údajů vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři edukují pacienty v přednemocniční neodkladné péči. Také z údajů vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři, kteří mají vyšší vzdělání, edukují pacienty více oproti zdravotnickým záchranářům

s nižším vzděláním. Hypotéza č. 1 byla vyvrácena na základě ověřování jednotlivých otázek. Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena. Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

V následujícím textu je podrobně uvedena stavba otázek týkajících se zkoumané problematiky a shrnuto jejich vyhodnocení.

Otázka č. 4 byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných zdravotnických záchranářů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 41 (100%) respondentů mělo 10 (24%) respondentů středoškolské vzdělání, 25 (61%) vyšší odborné vzdělání, 6 (15%) vysokoškolské bakalářské vzdělání a žádný z respondentů neměl vysokoškolské magisterské vzdělání. Pomoci této otázky byla dále sledována návaznost vzdělání na poskytování edukace pacientům ze strany zdravotnických záchranářů v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

Otázka č. 5 byla zaměřena na možnosti respondentů seznámit se se zásadami edukace pacientů během studia na příslušné škole. Tato otázka byla pouze doplňující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedli 2 (20%), že se měli možnost seznámit se zásadami edukace pacientů, 2 (20%) uvedli, že tuto možnost neměli, a 6 (60%) uvedlo, že si již nepamatují. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 15 (60%), že se mělo možnost seznámit se zásadami edukace pacientů, 8 (32%) uvedlo, že tuto možnost nemělo, a 2 (8%) uvedli, že si již nepamatují. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%), že se mělo možnost seznámit se zásadami edukace pacientů během studia. Pomocí této otázky bylo možno zjistit, zda je stupeň vzdělání přímo úměrný s možností seznámení se respondentů se zásadami edukace pacientů. Podle mého názoru čím je vyšší vzdělání, tím je větší možnost seznámit se se zásadami edukace pacientů.

Otázka č. 6 byla zaměřena na znalost základních zásad edukace u zdravotnických záchranářů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%) respondentů, že znají základní zásady edukace, 2 (20%) respondenti uvedli, že základní zásady edukace neznají, a 3 (30%) respondenti uvedli, že neví. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 15 (60%) respondentů, že znají

základní zásady edukace, 8 (32%) respondentů uvedlo, že základní zásady edukace neznají, a 2 (8%) respondenti uvedli, že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%) respondentů, že zná základní zásady edukace. Získané údaje ukazují, že zdravotničtí záchranáři z větší části znají základní zásady edukace pacientů. Ze získaných údajů lze především rozpoznat jistou míru znalostí základních zásad edukace s výškou dosaženého vzdělání zdravotnických záchranářů. Dle mého názoru jsou na vysokých školách kladeny vyšší nároky na znalosti studentů se záměrem docílit nejen vyšší úrovně praktických znalostí zdravotnických záchranářů, ale i vyšší úrovně jejich teoretických znalostí, a to nejen v oblasti medicínské, ale i ošetřovatelské.

Otázka č. 7 byla zaměřena na způsob, jakým se respondenti seznámili se zásadami edukace pacientů. Tato otázka byla pouze doplňující k otázkám č. 5 a 6. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedli 2 (20%) respondenti, že se seznámili se zásadami edukace ve škole, 2 (20%) respondenti z přednášky nebo odborné literatury, 1 (10%) respondent z internetu a 5 (50%) respondentů se neseznámilo vůbec. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 8 (32%) respondentů, že se seznámilo se zásadami edukace studiem ve škole, 7 (28%) pomocí přednášky nebo odborné literatury a 10 (40%) se neseznámilo vůbec. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním se 5 (83%) seznámilo se zásadami edukace během studia a 1 (17%) z odborné literatury. Ze získaných údajů vyplynulo, že studium vysokých škol poskytuje větší možnost pro seznámení se se zásadami edukace pacientů. Dle mého názoru se člověk naučí nejvíce v průběhu studia na příslušných školách. Pak už jen záleží, jaké vědomosti si z příslušné školy odnese a následně je schopen nebo ochoten jejich realizace v praxi. Rovněž může nastat situace, kdy člověk v průběhu praxe dospěje k názoru, že má v určitém směru nedostatky, které se z vlastní vůle snaží doplnit studiem odborné literatury. Sucharda (22) uvádí: „Všem zdravotnickým pracovníkům bez výjimky nové zákony ukládají povinnost celoživotního vzdělávání. Do něho patří (kromě specializačního studia pro ty pracovníky, kteří musí skládat specializační atestace) zejména kurzy, odborné stáže,

