



METODIKA PRAKTICKÉHO NÁCVIKU A TRÉNINKU POSTUPŮ PRO ZVLÁDnutí KRIZOVÝCH SITUACÍ V PÉČI O DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE

JAN BĚHOUNEK, JAROSLAV PEKARA, PAVEL TRANČÍK A KOL.

Iceland
Liechtenstein
Norway grants



||BI|| PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 5 |
| DĚTSKÁ A ADOLESCENTNÍ PSYCHIATRIE | 5 |
| Projevy duševních poruch u dětí a adolescentů | 6 |
| Nejčastější projevy duševních poruch u dětí a adolescentů | 6 |
| Specifika rozhovoru s dítětem, adolescentem a rodinou | 7 |
| Problematické situace v péči o děti a adolescenty | 8 |
| NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ | 8 |
| DEESKALACE | 9 |
| Proč zahrnout deeskalaci do každodenní klinické praxe? | 9 |
| Jak rozpoznat situaci, která bude vyžadovat deeskalaci? | 9 |
| Co je potřeba k provedení úspěšné deeskalace? | 10 |
| Základní požadavky na provedení kvalitní deeskalace | 10 |
| Desatero deeskalace | 10 |
| Specifika pro deeskalaci dětí a adolescentů | 12 |
| Závěr k deeskalaci | 13 |
| SIMULAČNÍ VÝUKA | 13 |
| Simulační výuka ve zdravotnictví | 14 |
| Metody simulační výuky | 14 |
| Týmové vyučování | 15 |
| Akční učení | 15 |
| Situační a příběhová dramata | 15 |
| Kooperativní učení | 15 |
| Simulace s herci – standardizovanými pacienty | 16 |
| Struktura bloku (simulačního kurzu) | 16 |
| Úvodní přednáška – teoretický rámec simulační medicíny | 16 |
| Příklad simulované situace | 18 |
| Záznam simulované situace | 18 |
| Debriefing – efektivní zpětná vazba | 18 |
| PŘÍPRAVA SCÉNY, SCÉNÁŘE | 20 |
| Konstrukce scénáře | 20 |
| Vzorový scénář – sebepoškození | 20 |

| | |
|--|-----------|
| Možný vývoj scény, storyboard | 21 |
| Vzorový scénář – rodina | 23 |
| Vzorový scénář – konflikt | 26 |
| CVIČNÉ PROSTŘEDÍ, IMITACE PRACOVNÍŠTĚ ZDRAVOTNÍKŮ | 28 |
| Centrum pro simulační kurzy v psychiatrii, Psychiatrická nemocnice Bohnice | 28 |
| ZÁVĚR | 31 |
| Literatura | 32 |
| Autorský tým | 33 |

Autoři: Jan Běhounek, Jaroslav Pekara, Pavel Trančík a kol.

Ilustrace: Michaela Fleissig

Fotografie: Jan Běhounek

ISBN 978-80-906574-3-4

Vydáno v rámci projektu ZD-ZDOVA1-009 „Praktický nácvik a trénink postupů pro zvládnutí krizových situací v péči o děti a dospívající s duševní poruchou v Psychiatrické nemocnici Bohnice“, který byl podpořen z programu „ZD - Program Zdraví“ z finančního mechanismu Fondy EHP 2014-2021.

ÚVOD

V psychiatrických zařízeních v České republice je v nemalé míře používáno omezovacích prostředků (např. omezení ochrannými pásy, umístění v uzavřené místnosti). Je to jeden ze způsobů eliminace nepříznivých projevů duševní poruchy ve chvíli, kdy je postižený svým jednáním ohrožující vůči sobě samému nebo vůči svému okolí. Domníváme se, že snížit potřebu použití omezovacích prostředků lze vhodnou aplikací metod prevence konfliktu, deeskalací napětí a neklidu. Z praxe víme, že jedním z faktorů ovlivňujících četnost a nutnost omezení pacienta je právě nezkušenost zasahujícího personálu v praktickém použití doporučených způsobů deeskalace napětí ve vyhrocených, ke konfliktu vedoucích situacích. Je na místě zdůraznit, že za těchto emočně vypjatých okolností, často vedoucích k použití omezovacího prostředku, je ohrožen na zdraví nejen samotný pacient, ale také zasahující personál.

V Psychiatrické nemocnici Bohnice byly realizovány pilotní simulační sebezkušenostní tréninky pro efektivní vedení deeskalace projevů neklidu s hrozící agresí u psychicky alterovaných osob. Jde o tréninky terapeutických týmů ve využití vhodných komunikačních dovedností a deeskalačního přístupu, jehož cílem je potlačení rozvíjejícího se konfliktu a druhotně i použití omezovacího prostředku. Samotný kurz je postaven na principu simulačního vzdělávání, kdy účastníci zasahují v zinscenovaných, avšak velmi realistických podmínkách. Pro navození co nejpravděpodobnější tréninkové situace je využito figurantů v roli pacientů s příběhy vycházející ze skutečných událostí. Během intervence týmu je pořízen videozáznam, kterého je následně využito k rozboru proběhlé situace. Zkušenosti z tohoto způsobu vzdělávání zdravotníků pečujících o dospělé pacienty s duševní poruchou vedly iniciátory kurzu k adaptaci podmínek i cvičných situací do prostředí dětské psychiatrie. Vzniká tak unikátní forma vzdělávání zdravotníků pečujících o děti a adolescenty s duševní poruchou.

Předkládaná metodika nabízí stručný vhled do problematiky dětské a dorostové psychiatrie, teorii konfliktu a násilí ve zdravotnictví a základní deeskalační přístupy včetně významu pojmu v kontextu přístupu jak k dospělým pacientům, tak k dětem a adolescentům s duševní poruchou. Praktická část metodiky se zabývá principem simulačního vzdělávání a předkládá návrhy k uspořádání simulačních kurzů tak, jak je autoři měli možnost testovat a ověřovat v praktické výuce zdravotníků.

DĚTSKÁ A ADOLESCENTNÍ PSYCHIATRIE

Dětství lze charakterizovat jako vývojovou etapu lidského jedince od narození po dospělost. Dělí se na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk (pubescence) a období dorostové (adolescence). Z historicko-pedagogického hlediska lze koncept dětství rozdělit do šesti etap. První etapa nulové hodnoty dítěte, kdy bylo možné děti obětovat, odložit či zabít (např. shazování nechtěných či nemocných dětí z Taygetské skály v řecké Spartě). Druhou etapu ovlivnilo křesťanství, kdy vznikají první církevní naleziště pro děti, které se ocitly v nepříznivé situaci. Třetí etapa ambivalentního přístupu, kdy na jedné straně byly děti vystavovány nejrůznějšímu násilí, na druhé straně se rozvíjely charitativní organizace pečující o ohrožené a opuštěné děti. Čtvrtou etapu vyznačuje zvýšený zájem společnosti o potřeby dítěte včetně školní docházky. Pátá etapa je charakterizována prosazováním „dětských zákonů“ s konečným zákazem dětské práce. Rozvíjí se pediatrie a další vědní obory zabývající se dětstvím a adolescencí. V šesté etapě jsou ukotvovány statutární práva dětí, definovány podmínky pro péči a výchovu dětí, posilována participace dětí a adolescentů na životě společnosti (Dunovský, 1999).

Dětská a adolescentní psychiatrie, jako samostatný obor, má svůj vývoj a koncepci. Ojedinele kazuistiky duševních poruch u dětí jsou popisovány již 3000 let před Kristem (např. papyrus enuréza, zprávy o koktavosti, epilepsii), nicméně až koncem 18. století zesiluje zájem společnosti o handicapované děti. V devatenáctém století se rozvíjí péče o mentálně retardované, roste vědecký zájem o oligofrenii, vznikají první odborné spisy, budují se specializované ústavy pro péči o opuštěné, postižené či výchovně zanedbané děti a mladistvé. Začátkem 20. století popisují psychiatři organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí. K léčebně-pedagogickému aspektu se přidávají aspekty sociální, psychoanalytické a dynamicko-vývojové. V květnu 1933 vzniká samostatný medicínský obor Dětská psychiatrie (Malá In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008). Koncepčně je dětská a dorostová psychiatrie definována jako lékařská klinická disciplína zabývající se péčí o duševní zdraví dětí (Malá, 2000). Komplexní pedopsychiatrická péče je poskytována dětem a adolescentům do 18 let. Jejím úkolem je popis, diagnostika, klasifikace, léčení, rehabilitace, reedukace a prevence duševních poruch této věkové skupiny (Malá In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008). Pedopsychiatrické služby jsou poskytovány sítí ambulancí a denních stacionářů. V lůžkovém sektoru je poskytována akutní a následná péče v dětských psychiatrických nemocnicích a na dětských odděleních všeobecných nemocnic nebo klinik (Kratochvílová, Hodková In: Petr, Marková a kol., 2014).

Projevy duševních poruch u dětí a adolescentů

Spektrum duševních poruch u dětí a adolescentů v zásadě koresponduje s klasifikací duševních poruch dospělých se zvláštním zřetelem na časný začátek onemocnění a vývojové aspekty jak psychické, tak somatické. V současné době rozlišujeme především dvě základní skupiny dětských psychiatrických poruch: poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. V dětství a adolescenci se však může objevit i řada jiných duševních poruch se specifickými příznaky, které mohou být odlišné od příznaků pozorovaných u stejných duševních poruch v dospělosti.

