

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**SIMULAČNÍ VÝUKA JAKO PREVENCE KONFLIKTŮ
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

PETR NOVÁK

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Novák Petr
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

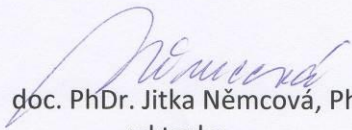
Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Simulační výuka jako prevence konfliktu v přednemocniční
neodkladné péči

Simulation Training as a Prevention of Conflict in Pre-hospital Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucímu práce panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D., za velice profesionální přístup k vedení bakalářské práce, obrovskou trpělivost a hlavně motivaci. Chtěl bych tímto poděkovat ještě své rodině, která mě podporovala během celého studia.

ABSTRAKT

NOVÁK, Petr. *Simulační výuka jako prevence konfliktů v přednemocniční neodkladné péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2017. 73 s.

Konflikty ve zdravotnictví jsou komplikované a nebezpečné riziko, zejména pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče. V posledních letech se násilí nepřetržitě zvyšuje a naneštěstí ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází ke konfliktům na pracovišti. Fenoménu násilí ve zdravotnictví je v České republice věnováno stále nepříliš mnoho pozornosti. Tato problematika je velmi složitá a neexistují standardní postupy ani preventivní opatření. Bakalářská práce se zabývá využitím simulační výuky u násilí při vzájemném kontaktu pacienta a pracovníků přednemocniční neodkladné péče včetně všeobecných sester v ČR. Dílčími cíli práce bylo identifikovat hlavní příčiny násilí v přednemocniční neodkladné péči, vtipovat skupinu zdravotnických pracovníků ohrožených násilím v PNP a vytvořit koncept násilných situací, se kterými se zdravotnických pracovníků ohrožených násilím setkávají při práci v PNP.

Klíčová slova

Násilí. Prevence. Simulace. Zdravotnictví.

ABSTRACT

NOVÁK, Petr.

Simulation teaching as prevention of conflicts in pre-hospital emergency care. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2017. 73 pages.

Conflicts in a healthcare are a complicated and dangerous risk, especially for pre-hospital emergency care workers. In recent years, a violence has been steadily rising and, unfortunately, all healthcare groups are considered to be one of the most likely areas where workplace conflicts occur. The phenomenon of violence in the healthcare sector is still under-paid in the Czech Republic. This issue is very complex and there are no standard procedures or preventive measures. The bachelor thesis deals with the use of simulation teaching in the field of violence in case of mutual contact between patient and the staff of pre-hospital emergency care including general nurses in the Czech Republic. The sub-targets of the work were to identify the main causes of violence in pre-hospital emergency care, to identify a group of health workers threatened in pre-hospital care and to create a concept of violent situations with which are health workers at risk of.

Keywords

Violence. Prevention. Simulation. Public Health.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	9
SEZNAM TABULEK.....	10
ÚVOD.....	12
1 SIMULAČNÍ VÝUKA	14
1.1 HISTORIE SIMULAČNÍ VÝUKY	15
1.2 SIMULAČNÍ VÝUKA VE ZDRAVOTNICTVÍ V SOUČASNOSTI	16
1.3 METODY SIMULAČNÍ VÝUKY	17
1.3.1 Týmové vyučování	17
1.3.2 Akční učení	18
1.3.3 Situační a příběhová dramata.....	18
1.3.4 Kooperativní učení.....	18
2 VYBRANÉ KATEGORIE NLZP V PNP.....	19
2.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	19
2.3 KOMPETENCE VŠEOBECNÁ SESTRA PRO INTENZIVNÍ PÉČI	21
3 NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
3.1 PREVENCE NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	24
4 PRAKTICKÁ ČÁST	27
4.1 METODIKA PRŮZKUMU	28
4.2 VÝBĚROVÝ SOUBOR	29
4.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	30
4.4 FOCUS GROUP	44
4.5 DISKUZE	48
4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
PŘÍLOHY	57

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
JIP	Jednotka intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NLK	Národní lékařská knihovna
VOŠ	Vyšší odborná škola
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

(Vokurka, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Deescalace** – pacifikace, uvolnění napětí
- Endemický** – trvale se vyskytující, jen na určitém místě
- Extubace** – odstranění intubační rourky
- Focus group** – je kvalitativní metodou průzkumu, nazváno též ohniskové skupiny či skupinové diskuze
-
- Kanylace** – zajištění žilního vstupu
- Kardiostimulace** – je léčebná metoda, která se používá k léčbě pomalého nebo vynechávajícího rytmu
- Kooperace** – spolupráce
- Outdoor** – venkovní aktivita
- Oxymetr** – přístroj na měření obsahu kyslíku v krvi
- Teambuilding** – utužování kolektivu
- Simulace** – je napodobení nějaké skutečné věci, stavu nebo procesu
(Vokurka, 2015).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	30
Tabulka 2 Věk respondentů	30
Tabulka 3 Profesní skupina respondentů	30
Tabulka 4 Nemoci pacientů – rozdělení	31
Tabulka 5 Vzdělání respondentů	31
Tabulka 6 Respondenti podle délky praxe.....	31
Tabulka 7 Respondenti dle pracoviště	32
Tabulka 8 Členění péče o pacienty dle pohlaví	32
Tabulka 9 Řešení násilí – pracoviště	32
Tabulka 10 Násilí za posledních 12 měsíců.....	33
Tabulka 11a Násilí – muži a ženy celkem	33
Tabulka 11b Násilí – muži a ženy	33
Tabulka 12 Vztah pohlaví respondentů a násilí.....	34
Tabulka 13 Násilí dle profesní skupiny	34
Tabulka 14 Násilí dle typu vzdělání	35
Tabulka 15 Vztah násilí a vzdělání sester.....	35
Tabulka 16 Verbální násilí za posledních 12 měsíců	36
Tabulka 17 Útočník – verbální násilí.....	36
Tabulka 18 Prostředí incidentu	36
Tabulka 19 Bezprostřední reakce na verbální násilí.....	37
Tabulka 20 Dokumentace verbálního násilí	37
Tabulka 21 Důvod nehlášení verbálního násilí.....	37
Tabulka 22 Prošetření verbálního násilí	38
Tabulka 23 Preventabilnost verbálního násilí.....	38
Tabulka 24 Reakce zaměstnavatele na verbální násilí.....	38
Tabulka 25 Pozdní reakce na verbální násilí – odstup 2 dnů.....	39
Tabulka 26 Fyzické násilí za posledních 12 měsíců.....	39
Tabulka 27 Útočník – fyzické násilí	39
Tabulka 28 Charakter fyzického násilí	40
Tabulka 29 Prostředí fyzického násilí	40

Tabulka 30 Vznik zranění u fyzického násilí	40
Tabulka 31 Bezprostřední reakce na fyzické násilí	41
Tabulka 32 Dokumentace fyzického násilí.....	41
Tabulka 33 Důvod nehlášení fyzického násilí	41
Tabulka 34 Prošetření fyzického násilí.....	42
Tabulka 35 Preventabilnost fyzického násilí	42
Tabulka 36 Reakce zaměstnavatele na fyzické násilí.....	42
Tabulka 37 Pozdní reakce na verbální násilí – (odstup 2 dnů).....	43
Tabulka 38 Názory a komentáře respondentů	43

ÚVOD

Do pracovního prostředí zdravotníků prostupuje stále více násilí, jak pouličního (například různé rvačky), ale naneštěstí i násilí domácího. Lidé častěji řeší problémy pomocí násilí a nemalá část těchto konfliktů se dotýká i zdravotnictví. Studie potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě evropských výzkumů včetně ČR byla oblast zdravotnictví označena jako značně riziková z hlediska napadení zaměstnanců. Násilí v jakékoliv podobě ve společnosti vzrůstá a dá se říci, že násilné jednání nabývá čím dál surovějšího koloritu. Intervence zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích (Di Martino, 2003). Násilí ve zdravotnictví je v přítomné době prohlašováno jako fenomén a někteří autoři hovoří o endemickém výskytu (Koukolík, 2008). Na základě zážitků z praxe a proběhlých výzkumů vzrůstá také počet incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládou své záporné emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální agresory k násilí provokuje. Hlavním záměrem bakalářské práce bylo vytvořit praktický simulační kurz s „živým“ hercem, který předvádí pacienta a chová se z nejrůznějších důvodů násilně k pracovníkům přednemocniční neodkladné péče. Takový „ojedinělý“ kurz je demonstrací dobré praxe spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a partnerského subjektu Aesculap Akademie. V teoretické části budou vysvětleny základy simulační výuky. Přenesení simulační výuky do prostředí přednemocniční neodkladné péče se zaměřením na prevenci konfliktu. Praktická část má vymezené cíle – identifikovat hlavní příčiny násilí v přednemocniční neodkladné péči, vtipovat skupinu zdravotnických pracovníků ohrožených násilím a připravit praktický simulační kurz pro prevenci násilí v přednemocniční neodkladné péči.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: V teoretické části budou vysvětleny základy simulační výuky.

Cíl 2: Přenesení simulační výuky do prostředí přednemocniční neodkladné péče se zaměřením na prevenci konfliktu.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Identifikovat hlavní příčiny násilí v přednemocniční neodkladné péči.

Cíl 2: Vytipovat skupinu zdravotnických pracovníků ohrožených násilím.

Cíl 3: Připravit praktický simulační kurz pro prevenci násilí v přednemocniční neodkladné péči.

Vstupní literatura

- BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Psyché. ISBN 978-80247-1125-6.
- KÁBRT, Milan, 2014. *Aplikovaná statistika, test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce*. [online]. [cit. 28. 10. 2014].
Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>
- SICE. 2015. Simulační centrum. [online]. [cit. 29. 3. 2016].
Dostupné z: <http://www.sice.cz/simulacni-vzdelavani/>
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Simulační výuka jako prevence konfliktů v přednemocniční neodkladné péči“, proběhlo systémem Medvik z databáze NLK, interním systémem FNKV, databáze Medline, EBSCO, Google Scholar, PubMed. Sběr dat probíhal v období od října 2015 do ledna 2017.

1 SIMULAČNÍ VÝUKA

„Co slyším, to zapomenu, co spatřím, to si pamatuji, co dělám, tomu rozumím“ (Konfucius). Tento prastarý čínský citát potvrzují i moderní metody učení nazývané někdy jako „learning-by-doing“, kde mají velké uplatnění simulační výuky. Simulační hrou je možné bez rizika otestovat chování simulovaného objektu – např. zkusit přistávat virtuálním letadlem, nebo v případě lékařských simulátorů léčit virtuálního pacienta či testovat chování jednotlivých fyziologických subsystémů.

Pokud budeme rozmlouvat o úsilí co nejvěrněji imitovat realitu, zákonitě bychom se měli dostat k pojmu simulace. V tomto případě je možnost tréninku v bezpečném prostředí nesmírným benefitem. Kladem jsou také možnosti pochybení, které nikoho neohrožují a hlavně nikomu neublíží. Situace mohou být realizovány v několika různých variacích – např. simulace, při které reální lidé využívají fiktivního zařízení v reálném světě, nebo simulace, kdy skuteční lidé používají simulovaného vybavení v simulovaném prostředí (SICE, 2015).

Medicínské simulátory byly původně zkonstruovány k procvičení základních zákroků, jako jsou např. použití injekcí, odběry krve nebo také malé chirurgické zákroky. V nynější době jsou simulátory určené speciálně pro oblast zdravotnictví stále více využívány, a to nejen k výuce léčebných a diagnostických postupů, ale kupříkladu k simulaci lékařských konceptů, výzkumných záměrů a nových léčebných metod. Většina chyb spojených se zdravotní péčí přísluší na lidský faktor. Většině z nich se dá předejít a jen zřídka je jejich pravou příčinou nedostatek znalostí. Problémem je i neschopnost převést nabyté teoretické vědomosti do reálného pracovního života (www.uvn.cz, 2015).