účast na školicích akcích a odborných konferencích a kongresech, publikační a pedagogická činnost a samostatné studium odborné literatury.“

Otázka č. 8 byla zaměřena na důležitost edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči v podvědomí zdravotnických záchranářů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%) respondentů, že je edukace pacientů vždy důležitá, 4 (40%), že je důležitá jen někdy, a 1 (10%) respondent uvedl, že důležitá není. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedlo 14 (56%), že je edukace pacientů vždy důležitá, 9 (36%), že je důležitá jen někdy, 1 (4%) respondent uvedl, že důležitá není, a 1 (4%) uvedl, že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním uvedlo 6 (100%), že je edukace pacientů vždy důležitá. Hlinovská a Koišová (6) uvádějí: „ - edukace je důležitou a pro pacientovo budoucí zdraví neodmyslitelnou součástí léčby a péče.“ „ - edukace představuje významný způsob zlepšování kvality života člověka.“ „ - aby jedinec, kterého se rozhodování týká, mohl sám a svědomitě určit další postup léčby či péče, měl by být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu.“ Podle mého názoru je důležité, aby pacient byl edukován vždy v souvislosti s jeho aktuálním onemocněním.

Otázka č. 10 byla zaměřena na překážky, které mohou zdravotnickým záchranářům znesnadnit edukaci pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Tato otázka byla pouze doplňující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním uvedlo 5 (50%), že edukaci znesnadňuje nedostatek času, 2 (20%), že komunikační bariéra, 1 (10%) uvedl, že překážky neexistují, a 2 (20%) neví. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním uvedl 1 (4%), že edukaci znesnadňuje nedostatečná intimita, 4 (16%), že neznalost zásad edukace, 9 (36%), že nedostatek času, 1 (4%), že hluk, 1 (4%), že komunikační bariéry, 4 (16%) že neexistují, a 5 (20%) neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedli 3 (50%) že edukaci znesnadňuje nedostatek času, 2 (33%), že komunikační bariéra, a 1 (17%), že překážky neexistují. Ze získaných údajů vyplynulo, že nejčastější překážkou při edukaci pacientů je nedostatečný čas strávený s pacientem. Získané údaje by mohly být

následně použity pro další výzkum. Podle mého názoru je v přednemocniční neodkladné péči mnoho překážek, které mohou znesnadňovat edukaci pacientů. Těmi nejvýznamnějšími jsou nedostatečný čas, hluk a závažnost stavů nebo neochota samotných pacientů.

Otázka č. 11 byla zaměřena na důležitost spolupráce lékaře při edukaci pacientů zdravotnickým záchranářem v přednemocniční neodkladné péči. Tato otázka byla pouze doplňující k otázce č. 9. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním si 2 (20%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 6 (60%), že je důležitá někdy, a 2 (20%), že důležitá není. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním si 5 (20%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 13 (52%), že je důležitá někdy, a 7 (28%), že důležitá není. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním si 2 (33%) myslí, že je při edukaci důležitá spolupráce lékaře, 3 (50%), že je důležitá někdy, a 1 (17%), že důležitá není. Ze získaných údajů vyplynulo, že většina z dotazovaných respondentů si myslí, že je spolupráce lékaře při edukaci pacientů v přednemocniční neodkladné péči důležitá jen někdy. Dle mého názoru je spolupráce lékaře důležitá, jelikož lékař má větší znalosti v oboru a může pacientovi poskytnout více informací. Hlinovská a Koišová (6) uvádějí: „ - zdravotní sestry jsou oprávněny podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností.“ „ - zákon určuje, že poučení podává lékař – Etický kodex České lékařské komory.“