Nejčastější projevy duševních poruch u dětí a adolescentů

Poruchy chování: jde o projevy chování dětí a adolescentů, které nerespektují kulturní a společenské normy (vzdorovitost, agresivita, destruktivita, lhaní, krádeže, potulky, útéky, šikana a záškoláctví aj.). *Projevy organického poškození mozku:* poruchy paměti, orientace, intelektu, myšlení, vnímání aj. *Poruchy orientace:* orientace je součástí normálního vědomí, sestra u pacienta zjišťuje orientaci vlastní osobou, časem, místem a situací. *Neurotické projevy:* jde o závažné tělesné příznaky, které vznikají v důsledku nezpracovaného vnitřního konfliktu (zvracení, bolesti břicha, bolesti hlavy, enuréza, zácpa, enkopréza, mutismus, koktavost, tiky, poruchy spánku a neurotické návyky, jako je dumlání prstů a okusování nehtů). *Poruchy řeči:* na základě poruchy řeči je narušena komunikace (koktavost, patlavost, breptavost, mutismus, echolálie, nesouvislá řeč, neologismy a vady řeči na základě mentální retardace). *Poruchy životosprávy:* zejména příjmu potravy (nechutenství, zvracení, psychogenní zvracení, přejídání, požívání nejedlých látek, zácpa). *Poruchy nálady:* celkové ladění pacienta (afekt, patický afekt, anxieta, apatická nálada, cyklotymie, depresivní nálada, dysforická nálada, euforická nálada, emoční labilita, hypomanická nálada, manická nálada, fobie). *Sebepoškození:* představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity (automutilace, sebepoškození, syndrom pořezávaného zápěstí, předávkování léky). *Suicidální jednání:* vědomé a úmyslné ukončení vlastního života (suicidální myšlenky, suicidální pokus,

suicidium). *Psychotické projevy*: jde o projevy chování dítěte, které nejsou v souladu s okolnostmi, je změněn vztah k realitě (halucinace, bludy, poruchy emotivity, katatonní příznaky, vtíravé myšlenky a kompulze, iluze a halucinace, tyto projevy mohou být spojené s agresivitou a destruktivitou). *Poruchy spánku*: nespavost (ztížené a prodloužené usínání, předčasné ranní probouzení), neklidné spaní, mluvení ze spaní, skřípání zuby, somnambulismus, noční můry a noční děsy (Malá, 2002). Sdružené, pro danou poruchu typické příznaky pozorujeme jako depresivní syndrom, manický syndrom, paranoidní syndrom, katatonní syndrom, deliriózní syndrom, organický psychosyndrom, abstinenční syndrom.

Psychiatrická onemocnění dětského věku jsou relativně častá, k nejčastějším patří hyperkinetické poruchy a specifické vývojové poruchy školních dovedností, které mají relativně dobrou prognózu. K závažným poruchám s celoživotním trváním patří pervazivní a tikové poruchy a psychotická onemocnění vznikající v časném věku. Léčba dětských psychiatrických onemocnění vyžaduje multidisciplinární přístup, dopad onemocnění se projevuje ve vzdělávání, zasahuje do sociální oblasti, ovlivňuje profesní a společenské uplatnění pacientů a v závažných případech může vést k invalidizaci (Uhlíková In: Petr, Marková a kol., 2014).

Specifika rozhovoru s dítětem, adolescentem a rodinou

Komunikace s dětmi, resp. adolescenty s duševní poruchou má svá specifika, na která je nutno při vedení rozhovoru pamatovat. Při tom zpravidla nelze vynechat rodiče a další rodinné příslušníky. Rozhovor samotný zpravidla ovlivňují vývojové aspekty (v rovině kognitivního i psychosociálního vývoje) a také sociální aspekty (potřeba komunikovat s rodiči dítěte, školou, institucemi, které se zabývají péčí o děti). Vedení rozhovoru ovlivňují následující faktory: *osobnost pacienta* – věková specifika, sociokulturní zvláštnosti, emocionální reaktivita, psychopatologické problémy), *zvláštnosti klinické situace* – bránící se dítě, ochota rodičů ke spolupráci, forenzní posuzování, spor rodičů o dítě), *způsob vedení rozhovoru* – komunikační dovednosti, schopnost empatie, přiměřenost komunikačního stylu. Vzájemná komunikace vždy obsahuje verbální a neverbální složku (Kocourková In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

V komunikaci s dítětem musíme brát ohled na jeho věk, na úroveň ve vývoji řeči a kognitivních funkcí, na vývojové charakteristiky emoční a sociální. Kocourková (In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 56) uvádí: „Bez dobrého kontaktu s dítětem se nic nedozvím o jeho pocitech, úzkosti, vztazích k důležitým osobám a nemůžeme zajistit potřebnou míru spolupráce pro následující terapii.“ *Komunikace s dítětem předškolního věku* obvykle lépe probíhá za přítomnosti rodičů, na které je dítě zpravidla výrazně vázáno. Počítáme se separační úzkostí dítěte a současně s poměrně malou schopností verbální komunikace, proto je vhodné rozhovor doplnit jinými metodami (např. dětské hry, malování). *Komunikace s dítětem školního věku* bývá více produktivní, dítě se ve svém myšlení orientuje na venek, svoje potíže a problémy vidí nejčastěji v kontextu vnějšího prostředí. Rozhovor může ovlivnit strach z autority, ale i nedostatek respektu k autoritě. Nutno počítat i s pocity viny a studu dítěte. *Komunikace s adolescentem* bývá ovlivněna výraznými vývojovými změnami. Adolescent je zpravidla schopen se velmi dobře vyjadřovat, z hlediska kognitivní vyspělosti je schopen spolehlivě vést rozhovor. Problematická bývá motivace k upřímnosti, zejména cítí-li se pod nátlakem. Dospívající potřebuje cítit respekt ke své osobě a situaci. Počítáme s výkyvy chování související s nadměrnou úzkostí a stažeností, nebo naopak se sklony k provokativnímu a nedistancovanému jednání. Rizika spojujeme v přílišné identifikaci s adolescentem nebo jeho rodiči. Je namísto držet se profesionální neutrality, vyvarovat se nadměrně autoritativního přístupu, ale také se nepří-

způsobovat adolescentní subkultuře. Nepodceňujme otázku tykání či vykání, kdy je vhodné přizpůsobit se zvyklostem v prostředí adolescenta (např. ve škole). Také rozhovor s rodiči dětí a adolescentů má svá úskalí. Komunikaci přizpůsobujeme celému rodinnému systému a jeho fungování, kdy mohou být sdělení rodičů v rozporu se sdělením dítěte, případně můžeme být svědky agravací potíží dítěte v důsledku disharmonických vztahů, nadměrných pocitů viny či rodičovské hyperprotektivity. Neméně důležité je také sociokulturní zázemí rodiny (Kocourková In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

Problematické situace v péči o děti a adolescenty

Péče o dítě či adolescenta s duševní poruchou s sebou přináší mnohé situace, které mohou vyústit v konflikt, případně mohou vést k ohrožení dítěte / adolescenta samotného nebo osob v jeho okolí. Svůj podíl má nejen samotná psychopatologie, ale také vliv prostředí a situace, ve které se dítě či adolescent nachází. Může jít například o příjem dítěte / adolescenta k nedobrovolné hospitalizaci, projevy agresivního jednání dítěte / adolescenta vč. sebepoškození, konflikt mezi dětmi / adolescenty, potíže spojené s projevy duševní poruchy (ADHD, autismus, hraniční poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy), intoxikace dítěte / adolescenta, projevy agrese během školní výuky, krizové stavy, konflikt s rodiči, problematická rodina a podobně. Postupy pro efektivní a bezpečné zvládnání takových situací lze trénovat, a to včetně komunikačních technik.

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, 2013). Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče klasifikováno jako jedna z nejmožnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti (Pekara, 2014). Rozsáhlé studie dokazují hojný dopad násilí na psychickou a fyzickou stránku ošetřujícího personálu (Pekara, 2013). Největší příčinou násilí ve zdravotnictví, jak bude uvedeno dále, jsou vystupňované negativní emoce především u nepsychiatrických pacientů, což však psychiatrické příčiny násilí nevylučuje, 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).

DEESKALACE

Deeskalace je užití verbální a neverbální komunikace ke snížení nebo eliminaci agresivního nebo násilného chování během eskalace poruch chování jedince. Deeskalace jako technika zvládnání akutních psychiatrických stavů je v dnešní době první volbou před tradičními metodami omezení – farmakologickým či mechanickým omezením v lůžku.

Proč zahrnout deeskalaci do každodenní klinické praxe?

Profesionál, který deeskalaci využívá při zvládnání akutních psychiatrických stavů je méně autoritativní, méně konfrontační a přesto získává více kontroly nad krizovou situací. Personál, který se v denní praxi setkává s akutními psychiatrickými pacienty, musí počítat s tím, že pokud je přistoupeno k užití fyzické převahy na pacientovi nebo užití omezovacích prostředků, tak to posiluje myšlenku pacienta, že k vyřešení konfliktu je nutné násilí. Pacienti, kteří jsou fyzicky omezováni nebo léčeni proti své vůli, mají delší průměrnou délku hospitalizace. Většina zdravotnických zařízení je dnes hodnocena kvalitativně podle toho, jak často musí být použito omezovacích prostředků. Je prokázáno, že se vyskytuje méně úrazů a zranění, pokud nedochází k fyzické konfrontaci mezi personálem a pacientem.

Jak rozpoznat situaci, která bude vyžadovat deeskalaci?

Každý jedinec se vypořádává se stresovými nebo krizovými situacemi individuálně. Každé tělo reaguje individuálně. Akutní stav v psychiatrii se vždy vyvíjí a jedná se o kontinuum, od mírné úzkosti, poté větší úzkosti, po agitaci až může vyvrcholit agresí. Vyhodnocujeme tři typické situace s uvedenými projevy:

1. **„Boj“**: charakteristický pláčem, pohotovostí k fyzické agresí, trháním vlasů, ruce jsou v pěst, skřípání zuby, vrčení, boj v očích, boj v hlase, pohotovost k dupání nebo kopání, pocity hněvu, vzteku, vražedné nebo sebevražedné pocity, pocity nevolnosti v žaludku, používání slov jako „bomby“ nebo „erupce sopky“ ve formě metafor pro popis prožívaných pocitů.
2. **„Útěk“**: charakteristický neklidem v nohách, necitlivostí v nohou, úzkostí, mělkým dýcháním, velké vystrašené oči, pocit pasti, napětí, nadměrné cvičení, opakování vět jako „musím odsud odejít, musím odsud odejít“.
3. **„Zamrznutí“**: pocit zatuhnutí některé části těla, pocit chladu, mrazu, znecitlivění, bledá kůže, pocit ztuhlosti, tíhy, zadržené dýchání, či omezená schopnost dýchat, pocit strachu, bušení srdce, snížená srdeční frekvence.