Na místě, kde je možná či nutná práce v týmu, kolektivu nebo skupině, je velmi důležitá hodnotná komunikace, která je nevyhnutelným předpokladem pro účinnou kooperaci a dobrý výsledek. Od zdravotníka i laika se očekává, že se bude umět postavit i ke zdravotnímu stavu, se kterým se setkal poprvé a možná i naposledy v životě. K výuce medicíny a zdravotní vědy jen učebnice zkrátka nestačí, je potřeba se učit i ve skutečných klinických podmínkách, které si můžeme prožít (www.uvn.cz, 2015).

Simulační výuka nabízí eventuality své znalosti a dovednosti procvičovat a nacvičovat v reálném prostředí, bezpečném pro posluchače, ale hlavně s ohledem na „pacienta“. Spolehlivé modely umožňují nácvik individuálních praktických dovedností, ale zvláště možnost modelování „komplexní“ klinické situace vyžadující načasování jednotlivých léčebných skutků a kolektivní kooperaci. Všechny tyto činnosti je možné navíc naplánovat, bez ohrožení lidského zdraví. Simulační medicína využívá toho, co je známo více než 50 let, totiž že výuka pomocí modelů a simulací je metodou nejefektivnější a pro široké spektrum studentů i metodou nejatraktivnější. (www.uvn.cz, 2015)

Pedagogové se shodují na tom, že simulační metody výuky jsou jedním z prvků, které přispívají k bourání obvyklého vztahu učitel-student. Přivádějí studujícího do role, která mu byla určena, nebo ještě lépe kterou si vybral. Podstatná je přítom i neformální komunikace, kterou studenti vyžadují. Simulační techniky jsou používány obzvláště v případech obeznámení se s novým učivem, kdy tato forma podporuje motivaci studenta k novému učivu. Současně pomáhá učiteli rozpoznat, co studenti o daném učivu vědí a jak je vnímají. Na některých školách simuluje student práci učitele a ukazuje, jak on by určitý předmět učil a co by si k výuce připravil (Šumavská, 2010).

1.1 HISTORIE SIMULAČNÍ VÝUKY

Původy světové zážitkové pedagogiky leží v původně vojensky-výcvikových kurzech organizace Outward Bound a v pedagogické filosofii jejího zakladatele Kurta Hahna. Primárními mechanismy ovlivňování chování studenta jsou učení zážitkem a rozšiřování pohodlné zóny.

Myšlenkovým otcem zážitkového vzdělávání byl ovšem John Dewey (1859–1952), který kritizoval dokonalé „biflování“ vědomostí a zdůrazňoval nezbytnost spojení osobních prožitků a vlastních zkušeností. Na jeho myšlenky navázal na začátku sedmdesátých let minulého století David Kolb, podle jehož výzkumů plných 80 % našeho poznání pramení ze skutečných zážitků, které si následujícím racionálním zpracováním přetavíme do formy prostého poznatku, kterým se pak řídíme (Nešpor, 2012).

Vztahy internetu a interaktivního multimediálního prostředí se simulačními modely přináší úplně nové pedagogické eventuality především pro vysvětlování složitě provázaných spojitostí, pro aktivní trénování praktických dovedností a pro ověřování teoretických znalostí. V integrování multimediálních výukových her do výuky nalézá své moderní uplatnění letité přesvědčení Jana Amose Komenského „Schola Ludus“ – tj. „škola hrou“ – které tento evropský pedagog formoval již v 17. století. Rozkvět mobilní technologie a zejména tabletů umožňuje produkovat zcela nové typy elektronických výukových materiálů, kombinující text a interaktivní obrázky řízené modelem na pozadí (Kofránek, Hozman, 2013).

1.2 SIMULAČNÍ VÝUKA VE ZDRAVOTNICTVÍ V SOUČASNOSTI

V současné době se simulace uplatňují v mnoha oblastech, a to nejen pro napodobení již existujících věcí, problémů či postupů, ale i pro zobrazení hypotetických situací, stavů nebo procesů. Simulace jsou používány v případě, že není možné použít reálné zařízení ve skutečném prostředí – ať z důvodu bezpečnosti či významné finanční nákladnosti. Odvětví simulační výuky má v novodobé společnosti své nezastupitelné místo. Je už nepostradatelnou složkou vzdělávání a tréninku zdravotnických profesionálů. Lékaři, všeobecné sestry a záchranáři se na výkon nastávajícího povolání připravují nejen v reálném provozu během povinných praxí ve zdravotnických zařízeních, ale také pomocí simulovaných situací, díky kterým si mohou vyzkoušet získané teoretické znalosti a ověřit úroveň nově nabytých vědomostí, to vše v bezpečném prostředí výukového zařízení. Simulace ve výuce zdravotnického personálu používá přístup „učení se z chyb“, který nahlíží na chyby jako na možnost motivující k dalšímu vzdělávání, a na rozdíl od dosavadní praktické výuky chyby neohrožují pacienta. Nejpokrokovější medicínské simulátory vlastní podobu lidského těla v životní velikosti, které aktivně reaguje na ošetrovatelské či lékařské postupy. Některé simulace používané ve zdravotnictví jsou imaginární a na využívání počítačové grafiky používají snímky z tomografu nebo z magnetické rezonance. Pokud bereme jako nejpodstatnější kritérium bezpečnost pacientů, mají simulace na rozdíl od práce s reálným pacientem nezpochybnitelnou výhodu v tom, že umožňují nácvik fatálních dopadů případných chyb. Tento přístup je mnohem efektivnější než pouhé pasivní vyučování. Výrazně se tak stupňuje bezpečí pacientů, efektivita stanovené léčby či

zavádění nejpokrokovějších metod do klinické praxe. Je proto nezbytné, aby se simulační výuka ve zdravotnictví nastavila nejen na nacvičování skutečných situací souvisejících s léčbou, ošetrovatelskými procesy nebo diagnostikou, ale také na oblast komunikace zdravotnického personálu s pacienty a jejich příbuznými (SICE, 2015).

1.3 METODY SIMULAČNÍ VÝUKY

Eventualit pro chápání simulační výuky je vícero. Může jít o vzdělávání konfrontující účastníky se silnými prožitky v činnostech, které v sobě zahrnují určitý stupeň rizika a dobrodružství, o motivaci mladých lidí k sebevýchově pomocí nevšedních zážitků nebo o poučení na aktivní trávení volného času a překonávání stereotypu všedních dnů. Lze v ní hledat překonávání hranic možností účastníků po stránce tělesné i duševní, sebepoznávání, rozšiřování obzorů, prostor pro sociální učení a získávání důvěry v sebe i v ostatní lidi. Je to speciální možnost získávání kolektivních prožitků ve skupině. Simulační výuka je účinná především ve formaci emocionální nebo výkonové stránky osobnosti (Landriscina, 2013).

Zakomponování ryze kognitivních prvků, jako je v užším smyslu poznání a vzdělávání, je obtížné, přece však myslitelné. Existují také specializované programy na cílené, promyšlené a strukturované budování a rozvíjení pracovních týmů a jejich tvůrčího a výkonového potenciálu. Simulace se uskutečňují ve formě outdoor tréninku a skvěle utužují kolektiv (Hanuš, 2009).

Prostřednictvím zážitkových simulačních programů lze procvičovat a rozvíjet řadu dovedností, které jsou důležité pro kvalitní práci. Patří mezi ně například schopnost komunikovat, kooperovat, řešit problémy, přijmout zodpovědnost atd. Klienti mívají jasně definované vzdělávací cíle, kterých je dosahováno prostřednictvím modelových situací v podobě skupinových úkolů a následných zpětných vazeb a reflexí (Landriscina, 2013).

1.3.1 TÝMOVÉ VYUČOVÁNÍ

Na jedné straně je tým lektorů a na straně druhé skupina studentů nebo klientů. Kolektivní součinnost lektorů směřuje k vyšším výkonům, než když osoba trénuje sama. Umožňuje použít v tréninku i obtížnější hry, náplně a prostředky, které jsou v běžné

výuce a životě nerealizovatelné. Menší seskupení studentů umožňují větší interakci a oboustrannou zpětnou vazbu. Týmové učení je typický příklad teambuildingu (Pelánek, 2008).

1.3.2 AKČNÍ UČENÍ

Aktéři jsou stavěni před jasně vymezené problémové úkoly. Sami pak organizují svou činnost a formují situační týmy, v nichž se scházejí jednotlivci různých věkových kategorií. Skupina sama produkuje své vlastní struktury a metody sociálního jednání. Tím dochází k prolomení generačních bariér, rozvoji tolerance, zaujmutí možné role, četnější sociální účinnosti a individuální stimulaci. Oproti obvyklé výuce, zaměřené na prezentaci znalostí a dovedností, se soustředí na akci, která nastala, a pomocí reflexe této události se hledá zdokonalení a osvojují se nové pohledy na věc, přičemž se využívá práce se skupinovými technikami (Pelánek, 2008).

1.3.3 SITUAČNÍ A PŘÍBĚHOVÁ DRAMATA

kontrastu s nezúčastněným přijímáním informací od pedagoga jsou aktéři vedeni k aktivnímu jednání a nasazení, kdy nemají možnost uniknout nebo zaujmout nezúčastněný postoj. Procesy se tak dějí prostřednictvím definovaných úkolů a zadání ze strany lektorů. Tím se klienti dostávají do situací, událostí a procesů, v nichž jsou pobízeni jednat. Ve vlastním konání a jeho zpětném uvědomění nastává a probíhá proces učení, v němž je osvojována určitá vědomost, dovednost, role, zkušenost nebo zážitek (Pelánek, 2008).

1.3.4 KOOPERATIVNÍ UČENÍ

Jde o pozitivní vzájemnou závislost klientů při plnění vytyčeného cíle. Děje se tak při komplikovanějších úkolech a zadáních, kdy je nepředstavitelné, aby jedinec obsáhl celkovou činnost a upoutal na sebe veškerou pozornost. Dochází tak přirozeně k roztržení úkolů a součinnosti malých skupin. Důraz je kladen na osobní odpovědnost a osobní skládání účtů ve prospěch celku. Plnění postupných úkolů a dovedností probíhá ve smyslu principu stupňování obtížnosti, tedy od jednoduššího ke složitějšímu. Závěr úkolu je veden k hluboké skupinové reflexi z prožité činnosti (Pelánek, 2008).

2 VYBRANÉ KATEGORIE NLZP V PNP

V rámci vybraných NLZP vztahujících se k zaměření kurzu, který je výstupem praktické části, zohledňujeme profesi zdravotnického záchranáře a sestry pro intenzivní péči.

Zdravotnický záchranář se v České republice po obdržení odborné způsobilosti studiem na vysoké škole nebo vyšší odborné škole stává nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání, a to bez odborného dohledu. V rámci své práce se zdravotnický záchranář velice často dostává do náročné situace, při které je testována schopnost zvládat velkou psychickou zátěž, ovládat své emoce, ovládat vlastní sebekontrolu a projevovat dostačující míru empatie. Práce u záchranné služby je náročná a často vyžaduje dělat rozhodnutí pod časovým tlakem. Zdravotnický záchranář by proto měl být poklidný a schopný pracovat spolehlivě, a to i ve stresových situacích. V rámci své práce by zdravotnický záchranář také měl myslet na kooperaci se svými kolegy, protože jeho práce je obzvláště týmová. Podstatné pro zdravotnického záchranáře je také se celoživotně školit v nových postupech v oblasti urgentní medicíny (Andršová, 2012).

Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační péče, intenzivní péče a akutního příjmu pečuje o pacienty, u nichž dochází k selhání základních životních funkcí nebo u nich selhání hrozí. Tuto specializaci má v ČR nejvíce sester – 8 939. Dalších 10 211 sester získalo specializaci studiem na vyšší odborné škole jako diplomovaný specialista. Specializace je považována za jednu z nejnáročnějších. Specializace pro intenzivní péči dává sestrám kompetence při záchranně života, tedy při selhání základních životních funkcí. Takové kompetence všeobecné sestry s ostatními specializacemi nemají. S tím jde však na druhé straně ruku v ruce větší zodpovědnost a vyšší míra stresu (www.cna.cz, 2016).