Otázka č. 12 byla zaměřena na účinnost edukace pacientů lékařem. Tato otázka byla pouze doplňující k otázce č. 9. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním si 2 (20%) myslí, že je edukace lékařem vždy účinnější, 4 (40%), že je účinnější jen někdy, a 4 (40%), že není účinnější. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním si 4 (16%) myslí, že je edukace lékařem vždy účinnější, 6 (24%), že je účinnější jen někdy, 11 (44%), že není účinnější, a 4 (16%) neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním si 6 (100%) myslí, že edukace lékařem účinnější není. Ze získaných údajů vyplynulo, že většina z respondentů si

myslí, že edukace pacientů lékařem není účinnější, než edukace zdravotnickým záchranářem. Dle mého názoru pacienti vždy více důvěřují lékaři, než zdravotnickému záchranáři, proto si myslím, že přítomnost lékaře pacienta může více motivovat, a tím mít větší účinnost.

Otázka č. 13 byla zaměřena na důležitost prvního kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem v jejich následném vztahu. Tato otázka byla pouze doplňující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 10 (100%) respondentů si 10 (100%) myslí, že je první kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu. Z celkového počtu 25 (100%) respondentů si 21 (84%) myslí, že je prvotní kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu, 2 (8%), že není, a 2 (8%), že neví. Z celkového počtu 6 (100%) respondentů si 6 (100%) myslí, že je první kontakt s pacientem důležitý v následném vztahu. Ze získaných údajů vyplynulo, že většina respondentů se shoduje, že první kontakt s pacientem je důležitý pro jejich následný vztah a spolupráci. Tyto výsledky by mohly být podkladem pro další výzkumné šetření. Podle mého názoru je vždy náš první dojem z druhého člověka zásadní. Proto je důležité, aby zdravotničtí záchranáři vždy přistupovali k pacientům vlídně a příjemně, aby na sebe udělali dobrý dojem, a tím částečně odstranili případné zábrany ze strany pacientů.

Z výše uvedených závěrů je zřejmé, že cíle bakalářské práce byly v tomto ohledu splněny.

Druhým výzkumným souborem byli pacienti ošetřeni zdravotnickou záchrannou službou z výjezdových stanovišť Tábor a České Budějovice. K získání potřebného vzorku dat bylo použito metody dotazování formou dotazníků. Výsledky tohoto šetření byly vyhodnoceny a porovnány se stanovenými hypotézami, zvláště s ohledem na otázku č. 5 dotazníku, která byla zaměřena na to, zda byli pacienti v přednemocniční neodkladné péči edukováni.

Hypotéza č. 1 předpokládala, že zdravotničtí záchranáři nedostatečně edukují pacienty. Tuto hypotézu může potvrdit či vyvrátit odpověď na otázku č. 5.

Otázka č. 5 byla zaměřena na to, zda byli pacienti edukováni zdravotnickým záchranářem během přednemocniční neodkladné péče. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů bylo 27 (63%) edukováno, 13 (30%) edukováno nebylo a 3 (7%) nevěděli. Získané údaje hypotézu 1 vyvracejí. Hlinovská a Koišová (6) uvádějí: „ - pacient má nejen právo, ale zpravidla i skutečnou potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a jak, pokud je to možné, odstranit příčiny, které způsobily jeho chorobu.“

Ostatní výsledky byly porovnávány s výsledky šeření z prvního výzkumného souboru.