Co je potřeba k provedení úspěšné deeskalace?

Základem je algoritmus 3 kroků:

1. Vyhodnotit situaci
2. Navázat komunikaci
3. Takticky vyjednávat

Základní požadavky na provedení kvalitní deeskalace

1. Bezpečí pro personál a pacienta na prvním místě
2. Nabídnout pacientovi zvládnout jeho emoce a trápení a udržovat kontrolu nebo znovu nabýt kontrolu nad svým chováním pomocí technik „desatera deeskalace“
3. Pokud je možné, snažit se nepoužít omezující prostředky
4. Pokud je možné, vyvarovat se donucovacím metodám

Desatero deeskalace

1. Respekt k osobní zóně nemocného i svojí vlastní. Dodržování minimální vzdálenosti dvou délek paže od nemocného, volný únikový koridor. Tato vzdálenost není jen dostatečným prostorem pro oba, ale zároveň prevencí, pokud by agitovaný pacient začal kopat nebo jinak útočit. Někdo bude potřebovat i delší vzdálenost pro vlastní bezpečnost. Pokud pacient žádá, abyste mu okamžitě nebránili v cestě, je vhodnější vyhovět okamžitě a ustoupit. Pocit bezpečí také umocňuje fakt, že ani jedna strana nebrání tomu druhému v únikové cestě. Důležitá je přiměřená úroveň soukromí a jasná strukturace situace, tak aby bylo nemocnému zřejmé, že je k dispozici dostatečné množství personálu a dalších prostředků k zabránění nežádoucímu jednání. Jsou individuální situace, které mohou zvýšit eskalaci poruch chování, např.: pokud je pacient z ulice, bude mít problém odevzdat své osobní věci personálu. Pokud pacient prožil sexuální týrání v minulosti, může být pro něj nemožné či až ponižující se převléct před personálem do pyžama.

2. Neprovokování, minimalizace iatrogenní eskalace. Podstatná je mluva těla, soulad mezi mluveným a neverbálním. Situaci nemocného nezlehčujeme a nevyhrožujeme mu, nabídneme podporu, porozumění, přijatelné řešení. Zdůrazňujeme, že chceme zachovat pro všechny zúčastněné hlavně bezpečí. Slušné, klidné vystupování je nezbytnou podmínkou úspěchu. Důležitý je tón hlasu, který by měl být v souladu s tím, co říkáme. Nehledíme upřeně, neschováváme ruce, nedáváme ruce v bok, nekřížíme ruce, je vhodnější stát mírně zešikma než konfrontačně proti pacientovi, neodvracíme se od pacienta, ruce spuštěné podél těla, otevřené dlaně, doporučují se mírně pokrčená kolena. Projev musí být přirozený, nikoli hraný, pacient fingoovaný zájem rozpozná.

3. Navázání verbálního kontaktu. První osoba, která je s nemocným schopna navázat verbální kontakt, deeskalaci provádí. Je doporučeno, aby osoba, která deeskalaci zahájí, tak deeskalaci také dokončila. Pokud první osoba není v deeskalaci trénovaná, měla by ihned předat tento úkol osobě v deeskalaci zkušené. Osoby, které na pacienta budou mluvit na přeskáčku, pouze eskalují napětí. Je nezbytné se představit jménem, představit a napomoci nemocnému v orientaci v situaci, zeptat se ho jak chce být osloven, objasnit svou roli /"Jsem lékař, sestra, sanitář.../ a zdůraznit, že tato role spočívá v pomoci mu získat ztracenou sebekontrolu.

4. Stručnost. Agitovaní nemocní mají obtíže s vnímáním verbální informace, používejte krátké a jasné věty a obecnou mluvu, vyvarujte se odborných termínů, aktivně naslouchajte. Věta by neměla mít více než 13 slov, např.: „Jste v nemocnici. Já jsem sestra Jitka. Budu se o Vás starat. Nejdříve vám změřím tlak. Nebolí to, lékař tady bude za 5 minut.“ Opakujte klíčové sdělení do doby, kdy je nemocným skutečně slyšeno. Naopak zdlouhavé edukace či vyprávění ve stavu agitovanosti působí eskalačně a zmatečně.

5. Identifikace potřeb a pocitů nemocného. Nemocný může mít potřebu se svěřit empatickému posluchači, může žádat úlevu pomocí medikace. K identifikaci potřeb nemocného je možné použít cokoli z anamnézy, verbálního nebo neverbálního projevu (smutný člověk potřebuje cítit naději, člověk, který má strach se chce vyhnout dalšímu zranění, etc.). Identifikace potřeby nebo přání nemocného pak může sloužit k vyjádření přání nebo vůle nemocnému pomoci tuto naplnit, což výrazně posiluje proces deescalace a uvolnění napětí nemocného (např.: vytvořit dopis pro zaměstnavatele, promluvit s někým z blízkých, partnerem, rodinou). Mohou pomoci sdělení, jako „Přesto, že aktuálně nemohu danému požadavku vyhovět, rád bych ho blíž poznal a věděl, jak na něm můžeme společně zapracovat“.

6. Aktivní naslouchání. Snažte se porozumět tomu, co nemocný říká, snažte se situaci vidět jeho očima. Například pokud je nemocný agitovaný díky bludnému přesvědčení, že mu někdo chce ublížit, a je schopen se svěřit jak on toto vnímá, je možné hovořit o tom, proč se to děje právě jemu a kdo konkrétně se mu snaží ublížit. Zapojení se do konverzace a projevení zájmu o problematiku pacienta podporuje deescalaci. Aktivní naslouchání znamená, že se pokusíte zpět zopakovat pacientovi, co vám právě říkal (reflektujete). Můžete použít začátek věty např. „Řekněte mi, zda jsem to správně porozuměl....“. Tento začátek věty neznamená, že s pacientem automaticky souhlasíte, je pouze doložení toho, že posloucháte, co vám chtěl říct.

7. Vyjádření souhlasu nebo souhlasu s nesouhlasem. Vyjadřování souhlasu s nemocným významně posiluje terapeutický vztah. Není samozřejmě možné souhlasit se vším, co nemocný říká, např. pokud si stěžuje na jednání policie při převozu, je možné říci „s každým by se mělo zacházet slušně a s úctou“ apod. Personál se někdy ocitne v situaci, kdy od něj očekává pacient potvrzení toho, co říká, přitom se může jednat o evidentní bludy. Vždy je možné souhlasně potvrdit to, že slyšíme, co nám nemocný říká a cítíme jeho znepokojení a úzkost, přitom tím nemusíme stvrdit obsah sděleného.

8. Nastavení pravidel a jasných hranic. Nemocného je nezbytné poučit o akceptovatelném chování. Jakékoliv napadání ostatních je zcela nepřijatelné, je možné ho poučit i o případných následcích takového jednání, toto však musí být komunikováno jako fakt a ne jako výhrůžka. Lze otevřeně komunikovat, že agresivní jednání je protizákonné a může vyústit v zatčení nebo stíhání pacienta. Nastavování hranic musí být učiněno s respektem. Pokud jednání nemocného budí obavy, je možné mu dát zpětnou vazbu, že snaha mu pomoci je díky tomuto jednání narušena. Respekt a slušné zacházení musí být oboustranné, tedy i ze strany nemocných. Porušení nastavených pravidel nemocným musí vést k následkům jasně vztáženým k danému jednání, které jsou přiměřené a uplatněny s respektem. Snažte se nemocného vést k tomu, aby si udržel sebekontrolu. Je vhodné pacienta upozornit, pokud se v situaci necítíme komfortně, sdělit mu, že z jeho chování máme strach, nemůžeme se na něj soustředit.

9. Nabízení výběru a optimismus. Pro nemocného, který se domnívá, že mu na výběr zůstal „boj nebo útek“ každá další možnost může být vítaná. Nabídnutí volby je možností roztáčející se spirálu násilí zastavit; nabídnutí možnosti kouření, jídla a pití, mít možnost být někde chvíli sám, je též nemocnými vnímáno jako laskavost. Nikdy však neslibujte to, co nemůžete

splnit (například, že si zakouří, pokud je kouření na odd. zakázáno nebo cigarety nejsou dostupné). Nadnesení tématu medikace je podstatný moment, cílem není sedace, ale zklidnění a získání sebekontroly; toto je možné nemocnému sdělit. Vhodné je nabídnutí volby (perorální nebo injekční forma antipsychotika, a to i v případě aplikace proti vůli nemocného), otázka na to, co on preferuje, co jemu pomáhá. Napomoci může apel na předem ventilované přání nemocného zůstat v klidu, a nabídnutí více možností „chcete si vzít tabletu, kapičky, nebo raději injekci“? I při aplikaci injekční je možné dát výběr z více možností se zdůrazněním, že jedna možnost má výrazně méně nežádoucích účinků. Ptejte se na druh medikace, která pomáhala pacientovi při minulých hospitalizacích. Nepospíchejte s nabízením medikace, ale zároveň neotálejte, pokud je potřeba. Důraz je potřeba neustále klást na to, že medikace je prostředek, aby pacient získal sebekontrolu, zdůrazňujte, že je nutné ochránit ho pomocí medikace před tím, aby někomu nebo sobě neublížil. Neustále vyjadřujte optimismus v tom ohledu, že nemocní si sebekontrolu udrží a jeho stav se zlepší. Pokud pacient naléhá na propuštění, ujistěte pacienta, že máte společný cíl, ptejte se, co můžete společně realisticky udělat proto, aby mohla být hospitalizace kratší.

10. Debriefing nemocného a personálu. Po použití omezovacích prostředků je odpovědností toho, kdo jejich aplikaci indikoval, znovunavázání terapeutického vztahu s nemocným, aby byla snížena možnost traumatizace nemocného jejich aplikací a snížila se pravděpodobnost dalšího násilného jednání. Cílem je dosažení náhledu nemocného na jeho jednání, porozumění situaci a tomu, že aplikace omezovacích prostředků byla poslední možností, že byly aplikovány na minimální dobu, že cílem byla ochrana spolupacientů a personálu, nikoliv ponížení nemocného. Využijte možnost pacienta více motivovat pro medikaci, která může omezit další používání omezovacích prostředků.