2.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče

a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péčí. Na základě uvedené vyhlášky vykonává činnosti:

- monitoring a hodnocení vitálních funkcí, jako je snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
- obsluhovat a pečovat o vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- provádět prvotní ošetření ran včetně zástavy krvácení,
- zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,
- vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci, sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,
- přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu (ČESKO, 2011, § 17).

Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci

akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče.

Přitom zejména může:

- zabezpečovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- podávat léčivé přípravky včetně krevních derivátů
- asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků, ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,
- odebírat biologický materiál na vyšetření,
- asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,
- zajišťovat intraoseální vstup (ČESKO, 2011, § 17)

2.3 KOMPETENCE VŠEOBECNÁ SESTRA PRO INTENZIVNÍ PÉČI

Všeobecná sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu, vykonává činnosti podle § 58 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu a hodnotit závažnost stavu,
- zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

- zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

- realizovat měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
- provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
- zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,
- uskutečňovat výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
- vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
- zastávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,
- provádět činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
- vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
- provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis;

Pod odborným dohledem lékaře:

- aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádět extubaci tracheální kanyly,
- provádět externí kardiostimulaci (ČESKO, 2011, § 58).

3 NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Definice násilí jsou závislé na tom, kým jsou definovány, pro jaké účely slouží a jak se s definicemi následně pracuje. Násilí ve zdravotnictví bylo označeno za negativní fenomén, který souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Násilí ve zdravotnictví je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře. Navíc se v posledních letech násilí permanentně stupňuje (Pekara, 2013a). Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče klasifikováno jako jedna z nejmožnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti (Pekara, 2015). Rozsáhlé studie dokazují hojný dopad násilí na psychickou a fyzickou stránku ošetrujícího personálu (Pekara, 2013a). Největší příčinou násilí ve zdravotnictví, jak bude uvedeno dále, jsou vystupňované negativní emoce především u nepsychiatrických pacientů, což však psychiatrické příčiny násilí nevyklučuje, které nejsou vhodně zpracovány. V případě nemožnosti nebo neschopnosti negativní emoce ovládnout dochází k chování, které se označuje jako násilné. Pro potřeby práce zdravotníka musíme zohlednit vztah, při kterém může dojít ke srážce protichůdných záměrů mezi zdravotníkem a pacientem nebo případně příbuzným pacienta.

Pro účely zdravotnické práce definujeme násilí v ošetrovatelství jako vystupňované agresivní chování vznikající na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů, s prvky takové verbální či fyzické agrese, kterou již nelze pokládat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy a důstojnost bytosti, na kterou je zacílena. Definice zahrnuje také obranné chování, které svou razantností převyšuje povahu útoku a za dané situace a za daných okolností je možné tuto hrozbu předejít mírnější formou obrany, například komunikací. Násilí ve zdravotnictví se nedopouští jen samotní pacienti nebo jejich příbuzní vůči zdravotníkům. Existují situace, při kterých mohou násilí eskalovat i zdravotníci vůči pacientům (Hahn et al., 2010).

Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potencionální agresory k násilí. Zdravotník nemusí být primárně zlý – na základě chatrné znalosti anamnézy se může stát, že použije nepatřičná slova, slovní spojení nebo svým chováním působí na pacienta tak, že to u něj na základě předchozích, pro něj nepohodlných, zkušeností vyvolá nelibé pocity

vedoucí až k násilí. Zdravotník může provokovat pacienta nevědomě (Bártlová a kol., 2010).

3.1 PREVENCE NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Praxe ukazuje, že konfliktních situací je možné se vyvarovat prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy se vyplatí vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit. Odborníci na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrla, 2008).

Rozhodující roli v prevenci násilí sehrává především profesionální chování všeobecné sestry vůči pacientovi. Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. Zdravotnictví je z 80 % o komunikaci. Pacient, se kterým zdravotník srozumitelně mluví, je informovaný pacient. Takový pacient i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví (Lánský, 2012).

Komunikace je tak především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Stejně jako při použití injekcí či chirurgickém zákroku je potřeba opakování, aby se daná zručnost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí i o komunikaci (Cottingham, 2008).

Vzájemné vztahy mezi zdravotníky a pacienty jsou doslova nabitě emocemi. Právě emoce řídí naše neverbální chování, tedy složku komunikace, která je daleko výraznější než slovní obsah. Pacienti si pak emoce moc dobře a velmi dlouho pamatují. Zdravotníci nepochybně také mají právo na své emoce. Naneštěstí většina pacientů práci zdravotníků opravdu nezná a jakákoliv emoční úleva zdravotníků může být brána jako neprofesionální (Ptáček, 2011).

Porozumění dané situaci a hlavně i to, že je pacient ve stresu, chová se hrubě a mluví sprostě, všeobecnou sestru i záchranáře zavazuje k tomu, aby se mu snažili pomoci. Aby vnímali násilí od pacienta jako volání o pomoc, nikoliv jako reakci, při které se musí jen bránit nebo dokonce utéct. Z východiska prevence konfliktů je

klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat a případné násilí maximálně deeskalovat. Prevence v přístupu k násilným pacientům vychází ze sebeovládání a komunikace. Prevence násilí je takové chování zdravotníků, které směřuje k neutralizaci počátečního pacientova stresu a následujících negativních emocí, které se začínají kumulovat již od prvního kontaktu zdravotníka s pacientem nebo jeho příbuzným. (Vácha, 2008).

Profesionální chování zdravotníků neznamena, že svou péči při prvním kontaktu s pacientem musí přehánět. Zcela dostačující je, když se zdravotník chová lidsky a vyvaruje se faktorů, které pacientům prohlubují stres a zvyšují riziko nežádoucí nespolupráce. Zdravotníkovi, který se chová lidsky, pacient odpustí i občasnou neprofesionalitu (Mastiliaková, 2007).

Jedním z nejpodstatnějších impulzů, který může předcházet násilí a který je současně značně opomíjen, je zájem o pacienta. U pacientů je první dojem navíc často zatížen prvotní návštěvou ambulance nebo samotným pobytem v nemocnici, kdežto pro zdravotníky je to každodenní práce, která může přecházet v rutinu, což bývá důvodem nezájmu. Zdravotník však nemůže počítat s tím, že pacient již předem ví, co jej čeká nebo na co právě všeobecná sestra myslí. Pacientovi se tak může sestra jediným posunkem nebo slovem zalíbit nebo naopak znelíbit. Abychom se vyhnuli nárůstu negativních emocí již při prvním setkání s pacientem nebo jeho příbuzným, je vhodné se představit (Pekara, 2013b).

Představení naznačuje zájem, tlumí strach a pomáhá nám vystoupit před druhým z anonymity, která je od počátku věků stvořená k páchání zla (Zimbardo, 2011).

Představením zdravotníka má pacient pocit, že si ho všeobecná sestra nebo záchranář všimnul, že je pro ně důležitý. Představení je nutným krokem k vytvoření důvěry, kterou si k nám pacient buduje. Následně pacient akceptuje zdravotníka jako partnera a nestydí se mluvit nejen o svých zdravotních problémech, ale i pocitech či emocích. Pacient, který ke zdravotníkům získá důvěru, začíná formovat krátkodobý nebo dlouhodobý vztah, který rozhoduje o vzájemné kooperaci. Vztah je nutné udržet pokud možno co nejdéle, protože opět stačí určitá negativní situace, pacient nám přestává věřit a budování vztahu začíná od začátku (Beran, 2010).

Jen tehdy, když máme s druhými lidmi vztah, nevidíme je jako pouhé objekty. Pak neexistují nemoci, pouze nemocní lidé (Lánský, 2012).

Pokud podobně zdravotníci vidí své pacienty, pak pacienti budou tolerantnější a oddanější k čekání, raději budou respektovat medikaci a laskavěji poskytnou potřebné informace. Ani všeobecné sestry společně se záchranáři nevyhoří, pokud to takto funguje. Úskalí profesionálů je naneštěstí v tom, že oni od pacientů, kteří jsou v nemoci, nemohou očekávat vždy vzájemný vztah, ale sami se o něj musí snažit. Kdo má moc, má totiž i zodpovědnost. Představení a vytváření důvěry od zdravotníka k pacientovi je tedy zásadní pro prevenci násilí. Z následujících postupů je samozřejmá trpělivost, efektivní styl komunikace a účelné zasahování do fází násilného chování, protože ne vždy přichází pacient klidný a vyrovnaný. V mnoha případech jsme svědky násilného chování již při prvotním kontaktu, aniž bychom cokoliv podnikli. V případech, kdy již není možné působit preventivně, je násilí potřeba nezbytně deeskalovat (Pekara, 2015).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na vytvoření simulačního kurzu Praktické zvládání násilného pacienta v klinické praxi. Jedná se o praktický simulační kurz, který probíhá na základě spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a centra Dialog Aesculap Akademie. V průběhu kurzů byli účastníci zapojeni do průzkumu pomocí dotazníkového šetření a metody focus group. Tento smíšený design odpovídá aplikovanému průzkumu.

Téma: Simulační výuka jako prevence konfliktů v přednemocniční neodkladné péči.

Průzkumný problém:

Připravenost NLZP přednemocniční nedokladné péče na konfliktní situace s pacientem.

Cíle průzkumu:

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vytvořit praktický simulační kurz s „živým“ hercem, který představuje pacienta a chová se z nejrůznějších důvodů násilně k pracovníkům přednemocniční neodkladné péče. Takový „ojedinělý“ kurz je ukázkou dobré praxe spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a partnerského subjektu Aesculap Akademie.

Dílčí cíl 1: Zdravotničtí záchranáři jsou více vystaveni násilí od pacientů než všeobecné sestry pracující na ARO/JIP.

Dílčí cíl 2: Ověřit, zda násilí sehrává roli při výskytu násilí u vybraných NLZP.

Dílčí cíl 3: Vytvořit koncept násilných situacích, se kterými se zdravotnických pracovníků ohrožených násilím setkávají při práci v PNP.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1: Jsou zdravotničtí záchranáři vystaveni více násilí než všeobecné sestry pracující na JIP/ARO?

Průzkumná otázka 2: Jakou úlohu sehrává při násilných incidentech vzdělání u vybraných NLZP?

Průzkumná otázka 3: S jakými situacemi se NLZP v rámci PNP s násilným pacientem setkávají?

4.1 METODIKA PRŮZKUMU

Na základě partnerské spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a Aesculap Akademie byl v září 2015 vytvořen praktický simulační kurz Praktické zvládání násilného pacienta v klinické praxi. Záměr byl dán jednak vznikem speciálního povinného předmětu Profesionální komunikace a prevence násilí pro studenty oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. (od roku 2014), a jednak potřebou praxe samotné Aesculap Akademie. V rámci sylabu a praktických cvičení zmíněného předmětu bylo umožněno praktikovat kurz také v simulačním centru Dialog. Kurzu se účastní zejména NLZP z oblastí zdravotnických záchranných služeb, akutních příjmových oddělení, oddělení ARO, JIP a psychiatrie.