Otázka č. 6 byla zaměřena na to, zda si pacienti myslí, že zdravotničtí záchranáři znají základní zásady edukace. Tato otázka byla pouze doplňující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 23 (53%) myslí, že zdravotničtí záchranáři znají základní zásady edukace, 4 (10%) si myslí, že je neznají, a 16 (37%) nevědělo. Tato otázka se nabízí k porovnání s otázkou č. 6 z dotazníkového šetření ze strany zdravotnických záchranářů. Z porovnání lze zjistit, že odpovědi zdravotnických záchranářů a odpovědi pacientů se výrazně neliší a je tedy možné konstatovat, že zdravotničtí záchranáři ve větší míře znají základní zásady edukace pacientů.

Otázka č. 7 byla zaměřena na to, zda si pacienti myslí, že je důležité, aby zdravotničtí záchranáři edukovali pacienty. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 21 (49%) myslí, že je důležité, aby zdravotničtí záchranáři vždy edukovali pacienty, 19 (44%) si myslí, že by měli edukovat jen někdy, a 3 (7%) nevěděli. Tato otázka byla rovněž pouze doplňující, ale nabízí se k porovnání s výsledky dotazníkového šetření ze strany zdravotnických záchranářů. Z porovnání lze zjistit, že se odpovědi zdravotnických záchranářů a pacientů částečně liší. Zdravotničtí záchranáři ve většině uvedli, že edukace v přednemocniční neodkladné péči je důležitá vždy, a pacienti v 44% uvádí, že edukace zdravotnickým záchranářem je důležitá jen někdy.

Otázka č. 8 byla zaměřena na překážky, které znesnadnili edukaci pacientům. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů uvedli

4 (9%), že překážkou byly nedostatečné znalosti edukace ze strany zdravotnického záchranáře, 9 (21%), že překážkou byl nedostatek času, 2 (5%), že překážkou byl hluk, 6 (14%), že překážkou byla komunikační bariéra, 12 (28%) nepocítilo žádnou překážku a 10 (23%) nevědělo. Tato otázka byla pouze doplňující a nabízí se k porovnání s výsledky otázky č. 10 dotazníkového šetření ze strany zdravotnických záchranářů. Z porovnání lze zjistit, že zdravotničtí záchranáři uvádějí, že hlavní překážkou je nedostatek času s pacientem, což byla také nejčastější překážka z odpovědí v dotazníkovém šetření ze strany pacientů (21%). Dle mého názoru je čas strávený s pacientem největší překážkou, která znesnadňuje edukaci pacientů, a také může být důvodem, proč někteří zdravotničtí záchranáři edukaci nepoužívají.

Otázka č. 9 byla zaměřena na rozeznání pacientem lékaře od zdravotnického záchranáře. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů 40 (93%) lékaře od zdravotnického záchranáře rozeznalo, a 3 (7%) lékaře od zdravotnického záchranáře nerozeznali. Tato otázka byla pouze doplňující a nabízí se k dalšímu výzkumnému šetření.

Otázka č. 10 byla zaměřena na to, zda si pacienti myslí, že je důležitá spolupráce lékaře při edukaci pacientů zdravotnickým záchranářem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 29 (67%) myslí, že je spolupráce lékaře při edukaci důležitá, 11 (26%) si myslí, že spolupráce lékaře není důležitá, a 3 (7%) nevěděli. Tato otázka byla pouze doplňující. Je ji však možno porovnat s výsledky dotazníkového šetření u otázky č. 11 ze strany zdravotnických záchranářů. Z výsledků lze zjistit, že jak zdravotničtí záchranáři, tak i pacienti si myslí, že spolupráce lékaře je při edukaci zdravotnickým záchranářem důležitá. Podle mého názoru by u edukace měl spolupracovat lékař, jelikož má na pacienta větší vliv a také má větší znalosti v oboru.

Otázka č. 11 byla zaměřena na to, zda si pacienti myslí, že by edukace lékařem byla přínosnější. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů uvedlo 18 (42%), že by pro ně byla edukace lékařem přínosnější, 16 (37%) tento názor nesdílelo a 9 (21%) nevědělo. Tato otázka byla pouze doplňující a lze ji porovnávat s výsledky u otázky č. 12 v dotazníkovém šetření ze strany zdravotnických

záchranářů. Z tohoto srovnání vyplynulo, že většina zdravotnických záchranářů si myslí, že edukace lékařem není pro pacienty přínosnější, naopak pacienti ve většině případů uvedli, že edukace lékařem by pro ně byla přínosnější.