Každá aplikace omezovacích prostředků, pokud došlo k jejich použití, by měla být bezprostředně probrána s personálem, který ji prováděl, měl by být poskytnutý prostor pro zpětnou vazbu pozitivní i negativní. Incidenty by měly být pravidelně probírány na poradách oddělení a každé omezení by mělo být supervidováno primářem daného oddělení. Neopomenout také samotného pacienta, když je stav zklidněn, ptát se „Co pomáhá, když je tak našťvaný, jako byl dnes?“, „Co může pomoci v budoucnu, aby udržel chování pod kontrolou?“.

Specifika pro deeskalaci dětí a adolescentů

Desatero deeskalace uvedené výše je aplikovatelné i v dětském a adolescentním věku. Neplatí však, že dítě je malý dospělý, a proto je nutné komunikaci přizpůsobit s respektem k vývojovému stadiu nezletilého.

Vždy mějme při komunikaci s nezletilým na paměti následující:

1. Nenechat děti / dítě dlouho čekat (např. na vyšetření v čekárně, pohovor, etc.).
2. Zjištění vhodného oslovení.
3. Malé děti – seznámení (hra, hračky, obrázky...).
4. Prolomení ledů – neformální oblečení, barvy, hračka vykukující z kapsy – avšak nikdy nepřehánět, nezveselovat za každou cenu, nevolit infantilní hry pro adolescenty.
5. Horizontální posturologie – komunikace na úrovních očí dítěte.
6. Využívat neverbální komunikaci.
7. Neignorovat otázky dítěte, odpovídat přiměřeně jeho věku a vždy pravdivě.

8. Nikdy nesrovnáváme s ostatními dětmi.
9. Důležitá pochvala, ocenění.
10. Nejednat autoritativně a jednat vždy s respektem.
11. Významná je přítomnost rodičů (malé dítě potřebuje být například na klíně své matky nebo otce).
12. V přítomnosti rodičů, mluvíme s dítětem, ne s rodiči.

Závěr k deeskalaci

Deeskalace má vysoký potenciál ke snížení agresivního nebo násilného chování během eskalace poruch chování jedince v akutní psychiatrii. Deeskalace je dovednost, kterou je nutné průběžně trénovat. Deeskalace je nabídkou pacientovi, aby dosáhl toho, co chce, ale bez projevů neklidu či agrese. Deeskalace však není všemocná, vždy se budeme potýkat s pacienty, kteří se přes veškerou snahu budou pokoušet testovat naše hranice a možnosti a s ohledem na závažné poruchy chování se omezujícím prostředkům v praxi zcela nevyhne.

SIMULAČNÍ VÝUKA

„Co slyším, to zapomenu, co vidím, to si pamatuji, a co zažiju, tomu rozumím“ (Konfucius). Tento prastarý čínský citát potvrzuje i moderní metody učení nazývané někdy jako „learning-by-doing“, a mají velké uplatnění právě v simulační výuce. Simulační výukou je možné bez rizika otestovat chování simulovaného objektu – např. zkusit si vyjednávat s agresivním pacientem (standardizovaný pacient – herec), nebo v případě lékařských simulátorů léčit virtuálního pacienta či testovat chování jednotlivých fyziologických subsystémů.

Pokud budeme uvažovat 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 se stává právě díky lidskému faktoru. Většinu 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 jen učebnice zkrátka nestačí, je potřeba se učit i ve skutečných klinických podmínkách, které si můžeme prožít-zažít nanečisto. Simulační výuka nabízí eventualitu své znalosti a dovednosti procvičovat a nacvičovat v reálném prostředí, bezpečném pro posluchače, ale hlavně s ohledem na „pacienta“. Spo-

lehlivé 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 (www.uvn.cz, 2015).

Pedagogové se shodují na tom, že simulační metody výuky jsou jedním z prvků, které přispívají k odbourání obvyklého vztahu učitel-student (paternalistický vztah). Přivádějí studujícího do role, která mu byla určena, nebo ještě lépe, kterou si vybral. Podstatná je přítom i neformální komunikace, kterou studenti vyžadují (vztah partnerský). 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 (Hanus, Chytilová, 2009).

Simulační výuka ve zdravotnictví

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 případech, 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).

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, Chytilová, 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).

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).

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).

Situační a příběhová dramata

V 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).

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 roztřídění 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 prožitě činnosti (Pelánek, 2008).

Simulace s herci – standardizovanými pacienty

Simulační výuka je zaměřena nejen na samotný nácvik reálně nasimulovaných situací, ale i na problematiku oblast interpersonální komunikace. Model simulační výuky se tak nachází na hranici běžné výuky a praxe v reálném prostředí. Svou formou tak umožňuje lépe propojit teorii s praxí, a to především díky okamžité zpětné vazbě, kterou účastník dostane nejen od trenérů (lektor, pedagog, zdravotník), ale i od dalších zúčastněných osob. Zkušenost nabytá ze vzdělávání, které je založeno na simulacích, umožňuje prohloubit sebereflexivní aktivitu účastníka výuky tak, aby byl schopen vědomě volit vhodnou komunikační strategii a vyvaroval se, v rámci ochrany sebe i dalších účastníků komunikace, neadekvátním reakcím. Pokud účastníci výuky správně zpracují své emoce, je to vždy cenné. Umožní jim to pojmenovat, co je způsobilo, a vyzkoušet alternativy jednání.

Struktura bloku (simulačního kurzu)

- Úvod do bloku simulační výuky
- Simulace
- Opakování simulace v případě potřeby/požadavku
- Debriefing
- Ukončení bloku simulační výuky

Úvodní přednáška – teoretický rámec simulační medicíny

Cílem úvodní přednášky je účastníky podrobně seznámit s cíli, formou a obsahem simulační výuky. Časové nároky na úvodní přednášku a diskusi budou záviset na mnoha faktorech, např. na předchozí zkušenosti účastníků s tímto druhem výuky, důvěře ve skupině a vzájemné podpoře mezi účastníky, schopnosti lektora účastníky pozitivně motivovat pro práci. Důležitým tématem je také bezpečí účastníků a ustanovení základních pravidel důvěry, které se ukazuje být nezbytné pro plné a autentické zapojení se do výuky. Nejčastější reakcí účastníků v úvodní fázi výuky je strach, úzkost, stud a obava ze ztrapnění se před kolegy. Je třeba mít na paměti, že jde o zcela přirozené pocity. Objevují se u většiny z nás v situacích, které jsou pro nás nové a se kterými nemáme předchozí zkušenost. Těmto pocitům je třeba věnovat náležitou pozornost. Volný rozhovor o konkrétních strach nahánějících představách představuje důležitou součást přípravy na samotnou výuku. Délka diskuse samozřejmě závisí na atmosféře ve skupině, soudržnosti kolektivu, schopnosti vzájemné podpory a také na schopnosti lektora vytvořit ve skupině atmosféru důvěry a bezpečí (nikdo nebude negativně hodnocen, nikdo nebude zostuzen). Rozhovor je zdrojem informací nejen o konkrétních obavách účastníků (jak dlouho bude samotná simulace trvat; kdo mě uvidí; kdo bude mít přístup k videozáznamu výuky; co budu dělat, když mě nenapadne nic, co bych v simulované situaci mohl/a říci), ale také o mnohem hlubších nejistotách, které máme obvykle spojené se situacemi zaměřenými na výkon (strach ze selhání). Zodpovězení konkrétních otázek souvisejících s průběhem simulační výuky vede obvykle k částečné redukci úzkosti a obav.

Účastníky je třeba ujistit, že cílem simulační výuky není podat perfektní a bezchybný výkon. Skrz chyby se lze dále učit a rozvíjet. Je důležité, aby věděli, že každý může, udělá, a hlavně měl by udělat chybu!

Cvičná situace poskytuje příležitost potkat se sám se sebou, se svým osobitým způsobem komunikování, se svými komunikačními limity a lépe pak v bezpečném prostředí pochopit, co nás během nesnadných komunikačních situací ovlivňuje a jak se v podobných situacích zachovat. Je nezbytné zdůraznit, že nikdo nebude účastníky výuky negativně hodnotit. O reakci na simulovanou situaci se nebude hovořit jako o dobré anebo špatné. Jde mnohem více o hledání momentů, které komunikaci s pacientem podpořily a které naopak vedly k problematické interakci.

V žádném případě účastníky výuky nepřesvědčujeme, aby se nebáli a nestyděli. Naopak, respektujeme jejich obavy jako přirozenou reakci na novou situaci. Do práce nikoho nenutíme. Věříme, že dostatečně bezpečné a podpůrné prostředí dodá některým účastníkům odvalu zkoušet nové věci a ti pak strhnou do práce i ostatní. Samotné přihlížení a následná zpětná vazba na práci někoho jiného sice není výukou v pravém smyslu slova, ale může pomoci zbavit účastníka strachu a zapojit jej do výuky. Je potřeba respektovat a přijmout skutečnost, že v každé skupině může být někdo, pro koho představuje vystoupení před ostatními enormní zátěž. Doporučujeme takového účastníka raději ponechat v roli pozorovatele. Samotná výuka by se pro něj mohla stát zbytečně traumatizující. Dosavadní zkušenosti autorů tohoto textu ukazují, že většina účastníků potřebuje pro aktivní účast ve výuce alespoň základní informace o jejím průběhu.