Od září 2015 byli účastníci kurzů vybízeni k vyplňování anonymního dotazníku, který reflektoval cíle našeho průzkumu a přímo na kurzu probíhala v úvodní hodině metoda focus group. Anonymní strukturovaný dotazník (viz příloha C) s uzavřenými otázkami (poslední byla otevřená) navazoval na studii Pekary (2016), který se zabýval fenoménem násilí v ošetrovatelské péči v ČR velmi obsáhle. Dotazník obsahoval 40 otázek (jedná se o původní dotazník WHO, který obsahuje 5 hlavních kategorií s dalšími podkategoriemi a celkem zahrnuje přes 100 otázek, proto byl upraven na 30 otázek – první otázky se soustředily na demografické údaje respondentů, převážná většina otázek zahrnovala dotaz na zkušenosti s násilím za posledních 12 měsíců) (Pekara, 2016). Distribuce dotazníku probíhala emailem před kurzem přímo na adresu účastníka nebo osobně přímo na začátku kurzu. Dotazníků bylo rozdáno celkem 100, vyplněných se za sledované období září 2015 – prosinec 2016 vrátilo 100. Použitelných bylo nakonec 88 dotazníků, což činí návratnost 88 %. K potvrzení cílů (Dílčí cíl 1 a Dílčí cíl 2) a zodpovězení stanovených průzkumných otázek z hlediska kvantitativních dat byl použit test nezávislosti chí-kvadrát. Test je pro naše průzkumné otázky vhodný, protože se používá k posouzení závislosti dvou kvantitativních veličin měřených na prvcích téhož výběru. Úkolem testu je stanovit, zda rozdíly očekávaných a skutečných četností jsou náhodné nebo jsou natolik vysoké, že jsou statisticky významné. Pro testování četností jsme použili webovou aplikaci na stránce <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>.

Ke zhodnocení Dílčího cíle 3 byla použita metoda focus group, která probíhala vždy na začátku kurzu v čase 9:00–10:00. Focus group je kvalitativní metodou

průzkumu (nazváno též ohniskové skupiny či skupinové diskuze). Tyto metody se používají často v sociologii a psychologii, ale i v dalších oborech (ošetřovatelství). Spočívají v moderované diskusi, která má za cíl prozkoumat postoje, názory a mínění veřejnosti, často v souvislosti s behaviorálními otázkami (násilí na zdravotnicích). Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní metodu, výstupem bývají informace, které by se v kvantitativním dotazníku neobjevily. Je tak zprostředkováno hlubší porozumění problému a lze tedy zjistit, jak lidé smýšlejí o nějakém problému, jaké názory se mezi nimi objevují, co ovlivňuje jejich reakce např. při vzniku konfliktu (Zamazalová, 2010). Následně probíhal simulační kurz, kde byly aplikovány simulační situace (buď předem připravené, nebo spontánně vzniklé dle přání účastníků (za den je možné vyzkoušet maximálně 7 deeskalačních přístupů zahrnujících možnosti komunikace i fyzické deeskalace).

4.2 VÝBĚROVÝ SOUBOR

Účastníci kurzu byli přihlašováni na kurz elektronicky přes portál Aesculap Akademie. Od září 2015 do prosince 2016 se kurzu zúčastnilo celkem 100 NLZP. Za sledované období září 2015 – prosinec 2016 jsme obdrželi vyplněných 100 dotazníků – použitelných bylo nakonec 88 dotazníků, což činí návratnost 88 %. Z hlediska účastníků průzkumu se jednalo o NLZP – zdravotnické záchranáře, všeobecné sestry pracující na JIP nebo ARO a několik sester pracujících na psychiatrii. Protože pracovníci psychiatrie nemají statut pracovníka pro PNP, byli z tohoto průzkumu vyloučeni, aby byl dodržen koncept tématu a cíle, proto bylo 12 dotazníků nezařazeno. Celkový počet respondentů činí 88 (100 %) a zahrnuje 22 zdravotnických záchranářů a 66 všeobecných sester pro intenzivní péči. Výsledky jsou uveřejněny v tabulkách programu Microsoft Word 2010 (relativní a absolutní četnost) a v další kapitole následuje popis kvalitativní metody focus group.

4.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet	%
Muž	18	20,5 %
Žena	70	79,5 %
Celkem	88	100,0 %

Z celkového počtu 88 (100 %) respondentů bylo 18 (20,5 %) mužů a 70 (79,5 %) žen.

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Počet	%
25–29	5	4,4 %
30–34	15	17 %
35–39	35	39,8 %
40–44	8	9 %
45–49	17	19 %
50–54	18	20,5 %
Celkem	88	100,0 %

5 respondentů (4,4 %) bylo ve věku 25–29 let, 15 respondentů (17 %) je ve věku 30–34 let, 35 respondentů (39,8 %) je ve věku 35–39 let, 8 respondentů (9 %) je ve věku 40–44 let, 17 respondentů (19 %) je ve věku 45–49 let, 18 respondentů (20,5 %) je ve věku 50–54 let.

Tabulka 3 Profesní skupina respondentů

Profesní skupina respondentů	Počet	%
Všeobecná sestra ARO, JIP	66	75 %
Záchranář	22	25 %
Celkem	88	100,0 %

Z 88 respondentů bylo 66 (75 %) z pracoviště ARO/JIP, 22 respondentů (25 %) jsou záchranáři.

Tabulka 4 Nemoci pacientů – rozdělení

Nemoci pacientů – rozdělení	Počet	%
Různé	22	25 %
ARO pacient	66	75 %
Celkem	88	100,0 %

Z 88 (100 %) respondentů se staralo 22 (25 %) o nemoci různého původu, 66 (75 %) o pacienty s umístěním na ARO.

Tabulka 5 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Počet	%
Vyšší odborné	53	60 %
Vysokoškolské	35	40 %
Celkem	88	100,0 %

53 (60 %) respondentů absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 35 (40 %) respondentů absolvovalo vzdělání vysokoškolské.

Tabulka 6 Respondenti podle délky praxe

Respondenti podle délky praxe	Počet	%
16–20 let	28	31,8 %
11–15 let	3	3,4 %
6–10 let	20	27,7 %
1–5 let	37	42 %
Celkem	88	100,0 %

28 respondentů (31,8 %) má 16–20 let praxi v oboru, 3 (3,4 %) má 11–15 let praxi v oboru, 20 (27,7 %) má 6–10 let praxi v oboru, 37 (42 %) má 1–5 let praxi v oboru.

Tabulka 7 Respondenti dle pracoviště

Respondenti dle pracoviště	Počet	%
ZZS	22	25 %
ARO	66	75 %
Celkem	88	100,0 %

66 respondentů (75 %) pracovalo na oddělení ARO a 22 respondentů (25 %) pracovalo na zdravotnické záchranné službě.

Tabulka 8 Členění péče o pacienty dle pohlaví

Členění péče o pacienty dle pohlaví	Počet	%
Muži	0	0 %
Ženy	0	0 %
Obojí	88	100,0 %
Celkem	88	100,0 %

88 respondentů (100 %) se staralo o muže i ženy.

Tabulka 9 Řešení násilí – pracoviště

Řešení násilí – pracoviště	Počet	%
Žádné	0	0 %
Alarm	14	16 %
Mobilní telefon	6	6,5 %
Čisté prostředí	50	57 %
Omezení přístupu veřejnosti	18	20,5 %
Screening násilného chování	0	0 %
Zvýšený počet zaměstnanců	0	0 %
Vzdělávání	0	0 %
Celkem	88	100,0 %

14 respondentů (16 %) používá k řešení násilí na pracovišti alarm, 6 (6,5 %) používá k řešení násilí na pracovišti mobilní telefon, 50 (57 %) používá k řešení násilí na pracovišti čisté prostředí, 18 (20,5 %) používá k řešení násilí omezení přístupu veřejnosti.

Tabulka 10 Násilí za posledních 12 měsíců

Násilí za posledních 12 měsíců	Počet	%
Verbální	58	66 %
Fyzické	30	34 %
Žádné	0	0 %
Celkem	88	100,0 %

58 respondentů (66 %) zažilo verbální násilí, 30 (34 %) zažilo násilí fyzické za posledních 12 měsíců.

Tabulka 11a Násilí – muži a ženy celkem

Muži a ženy celkem	Násilí				
	Data	Fyzické	Verbální	Žádné	Celkový součet
	Počet	30	58	0	88
	%	34 %	66 %	0 %	100,0 %

Tabulka uvádí data o násilí z hlediska pohlaví 88 respondentů (100 %). Celkově bylo fyzickému násilí vystaveno 30 respondentů (34 %), verbálnímu násilí 58 respondentů (66 %) a 0 respondentů (0 %) násilí nezažilo.

Tabulka 11b Násilí – muži a ženy

Násilí					
Pohlaví	Data	Fyzické	Verbální	Žádné	Celkový součet
Muž	Počet	18	0	0	18
	%	100 %	0 %	0 %	100 %
Žena	Počet	12	58	0	70
	%	17,2 %	82,7 %	0 %	100 %

Tabulka uvádí počty násilí z hlediska pohlaví respondentů – u mužů a u žen. Z celkového počtu 70 žen (100 %) bylo vystaveno fyzickému násilí 12 respondentů (17,2 %), verbálnímu násilí 58 respondentů (82,7 %) a 0 respondentů (0 %) se s násilím nesetkalo. Z celkového počtu 18 mužů (100 %) bylo 18 respondentů (100 %) vystaveno fyzickému násilí, 0 respondentů (0 %) verbálnímu násilí a 0 (0%) se s násilím nesetkalo.

Tabulka 12 Vztah pohlaví respondentů a násilí

Vztah pohlaví respondentů a násilí				
Skutečná četnost	Data	Násilí	Žádné	Celkový součet
Muž	Počet	18	0	18
	%	20,5 %	0 %	20,5 %
Žena	Počet	70	0	70
	%	79,5 %	0 %	79,5 %
Očekávaná četnost	Data	Násilí	Žádné	Celkový součet
Muž	Počet	18	0	18
	%	20,5 %	0 %	100,0 %
Žena	Počet	70	0	70
	%	79,5 %	0 %	100,0 %

Tabulka zobrazuje vztah skutečných a očekávaných četností při vztahu násilí a pohlaví dotazovaných respondentů. Dle skutečných četností bylo vystaveno násilí 18 mužů (20,5 %) a 70 žen (79,5 %). Vzhledem k tomu, že násilí byli vystaveni všichni dotazovaní respondenti bez rozdílu pohlaví, tak i skutečné a očekávané četnosti byly shodné. Na základě $\chi^2 = 0$ (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) nezáleží v našem případě na pohlaví respondentů.

Tabulka 13 Násilí dle profesní skupiny

Profesní skupina	Násilí				
	data	fyzické	verbální	žádné	Celkový součet
Všeobecná sestra	počet	12	54	0	66
	%	18 %	82 %	0 %	100 %
Záchranář	počet	18	4	0	22
	%	82 %	18 %	0 %	100 %

66 (100 %) respondentů pracovalo jako všeobecná sestra. 12 (18 %) zažilo fyzické násilí a 54 (82 %) všeobecných sester prožilo násilí verbální. 22 respondentů pracovalo jako zdravotničtí záchranáři a 18 (82 %) zažilo fyzické násilí a pouze 4 (18 %) zažili násilí verbální.

Tabulka 14 Násilí dle typu vzdělání

Typ vzdělání	Násilí				Celkový součet
	Data	Fyzické	Verbální	Žádné	
VOŠ	počet	26	36	0 %	62
	%	40 %	60 %	0 %	100,0 %
VŠ	počet	4	22	0 %	26
	%	15,5 %	84,5 %	0 %	100,0 %

Tabulka zobrazuje výskyt násilí u všeobecných sester s rozdílným vzděláním. Ze středoškolsky vzdělaných sester zažilo fyzické násilí 26 respondentů (40 %), verbální násilí 36 respondentů (60 %) a 0 respondentů (0 %) násilí nezažilo. Z vysokoškolsky vzdělaných sester zažili fyzické násilí 4 respondenti (15,5 %), verbální násilí 22 respondentů (84,5 %) a 0 respondentů (0 %) násilí nezažilo.