Otázka č. 12 byla zaměřena na důležitost prvního kontaktu zdravotnického záchranáře a pacienta pro jejich následný vztah. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 (100%) respondentů si 38 (88%) myslí, že první kontakt se zdravotnickým záchranářem je důležitý pro jejich následný vztah, 1 (2%) si myslí, že není důležitý, a 4 (10%) nevěděli. Tato otázka byla opět pouze doplňující a lze ji porovnat s výsledky dotazníkového šetření u otázky č. 13 uvedené v dotazníku zdravotnických záchranářů. Z výsledků lze zjistit, že jak zdravotničtí záchranáři, tak i pacienti uvedli, že první kontakt je v jejich následném vztahu a spolupráci důležitý.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce na téma Výchova (edukace) v přednemocniční neodkladné péči bylo zjistit rozsah edukace pacientů v přednemocniční neodkladné péči a prozkoumání návaznosti a spojitost výše vzdělání zdravotnických záchranářů s poskytováním edukace pacientům. Oba cíle bakalářské práce byly splněny.

V první části bakalářské práce se zabývám pedagogikou, jako základem vzdělávání, edukací pacientů v přednemocniční neodkladné péči, autodiagnostikou a sebereflexí zdravotnických záchranářů jako základním článkem pro jejich další sebezdokonalování v edukaci, ale také komunikací jako základním prostředkem k edukaci pacientů. V druhé části jsem se zaměřil na zmapování situace v oblasti výjezdových stanovišť záchranných služeb Tábor a České Budějovice.

První hypotéza, která tvrdí, že zdravotničtí záchranáři nedostatečně edukují pacienty byla v dotazníkovém šetření, a to jak ze strany zdravotnických záchranářů, tak ze strany pacientů vyvrácena, jak lze nejlépe poznat na grafu č. 9 z dotazníkového šetření pro zdravotnické záchranáře a na grafu č. 5 z dotazníkového šetření pro pacienty ošetřené zdravotnickou záchrannou službou.

Druhá hypotéza, která tvrdí, že zdravotničtí záchranáři s vyšším vzděláním edukují pacienty více, oproti zdravotnickým záchranářům s nižším vzděláním, byla v dotazníkovém šetření potvrzena, jak lze nejlépe poznat z grafu č. 9 z dotazníkového šetření pro zdravotnické záchranáře, kde byla prokázána závislost poskytování edukace pacientům na vzdělání zdravotnických záchranářů.

Rád bych, aby tato bakalářská práce byla přínosem pro odbornou veřejnost a byla možným podkladem pro další rozpracování uvedené problematiky, neboť v současné době není k dispozici žádný vhodný zdroj, který by se podrobně věnoval edukaci se zaměřením na problematiku a potřebu jejího využití v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

7. Seznam použité literatury

1. BASTL, P., ŠVEC, V.: *Zdravotník lektorem.* Brno: IDVPZ, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie.* 4. Vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2004. 173s. ISBN 80-7013-386-4.
3. ČECHOVÁ V., MELLANOVÁ A., KUČEROVÁ H.: *Psychologie a pedagogika II pro střední zdravotnické školy.* Vyd.1. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
4. DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J.: Nebudu s Tebou komunikovat. *Sestra:* odborný časopis pro zdravotní sestry a ostatní nelékařské obory. Praha: Mladá fronta, 2005. č. 5, 75 s. ISSN 1210-0404.
5. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika.* 3. Vyd. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
6. HLINOVSKÁ, J., KOIŠOVÁ, H.: *Edukace v ošetřovatelství – prostředek k získání aktivního přístupu klienta/pacienta k vlastnímu zdraví* [online]. [cit. 2008-11-8] Dostupné z: www.vzsp5.cz/vzs/aktivity/eu/cd/hlinovska.pps
7. HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. 3. Dop. Vyd. Praha: Galén 1999. 165s. ISBN 80-7262-032-0.
8. IM HOF, U.: *Evropa a osvícenství*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, 2001. 268 s. ISBN 80-7106-394-0.
9. *Jan Ámos Komenský* [online]. [cit. 2008-23-5]. Dostupné z: <http://ireferaty.lidovky.cz/100/2390/Jan-Amos-Komensk%C3%BD>.
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
11. KRÁLOVÁ, J.: *Agresivní pacient.* Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005, č. 4. s. 230 - 232. ISSN 0032-6739.