Během úvodního výkladu se opakovaně ptáme, jestli mají dostatek informací a zda je tedy možné začít. Příklady otázek:

- „Je to pro vás srozumitelné? Je něco, co ještě potřebujete vědět?“
- „Je tu už teď někdo, kdo by chtěl začít? Je tu někdo, kdo váhá?“

Za důležité považujeme tzv. pravidlo mlčenlivosti. Na začátku výuky účastníky požádáme, aby se o ničem, co se během výuky stane, nemluvilo za zdmi výukové místnosti. K tomu by se měla zavázat i osoba sedící v místnosti pro návštěvy a vyvarovat se vyprávění o reakcích konkrétních lidí během výuky např. svým kolegům. Je samozřejmě možné hovořit o samotné výuce, jejím průběhu, ale nikdy ne o určitých osobách, jejich výkonu a jejich reakcích. Setkání s pacientem před kamerou a zraky kolegů vedou často nejen k selháním, ale mnohdy také k emocionálním reakcím, za které se účastník následně stydí (například pláč při setkání s agresivním pacientem). Pokud bude výuka archivována v podobě videozáznamu, účastníci by měli vědět, kdo má k videozáznamu přístup a v případě dalšího využití záznamů pro jiné účely (např. prezentace ve výuce), by měl účastník pro toto poskytnout písemný souhlas. Má samozřejmě také právo odmítnout. V době vsudypřítomnosti mobilních telefonů a častých kauz jejich zneužití doporučujeme v rámci zachování bezpečí všech účastníků požádat o vypnutí mobilních telefonů.

Instrukce pro účastníky simulační výuky: Těsně před vstupem do místnosti simulující standardní nemocniční pokoj je účastník simulační výuky seznámen se zadáním. Např.: „Vaším úkolem je s pacientem sepsat ošetřovatelskou anamnézu. Berte prosím celou situaci velmi vážně a odpovědně. I přes to, že jde o nácvik, zkuste si představit, že jste v reálné situaci. Setkání s pacientem sami nepřerušujte, zkuste si v dané situaci poradit jen na základě vlastních zkušeností, znalostí a dovedností. Cvičnou situaci ukončuje lektor, obvykle však simulovaná situace trvá zhruba osm až deset minut.“

Příklad simulované situace

Účastník simulované výuky se setkává s pacientem u lůžka a jeho cílem je například získat potřebná data do anamnestického formuláře (konkrétní situace vychází z procvičovaného scénáře). Účastník bude seznámen, s jakým typem situace se v pokoji setká (agresivní, depresivní atd.). Cílem je navázat s pacientem co nejefektivnější komunikaci. Polostrukturovaný scénář dává herci možnost reagovat na podkladě předem připraveného scénáře a řídit se pokyny lektora, ale také herci ponechává prostor pro vlastní pojetí požadované role (zde je velmi důležité mít herce velmi dobře připraveného, aby věděl, kdy situaci de/eskalovat). Záznam této situace je přenášen do sousedící místnosti, kde skupina ostatních účastníků výuky spolu s psychologem akci sleduje. Audiovizuální záznam slouží také jako podklad pro zpětnou vazbu a lze jej využít i k dalšímu vzdělávání účastníků. Účastníci výuky si mohou dle potřeby danou situaci několikrát vyzkoušet a pokusit se aplikovat poznatky získané v rámci zpětné vazby.

Záznam simulované situace

Celá cvičná situace se zaznamenává na kameru. Videozáznam pak slouží jako podklad pro zpětnou vazbu a také pro dokumentaci zajímavých a poučných momentů vhodných pro následnou výuku. Po ukončení bloku simulační výuky je záznam uložen na externí disk a je možné jej v případě potřeby znovu použít.

Debriefing – efektivní zpětná vazba

Po každé cvičné situaci následuje skupinový rozhovor pod vedením lektora s cílem poskytnout potřebnou zpětnou vazbu a podněty pro hledání nových způsobů, jak lze s pacientem v určitých situacích komunikovat. Zpětnou vazbu dostane účastník nejen od lektora, případně herce, ale může ji obdržet od všech účastníků simulační výuky, kteří danou akci prostřednictvím audiovizuální výuky sledovali. Nikdo z nich však ostatní účastníky výuky nehodnotí. O konkrétních reakcích se nemluví jako o dobrých nebo špatných. Hledají se momenty, které komunikaci podpořily a které naopak vedly k problematické interakci. Cvičná situace poskytuje účastníkům simulační výuky příležitost uvědomit si, co komunikaci ovlivňuje, ujasnit si vlastní komunikační limity a lépe tak v bezpečném prostředí simulačního centra pochopit, jak se v podobných situacích v budoucnu zachovat.

Postup poskytování zpětné vazby studentům po simulovaném setkání s pacientem: Po proběhlé simulační situaci se účastníka výuky zeptáme, co se mu povedlo, co bylo obtížné, co hodnotí jako problematické, jestli má nějakou představu o pacientovi a motivech jeho chování nebo jak si myslí, že sám ovlivnil situaci s pacientem. Nespokojíme se s jednoslovnými odpověďmi. Doptáváme se pomocí otevřených otázek a zrcadlení. Své komentáře nevynášíme jako neměnné pravdy, interpretace nebo hodnocení, ale nabízíme je jako možnosti, na které může účastník reagovat. Cílem v této fázi zpětné vazby je pomoci studentovi/účastníkovi zvýšit jeho uvědomění si proměnných, které v situaci hrály významnou roli. Cílem je dozvědět se, jak o sobě účastník uvažuje, jaké má představy o situaci, jaké jsou jeho možnosti sebe podpory. Účastníky simulační výuky v žádném případě negativně nehodnotíme, nezesměšňujeme, nepoučujeme – spíše říkáme, jak jsme celou situaci viděli svými očima a co bylo potřeba změnit si říká sám účastník.

Doporučené tipy ke každé simulaci:

- Každá simulace má mít správný cíl, stop signály, jednoduchý obsah a lektora, který ví, že simulaci nedělá pro sebe.
- Lepší je, když si na správné řešení přijde účastník.
- Nejlepší jsou běžné situace, NE (!!) rarity.
- LEKTOR MÁ MOC ...vytvořit bezpečné prostředí.
- Kritika ano, ALE POUZE s přesným a respektujícím komentářem.
- Mít krizové scénáře pro situace, kdy chybu udělá lektor (nastavení scénáře; technika) a chybu udělá účastník.
- Lidskost a empatie jsou nejvýznamnější v debriefingu; i lektor se stále učí.
- Pozorujeme chování, nikoliv výkon.
- Dobrý facilitátor dává otázky, ten výborný dostává odpovědi.
- Čím bezpečnější prostředí, tím větší přínos v debriefingu.
- Simulace je velmi intenzivní.
- Průměrní žáci se mohou více naučit.
- Akceptujeme problémy během simulace.
- Nezaměřujeme se na osobnost ani charakter účastníka.
- Chyby při simulaci neodpovídají reálnému prostředí a praxi.

„Pokud nejste připraveni se podívat na sílu vašich žáků, nedotýkejte se jejich slabostí.“

Reuven Feuerstein

PŘÍPRAVA SCÉNY, SCÉNÁŘE

Konstrukce scénáře

Pro dobrý průběh simulačních kurzů je nezbytná příprava scénářů k jednotlivým situacím tak, aby demonstrovaná situace odpovídala realitě a byla v souladu s děním, kterému jsou účastníci kurzu na svých pracovištích vystavováni. Jak již bylo uvedeno, nemá jít o raritní situace, ale o příběhy poměrně běžné. Samotný scénář má svou strukturu, která není kategoricky dána, nicméně je užitečné, pokud je ve všech scénářích jednotná. V rámci této metodiky představujeme scénáře konstruované z:

- pořadové číslo a název scénky,
- rozdělení rolí mezi figuranty (herce),
- vstupní informace pro účastníky,
- formulace zadání, případně cíle, kterého má být dosaženo,
- popis scény, resp. dějiště,
- scénář, resp. stručná formulace příběhu,
- instrukce pro figuranty, resp. co situaci vyhrocuje a co ji naopak zkldidňuje,
- soupis pomůcek a rekvizit, které jsou pro průběh scény nezbytné.

Vzorový scénář sebepoškození

Pořadové číslo a název scénky, ze kterých má být aktérům (lektori, figuranti i technik, který zajišťuje audio-video přenos) zřejmé, co se bude odehrávat. *Vzor: Scénka 18, PRÁCE S DÍTĚTEM / ADOLESCENTEM PŘI SEBEPOŠKOZENÍ.*

Rozdělení rolí mezi figuranty definuje, kdo a jakou roli bude v příběhu zastávat. *Vzor: pacientka – Jana Nováková (pro účel metodiky uvádíme smyšlené jméno a příjmení).*

Vstupní informace sděluje účastníkům lektor, který danou scénu vede a následně jí s účastníky rozebírá. V zásadě jde o formulování výchozí pozice, ze které se bude připravený příběh rozvíjet. V této fázi je nutné dobře promyslet zadání. Činnosti, které budou účastníci vykonávat, mají být účelné a reálné. V uváděném příkladu se simulačního kurzu účastní dvě sestry, lékař a sanitář z jednoho oddělení. Je výhodou, když účastníci nevědí, co v nadcházejících okamžicích nastane. *Vzor: Je čtvrtek ráno, cca 8.00 hod. V observačním pokoji máte šestnáctiletou pacientku (sl. Jana Nováková) s dg. nespecifikované poruchy chování a emočně nestabilní strukturou osobnosti. Od včerejška ví, že ji dnes čeká překlad do jiné nemocnice. Jedna sestra připravuje ranní dávku léků, druhá sestra kontroluje expiraci léčiv, sanitář odnáší na pokoj pacientce nápoj. Lékař je na ranním hlášení v zasedací místnosti mimo pracovnu sester. Do pokoje vstupuje sanitář a zjišťuje, že něco není v pořádku...*

Další informaci, kterou účastníci obdrží je zadání, popřípadě cíle, kterého má být dosaženo. Lektor musí výchozí situaci i zadání předat srozumitelně a vždy nechat prostor pro zodpovězení otázek či jiných nejasností. Na tomto místě znovu připomeneme význam a možnost uplatnění signálu STOP! *Vzor: Postupujte tak, jako v realu s využitím deeskalačních přístupů a vhodné komunikace v týmu. Zvolte priority v řešení situace podle toho, co uvidíte. Vždy může kdokoliv celou situaci zastavit vyhlášením signálu STOP!*

Pro dobrou přípravu dějiště je nezbytné ve scénáři uvádět základní popis scény, zejména s přihlédnutím ke kulisám, které mohou být pro daný příběh potřebné. Popis scény je důle-