Tabulka 15 Vztah násilí a vzdělání sester

Skutečná četnost	Vztah násilí a vzdělání sester			
	Data	Násilí	Žádné	Celkový součet
VOŠ	počet	53	0	53
	%	100 %	0 %	100,0 %
VŠ	počet	35	0	35
	%	100 %	0 %	100,0 %
Očekávaná četnost	Data	Násilí	Žádné	Celkový součet
	počet	53	0	53
SŠ	%	100 %	0 %	100,0 %
	počet	35	0	35
VŠ	%	100 %	0 %	100,0 %

Tabulka zobrazuje vztah skutečných a očekávaných četností při vztahu násilí a vzdělání dotazovaných respondentů. Dle skutečných četností bylo vystaveno násilí 53 středoškolsky vzdělaných respondentů (100 %) a 35 vysokoškolsky vzdělaných respondentů (100 %). Vzhledem k tomu, že násilí byli vystaveni všichni dotazovaní respondenti bez rozdílu vzdělání, tak i skutečné a očekávané četnosti u skupiny středoškolsky i vysokoškolsky vzdělaných respondentů byly shodné. Na základě $\chi^2 = 0$ (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) nezáleží v našem případě na vzdělání respondentů.

Tabulka 16 Verbální násilí za posledních 12 měsíců

Verbální násilí za posledních 12 měsíců	Počet	%
Ano	58	66 %
Ne	30	34 %
Celkem	88	100,0 %

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) 58 respondentů (66 %) zažilo verbální násilí, 30 (34 %) nikoliv.

Tabulka 17 Útočník – verbální násilí

Útočník – verbální násilí	Počet	%
Pacient/klient	40	68 %
Příbuzný pacienta	18	32 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100%), kteří zažili verbální násilí. 40 respondentů (68 %) zažilo násilí od pacientů, 18 respondentů (32 %) zažilo násilí od příbuzných.

Tabulka 18 Prostředí incidentu

Prostředí incidentu	Počet	%
Zdravotnické zařízení	36	62 %
Byt pacienta (domácí péče, záchranná služba)	10	17,2 %
Ulice	12	20,7 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 36 respondentů bylo (62 %) vystaveno násilí ve zdravotnickém zařízení, 10 respondentů (17,2 %) v bytě pacienta a 12 respondentů na ulici (20,7 %).

Tabulka 19 Bezprostřední reakce na verbální násilí

Bezprostřední reakce na verbální násilí	Počet	%
Uklidňoval jsem útočníka.	20	34,6 %
Nedělal(a) jsem nic.	25	43 %
Řekl(a) jsem útočnickovi, ať přestane.	5	8,6 %
Snažil(a) jsem se dát převahu (zvýšení hlasu).	8	13,8 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 20 respondentů (34,6 %) se snažilo útočníka při verbálním násilí bezprostředně uklidňovat, 25 respondentů (43 %) nedělalo nic, 5 respondentů (8,6 %) řeklo útočnickovi, ať přestane, a 8 respondentů (13,8 %) dávalo najevo převahu zvýšením hlasu.

Tabulka 20 Dokumentace verbálního násilí

Dokumentace verbálního násilí	Počet	%
Ano	6	10,3 %
Ne	52	89,7 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 6 respondentů (10,3 %) verbální násilí hlásilo, 52 respondentů (89,7 %) nikoliv.

Tabulka 21 Důvod nehlášení verbálního násilí

Důvod nehlášení verbálního násilí	Počet	%
Nebylo to důležité	40	69 %
Styděl(a) jsem se	2	3,4 %
Cítil(a) jsem vlastní vinu	12	20,7 %
Bál(a) jsem negativních následků	4	6,7 %
Bylo by to zbytečné	0	0 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří nehlásili verbální násilí. 40 respondentů (69 %) verbální násilí nehlásilo, protože podle nich to nebylo důležité, 2 respondenti (3,4 %) se styděli, 12 respondentů (20,7 %) cítilo vlastní vinu, 4 respondenti (6,7 %) se báli negativních následků a 0 respondentů (0 %) verbální násilí nehlásilo, protože by to bylo zbytečné.

Tabulka 22 Prošetření verbálního násilí

Prošetření verbálního násilí	Počet	%
Ano	4	6,7 %
Ne	52	93,3 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 4 respondenti (6,7 %) uvedli, že se vyšetřovaly příčiny verbálního násilí, 52 respondentů (93,3 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 23 Preventabilnost verbálního násilí

Verbální násilí bylo preventabilní	Počet	%
Ano	54	93,3 %
Ne	4	6,7 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 54 respondentů (93,3 %) uvedlo, že verbálnímu násilí se dalo zabránit, 4 respondenti (6,7 %) uvedli, že nikoliv.

Tabulka 24 Reakce zaměstnavatele na verbální násilí

Reakce zaměstnavatele na verbální násilí	Počet	%
Nabídl radu	10	17,2 %
Incident ohlásit	12	20,7 %
Volno – odpočinek	0	0 %
Nedělal nic	36	62,1 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 10 respondentů (17,2 %) uvedlo, že jejich zaměstnavatel jim po verbálním násilí nabídl radu, 12 respondentů (20,7 %) uvedlo, že jim zaměstnavatel umožnil násilí ohlásit jako mimořádnou událost a 36 respondentů (62,1 %) uvedlo, že neudělal nic.

Tabulka 25 Pozdní reakce na verbální násilí – odstup 2 dnů

Pozdní reakce na verbální násilí (odstup 2 dnů)	Počet	%
Sdělení kolegům	12	20,7 %
Sdělení nadřízenému	15	25,9 %
Hledání odborné rady	1	1,7 %
Předstírá, že se „nic nestalo“	30	51,7 %
Celkem	58	100,0 %

Tabulka zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 12 respondentů (20,7 %) sdělilo násilí kolegům, 15 respondentů (25,9 %) nadřízenému, 1 respondent (1,7 %) hledalo odbornou radu a 30 respondentů (51,7 %) předstíralo, že se „nic“ nestalo.

Tabulka 26 Fyzické násilí za posledních 12 měsíců

Fyzické násilí za posledních 12 měsíců	Počet	%
Ano	30	34 %
Ne	58	66 %
celkem	88	100,0 %

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) 30 respondentů (34 %) zažilo fyzické násilí za posledních 12 měsíců, 58 respondentů (66 %) nikoliv.

Tabulka 27 Útočník – fyzické násilí

Útočník – fyzické násilí	Počet	%
Pacient/klient	28	93,3 %
Příbuzný pacienta	2	6,7 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 28 respondentů (93,3 %) zažilo fyzické násilí od pacientů, 2 z respondentů (6,7 %) zažili fyzické násilí od příbuzných pacienta.

Tabulka 28 Charakter fyzického násilí

Charakter fyzického násilí	Počet	%
Beze zbraně	26	86,7 %
Se zbraní	4	13,3 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 26 respondentů (86,7 %) zažilo fyzické násilí beze zbraně, 4 respondenti (13,3 %) zažili fyzické násilí se zbraní.

Tabulka 29 Prostředí fyzického násilí

Prostředí fyzického násilí	Počet	%
Zdravotnické zařízení	12	40 %
Byt pacienta (domácí péče, záchranná služba)	9	30 %
Ulice	9	30 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 12 respondentů (40,0 %) bylo vystaveno fyzickému násilí ve zdravotnickém zařízení, 9 respondentů (30,0 %) v bytě pacienta a 9 respondentů na ulici (30,0 %).

Tabulka 30 Vznik zranění u fyzického násilí

Vznik zranění u fyzického násilí	Počet	%
Ano	2	6,7 %
Ne	28	93,3 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 2 respondenti (6,7 %) byli při fyzickém násilí zraněni, 28 respondentů (93,3 %) nikoliv.

Tabulka 31 Bezprostřední reakce na fyzické násilí

Bezprostřední reakce na fyzické násilí	Počet	%
Uklidňoval jsem pacienta	0	0 %
Neudělal(a) jsem nic	4	13,3 %
Řekl(a) jsem útočníkovi, ať přestane	2	6,7 %
Snažil(a) jsem se bránit	18	60 %
Snažil(a) jsem se utéct	6	20 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 0 respondentů (0 %) se snažilo útočníka při fyzickém násilí bezprostředně uklidňovat, 4 respondenti (13,3 %) nedělali nic, 2 respondenti (6,7 %) řekli útočníkovi, ať přestane, 18 respondentů (60 %) se snažilo bránit a 6 respondentů (20 %) se snažilo utéct.

Tabulka 32 Dokumentace fyzického násilí

Dokumentace fyzického násilí	Počet	%
Ano	12	40 %
Ne	18	60 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 12 respondentů (40 %) fyzické násilí hlásilo, 18 respondentů (60 %) nikoliv.

Tabulka 33 Důvod nehlášení fyzického násilí

Důvod nehlášení fyzického násilí	Počet	%
Nebylo to důležité	0	0 %
Styděl (a) jsem se	2	5 %
Cítil (a) jsem vlastní vinu	22	70 %
Bál(a) jsem negativních následků	0	0 %
Bylo by to zbytečné	8	25 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří nehlásili fyzické násilí. 0 respondentů (0,0 %) fyzické násilí nehlásilo, protože podle nich to nebylo důležité, 2 respondenti (5 %) se styděli, 22 respondentů (70 %) cítilo vlastní vinu, 0 respondentů

(0 %) se bálo negativních následků a 8 respondentů (25 %) fyzické násilí nehlásilo, protože by to bylo zbytečné.

Tabulka 34 Prošetření fyzického násilí

Prošetření fyzického násilí	Počet	%
Ano	12	40 %
Ne	18	60 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 12 respondentů (40 %) uvedlo, že se vyšetřovaly příčiny fyzického násilí, 18 respondentů (60 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 35 Preventabilnost fyzického násilí

Fyzické násilí bylo preventabilní	Počet	%
Ano	26	86,7 %
Ne	4	13,3 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 26 respondentů (86,7 %) uvedlo, že fyzickému násilí se dalo zabránit, 4 respondenti (13,3 %) uvedli, že nikoliv.

Tabulka 36 Reakce zaměstnavatele na fyzické násilí

Reakce zaměstnavatele na fyzické násilí	Počet	%
Nabídl radu	6	20 %
Incident ohlásit	18	60 %
Volno – odpočinek	6	20 %
Nedělal nic	0	0 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 6 respondentů (20 %) uvedlo, že jejich zaměstnavatel jim po fyzickém násilí nabídl radu, 18 respondentů (60 %) uvedlo, že jim zaměstnavatel umožnil násilí ohlásit jako mimořádnou událost, 6 respondentů (20 %) využilo od zaměstnavatele volno a 0 (0 %) respondentů uvedlo, že zaměstnavatel neudělal nic.

Tabulka 37 Pozdní reakce na verbální násilí – (odstup 2 dnů)

Pozdní reakce na verbální násilí – (odstup 2 dnů)	Počet	%
Sdělení kolegům	6	20 %
Sdělení nadřízenému	6	20 %
Hledání odborné rady	0	0 %
Zápis do dokumentace	12	40 %
Předstírá, že se "nic nestalo"	0	0 %
Podání žaloby	6	20 %
Celkem	30	100,0 %

Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 6 respondentů (20 %) sdělilo násilí kolegům, 6 respondentů (20 %) nadřízenému, 0 respondentů (0 %) hledalo odbornou radu, 12 respondentů (40 %) zapsalo incident do dokumentace, 0 respondentů (0 %) předstíralo, že se „nic“ nestalo a 6 respondentů (20 %) podalo žalobu.

Tabulka 38 Názory a komentáře respondentů

Názory a komentáře respondentů	Počet	%
Za násilí si můžeme sami	31	35,2 %
Chybí nám komunikace	27	30,7 %
Neumíme ovládat emoce	12	13,6 %
Zaměstnavatel se nesnaží o prevenci	6	6,8 %
Málo personálu jako příčina násilí	12	13,6 %
Bez komentáře	0	0 %
Celkem	88	100,0 %

Tabulka zahrnuje všech 88 dotazovaných (100 %). 31 respondentů (35,2 %) uvedlo v komentářích, že si za násilí mohou sami, 27 respondentů (30,7 %) uvedlo, že jim chybí vzdělávání v komunikaci, 12 respondentů (13,6 %) uvedlo, že neumí ovládat emoce, 6 respondentů (6,8 %) uvedlo, že se jejich zaměstnavatel v prevenci násilí nesnaží, 12 respondentů (13,6 %) uvedlo, že hlavní příčinou násilí je málo personálu a 0 (0 %) respondentů se ke komentáři nevyjádřila.