12. KRISTOVÁ, J.: *Komunikácia v ošetrovateĺstve*. 1. Vyd. Martiun SR: Osveta 2004. 212s. ISBN 80-8063-106-3.
13. KROUPA, J: *Alchymie štěstí - Pozdní osvícenství a moravská společnost 1770 - 1810.* 2. Vyd. Brno: Era, 2006. ISBN 80-7366-063-6.
14. KUSÁ, M.: *Metody výchovy a jejich využití v závislosti na věku dítěte* [online]. [cit. 2008-15-6]. Dostupné z: <http://www.zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/metody_vychovy_a_jejich_vyuziti_v_zavislosti_na_veku_ditete>.
15. LINHARTOVÁ, V.: *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství I. Díl: Systémový přístup.* 1. Vyd Praha: Karolinum 2004. 187s. ISBN 80-246-0429-9.
17. MUCHA, J.: *Etika zdravotníka v přednemocniční neodkladné péči* [online]. [cit. 2008-23-5]. Dostupné z: <http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2000_02.pdf>.
18. ONDERKOVÁ, A.: *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem* [online]. 7. 12. 2007, [cit. 2008-16-7]. Dostupné z : <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=334439>
19. PRŮCHA, J.: *Moderní Pedagogika*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál 2002. 488 s. ISBN 80-7178-631-4.
20. PRŮCHA, J.: *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru.* 1. Vyd. Praha: Portál 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.
21. SKALKOVÁ, J.: *Obecná didaktika*. 1. vyd. Praha: ISV 1999. 292 s. ISBN 80-85866-33-1.
22. SUCHARDA, I.: *Novinky ve zdravotnických zákonech a jejich dopady* [online]. 9. 4. 2006, [cit. 2008-16-7]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/aktuality/novinky_zdrav_legislat.html#osv%C4%9Bd%C4%8Den%C3%AD>

23. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
24. VYBÍRAL, Z.: *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portal, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
25. WIKIPEDIE: *Zdravotnický záchranář* [online]. 14. 7. 2008 [cit. 2008-07-16]. Dostupný z WWW: <cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnický_záchranář>.
26. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická psychologie*. Vyd. 1. Praha, Grada. 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
27. ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovateĺstve*. 2. Přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Edukace

Komunikace

Zdravotnický záchranář

Pacient

Přednemocniční neodkladná péče

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník určený pro zdravotnické záchranáře

Příloha č. 2: Dotazník určený pro pacienty

Příloha č. 1: Dotazník určený pro zdravotnické záchranáře

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Martin Augusta a jsem studentem 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Zdravotnický záchranář. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybral: Výchova (edukace) v přednemocniční neodkladné péči. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Z každé otázky prosím zaškrtněte křížkem jednu správnou odpověď. Děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku. V případě připomínek či dotazů pište na martin.augusta@post.cz.