žitý pro přípravu simulace, ale také jako vstupní informace pro účastníky s tím, že některé údaje účastníkům nesdělujeme (v tomto případě např. ukryvaná propiska). *Vzor: K dispozici je plně vybavená pracovna sester včetně medicíny a obvazového materiálu. Personál má k dispozici zdravotnickou dokumentaci pacientky. Pro pacientku je připravený nápoj. Dále je zde fungující telefon a číslo, na kterém je možné sehnat lékaře. Ve vybavě oddělení jsou i omezovací pásy. Pacientka je v lůžku v observačním pokoji. Vedle lůžka má noční stolek a za lůžkem židli. Pacientka u sebe skrývá rozlomenou propisku, kterou se pořezala (umělá krev).*

Samotný scénář slouží jako podklad pro figuranty a lektory s tím, že zde může být i předjímán možný vývoj situace. Vždy však musíme počítat s proměnlivostí ovlivněnou rozhodováním účastníků. Uvádíme-li jména figurantů, vycházíme z těch skutečných, neboť tak zamezíme nepřesnostem. Průběh scény bývá emočně zátěžový. Při používání smyšlených jmen tak snadno dojde ke spletení zejména v situacích, kdy spolupracuje více figurantů. Pro účely této metody uvádíme jméno smyšlené. *Vzor: Šestnáctiletá pacientka Jana Nováková s diagnózou nespecifikované poruchy chování a emočně nestabilní strukturou osobnosti dostala včera informaci, že dnes bude přeložena do jiné nemocnice. Na svém pokoji se v lůžku pořeže ostrým úlomkem z rozštípnuté propisky po celém levém předloktí. Pacientka je nalezena sanitářem. Pod peřinou skrývá nejen propisku, ale i zakrvácené levé předloktí. Pacientka: „Já nikam nejdu, říkala jsem vám, že to nezahládnou... Jděte pryč! Proč tu všichni stojíte? Nedotýkejte se mě! Nechte mě být! Jděte pryč!“*

Během zkoušení jednotlivých scénářů se figuranti (herci) mj. učí, jak mají reagovat na možný vývoj situace. Pod vedením lektora, resp. zkušeného lékaře psychiatra nebo sestry specializované pro péči v psychiatrii poznávají, co může v dané situaci eskalovat průběh nežádoucím směrem a co má naopak vést ke zklidnění. Vždy je nutno pamatovat na možnost dříve nečekanou. *Vzor: Co situaci vyhrocuje: usilovná snaha ošetřit krvácení dříve, než dojde k ujištění, že bude přivolán lékař; nevhodné jednání personálu (herečka si určí pocitově, co je jí nepřijemné); tendence k fyzickému omezení pacientky; vyčítavé nebo odsuzující komentáře, křik a nejistota personálu; nervozita z dlouhého čekání na doktora. Co situaci zklidňuje: projevený zájem a vyslyšení toho, po čem „volá“ (nechce překlad, chce, aby tam všichni nestáli, aby se jí nedotýkali); přístup jako k dospělému (bez moralizování, kárání či infantilizace); možnost volby typu: „ukážte mi tu ranku a pak se domluvíme, jestli a jak jí ošetříme“ případně „když ostatní odejdou, mohu tu zůstat já, abych se podívala, jak vážné je to poranění?“; účelné vyplnění času, kdy se čeká na doktora, např. diskuzí na téma „domácího mazlíčka“ (odpoutáváme pozornost, necháme pacientku mluvit o něčem jiném, co je jí blízké); samotné přivolání lékaře (sestry jsou občas nastavené tak, že mají všechno řešit samy a lékaře neobtěžovat).*

Rekapitulace pomůcek, které jsou pro realistický průběh simulace nezbytné. *Vzor: lůžko vč. lůžkovin, pyžamo, zdravotnické uniformy, fiktivní zdravotnická dokumentace s lékařskou epikrizou pacientky, rozlámaná propiska, umělá krev (a prací prostředek na rychlé vyčištění umělé krve), obvazový materiál, léčivé přípravky, fungující telefon (k zavolání lékaře), nápoj pro pacientku, omezovací pásy (budou k dispozici jen, aby evokovali dojem, že situaci lze řešit i tímto nežádoucím způsobem).*

Možný vývoj scény, storyboard

Je dobré si v týmu (lektoři, herci) rozvrhnout scénu a nastínit různé možnosti vývoje. To lze čistě formou diskuzí během zkoušek. Pomůckou může být i schématický náčrt scén.

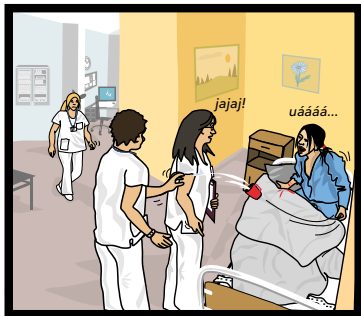
PRÁCE S DÍTĚTEM / ADOLESCENTEM PŘI SEBEPOŠKOZENÍ – Storyboard:



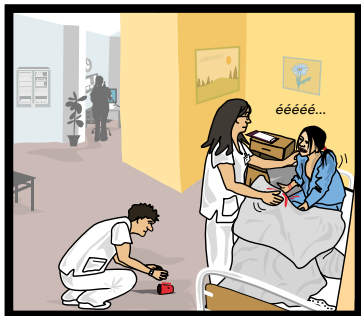
V observačním pokoji je šestnáctiletá pacientka Jana Nováková s dg. nespecifikované poruchy chování a emočně nestabilní strukturou osobnosti. Od včerejška ví, že ji dnes čeká překlad do jiné nemocnice. Do pokoje vstupuje sanitář, který nese pacientce nápoj. Sestry jsou zaměstnané jinými aktivitami.



Sanitář zjišťuje, že něco není v pořádku. Pacientka pláče a křičí: „Já jsem vám řkala, že to nezvládnou...“ Do pokoje přibíhá přivolaná sestra, aby zjistila, co způsobilo rozruch.



Personál s úlekem zjišťuje, že pacientka je pořezaná na předloktí. Zranění si způsobila rozlomenou propiskou, kterou získala neznámo kde. Přichází i druhá sestra. Napětí eskaluje, pacientka křičí: „Jděte pryč! Proč tu všichni stojíte? Nedotýkejte se mě! Nechte mě být! Jděte pryč!“



Sestra zklidňuje situaci tím, že dál komunikuje s pacientkou a současně vyhodnocuje, jak vážné je poranění. Druhá sestra volá lékaře (i to zklidňuje pacientku). Sanitář zůstává v pokoji, což je účelné z bezpečnostního hlediska. Nicméně věnuje se jiné činnosti. Pacientka se necítí pod tíhou pozornosti všech přítomných pracovníků.



Přivolaný lékař diskutuje se sestrou a pročítá dokumentaci pacientky. Sanitář odnáší pomůcky. Druhá sestra je mimo observační pokoj. Byť je u pacientky stále někdo přítomen, nikdo jí nevěnuje pozornost. A to může být impulzem k dalšímu sebepoškození a eskalaci napětí.



Lékař usedá a srovnává tak horizontální postavení s pacientkou. Ostatní zdravotníci postávají opodál a neruší rozhovor pacientky s lékařem.

Nástin možného vývoje je užitečnou pomůckou pro figuranty i lektory. Částečně lze předjímat, co se bude odehrávat a jaká jsou očekávání při využití deeskalačních technik. V rámci následného rozboru lze účastníky snadněji navadět k identifikování klíčových okamžiků, které situaci pomáhají zklidňovat a které naopak průběh zhoršují. Předjímáme a všímáme si také vzájemné spolupráce v týmu, neboť i to je pro hladký průběh nezbytné. Celá situace je zaznamenávána prostřednictvím audiovizuální techniky, čehož lze využít k videoanalýze vybraných okamžiků. To často bývá nejcennější zpětnou vazbou účastníkům.

Vzorový scénář – rodina

Scénka 16: PRÁCE S PROBLEMATICKOU RODINOU BĚHEM NÁVŠTĚVY

Role: maminka – figurantka 1, např. Petra Vondráčková (smyšlené jméno)

tatínek – figurant 2, např. Petr Vondráček (smyšlené jméno)

pacient, syn – fiktivní role, např. David Vondráček (ve scéně nefiguruje)

Vstupní informace pro účastníky: Je čtvrtek 15.00 hod. V třílůžkové ložnici máte umístěného 14letého Davida Vondráčka s první atakou psychózy. Vedle Davida je v ložnici chlapec s autistickými projevy, který se před chvilkou vykálil v rohu místnosti a nyní hlasitě hučí, skoro až křičí. Nikde jinde na oddělení již volná místa nejsou. U Davida jsou na návštěvě rodiče. Jedna sestra kontroluje ordinaci v dekurzu, druhá sestra chystá pomůcky pro hygienickou péči, sanitář dezinfikuje a čistí kalíšky na léky, lékař je ve své pracovně mimo pracovnu sester.

Zadání / cíl: Postupujte tak, jako v reálu s využitím deeskalačních přístupů a vhodné komunikace v týmu. Hledejte řešení za měnících se podmínek a požadavků. Vždy může kdokoliv celou situaci zastavit vyhlášením signálu STOP!

Scéna: K dispozici je plně vybavená pracovna sester včetně medicíny, obvazů a pomůcek k hygienické péči. Rodiče vstupují z chodby do pracovny. Lékař je mimo dějiště v pracovně.

Scénář: Na oddělení jsou na návštěvě rodiče 14ti letého pacienta Davida, léčeného pro první ataku psychózy. Bez ohlášení vcházejí do pracovny sestry, v ruce drží lůžkoviny a sbalenou tašku s osobními věcmi pacienta Davida a hovoří zvýšeným tónem. Matka: „Dobrý den, chceme požádat o okamžitý přesun našeho syna na jiný pokoj. Říká nám, že má strach z toho čuněte, co je tam s ním.“ Otec: „Viděli jste vůbec, s kým tam je? Vy byste k němu svoje dítě dala?! Okamžitě si ho bereme domů na reverz...“ Následovat může arogantní pokus o podplacení personálu za nadstandardní pokoj (např. během hovoru s přivolaným lékařem).