4.4 FOCUS GROUP

Focus group je kvalitativní metodou průzkumu, která se dá nazývat též ohnisková skupina nebo skupinová diskuze. Tyto metody se používají často v sociologii a psychologii, ale i v dalších oborech zdravotnictví. Spočívají v moderované diskusi, která má za cíl prozkoumat postoje, názory, mínění veřejnosti, často v souvislosti s behaviorálními otázkami na téma násilí na zdravotnících. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní metodu, výstupem bývají informace, které by se v kvantitativním dotazníku neobjevily, je tak zprostředkováno hlubší porozumění problému a je tedy možné zjistit, jak lidé smýšlejí o nějakém problému, jaké názory se mezi nimi objevují a co ovlivňuje jejich reakce např. při vzniku konfliktu (Zamazalová, 2010).

Název situace: Stenokardie

Úloha herce: Herec (27 let), sedí u počítače doma v panelovém bytě na městském sídlišti. Náhle ho zabolí v oblasti hrudního koše a z obavy, že to může být něco vážného, se podívá do počítače na internet. Vyhledá si stránky, kde se píše o akutním infarktu myokardu, který ho zaujal, protože pociťuje podobné příznaky, jako jsou bolesti v oblasti hrudníku, vystřelující bolesti do horních končetin a bolest v zádech.

Volá si RZP a čeká. Je velmi vystrašený, což se projevuje hyperventilací. Při příjezdu RZP je velmi vulgární a stěžuje si na dlouhou dobu příjezdu výjezdové skupiny. Bojí se o svůj život, proto až agresivně reaguje na každý krok záchranářů, který není podle jeho představ.

Ztěžuje práci záchranářům tím, že si sundává EKG svody a tlakovou manžetu. Požaduje okamžité podání adrenalinu. Při klidné komunikaci a dodržování profesionálních postupů v podání zdravotníků se jeho agrese mírní a zlehka spolupracuje.

Příčina násilí: strach ze smrti, bolesti, neznalost, obtížná komunikace, neklid

Doporučený deeskalační postup:

1. Představení.
2. Vysvětlení výkonů.
3. Snaha spolupracovat.
4. Vytváření klidné atmosféry.

Název situace: Fanoušek

Úloha herce: Herec (30 let), převlečený za fotbalového fanouška, leží na tramvajové zastávce poblíž fotbalového stadionu. Kolemjdoucí volali 155, protože viděli, jak byl napaden kopáním do hlavy a těla.

Při příjezdu RZP zvrací (imitace obsahu žaludku - ovesná kaše), pokouší se napadnout výjezdovou skupinu při narušení jeho osobního prostoru, nařiká bolesti žeber a krční páteře, stěžuje si na napadení a velmi obtížně spolupracuje. V záchranářích totiž vidí ty, co ho napadli. Hraje si se zvratky a vykazuje prvky fyzického násilí.

Svou agresi mírní s profesionálním přístupem výjezdové skupiny i pod pohrůžkou zavolání policie.

Příčina násilí: neznalost, nedostatek informací, hněv, vztek, návykové látky, bolesti

Doporučený deeskalační postup:

1. Bezpečná vzdálenost.
2. Klidná komunikace.
3. Vysvětlení výkonů.
4. Vytváření klidnější atmosféry.
5. Snaha spolupracovat.

Název situace: Hladké předání

Úloha herce 1: Herec (30 let) převlečený za fotbalového fanouška, leží na nosítkách s nasazeným krčním límcem a zlehka nařiká. Čeká, až ho záchranáři předají do zdravotnického zařízení. Žádné extrémní reakce v této simulaci nejsou po fanouškovi žádány.

Úloha herce 2: Druhý herec (33 let) je v roli velmi nepříjemného, unaveného, přepracovaného a hlavně velmi arogantního lékaře na chirurgické ambulanci. Čekárna je plná pacientů a uvnitř ambulance probíhá ošetřování pacienta, který byl na řadě.

Záchranná služba oznamuje svůj příchod zaklepaním na dveře ambulance, které jim otevírá sestra a jen rychle poví, ať chvilku vydrží, že doktor za okamžik přijde.

Ošetřující lékař vychází na předání až za několik minut a rovnou za záchranáři, plný hněvu, začne komplikovat situaci. Ztráta profesionality před ostatními pacienty. K záchranářům se chová arogantně a velice povýšeně. Odmítá si pacienta převzít z důvodu rozdílného bydliště a místa nalezení pacienta, takzvané rajonizace. Snižuje jejich povolání a vzdělání na nejnižší možnou úroveň.

Při profesionálním přístupu a snaze situaci uklidnit se jeho agrese vůči záchranářům bude mírnit. Při opačném postupu bude lékař velice hrubý a neoblomný.

Příčina násilí: akutní stresová reakce, únava, vyčerpání

Doporučený deeskalační postup:

1. Bezpečný odstup.
2. Naslouchání.
3. Absurdní divadlo.
4. Zrcadlení.
5. Snaha změnit prostor.

Název situace: Shizofrenik

Úloha herce: Herec (30 let), převlečený do černé mikiny s kapucí, trénuje v prostoru různé techniky s umělým nožem. Lidé, kteří ho sledují zpovzdálí, volají 155 v domnění, že jde o blázna.

RZS přijíždí na místo a záchranáři přicházejí na místo, kde muž trénuje. Herec, otočený zády, čeká na oslovení ze strany výjezdové skupiny a poté se otočí s nožem, nasměrovaným přímo proti záchranářům a prosbou o pomoc. V hlavě má hlasy, které ho nabádají k ubodání každého, kdo se přiblíží.

Záchranářům nepomůže žádné vyjednávání ani rozumná komunikace. Při nedodržení bezpečné vzdálenosti se může hercova agrese prudce zvyšovat a hrozí až smrtelné nebezpečí.

Příčina násilí: onemocnění, akutní stresová reakce, psychóza, nedodržení medikace

Doporučený deeskalační postup:

1. Bezpečná vzdálenost.

2. Útěk do vozu.
3. Volání policie ČR.
4. Situační zpráva.
5. Obrana zásahovým batohem

Název situace: Pistolník

Úloha herce: Herec (30 let), si sám zavolal záchranku a předstírá velké boleti břicha. Do příjezdu záchranné služby je relativně v klidu. Nechává záchranáře na místě vše vyšetřit. Přesun do sanitního vozu probíhá také v klidu jen do té doby, než se pacient zeptá, do jakého zdravotnického zařízení ho záchranka odveze.

Herec má za úkol vytáhnout zbraň a nejbližšího záchranáře s ní ohrožovat. Má totiž manželku v nemocnici a myslí si, že se za ní tímto způsobem jednoduše a zadarmo dostane. Při profesionálním přístupu záchranné složky se jeho agrese nebude zvyšovat, ale ani snižovat. V této situaci není na výběr moc řešení.

Příčina násilí: stres, strach o rodinu, akutní stresová reakce

Doporučený deeskalační postup:

1. Snaha uklidnit situaci.
2. Vyhovět výzvě útočnicka.
3. Nesnažit se odzbrojit útočnicka sám.
4. Snaha o bezpečný útěk.
5. Snaha zavolat pomoc.

4.5 DISKUZE

Bakalářská práce si kladla za cíl popsat připravenost NLZP přednemocniční neodkladné péče u konfliktních situací s pacientem. Na hlavní cíl navazovaly dílčí cíle korelující se stanovenými průzkumnými otázkami. Hlavním cílem bakalářské práce bylo vytvořit praktický simulační kurz s „živým“ hercem, který představuje pacienta, a chová se z nejrůznějších důvodů násilně k pracovníkům přednemocniční neodkladné péče. Takový „ojedinělý“ kurz je ukázkou dobré praxe spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a partnerského subjektu Aesculap Akademie.

Průzkumná otázka 1 v návaznosti na dílčí cíl 1 byla zaměřena na to, která skupina NLZP z dotazovaných je v rámci PNP nejvíce ohrožena násilím. Chtěli jsme ověřit, zda skupina všeobecných sester pracujících na JIP/ARO je méně ohrožena konflikty a násilím od pacientů. V souvislosti s touto průzkumnou otázkou uvádíme výsledky kvantitativního průzkumného šetření (viz Tabulky 1, 3, 7). Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) se v našem průzkumu jednalo o 18 (20,5 %) mužů a 70 (79,5 %) žen. 66 respondentů (75 %) bylo z pracoviště ARO/JIP, 22 respondentů (25 %) byli zdravotničtí záchranáři. 58 respondentů (66 %) zažilo za posledních 12 měsíců verbální násilí, 30 (34 %) zažilo násilí fyzické. Z celkového počtu 66 sester zažilo fyzické násilí 12 (18 %) a 54 (82 %) sester prožilo násilí verbální. 22 respondenti pracovali jako záchranáři a 18 (82 %) zažilo fyzické násilí a pouze 4 (18 %) zažili násilí verbální. Tabulky 14 a 15 zobrazují vztah skutečných a očekávaných četností při vztahu násilí a vzdělání dotazovaných respondentů. Dle skutečných četností bylo vystaveno násilí 53 středoškolsky vzdělaných respondentů (100 %) a 35 vysokoškolsky vzdělaných respondentů (100 %). Vzhledem k tomu, že násilí byli vystaveni všichni dotazovaní respondenti bez rozdílu vzdělání, tak i skutečné a očekávané četnosti u skupiny středoškolsky i vysokoškolsky vzdělaných respondentů byly shodné. Na základě $\chi^2 = 0$ (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) nezáleží v našem případě na vzdělání respondentů. **Na základě daného testového kritéria odpovídáme, že při výskytu násilí u vybraných NLZP nejsou zdravotničtí záchranáři více vystaveni násilí než všeobecné sestry pracující na ARO/JIP.** Opakovaně bylo prokázáno, že násilí je v podmínkách ošetrovatelské péče při vzájemném kontaktu pacienta a všeobecných sester realitou po celém světě (Rozkydalová, 2014). Ani ČR není výjimkou (Pekara, 2013a). Problematika násilí

v ošetrovatelství je v zájmu plánů a studií. Zájem ČR je srovnatelný s evropskými zeměmi – prevence násilí ve zdravotnictví je spojena pouze s průzkumnými studiiemi a organizovanými projekty. Závažné studie zabývající se tímto problémem do hloubky dodnes chybí.

Pekara (2016) poukázal na vliv vzdělání jako významného faktoru v prevenci násilí – z jeho studie (500 všeobecných sester; 327 středoškolsky vzdělaných a 123 vysokoškolsky vzdělaných) je patrné, že násilí byly více vystaveny středoškolsky vzdělané sestry (16,8 % zažilo fyzické násilí, verbální násilí 81,4 %), oproti vysokoškolsky vzdělaným sestřám (19,0 % fyzické násilí, 69,4 % verbální násilí). Naše **průzkumná otázka 2:** Jakou úlohu sehrává při násilných incidentech vzdělání u vybraných NLZP?, se dotazovala, zda bude rozdíl u dotazovaných respondentů z hlediska četnosti násilí u vysokoškolského typu studia bakalář a vyššího odborného VOŠ. Tabulka 5 zobrazuje vzdělání NLZP. 53 (60 %) respondentů absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 35 (40 %) respondentů absolvovalo vysokoškolské vzdělání. Tabulka 15 zobrazuje vztah skutečných a očekávaných četností při vztahu násilí a vzdělání dotazovaných respondentů. Dle skutečných četností bylo vystaveno násilí 53 respondentů (100 %) se vzděláním VOŠ a 35 vysokoškolsky vzdělaných respondentů (100 %). Vzhledem k tomu, že násilí byli vystaveni všichni dotazovaní respondenti bez rozdílu vzdělání, tak i skutečné a očekávané četnosti u skupiny se vzděláním VOŠ i vysokoškolsky vzdělaných respondentů byly shodné. Na základě $\chi^2 = 0$ (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) nezáleží v našem případě na vzdělání respondentů.