1. Jakého jste pohlaví?

□ Muž

□ Žena

2. Kolik je Vám let?

□ do 21 let

□ 22 - 35 let

□ 36 - 50 let

□ 51 a více

3. Jak dlouhou máte praxi u zdravotnické záchranné služby?

□ do 3 let

□ 4 – 10 let

□ víc jak 11 let

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

□ Středoškolské

□ Vyšší odborné

□ Vysokoškolské Bakalářské

□ Vysokoškolské Magisterské

5. Měl/a jste možnost seznámit se se zásadami edukace (výchovy) pacientů během Vašeho studia?

□ Ano

□ Ne

□ Nepamatuji se

6. Znáte základní zásady edukace (výchovy) pacientů?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

7. Jakým způsobem jste se seznámil/a se zásadami edukace (výchovy) pacientů?

□ Studiem na příslušné škole

□ Z internetu

□ Z přednášky nebo odborné literatury

□ Neseznámil/a jsem se

8. Myslíte si, že je edukace (výchova) pacientů v souvislosti s jejich zdravotním stavem v přednemocniční neodkladné péči důležitá?

□ Ano, vždy

□ Ano, někdy

□ Ne

□ Nevím

9. Edukujete (poučujete) pacienty v souvislosti s jejich zdravotním stavem ve Vaší profesi zdravotnického záchranáře?

□ Ano, vždy

□ Ano, někdy

□ Ne

10. Existují ve Vaší profesi překážky, které mohou znesnadnit edukaci (výchovu) pacienta?

□ Ano, nedostatečná intimita

□ Ano, neznalost zásad edukace

□ Ano, nedostatek času s pacientem

□ Ano, hluk

□ Ano, komunikační bariéra

□ Ne

□ Nevím

11. Myslíte si, že je při edukaci (výchově) pacienta v souvislosti s jeho zdravotním stavem důležitá spolupráce lékaře?

□ Ano, vždy

□ Ano, někdy

□ Ne

□ Nevím

12. Myslíte si, že je edukace (výchova) lékařem účinnější?

□ Ano, vždy

□ Ano, někdy

□ Ne

□ Nevím

13. Myslíte si, že je v následném vztahu a spolupráci Váš první kontakt s pacientem důležitý?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

Příloha č. 2: Dotazník určený pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Martin Augusta a jsem studentem 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Zdravotnický záchranář. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybral: Výchova (edukace) v přednemocniční neodkladné péči. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Z každé otázky prosím zaškrtněte křížkem jednu správnou odpověď. Děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku. V případě připomínek či dotazů pište na martin.augusta@post.cz.

1. Jakého jste pohlaví?
- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?
- do 18 let
- 19 - 35 let
- 36 - 50 let
- 51 - 65 let
- 66 a více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- Základní
- Vyučen/á
- S maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Ocitl/a jste se už v minulosti v péči zdravotnických záchranářů?

□ Ano

□ Ne

5. Byl/a jste v průběhu přednemocniční neodkladné péče edukován/a (poučen/a) zdravotnickým záchranářem v souvislosti s Vaším zdravotním stavem?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

6. Myslíte si, že zdravotničtí záchranáři znají základní zásady edukace (výchovy)?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

7. Myslíte si, že je důležité, aby zdravotničtí záchranáři edukovali (poučovali) pacienty v přednemocniční neodkladné péči v souvislosti s jejich zdravotním stavem?

□ Ano, vždy

□ Ano, někdy

□ Ne

□ Nevím

8. Vyskytly se během edukace (výchovy) zdravotnickým záchranářem ve Vašem případě nějaké překážky?

□ Ano, nedostatečná intimita

□ Ano, nedostatečné znalosti edukace (výchovy)

□ Ano, nedostatek času

□ Ano, hluk

□ Ano, komunikační bariéra

□ Ne

□ Nevím

9. Dokázal/a jste rozeznat lékaře od zdravotnického záchranáře?

□ Ano

□ Ne

10. Myslíte si, že je důležité, aby při edukaci (výchově) zdravotnickým záchranářem spolupracoval lékař?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

11. Myslíte si, že by edukace (výchova) lékařem byla přínosnější?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím

12. Myslíte si, že je první kontakt se zdravotnickým záchranářem důležitý v následném vztahu mezi Vámi a jím?

□ Ano

□ Ne

□ Nevím