Co situaci vyhrocuje:

- snaha ukáznit rodiče ke slušnému chování,
- vyloučení možnosti řešení jejich požadavku, např. stylem „To nejde!“, „Kde si myslíte, že jste?“,
- plané sliby, které jistě nelze zaručit, např. „Hned jak ukončíte návštěvu, dáme Davida na jednolůžkový nadstandard s vlastní TV a PlayStation.“,
- neochota přivolat lékaře.

Co situaci zklidňuje:

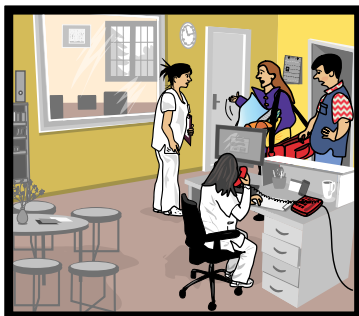
- projevený zájem o syna (někdo se tam jde podívat),
- pokus / snaha o reorganizaci rozmístění pacientů na pokoji,
- vyjádření zájmu o rodiče a jejich strach o syna,
- snaha o ujištění rodičů, že jde o právě nastalou situaci, kterou lze řešit (nejde o setrvalý stav),
- přivolání lékaře k řešení požadavku o propuštění (sestry jsou občas nastavené tak, že mají všechno řešit samy a lékaře neobtěžovat).

Pomůcky: lůžkoviny, sbalená taška s věcmi syna Davida, peníze na zaplacení nadstandardu, vybavení pracovního stolu v sesterně (klávesnice, monitor, zdravotnická dokumentace apod.), fungující telefon (k zavolání lékaře), dekurzové listy s ordinacemi, krabičky s léky, pomůcky pro hygienickou péči apod., vybavení pracovny lékaře (křesílka, konferenční stůl, na kterém jsou nějaké letáky).

Storyboard:



Do pracovny sester bez ohlášení vcházejí rodiče Davida, v rukou drží lůžkoviny a sbalenou tašku s osobními věcmi. Otec okamžitě zvýšeným tónem sděluje: „Dobrý den, chceme požádat o okamžitý přesun našeho syna na jiný pokoj. Říká nám, že má strach z toho čuněte, co je tam s ním.“



Rodiče se domáhají okamžitého řešení situace. Na odmítavé reakce personálu matka odpovídá: „Viděli jste vůbec, s kým tam je? Vy byste k němu svoje dítě dala?! Okamžitě si ho bereme domů na reverz.“ Jedna sestra dál komunikuje s rodiči a dává najevo vůli jim pomoci jinak. Druhá sestra volá lékaře.



Přicházející lékař se snaží zorientovat. Zdvorně odmítá peníze, které otec nabízí k zajištění nadstandardu. Společně se sestrou vyzívají rodiče k posazení a probrání Davidovy situace.



Nyní již klidnější rodiče probírají s lékařem možnosti. Jedna sestra zůstává přítomna, ale do rozhovoru nezasahuje. Druhá sestra jde na pokoj za Davidem, aby zjistila, co se děje a případně řešila nastalé problémy. Vědomí, že je o Davida postaráno, rodičům pomáhá ke snížení obav.

Scénka 05: KONFLIKT MEZI ADOLESCENTY

Role: pacientka a) – figurantka 1, např. Eva Dvořáková (smyšlené jméno)

pacientka b) – figurantka 2, např. Nikola Horká (smyšlené jméno)

otec jiné pacientky – figurant 3 (pro průběh scény není jméno rozhodující)

Vstupní informace pro účastníky: Je čtvrtek, doba oběda. Na pokoji určený k observaci nemocných jsou umístěné 2 pacientky s poruchou příjmu potravy, které dostávají jídlo zde, protože musejí jíst pod dohledem personálu. Jedna ze sester je pověřená sledováním pacientek, druhá sestra vyplňuje kategorie do hlášení hospitalizace pro pojišťovnu, sanitář je mimo sesternu (v kuchyni), lékař provádí pohovor s otcem jiné pacientky ve své pracovně.

Zadání / cíl: S využitím vhodné komunikace a deeskalačních přístupů zvládněte nastalou situaci. Vždy může kdokoliv vše zastavit vyhlášením signálu STOP!

Scéna: Pracovna sester je reálná, včetně prostoru pro jiná vyšetření. Pacientky jsou uzavřené v dvouložkovém observačním pokoji, do kterého je ze sesterny vidět průzorem. Právě zde mají sníst podaný oběd. Lékař je mimo dějiště v pracovně.

Scénář: Během obědvání náhle slečna Eva mrští hrnkem o zem a přitom křičí na slečnu Nikolu: „Ty mrcho! Co si to jako o sobě myslíš...?! Moc dobře víš, že ta kráva Monika na mě donáší! Normálně vás obě nenávidím...“ Slečna Nikola přechází z defenzivy do útoku a otevřeně vyhrožuje: „Zkus to na mě ještě jednou a vyškube ti ty tvoje hnusný vlasy! Tobě může bejt úplně ukradený, s kým já se bavím, rozumíš!“ V pokoji se rozjízdí hádka a možný konflikt vyplývající z pseudožárlivosti mezi děvčaty, kdy je Eva naštvaná na Nikolu, protože se baví s Monikou, která ale na Evu prozradila, že podvádí s jídlem. Hádka eskaluje v agresi, kdy pacientky po sobě začínají házet různé předměty (nádobí, polštáře atd.). To vše s počátečním přehlížením postupně přicházejícího personálu. Současně je v lékařském pokoji na pohovoru otec zcela jiné pacientky a trvá na dokončení pohovoru lékařem.

Co situaci vyhrocuje:

- direktivní řešení situace personálem (kdy se může konflikt obrátit proti personálu),
- stranění té či oné pacientce, zdůrazňování, že má jedna nebo druhá pravdu,
- tendence k umravňování, vyhrožování sankcemi, vynášení soudů a hodnocení, kdo za co může.

Co situaci zklidňuje:

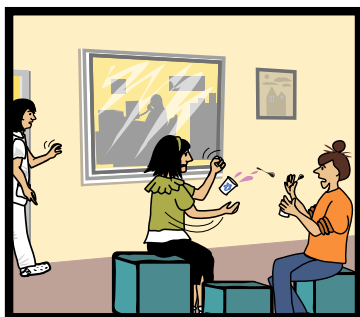
- rozložení pozornosti – někdo se věnuje jedné pacientce, někdo druhé,
- dočasné rozdělení, např. odvedení jedné z děvčat do sesterny k dalšímu pohovoru (nikoliv za trest),
- odklon pozornosti k jinému tématu v akutní fázi konfliktu (po zklidnění je žádoucí pokračovat v rozebrání celé situace), jasné vymezení pravidel pro další domluvu,
- ztotožnění, např. „chápu, že tě taková situace vytočila, mě by to asi taky naštvalo“.

Pomůcky: nádobí k servírování obědů, skutečný oběd, vybavení pracovního stolu v sesterně (klávesnice, monitor, zdravotnická dokumentace apod.), vybavení koutu pro vyšetřování (a oddělení) pacientek, vybavení dvouložkového observačního pokoje, fungující telefon (k zavolání lékaře), fiktivní zdravotnická dokumentace 2 pacientek s PPP.

Storyboard:



Na pokoji určený k observaci nemocných jsou umístěné 2 pacientky s poruchou příjmu potravy, které dostávají jídlo zde, protože musejí jíst pod dohledem personálu. Jedna ze sester je pověřená sledováním pacientek, druhá sestra vyplňuje kategorie do hlášení hospitalizace pro pojišťovnu, sanitář a lékař jsou mimo dějiště.



Eva mrští hrnkem o zem a přitom křičí na Nikolu: „Ty mrcho! Co si to jako o sobě myslíš...?! Moc dobře víš, že ta kráva Monika na mě donášší!“ Nikola přechází z defenzívy do útoku a otevřeně vyhrožuje: „Zkus to na mě ještě jednou a vyškube ti ty tvoje hnusný vlasy! Tobě může bejt úplně ukradený, s kým já se bavím, rozumíš!“ Personál postupně přichází.



Současně je v lékařském pokoji na pohovoru otec zcela jiné pacientky a trvá na dokončení konzultace lékařem, který je však volán k řešení problematické situace mezi děvčaty.



Mezitím sestry rozdělily hádající se pacientky. Každé z nich se věnuje jedna sestra. Vyjadřují pochopení, nemoralizují, neodsuzují a nesnaží se hledat viníka. Přicházející lékař je nucen zorientovat se v situaci a současně se musí s respektem postarat o tatínka jiné pacientky, který je nadále neodbytný.

CVIČNÉ PROSTŘEDÍ, IMITACE PRACOVIŠTĚ ZDRAVOTNÍKŮ

Pro navození co nejrealističtějšího dojmu je pro účastníky simulačního kurzu nezbytné, aby se scény dle scénářů odehrávaly v takovém prostředí, ve kterém se odehrávají i skutečné situace. Prostředí je možné relativně snadno připravit z kulis dodaných přímo ze zdravotnického pracoviště. Využit k tomu lze neobvyklé, uvolněné nebo nevyužívané prostory přímo na pracovišti. Ještě lepším řešením je vybudování prostorů, které slouží výhradně k simulačním nácvikům, viz fotografie Centra pro simulační kurzy v psychiatrii v PN Bohnice. Takto vybudované imitace místností odpovídající skutečnému zdravotnickému pracovišti je vhodné dovybavit audiovizuální technikou k zajištění přenosů snímaných během samotného nácviku, ideálně do samostatné a oddělené seminární místnosti. Přenos má v dobré kvalitě snímat místnost tak, aby bylo zřejmé postavení všech zúčastněných a současně proměnlivou dynamiku probíhající simulace. Vedle obrazového záznamu je podstatný kvalitní přenos rozhovorů. Mnohdy je důležitější slyšet, co kdo říká, než vidět, co kdo dělá. Pořízené audiovizuální záznamy mají posloužit výhradně k následné analýze s účastníky kurzu. Je nepřijatelné jejich zálohování či promítání někomu jinému. Absolutní bezpečí účastníků je v tomto ohledu nutné vnímat jako nejvyšší prioritu.