Průzkumná otázka 3: S jakými situacemi se NLZP v rámci PNP s násilným pacientem setkávají?, se dotazovala na verbální či fyzické násilí. Tabulka 10 zobrazuje četnost verbálního násilí. Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) 58 respondentů (66 %) zažilo verbální násilí, 30 (34 %) nikoliv. Tabulka 17 zahrnuje 58 respondentů (100%), kteří zažili verbální násilí. 40 respondentů (68 %) zažilo násilí od pacientů, 18 respondentů (32 %) zažilo násilí od příbuzných. Tabulka 24 zahrnuje 58 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 54 respondentů (93,3 %) uvedlo, že verbálnímu násilí se dalo zabránit, 4 respondenti (6,7 %) uvedli, že nikoliv. Tabulka 26 zobrazuje četnost fyzického násilí. Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) 30 respondentů (34 %) zažilo fyzické násilí za posledních 12 měsíců, 58 respondentů (66 %) nikoliv.

Tabulka 27 zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 28 respondentů (93,3 %) zažilo fyzické násilí od pacientů, 2 z respondentů (6,7 %) zažili fyzické násilí od příbuzných pacienta. Tabulka 28 zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 26 respondentů (86,7 %) zažilo fyzické násilí beze zbraně, 4 respondenti (13,3 %) zažili fyzické násilí se zbraní. Tabulka 30 zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 2 respondenti (6,7 %) byli při fyzickém násilí zraněni, 28 respondentů (93,3 %) nikoliv. Tabulka zahrnuje 30 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 26 respondentů (86,7 %) uvedlo, že fyzickému násilí se dalo zabránit, 4 respondenti (13,3 %) uvedli, že nikoliv. Výčet specifických situací, které jsou základem pro simulační praktický kurz, byl zpracován metodou focus group – nejčastěji se jedná o verbální násilí, které pramení velmi často z pacientova strachu, nedostatku informací, neohleduplného chování personálu, psychiatrické diagnózy, intoxikace omamnou látkou nebo bolesti, **čímž odpovídáme na třetí průzkumnou otázku.** To potvrzuje i tvrzení, že násilí ve zdravotnictví se nedopouští jen samotní pacienti (jejich příbuzní) vůči NLZP. Existují situace, při kterých mohou násilí eskalovat NLZP vůči pacientům (Hahn et al., 2010). Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potencionální útočníky k násilí. NLZP může dráždit pacienta i nevědomě (Bártlová a kol., 2010).

4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě partnerské spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a Aesculap Akademie byl v září 2015 vytvořen praktický simulační kurz Praktické zvládání násilného pacienta v klinické praxi. Záměr byl dán jednak vznikem speciálního povinného předmětu Profesionální komunikace a prevence násilí pro studenty oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. (od roku 2014), a jednak potřebou praxe samotné Aesculap Akademie. V rámci sylabu a praktických cvičení zmíněného předmětu bylo umožněno praktikovat kurz také v simulačním centru Dialog. Kurzu se účastní zejména NLZP z oblastí zdravotnických záchranných služeb, akutních příjmových oddělení, oddělení ARO, JIP a psychiatrie.

Z hlediska doporučení pro praxi navrhujeme systematickou evaluaci kurzů podle dotazníku anglické kolegyně Joanne Skelern z univerzity v Chesteru, která s Vysokou školou zdravotnickou spolupracovala v roce 2014 v rámci posteru o prevenci násilí. Její evaluační dotazník byl přeložen (viz Příloha a je zasílám absolventům kurzů po uplynutí 3 měsíců od kurzu, kdy mohou aplikovat poznatky nabitě na kurzu v praxi.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Simulační výuka jako prevence konfliktů v přednemocniční péči“ se skládá z části teoretické a části praktické. V teoretické části byly vysvětleny základy simulační výuky, přenesení simulační výuky do prostředí přednemocniční neodkladné péče se zaměřením na prevenci konfliktů. Dále byly popsány kompetence zdravotnického záchranáře a všeobecné sestry pro intenzivní péči, tak jak je stanovuje vyhláška. Další kapitola shrnula problematiku násilí a prevence násilí v ČR.

Praktická část se snažila potvrdit vymezené cíle (identifikovat hlavní příčiny násilí v přednemocniční neodkladné péči, vytipovat skupinu zdravotnických pracovníků ohrožených násilím a připravit praktický simulační kurz pro prevenci násilí v přednemocniční neodkladné péči). Hlavním záměrem bakalářské práce bylo vytvořit praktický simulační kurz s „živým“ hercem, který předvádí pacienta a chová se z nejrůznějších důvodů násilně k pracovníkům přednemocniční neodkladné péče. Takový „ojedinělý“ kurz je demonstrací dobré praxe spolupráce Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., a partnerského subjektu Aesculap Akademie. Stanovené cíle se nám podařilo naplnit.

Díličními cíli bylo zjistit zda zdravotničtí záchranáři jsou více vystaveni násilí od pacientů než všeobecné sestry pracující na ARO/JIP. Ověřit, zda násilí sehrává roli při výskytu násilí u vybraných NLZP a Vytvořit koncept násilných situacích, se kterými se zdravotnických pracovníků ohrožených násilím setkávají při práci v PNP.

K potvrzení cílů (Díliční cíl 1 a Díliční cíl 2) a zodpovězení stanovených průzkumných otázek z hlediska kvantitativních dat byl použit test nezávislosti chí-kvadrát. Test je pro naše průzkumné otázky vhodný, protože se používá k posouzení závislosti dvou kvantitativních veličin měřených na prvcích téhož výběru. Úkolem testu je stanovit, zda rozdíly očekávaných a skutečných četností jsou náhodné nebo jsou natolik vysoké, že jsou statisticky významné. Pro testování četností jsme použili webovou aplikaci na stránce <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>.

Ke zhodnocení Díličního cíle 3 byla použita metoda focus group, která probíhala vždy na začátku kurzu v čase 9:00–10:00. Focus group je kvalitativní metodou

průzkumu (nazváno též ohniskové skupiny či skupinové diskuze). Tyto metody se používají často v sociologii a psychologii, ale i v dalších oborech (ošetřovatelství). Spočívají v moderované diskusi, která má za cíl prozkoumat postoje, názory a mínění veřejnosti, často v souvislosti s behaviorálními otázkami (násilí na zdravotnicích). Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní metodu, výstupem bývají informace, které by se v kvantitativním dotazníku neobjevily.

Všechny uvedené cíle se podařilo naplnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4119-2

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestry-lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Psyché. ISBN 978-80247-1125-6.

COTTINGHAM, Ann et al., 2008. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. In: *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 23, no. 6, pp. 715–722. ISSN 0884-8734.

ČESKO, 2014. *Zákony pro lidi: Předpis č. 40/2009 Sb.* [online]. [cit. 30. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#redakce>

CHAPPELL, Duncan and Vittorio DI MARTINO, 2006. *Violence at Work 3rd edn.* Geneva: International Labour Office. ISBN 92-2-117948-6.

DI MARTINO Vittorio, 2013. *Workplace violence in the health sector. Relationship between stress and workplace violence in the health sector.* [online]. [cit. 20. 04. 2013]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/pdf.

HAHN, Sabine et al., 2010. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. In: *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 4, pp. 374–385. ISSN 0020-7489.

HOFFMANNOVÁ, Kateřina, 2011. Jak potřebná je prevence pracovního násilí? In: *Florence*. Č. 3, s. 4-5. ISSN 1801 - 464X.

KÁBRT, Milan, 2014. *Aplikovaná statistika, test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce.* [online]. [cit. 28. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ, 2008. *Vzpouřa deprivantů*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-410-2.

LÁNSKÝ, Tomáš. 2013. Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti. In: *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 20. 4. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/dennizpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-rci-kritizuji-pacienti-463262>.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO. ISBN-13: 978-80-7013-457-3.

NEŠPOR, Karel, 2012. Takzvaně problémový pacient. In: *Zdravotnictví a medicína*. Roč. 16. ISSN 2336-2987.

NEŠPOR, Karel, 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. In: *Medicína pro praxi*. 4(9), 371-373. ISBN 1214-8687.

PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ, 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství (Přehledová studie). In: *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 7(2), 187-191. ISSN 1801-0261.

PEKARA, Jaroslav, 2013a. Násilí ve zdravotnictví. In: *Praktický lékař*. 6 (93), 264-268. ISSN 0032-6739.

PEKARA, Jaroslav, 2013b. Násilí a české ošetrovatelství. In: *Florence*. 9(12), 20–22. ISSN 1801-464X.

PEKARA, Jaroslav, Marie TREŠLOVÁ a Petr HULINSKÝ, 2014a. Education experiment: short time education - long time results for practice. In: *Journal of Health Science*. Vol. 2, pp. 436-440. ISSN 2328-7136SICE. 2015. Simulační centrum. [online]. [cit. 29. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.sice.cz/simulacni-vzdelavani/>

PTÁČEK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3976-2.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2616-8.

VÁCHA, Marek, 2008. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-104-8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

WEINREB, Michal, 2014. Rodiče, jejich dítě a dětský lékař; interpretace rolí. In: *Konference Pediatrie z druhé strany*. Praha: Národní technická knihovna, 12. 9. 2014.

ZIMBARDO, Philip, 2011. *Psychology: Core Concepts*, USA: Pearson. ISBN-13: 9780205183463.

PŘÍLOHY

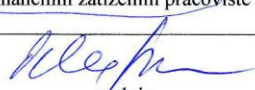
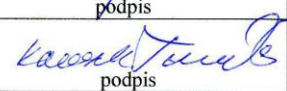
Příloha A – Sběr dat.....	I
Příloha B – Rešeršní protokol.....	II
Příloha C – Anonymní dotazník	III
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	X
Příloha E – Evaluační dotazník.....	XI
Příloha F – Konfliktní situace – kurz.....	XIV
Příloha G – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu bakalářské práce	XVI

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Petr Novák	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.AZZ
Téma práce	Simulační výuka jako prevence konfliktu v přednemocniční neodkladné péči	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Aesculap akademie, B Braun Bc. Tomáš Kovrzek	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas vedoucího odborných kurzů Aesculap Akademie	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis

V.....Praze..... dne20.3.2017.....

.....
podpis studenta

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Petr Novák

Název práce: Simulační výuka jako prevence konfliktu v přednemocniční neodkladné péči

Jazykové vymezení:

čeština

Klíčová slova:

urgentní zdravotnické služby - přednemocniční péče - první pomoc – násilí – simulační výuka – simulace

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,

klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

není

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 16 (články)

Zahraniční zdroje: záznamů: 0

Základní prameny:

- Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)
- Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Zpracoval: PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54, 121 32 Praha 2; E-mail: bursky@nlk.cz

Anonymní dotazník

Průzkum násilí v kontextu PNP u NLZP ČR

Vážená kolegyně/vážený kolego.

Prosíme Vás o vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je anonymní. Výsledná data budou zpracována výhradně pro účely mé bakalářské práce. Při vyplňování prosím jen zaškrtněte u každé otázky jednu odpověď (ta, která se případně nejvíce podobá vaší odpovědi, zkušenostem nebo se s ní dokážete nejvíce ztotožnit), případně využijte možnost jiné a odpověď vypište. Vážená kolegyně a vážený kolego, moc Vám děkuji za čas strávený nad dotazníkem. Anonymní výstupy upozorní na závažnost násilí, které snižuje kvalitu vámi velmi náročné a záslužné poskytované péče.