Centrum pro simulační kurzy v psychiatrii, Psychiatrická nemocnice Bohnice



oddělení v PN Bohnice, kde vzniká Centrum pro simulační kurzy v psychiatrii



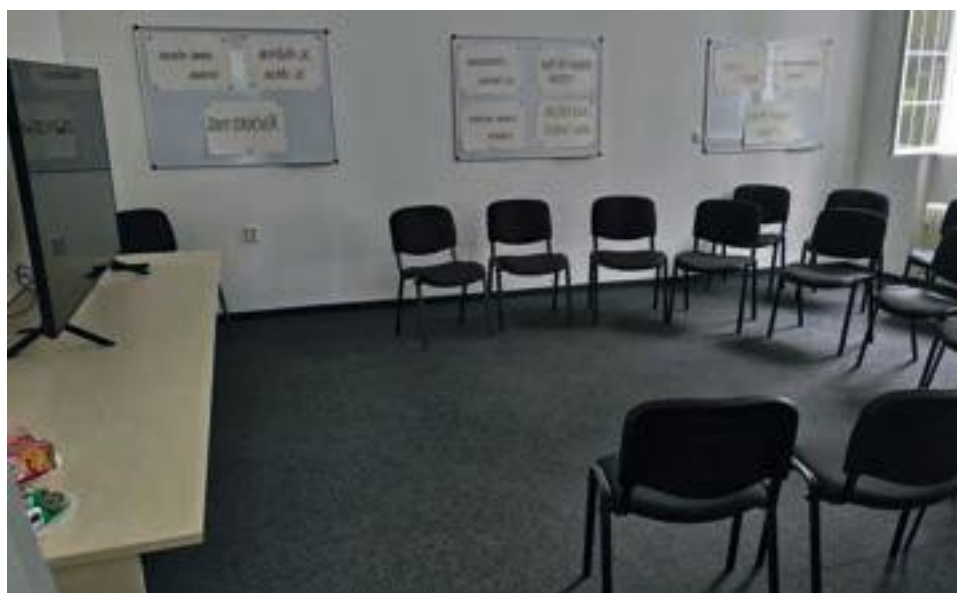
imitace pracovny sester s průhledem do observačního pokoje



imitace pracovny sester



imitace observačního pokoje



seminární místnost



probíhající kurz v Centru pro simulační kurzy v psychiatrii, PN Bohnice

ZÁVĚR

Akutní stavy v psychiatrii lze bez nadsázky přirovnat k akutním stavům v intenzivní medicíně. Sice zde nedochází k selhávání životně důležitých orgánů, nicméně řešení stavů s rizikem rozvoje konfliktu je pro zdravotníky rovněž vysoce zátěžové, emočně vyhocené a závislé na rychlém rozhodování o správných postupech a týmové spolupráci. Je zcela na místě očekávat, že trénováním deeskalačních přístupů a týmové spolupráce prostřednictvím simulační výuky se personál bude zdokonalovat. Zvýší se tak jistota zdravotníků i bezpečí pacientů.

1. ALDRICH, C.: Learning by Doing: A Comprehensive Guide to Simulations, Computer Games, and Pedagogy in e-Learning and Other Educational Experiences. San Francisco: Pfeiffer — John Wiley & Sons, 2003
2. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M.: Vztah sestry-lékař. Brno: NCO NZO 2010, ISBN 978-80-7013-526-6
3. DUNOVSKÝ, J., a kol.: Sociální pediatrie. Praha, Grada 1999, ISBN 80-7169-254-9
4. FRIGG, R., HARTMANN, S.: Models in Science. Entry in the Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2007
5. HAHN, S. et al.: Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of multiple regression analysis. In: International Journal of Nursing Studies. Vol. 4, 2010, s. 374–385, ISSN 0020-7489
6. HANUŠ, R., CHYTILOVÁ, L. (2009) Zážitekově pedagogické učení. 1. vydání. Praha. Grada Publishing, a. s., 192 s., ISBN 978-80-247-2816-2
7. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2008, ISBN 978-80-7367-404-5
8. LÁTALOVÁ, K.: Agresivita v Psychiatrii, Grada Publishing, a.s., 2013, ISBN 978-80-247-4454-4
9. LANDRISCINA, F.: Simulation and Learning, Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete, 14(3), New York: Springer 2013, s. 102-103
10. LEVY, E. K.: Synthetic Lighting: Complex Simulations of Nature, Photography Quarterly (#88), 2004
11. MALÁ, E.: Návrh koncepce dětské a dorostové psychiatrie. Č. S. Psychiatrie., 96, 2000, s. 184-191, ISSN 1212-0383
12. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.: Psychiatrie. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-700-0
13. MATĚJČEK, Z.: Dětský pacient v komunikaci s lékařem, Pediatrie pro praxi, 2001/5
14. PAPEŽOVÁ, H., a kol.: Naléhavé stavy v psychiatrii, kapitola 5. Pacienti s násilným chováním, autor Jan Vevera, Maxdorf 2014, ISBN 978-80-7345-425-8
15. PEKARA, J.: Násilí ve zdravotnictví. In: Praktický lékař. 6(93), 2013, s. 264-268, ISSN 0032-6739
16. PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M., HULINSKÝ, P.: Education experiment: short time education - long time results for practice. In: Journal of Health Science. Vol. 2, 2014, s. 436-440, ISSN 2328-7136
17. PELÁNEK, R.: Příručka instruktora zážitkových akcí. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0454-1
18. PERCIVAL, F., LODGE, S., SAUNDERS, D.: The Simulation and Gaming Yearbook: Developing Transferable Skills in Education and Training. London: KoganPage, 1993
19. PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol.: Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha, Grada 2014, ISBN 978-80-247-4236-6
20. PUŽEJOVÁ, I.: Komunikace s dítětem, Digitální učební materiály ve škole, registrační číslo projektu CZ.1.07/1.5.00/34.0527, 2012
21. RICHMOND, J. S., et al.: Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Project BETA De-escalation Workgroup, West J Emerg Med. 2012 Feb; 13(1): 17–25., doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864

Mgr. Jan Běhounek

Absolvoval bakalářský obor Ošetřovatelství na lékařské fakultě v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze. Magisterské vzdělání získal ve stejném oboru (se zaměřením na management) na Vysoké škole zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety v Bratislavě. Specializaci v oboru Ošetřovatelská péče v psychiatrii absolvoval v NCO NZO v Brně. Od roku 1996 působí v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde pracoval v různých pozicích – sanitář, ošetřovatel, všeobecná sestra, staniční sestra, vrchní sestra. Nyní (od roku 2016) zastává pozici vedoucího oddělení řízení kvality s tím, že současně částečným úvazkem pracuje na oddělení akutní péče jako všeobecná sestra se specializací pro péči v psychiatrii. Od roku 2003 je certifikovaným auditorem ve zdravotnictví. Od roku 2014 je vedoucím auditorem pro normu ISO 9001 a hodnotitel kvality a bezpečí v lůžkové zdravotní péči dle vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb. V rámci MZ ČR spolupracuje v projektech Deinstytucionalizace služeb pro duševně nemocné jako manažer kvality a Destigmatizace jako lektor. Přednáší psychiatrické ošetřovatelství studentům VŠZ o.p.s. v Praze a VOŠ a SŠ MILLS s.r.o. v Čelákovcích. V roce 2012 byl zvolen do předsednictva psychiatrické sekce ČAS, kde působí doposud. V současné době koordinuje a řídí aktivity spojené s rozvojem Centra pro simulační kurzy v psychiatrii, kde mj. působí jako lektor.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Jaroslav Pekara je odborný asistent a vedoucí katedry Specializace ve zdravotnictví na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Je zodpovědný za předměty Komunikace, Prevence násilí, Sebeochrana a simulační výuka – řešení násilného chování pacientů a/nebo jejich příbuzných, několik let pracuje s herci při přípravě takových seminářů. Doktorské studium absolvoval na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (Specializace v ošetřovatelství, Zdravotně sociální fakulta; téma: Fenomén násilí v ošetřovatelství v ČR). Jaroslav Pekara je sestra se specializací pro intenzivní péči a zdravotnický záchranář, ve zdravotnictví má praxi přes 15 let. Byl zapojen do několika projektů týkajících se prevence násilí v českém zdravotnictví, v současné době se zaměřuje na příklady dobré praxe v zahraničí, které se snaží implementovat v ČR. Je členem Společnosti Urgentní medicíny a medicíny katastrof (NLZP sekce), Skupiny pro Bezpečnost personálu u Aesculap Akademie a členem European Violence in Clinical Psychiatry.

MUDr. Pavel Trančík

Vystudoval 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. V roce 2018 získal specializaci v oboru psychiatrie. Pracuje jako vedoucí lékař příjmového, koedukovaného oddělení v Psychiatrické nemocnici Bohnice, které poskytuje akutní péči celému spektru duševních onemocnění, včetně psychiatrických pacientů s prokázanou covid-19 pozitivitou. Je členem Psychiatrické společnosti ČLS-JEP. Působil ve vedoucích funkcích odborných spolků mladých psychiatrů doma a v Evropě. Mezi své učitele řadí prim. Vyhnánkovou, prof. Bankovskou-Motlovou, prim. Koukolíka a prof. Sartoria. Pravidelně přednáší doma i v zahraničí. Psychiatrii považuje za špičku mezi obory medicíny, pro její hloubku a šířku a potřebu vyvážených schopností komunikace, intuice, kreativity a klinického vzdělání založeného na důkazech. Aktuálně spolurealizuje průkopnický projekt simulační medicíny v psychiatrii.

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

||B|| PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Autoři: Jan Běhounek, Jaroslav Pekara, Pavel Trančík a kol.

Ilustrace: Michaela Fleissig

Fotografie: Jan Běhounek

ISBN 978-80-906574-3-4

Vydáno v rámci projektu ZD-ZDOVA1-009 „Praktický nácvik a trénink postupů pro zvládnutí krizových situací v péči o děti a dospívající s duševní poruchou v Psychiatrické nemocnici Bohnice“, který byl podpořen z programu „ZD - Program Zdraví“ z finančního mechanismu Fondy EHP 2014-2021.