Děkujeme

Jaroslav Pekara a Petr Novák

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

1. Označte prosím Vaše pohlaví

muž žena

2. Přiřad'te se prosím k věkové skupině

20-24	
25-29	
30-34	
35-39	
40-44	
45-49	
50-54	
55-59	
60 a více	

3. Přiřad'te se prosím do profesní skupiny

lékař	
sestra	
záchranář	
řidič ZS	
fyzioterapeut	
bezpečnostní pracovník	
PZP (sanitář, ošetřovatel/ka)	

4. O jaké pacienty (dle povahy nemoci) se staráte nejčastěji

interní	
úraz	
psychiatrie	
onkologie	
geriatrie	
mentální postižení	
pediatrie	

5. Přiřaďte se prosím ke skupině dle svého nejvyššího vzdělání

základní	
vyučen - střední bez maturity	
střední nebo SŠ s maturitou	
vyšší odborné	
vysokoškolské	

6. Přiřaďte se prosím ke skupině podle délky odpracované praxe

nad 20 let	
16-20 let	
11-15 let	
6-10 let	
1-5 let	
méně než 1 rok	

7. Přiřaďte se prosím ke skupině podle toho, na jakém charakteru pracoviště pracujete

Ambulance – bez lůžkového oddělení	
interní oddělení	
RTG	
pediatrie	
onkologie	
chirurgie	
psychiatrie	
ARO	
LDN	
ordinace PL	
záchranná služba	
zubní	
domácí péče	
operační sál	
gynekologie	
RHB	

8. Pohlaví pacientů, o které se starám

muži	
ženy	
obě pohlaví	

9. Zaškrtněte prosím opatření pro řešení násilí na Vašem pracovišti (více odpovědí)

žádné	
alarm	
mobilní telefon	
čisté prostředí	
omezení přístupu veřejnosti	
screening násilného chování	
zvýšený počet zaměstnanců	
ochranné oděvy - nenošení uniformy	
vzdělávání	

10. Zažil(a) jste za posledních 12 měsíců násilí?

verbální	
fyzické	
žádné	

Pokud jste zažil(a) pouze fyzické násilí, pokračujte otázkou 20

Verbální násilí

11. Kdo byl útočníkem?

pacient/klient	
příbuzný pacienta	

12. Kde se incident odehrál?

zdravotnické zařízení	
byt / domácí péče	
ulice	

13. Jaká byla vaše reakce na verbální násilí – bezprostřední?

nedělal(a) jsem nic	
řekl(a) jsem útočnickovi, ať přestane	
snažil(a) jsem se ho uklidnit	
snažil(a) jsem se dát najevo převahu (zvýšení hlasu)	

14. Bylo verbální násilí hlášeno?

ano	
ne	

Pokud hlášeno nebylo, proč nebylo?

nebylo to důležité	
styděl(a) jsem se	
cítil(a) jsem vlastní vinu	
bál(a) jsem negativ. následků	
bylo by to zbytečné	

15. Vyšetřovaly se příčiny daného incidentu?

ano	
ne	

16. Myslíte, že bylo možné verbálnímu násilí zabránit?

ano	
ne	

17. Reakce zaměstnavatele na výskyt verbálního násilí na pracovišti?

nabídl radu	
ohlášení nadřízeným	
volno - odpočinek	
nedělal nic	

18. Způsob reakce na verbální násilí – pozdní reakce (odstup 2 dnů)

sdělení kolegům	
sdělení nadřízenému	
hledání odborné rady	
zápis do dokumentace	
předstírá, že se "nic nestalo"	

Fyzické násilí

Pokud jste fyzické násilí nezažil (a), pokračujte k otázce 30

20. Kdo byl útočníkem?

pacient/klient	
příbuzný pacienta	

21. Charakter fyzického násilí?

beze zbraně	
se zbraní	

22. Kde se incident odehrál?

zdravotnické zařízení	
byt /domácí péče	
ulice	

23. Došlo při násilí ke zranění?

ano	
ne	

24. Jaká byla vaše reakce na fyzické násilí – bezprostřední?

neudělal(a) jsem nic	
řekl(a) jsem útočníkovi, ať přestane	
snažil(a) jsem se bránit	
snažil(a) jsem se utéct	
opětování útoku	
snažil(a) jsem se vyjednávat	

25. Bylo fyzické násilí hlášeno?

ano	<input type="checkbox"/>
ne	<input type="checkbox"/>

Pokud hlášeno nebylo, proč nebylo?

nebylo to důležité	<input type="checkbox"/>
styděl(a) jsem se	<input type="checkbox"/>
cítil(a) jsem vlastní vinu	<input type="checkbox"/>
bál(a) jsem negativ. následků	<input type="checkbox"/>
bylo by to zbytečné	<input type="checkbox"/>

26. Vyšetřovaly se příčiny fyzického násilí/incidentu?

ano	<input type="checkbox"/>
ne	<input type="checkbox"/>

27. Myslíte, že bylo možné fyzickému násilí zabránit?

ano	<input type="checkbox"/>
ne	<input type="checkbox"/>

28. Reakce zaměstnavatele na výskyt fyzického násilí na pracovišti?

nabídl radu	<input type="checkbox"/>
ohlášení nadřízeným	<input type="checkbox"/>
volno - odpočinek	<input type="checkbox"/>
nedělal nic	<input type="checkbox"/>

29. Způsob reakce na fyzické násilí - pozdní reakce (odstup 2 dnů)

sdělení kolegům	<input type="checkbox"/>
sdělení nadřízenému	<input type="checkbox"/>
hledání odborné rady	<input type="checkbox"/>
zápis do dokumentace	<input type="checkbox"/>
předstírá, že se "nic nestalo"	<input type="checkbox"/>
podání žaloby	<input type="checkbox"/>

30. Zde můžete vyjádřit vaše případné názory nebo komentáře:

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem SIMULAČNÍ VÝUKA JAKO PREVENCE KONFLIKTŮ V PŘEDNEMOCNÍČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Petr Novák
Jméno a příjmení studenta

Škála sebejistoty

Zakroužkujte prosím na níže uvedených škálách, jak sebejistě se cítíte v přítomnosti agresivního pacienta.

1. **Jak klidně se cítíte, když pracujete s agresivním pacientem?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi neklidně

Velmi klidně

2. **Jak dobrá je vaše současná úroveň ze školení o zvládání psychologické agrese?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi špatná

Velmi dobrá

3. **Jak jste schopen/schopna fyzicky intervenovat a agresivním pacientem?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi neschopen/neschopna

Velmi schopen/schopna

4. **Jak sebejistě se cítíte v přítomnosti agresivního pacienta?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi nejistě

Velmi jistě

5. **Jak jste schopen/schopna intervenovat psychologicky s agresivním pacientem?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi neschopen/neschopna

Velmi schopen/schopna

6. **Jak dobrá je současná úroveň školení pro zvládnání fyzické agrese?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi špatná

Velmi dobrá

7. **Jak bezpečně se cítíte kolem agresivního pacienta?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi nebezpečně

Velmi bezpečně

8. **Jak účinné jsou techniky, které znáte pro zvládnání s agresí?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi neúčinné

Velmi účinné

9. **Jak jste schopen/schopna plnit potřeby agresivního pacienta?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi schopen/schopna

Velmi neschopen/neschopna

10. **Jak jste schopen/schopna chránit sebe fyzicky před agresivním pacientem?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Velmi neschopen/neschopna

Velmi schopen/schopna

Ujistěte se prosím, že jste vyplnil/a všechny položky.

Děkujeme!

Vliv agrese pacientů na poskytovatele péče

V uvedené anketě jsou vyjádření, která se mohou objevit po agresivní zkušenosti. Zkontrolujte každé z nich a určete, jak často tato vyjádření jsou pro vás typická potom, co jste zažili agresivní incident s pacientem.

Po prožití agresivní příhody s pacientem...	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
1. Vyhýbám se kontaktu s pacientem					
2. Cítím se nejistě při práci s pacientem					
3. Cítím se nejistý v práci					
4. Prožívám porušení vztahu s pacientem					
5. Cítím se provinile ve vztahu k pacientovi					
6. Je mi pacienta líto					
7. Stydím se za moji práci					
8. Mám pocit, že jsem selhal/a					
9. Mám vztek na svou práci					
10. Cítím se, že mám co dělat s problémy společnosti					



Pozvánka a program

Praktické řešení násilných situací ve zdravotnictví - simulační workshop

Pořádá Aesculap Akademie ve
spolupráci s Českou asociací sester
a Vysokou školou zdravotnickou, o. p. s.

B. Braun Dialog | Praha 8



Pozvánka a program

251658240



Cílem kurzu je předat dovednosti k praktickému zvládnání násilných pacientů v klinické zdravotnické praxi bez ohledu na typ oddělení. Kurz poskytuje jedinečnou příležitost vyzkoušet si preventivní přístup a násilného pacienta (živý člověk nikoliv figurína) se zpětnou vazbou a s hledáním optimálního řešení pro každého účastníka.

Program:

- 08:30 *Prezence účastníků*
- 09:00 Uvítání
- 09:05 Projevy násilí ve zdravotnictví v ČR
Rozbor kazuistik
- 10:30 Aktivní řešení násilného chování v
simulovaném prostředí JIP
- 12:00 Oběd
- 12:30 Aktivní řešení násilného chování v
simulovaném prostředí zdravotnického
zařízení
- 15:00 Závěr workshopu

Místo konání:

B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b, 180 00 Praha 8

Lektor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D., Petr Novák

Informace

Místo konání:

B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b, 180 00 Praha 8

Počet účastníků: 10

On-line přihlášku naleznete na www.aesculap-akademie.cz

U akce je požádáno o zařazení do kreditního systému celoživotního vzdělávání vybraných nelékařských zdravotnických oborů.

Kontakt:

Aesculap Akademie, B. Braun Medical s.r.o.

U Parku 2335/20, CZ-148 00 Praha 4

Tel. +420-271 091 666, Fax +420-271 091 652

e-mail: aesculap-akademie.cz@bbraun.com

Jsme součástí světové vzdělávací instituce Skupiny B. Braun. Pořádáme vzdělávací kurzy, workshopy pro lékaře, sestry a zdravotnický management.

V nově otevřeném Pavilonu B. Braun Dialog v Praze 8 je k dispozici špičkové vybavení pro simulační kurzy.

Kurzy Aesculap Akademie se vyznačují prvotřídní kvalitou



Svět vzdělávání

Kvalifikace pro budoucnost



a jsou akreditovány příslušnými lékařskými společnostmi a mezinárodními lékařskými organizacemi. Vědecká rada pak zaručuje důkladnou volbu řečníků a výběr témat.

Vědecká rada:

Přik. prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD.

Prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D., EDIC

Doc. MUDr. Pavel Těšínský

Doc. MUDr. Miroslav Vaverka, CSc.

Doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.

Doc. MUDr. Róbert Rusnák,

PhD. MUDr. Jozef Adam, PhD.

MUDr. František Hampel MUDr.

Jiří Chrobok, Ph.D.

MUDr. Jarmila Kohoutová

MUDr. Vladimír Vojanec

PhDr. Martina Šochmanová, MBA

Mgr. Michal Hojný

Mgr. Darja Hrabánková-Navrátilová

Ing. Jiří Petráček

Aesculap Akademie

B. Braun Medical s.r.o. V Parku 2335/20 CZ-148 00 Praha

4 Tel. +420-271 091 666 Fax +420-271 091 652 e-mail:

aesculap-akademie.cz@bbraun.com

www.aesculap-akademie.cz 251658240 

www.facebook.com/AesculapAkademieCZSK

Příloha G – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu bakalářské práce

POTVRZENÍ O PŘEKLADU ABSTRAKTU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Petr Novák

Forma studia: prezenční

Ročník: 3.

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Akademický rok: 2016/2017

Název bakalářské/diplomové práce: Simulační výuka jako prevence konfliktu v přednemocniční neodkladné péči

Title of bachelor/diploma thesis: Simulation teaching as prevention of conflicts in pre-hospital emergency care

Jméno a příjmení překladatele: Karolína Nováková

Datum: 20.3.2017

Podpis:

