

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Bc. Martina Skalková

System psychosociální intervenční služby v nemocnici

Karviná-Ráj p.o.

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martina Kovalová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 2.5.2024

Bc. Martina Skalková

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat mé vedoucí diplomové práce Mgr. Martině Kovalové, Ph.D., za vstřícnost, cenné rady, připomínky a pomoc se statistickým zpracováním dat. Poděkování patří také Mgr. Janě Hálové – Bialkové, MBA, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o., za možnost stát se peerem a být tak členem velké rodiny SPIS a samozřejmě velké díky patří také mé rodině a kolegyním za podporu při studiu.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

Název práce: Systém psychosociální intervenční služby v nemocnici Karviná-Ráj p.o.

Název práce v AJ: Psychosocial Intervention Services in the Karviná Ráj Hospital

Datum zadání: 17.1.2023

Datum odevzdání: 2.5.2024

VŠ, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Autor: Bc. Martina Skalková

Vedoucí: Mgr. Martina Kovalová, Ph.D.

Oponent: doc. MUDr. Helena Kollárová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Diplomová práce se zabývá Systémem psychosociální intervenční služby – SPIS České republiky, která má dva směry. Služba PEER, program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům profesně zkušenějším kolegou a Intervenční služba pro sekundárně zasažené osoby poskytovanou vyškoleným zdravotníkem. Shrnuty jsou nejčastější stresové situace zdravotnických pracovníků a metody zvládnání krizových událostí. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti zaměstnanců Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. o Systému psychosociální intervenční služby, zjistit úroveň důvěry zaměstnanců ke službě a zda službu v minulosti již využili a doporučí dalším zdravotníkům.

Metodika: Formou dotazníkové šetření byl proveden výzkum v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o., který probíhal od srpna do listopadu 2023, a to papírovou formou. Výzkumný soubor byl tvořen 363 zaměstnanci všech profesí tohoto zařízení. V dotazníku respondenti odpovídali na otázky zaměřené na znalosti o službě a důvěru ke službě.

Výsledky: Byla zjištěna statisticky významná souvislost ($p < 0,001$) mezi délkou pracovního poměru zaměstnanců a pocitem dostatečných informací o poskytování psychosociální podpory. Dále byl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$) v porovnání vnímání dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či interventa dle délky zaměstnání. Rovněž byla zjištěna statisticky významná souvislost ($p < 0,001$) mezi

zdravotníky a znalostí identity peera nebo interventa daného zařízení a statisticky významný rozdíl ($p = 0,014$) mezi délkou zaměstnání ve vybraném zdravotnickém zařízení a znalostí rozdílu mezi peerem a interventem. Také byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi profesí respondentů a důvěrou v peer podporu ($p = 0,039$).

Závěr: Na podkladě analýzy výzkumu byl vypracován návrh na zlepšení informovanosti nových i stávajících zaměstnanců o psychosociální intervenční službě, především o peer podpoře. Peer podpora je jednou z možností stabilizace zaměstnanců nejen v daném zařízení, ale celkově zdravotníků v rezortu zdravotnictví.

Klíčová slova: peer podpora, intervence, SPIS, zdravotníci, stres, syndrom vyhoření, psychická zátěž, strategie zvládnání stresu

Abstrakt v AJ:

Introduction: The thesis deals with the System of Psychosocial Intervention Services - SPIS of the Czech Republic, which has two directions. The PEER service, a programme of care and support to health professionals by a professionally experienced colleague and the Intervention Service for Secondarily Affected Persons provided by a trained health professional. The most common stressful situations for health care workers and methods of managing crisis events are summarised. The aim of the study was to determine the level of awareness of the employees of the Karviná-Ráj Hospital, p.o. about the Psychosocial Intervention Service System, to determine the level of trust of employees in the service and whether they have used the service in the past and would recommend it to other health professionals.

Methodology: a questionnaire survey was conducted in the form of a paper-based survey at the Karviná-Ráj Hospital, p.o., from August to November 2023. The research sample consisted of 363 employees of all professions of this facility. In the questionnaire, respondents answered questions focused on knowledge about the service and trust in the service.

Results: A statistically significant association ($p < 0.001$) was found between the length of employment and employees' perceptions of sufficient information about the provision of psychosocial support. Furthermore, there was a statistically significant difference ($p < 0.001$) in the comparison of perceptions of sufficient information in the case of the method of contacting the peer or interventionist according to the length of employment. There was also a statistically significant association ($p < 0.001$) between health professionals and

knowledge of the identity of the peer or intervener of a given facility, and a statistically significant difference ($p = 0.014$) between length of employment in the selected health facility and knowledge of the difference between peer and intervener. There was a statistically significant association ($p = 0.039$) between respondents' occupation and confidence in peer support.

Conclusion: based on the analysis of the research, a proposal was developed to improve the awareness of new and existing employees about psychosocial intervention services, especially peer support. Peer support is one of the ways to stabilize employees not only in the facility but overall health care professionals in the health department.

Keywords: peer support, intervention, SPIS, health workers, stress, burnout syndrome, psychological distress, stress management strategies

Rozsah: 100 stran, 7 příloh

Popis rešeršní činnosti

Následující text popisuje rešeršní činnost, na jejímž základě byly dohledány validní zdroje pro tvorbu této práce.

Vyhledávací kritéria



Klíčová slova v ČJ: peer podpora, intervence, SPIS, zdravotníci, stres, syndrom vyhoření, psychická zátěž, strategie zvládnání stresu

Klíčová slova v AJ: peer support, intervention, SPIS, health workers, stress, burnout syndrome, psychological distress, stress management strategies

Jazyk: čeština, angličtina

Období: 2005 – 2024

Databáze



PubMed, GoogleScholar, Medvik, SCOPUS



Nalezeno 1479 článků a abstraktů z nich bylo vyřazeno 1437



Vyřazující kritéria



Duplicita

Články nedostupné v plnotextu

Články nesouvisející s danou problematikou

Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 43 zdrojů, z toho 1 je vnitřním dokumentem zkoumaného zdravotnického zařízení.

Obsah

Úvod.....	10
1 Historie psychosociální podpory	13
1.1 Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví	15
1.2 Členění SPIS.....	15
2 Problematika profese zdravotníka	17
2.1 Osobnost zdravotníka.....	17
2.2 Vztahy mezi pacientem, rodinou a zdravotníky.....	18
2.3 Týmová spolupráce	19
2.4 Aktuální problematika ve zdravotnictví.....	20
2.5 Stres a syndrom vyhoření.....	21
2.5.1 Stres	21
2.5.2 Syndrom vyhoření	21
3 Krizová intervence.....	25
3.1 Peer podpora zdravotnickým pracovníkům	26
3.2 Získání odborné způsobilosti k peer podpoře	27
3.2.1 Zásady poskytování peer podpory	27
3.2.2 Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí pro peer podporu	28
3.2.3 Doporučený postup pro poskytování peer podpory	28
3.3 Copingové strategie.....	29
3.4 Individuální peer podpora	30
3.5 Telefonická peer podpora.....	31
3.6 Skupinové metody	31
3.6.1 Skupinová metoda – demobilizace	32
3.6.2 Skupinová metoda – defusing.....	32
3.6.3 Skupinová metoda – debriefing	33
3.6.4 Srovnání skupinových metod.....	35

3.6.5	Peer podpora studentům zdravotnických oborů	35
3.7	První psychická pomoc sekundárně zasaženým – intervenenti	36
3.7.1	Získání odborné způsobilosti k poskytování psychosociální intervenční podpory.	36
3.7.2	Hlavní úkoly intervenenta	37
3.7.3	Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí pro poskytnutí intervenční podpory	38
3.8	Péče o psychiku pracovníka SPIS	38
3.8.1	Supervize a intervize	39
3.8.2	Péče o sebe sama	39
4	Výzkumná část	41
4.1	Výzkumné cíle	41
4.2	Metodika výzkumu	42
4.3	Realizace výzkumu	43
4.4	Výsledky	44
4.4.1	Charakteristika souboru	44
4.4.2	Ověření statistických hypotéz	49
4.5	Vlastní zkušenost z praxe	66
5	Diskuze	67
5.1	Doporučení pro praxi a limitace výzkumu	72
	Závěr	75
	Referenční seznam:	76
	Seznam zkratk:	80
	Seznam tabulek	81
	Seznam grafů	82
	Seznam obrázků	83
	Seznam příloh	84
	Přílohy	85

Úvod

Práce ve zdravotnictví představuje kontakt s nemocemi, ztrátami, lidským neštěstím a také smrtí. Mnohdy při poskytování přednemocniční, urgentní nemocniční či jiné zdravotnické péče doprovází tyto situace smutek, truchlení, stavy akutní stresové reakce, bezradnosti apod. Tyto jevy bývají přítomny nejen u samotných pacientů, ale také u jejich blízkých. Zdravotníci jsou velmi kvalitně připraveni a vybaveni na záchranu života pacienta, méně však již na poskytování psychické podpory postiženému nebo jeho blízkým a komunikaci s nimi. I na tyto potřeby by měl zdravotník správně zareagovat (Humpl, 2013, s. 4).

Osobnost zdravotníka byla historicky ovlivněna a tento vývoj ovlivnil jak obsah činnosti sester, tak prestiž povolání. Pohled na zdravotnické povolání ovlivňuje také současné sociální prostředí, které často práci zdravotníků podhodnocuje. Při hodnocení chování vykonavatelů určité profese hovoříme o profesní morálce. Pod vlivem etických norem jsou společnosti definovány některé základní dokumenty, které pomáhají činnosti zdravotnických pracovníků zkvalitnit (Zacharová, 2017, s. 75-76). K nejdůležitějším dokumentům patří Hippokratova přísaha, Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex České asociace zdravotních sester a ošetřovatelek, Etický kodex práv pacientů, Etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex lékárníka, Charta práv dětí v nemocnici, Charta práv tělesně postižených osob a Deklarace práv duševně postižených lidí (Jankovský, 2018, s. 197-215). Etický kodex představuje jeden z nejčastějších způsobů implementace etiky do kultury organizace, která tímto kodexem dává na vědomí nejen svým zaměstnancům, ale také okolí, že je etika její důležitou součástí (Ondriová, 2021, s. 24).

Při záchraně pacienta nebo jeho další léčbě bývají zdravotníci konfrontováni s blízkými, u nichž došlo vlivem události k těžkému zasažení jejich psychického a emočního prožívání. Jedná se o tzv. sekundárně zasažené. Primárním úkolem zdravotníků je pečovat o pacienta a přítomnost takto reagujících blízkých osob mohou proto vnímat jako zatěžující, narušující jejich soustředění a samotné ošetření pacienta. Tito lidé mají však také své potřeby a je vhodné o ně pečovat. Pociťují nedostatek informací k události, potřebu ventilace a sdílení emocí, potřebují pomoci ukotvit v čase a prostoru a vytvořit bezpečné místo pro zpracování psychicky náročné situace. Ocení provázení těžkou psychickou situací a nabídku zajištění návazné péče o jejich psychické potřeby (Humpl, 2013, s. 4).

První psychická pomoc je prvotní podporou odehrávající se mnohdy v improvizovaných podmínkách. Bývá poskytována laiky, či vyškolenými osobami – interventy, kteří jsou součástí nemocničních nebo záchranářských týmů (Humpl, 2013, s. 73).

Potřeby nevznikají pouze v situacích hromadného neštěstí či katastrof. Naopak, mohou být součástí malých neštěstí a objevovat se v běžné práci zdravotníků (Humpl, 2013, s.5).

Společnost byla dlouhou dobu orientovaná na práci s oběťmi. Naopak velmi málo prostoru bylo věnováno tomu, jak se se stresovou situací vyrovnávají pomáhající profese: policisté, hasiči, vojáci, zdravotníci, záchranáři, sestry, operátoři, lékaři a všichni, kteří s následky neštěstí pracují. J. T. Mitchell ve své publikaci z r.1996 zmiňuje výrok Americké psychiatrické společnosti z roku 1954, která poukazovala na fakt, že lidé pracující s neštěstími mohou být také negativně psychicky zasaženi. O deset let později bohužel tatáž společnost zlehčila své varování výrokem „To, že pracujete s neštěstím, je vlastně trénink. A ten vás sám o sobě ochrání před stresem...“ (Humpl, 2023, s. 13).

Situace, s nimiž jsou zdravotníci konfrontováni jsou nezdědka velmi obtížné. Nejen fyzicky, ale především duševně. U podobných situací se běžný člověk vyskytne během svého života třeba jen jednou nebo vůbec. Zdravotník naopak opakovaně, někdy i vícekrát za sebou v krátké době. Jsou totiž nedílnou součástí jeho profese. Mezi zátěžové momenty mohou patřit rovněž situace, kdy je péče zdravotníků odmítána nebo v případě záchranářů zneužívaná (Humpl, 2013, s. 80).

Prevencí syndromu vyhoření je zdárné snížení všech rizikových faktorů, jako je nadměrná zátěž, nedostatečné ocenění zaměstnance, špatné pracovní vztahy a pocity nespravedlnosti (Nešpor, 2019, s. 13). Jestliže se objeví obtížné, nadlimitní situace, jako je vážný pracovní úraz, úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu, hromadné neštěstí, neúspěšná kardiopulmonální resuscitace mladého člověka, sebevražda pacienta, mobbing a bossing na pracovišti, napadení zdravotníka při výkonu služby, profesní pochybení, selhání zdravotníka nebo pandemie, s nimiž zdravotník nemá zkušenosti, pak zkušenější kolega (peer) umí takovou novou zkušenost se zasaženým sdílet. Dokáže vyslechnout, normalizovat, podpořit, provést a nasměrovat (Humpl, 2023, s. 8). Zdravotnický peer i intervent jsou zdravotničtí pracovníci vyškolení pro poskytování základní psychické podpory kolegům v resortu a sekundárně zasaženým. Splňují potřebné vzdělání absolvováním certifikovaného kurzu a výcviku (Weissová, 2016). Po absolvování certifikovaného kurzu může být na vlastní žádost začleněn do SPIS – Systém psychosociální intervenční služby a být tak k dispozici poskytnout peer podporu či intervenci

nejen v rámci zdravotnického zařízení, kde sám pracuje, ale také v dalších zařízeních napříč republikou (Humpl, Kolářová, 2023, s. 99).

Přirozenou, neformální pomoc si v krizových situacích navzájem poskytuje rodina, spolupracovníci a přátelé. Formální krizová intervence je využívána v případech, kdy je neformální podpora nedostačující a selhává (Špatenková, 2011, s. 14).

Adekvátní péče o pracovníky v pomáhajících profesích se v našich podmínkách rozvíjí až v posledních letech a není vždy lehké tyto modely prosadit. Na těchto pracovištích je nutné podporovat aspekt péče o sebe sama, hledat způsoby prevence syndromu vyhoření a zvyšovat citlivost na přetížení (Lucká in Vodáčková, 2020, s. 175).

Cílem této diplomové práce je zjistit míru informovanosti zdravotníků zaměstnaných v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. o službě SPIS – Systém psychosociální intervenční služby, která má dvě složky. Intervenční služba pro sekundárně zasažené osoby a služba PEER podpory pro zdravotníky zkušenějším kolegou. Dalším cílem bude zjistit jakou důvěru a povědomí mají o službách SPISu v současné době zaměstnanci této nemocnice v závislosti na profesi, délce praxe, věku, pohlaví apod. Zda tuto službu SPIS již v minulosti využili nebo v případě následného prožití nadlimitní stresové situace, buď své vlastní nebo svého kolegy, využijí anebo tuto službu doporučí. Výsledky se budou moci použít k zefektivnění těchto služeb v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o..

1 Historie psychosociální podpory

Nápad vznikl v armádě za první světové války. Vojáci, kterým byl poskytnut prostor pro ventilaci stresorů a frustračních faktorů byli mnohem dříve bojeschopní. Válečné konflikty pokračovaly a působení peerů se osvědčilo také v Koreji, Vietnamu a dalších částech světa. Metoda sdílení, tzn. povídání si o traumatické zkušenosti, se neustále zkoumala a zdokonalovala (Hoffmann a kol., 2017, s. 20).

Nejstarší skupinové ošetření proběhlo poprvé 6. června 1944 na plážích v Normandii. I když nemělo žádnou strukturu ani oficiální název. Tato první psychiatrická pomoc, kdy si psychiatr sedl s vojáky na pláži do kruhu a nechal je jen povídat o jejich traumatické zkušenosti, měla pozitivní vliv na chování vojáků, kteří byli dříve aktivnější a mohli se vrátit rychleji do boje (Čepická, 2023, s. 11)

Velkým milníkem je rok 1978, kdy došlo k leteckému neštěstí v San Diegu a v roce 1979 v Chicagu. Postižení těmito událostmi byli nejen přímí záchranáři, ale také nemocniční personál. Příznaky extrémního stresu přetrvávaly u mnoha zdravotníků i déle než rok (Čepická, 2023 s. 14).

V České republice je myšlenka a úsilí pečovat o psychickou pohodu zdravotnických pracovníků mnohem mladší než v jiných vyspělých státech. Poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví je ve srovnání s dalšími uniformovanými složkami v České republice i nadále ve stádiu rozvoje (SPIS, b.r. a). Důvodem je nejen absence celostátního centrálního řízení jako má armáda, policie a hasiči, kteří mají dávno vybudovaný systém prevence a následného zpracování náročných životních situací, ale také mnohdy přežitky, že zdravotník si musí umět pomoci sám (Humpl, 2023, s. 13).

První myšlenky a opatření se datují ke konci dvacátého století, a to konkrétně k projektu Evropské unie s názvem Leonardo da Vinci. Cílem tohoto projektu, který byl podpořen Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR), bylo vytvořit v rámci Evropy síť efektivně napomáhající zvládnání krizových situací. O několik let později byly zorganizovány první výcviky v metodě Critical Incident Stress Managementu (CISM), které absolvovalo několik desítek zdravotníků. Byla tak založena personální základna pro tvorbu budoucího systému psychosociální podpory ve zdravotnictví. Začátkem roku 2009 do příprav budování systému vstoupilo MZ ČR prostřednictvím Odboru krizové připravenosti a byl vydán pokyn k založení odborné pracovní skupiny. Cílem bylo vytvoření a následná koordinace systému psychické podpory pro potřeby poskytovatelů zdravotních služeb. Vytvoření vzdělávacího programu pro přípravu budoucích odborníků na duševní zdraví a peerů, kteří budou výkonnou složkou,

zahájení informační činnosti směrem k poskytovatelům zdravotní péče, vytvoření jednotné terminologie a možnosti legislativního ukotvení těchto služeb.

V roce 2009 začala úzká spolupráce s Národním centrem ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně, kde došlo k vytvoření certifikovaného kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných situací.*“ Desetidenní kurz, zakončený kolokviem, má za úkol připravit do praxe zdravotnické peery a platný je pro celou Českou republiku.

Na podzim roku 2010 byl Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) oficiálně ustanoven podpisem ministra zdravotnictví (SPIS, b.r. a). V roce 2011 bylo zajištění psychosociálních služeb zakotveno v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele Zdravotnické záchranné služby, §16 Pracoviště krizové připravenosti, odst. b) *pracoviště krizové připravenosti je určeno pro koordinaci psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací* (Česká republika, 2011).

V rámci budování celostátního systému byli jmenováni odborní garanti a krajsí koordinátoři. Systém byl zaveden a využíván především na jednotlivých krajských záchranných službách. Na jaře 2012 přešel SPIS zpod záštity MZ ČR do gesce Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Odbornou garanci poskytla Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J. E. Purkyně. V roce 2012 bylo rovněž zahájeno úsilí o podporu SPIS ze stran nemocnic.

V roce 2014 se činnost SPIS rozšířila o druhý směr, a to první psychickou pomoc, interventství, jež je poskytována osobám zasaženým psychicky náročnou situací – nejčastěji pozůstalým (NCO NZO, b.r. a). Toto odvětví specializovaných kolegů se pomalu přidávalo už v roce 2011 a v roce 2014 přešlo pod záštitu NCO NZO, kde probíhá oficiální vzdělání pomocí certifikovaných kurzů (Humpl, 2013, s. 15).

SPIS rovněž navazuje spolupráci se zdravotnickými školami s cílem edukovat studenty, budoucí zdravotníky, o problematice psychické zátěže, možnostech a potřebě sebepéče (SPIS, b.r. a).

Dle Metodického doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví Ministerstvo zdravotnictví v souladu s § 23 písm. a) a c) zákona 374/2011 Sb., *o zdravotnické záchranné službě*, ve znění pozdějších předpisů, doporučuje všem poskytovatelům lůžkové, ambulantní péče a poskytovatelům zdravotnické záchranné

služby, aby toto doporučení implementovali do příslušných vnitřních předpisů své organizace, kterými jsou upravovány personální a organizační pokyny (MZ ČR, 2019, s. 1). SPIS neorganizuje ani nijak neurčuje poskytování peer nebo intervenční podpory na daném pracovišti poskytovatele zdravotnických služeb. Podporuje však činnost jednotlivých zdravotnických pracovníků – peerů a interventů, v případech, kdy se na takové péči v rámci poskytovatele zdravotních služeb podílejí (Humpl, 2023, s. 104).

1.1 Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví

Účelem a cílem metodického doporučení je formulovat předpoklady pro systémové poskytování psychosociální podpory v prostředí poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnické záchranné služby. Poskytování podpory vychází z potřeb zdravotnických pracovníků zasažených nadlimitně psychicky zátěžovou situací.

Činnosti související s poskytováním psychosociální podpory jsou naplňovány prostřednictvím Systému psychosociální intervenční služby (SPIS), který je zaměřen na poskytování první psychické a psychosociální podpory ve zdravotnictví.

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně je Ministerstvem zdravotnictví pověřenou organizací pro vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti psychosociální podpory, a to formou kurzů a dalších vhodných aktivit. Současně organizace vede seznam odborných garantů a krajských koordinátorů, včetně kontaktních údajů (MZ ČR, 2019, s. 2).

1.2 Členění SPIS

Za účelem sjednocení postupů a úrovně poskytované podpory jsou k dispozici v rámci SPIS:

- a) krajský koordinátor – je k dispozici v každém kraji, vede seznam proškolených osob na základě jejich dobrovolného souhlasu. V případě potřeby psychosociální podpory je na vyžádání nápomocen s jejím organizováním a poskytováním.
- b) koordinátor pro ČR – podporuje a odborně organizuje činnost krajských koordinátorů SPIS, spolupracuje s garanty systému SPIS a NCO NZO.
- c) odborní garanti – v systému pracují dva odborní garanti SPIS, kteří na základě svého odborného vzdělání a pracovních zkušeností metodicky a odborně vedou krajské

koordinátory, zodpovídají a podílejí se na přípravě a vzdělání zdravotnických pracovníků v rámci SPIS.

d) garant systému – klinický psycholog celostátně zastupující SPIS, reprezentuje systém na pracovních jednáních s dalšími subjekty a komunikuje s odbornými organizacemi a zařízeními. Garantuje činnost SPISu jako celku. Propaguje systém a jeho využití ve zdravotnictví (MZ ČR, 2019, s. 2).

2 Problematika profese zdravotníka

2.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy mezi povolání náročná, jelikož objektem práce zdravotníka je nemocný člověk. Velký důraz ve zdravotnické profesi je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale také ke kolegům. Zdravotník dle očekávání má zvládnout odbornou činnost, práci s moderní technikou, unést fyzickou zátěž své práce, umět ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání pacientů, vykonávat administrativní práci a zároveň se vyrovnat s pracovními i rodinnými problémy, a to vše mnohdy řeší ve střídavém provozu. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života a duševní stabilitu (Zacharová, 2017, s. 74-75).

Zdravotník se mnohdy musí rychle rozhodnout a reagovat na požadavky s respektováním daných pravidel a současně s velkou zodpovědností za výsledky své práce často spojené s působením bolesti nebo u činností vzbuzující odpor. Za velkou zátěž je považována práce ve směnném provozu a s tím je spojen nedostatek spánku, jehož deficit může negativně ovlivnit pracovní výkon a také sociální a rodinný život zdravotníků (Fialová, 2012, s. 43).

Pracovní spokojenost a motivace jsou z tohoto důvodu zásadními tématy při řízení lidských zdrojů. Současná společnost a charakter práce jsou proměnné indikátory pracovní spokojenosti (Vévoda, 2013, s. 13).

K vykonávání práce zdravotnického pracovníka jsou nezbytné také určité osobnostní předpoklady, které člověka k tomuto povolání předurčují:

- tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty
- dostatečná kritičnost a sebekritičnost s kontrolou vlastního jednání
- empatie – vcítění se do vnitřního světa druhých
- porozumění problémům nemocných
- klidné a rozvážené vystupování, pohotové reakce, přiměřené sebevědomí, trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých zájmů a potřeb
- smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, který u pacienta může vyvolat nedůvěru
- hodnotová orientace – zájem o člověka, práci, smysl pro povinnost a odpovědnost
- humánní vztah k nemocnému (Zacharová, 2017, s. 75-76).

2.2 Vztahy mezi pacientem, rodinou a zdravotníky

Nemoc člověka působí na jeho rodinný život převážně negativně. Závažnější diagnózy vyvolávají obavy, soucit a smutek ostatních. Mohou se přidat pocity viny, selhání, vědomí reálného zavinění nemoci při dlouhodobém přetěžování některého člena rodiny. Vždy je narušena rovnováha v rodině, o to více v případě hospitalizace nemocného, což způsobí nemocnému starosti a je vděčný za sdílení pocitů s osobou, která mu rozumí. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Ve většině případů je rodina aktivním článkem v zajištění terapie a podmínek pro uzdravení. Aby nedošlo ze strany rodiny k podceňování nemoci, kladení vysokých nároků na nemocného a ohrožení celého léčebného procesu, musí být rodina pravidelně a dostatečně informována o průběhu léčby (Zacharová, 2017, s. 86).

Objektivní a subjektivní stránku nemoci často zdravotníci posuzují zvlášť. Mnohdy k subjektivní stránce nemoci nepřihlíží vůbec. Pro zdravotníka je nemoc souborem objektivně detekovatelných příznaků a souborem chorobných symptomů. Je to zcela nutný přístup, který může být považován za profesionální zdatnost, a také za profesionální deformaci (Zacharová, 2017, s. 43).

Komunikace zdravotníků s pacientem může být značně různorodá a mnohdy specifická. Každý pacient je individuální, liší se věkem, pohlavím, zdravotním stavem, náboženským přesvědčením, kulturou, rodinnou situací, vztahem ke zdravotníkům, životní situací a také předešlými zkušenostmi se zdravotníky (Vévoda, 2013, s. 69).

Přístup zdravotníků k pacientovi by měl být kognitivní a brát v úvahu všechny souvislosti, včetně psychologických a sociálních. Zdravotník se musí bránit emocionálnímu vyčerpání, profesionální opotřebovanosti, deformaci, které vedou k neúměrně zjednodušenému obrazu na nemocného a jeho problémy. Postavení zdravotníků, zejména sester, nabývá v moderním ošetrovatelství stále důležitější význam. Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou úlohu, se kterou se postupně ztotožňují. K tomuto může dojít jen tehdy, pokud jsou ve svém vývoji tak daleko, že vykazují většinu charakteristik zralého člověka. V opačném případě se pro ně stává výkon zdravotnické profese zdrojem neúnosné zátěže a stresu. Při problémech, pokud není dobře zvládnutá role sestry, může dojít k zásadnímu negativnímu působení na pacienta, až k jeho poškození. Zdravotnickou profesi by měly vykonávat sociálně zralé osobnosti, s orientací na druhé, s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti. K dosažení takové

profesionalita je potřeba odborné vzdělání, sebevýchovná práce, osobní zralost a zkušenosti (Zacharová, 2017, s. 84-86).

2.3 Týmová spolupráce

Základem organizace zdravotní péče jsou organizační útvary v různých podobách. Na odděleních či stanicích pracují zdravotníci různých specializací a vzdělání. Jejich kompetence, vztahy k nadřízeným a podřízeným, a také pracovněprávní vztahy jsou přesně definovány. Týmová spolupráce je nezbytná pro zajištění kvality a kontinuity zdravotní péče. Předpokladem týmové práce je identifikace s cíli týmu, kdy na sebe jednotlivé činnosti navazují a splnění cílů je úspěchem pro všechny členy týmu. Dále soudružnost týmu, kdy nejdůležitějším faktorem je komunikace mezi členy týmu, a která významně ovlivňuje interpersonální vztahy. Dalšími předpoklady pro správné fungování zdravotnického týmu jsou vzájemná důvěra, odpovědnost v týmu, konstruktivní kritika, uznání a respekt (Vévoda, 2013, s. 40-51).

Přirozenou součástí fungování každé organizace jsou konflikty. Nelze je nikdy eliminovat. Jsou pro instituci prevencí před stagnací a ztrátou schopnosti reagovat na změny. Ne vždy se ale jedná o konstruktivní změny. Často se jedná o dysfunkční jevy, které podporují vznik konfliktů v týmu, projevující se hlavně sníženou ochotou k další spolupráci, nízkou motivovanost, zhoršení sociálního klimatu na pracovišti, soupeření menších skupin v týmu apod. Konfliktním situacím nemá cenu se záměrně vyhýbat, efektivnější je minimalizovat jejich potenciale destruktivní následky. Pro většinu jedinců je zapojení do konfliktní komunikace silným a nepříjemným emocionálním prožitkem. Zaměstnanci jsou vlivem těchto situací snadno podráždění, přetížení a unavení. Nefunkční interpersonální vztahy ovlivňují výkon a pohodu na pracovišti. Součástí týmu, zejména ve zdravotnictví, by neměli být lidé s vysokým sklonem ke konfliktům. Konflikty se více vyskytují v operačních oborech, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a jednotkách intenzivní péče. Mohou souviset např. s nedostatečnou komunikací mezi personálem, se spory ve zdravotnické dokumentaci, nesrozumitelností v ordinacích a přetížením personálu. Ukazatel, že na pracovišti není něco v pořádku, můžeme spatřit ve zvýšené pracovní neschopnosti, nadprůměrné fluktuaci personálu, z nezájmu o spolupráci a vzájemnou komunikaci (Vévoda, 2013, s. 56-60).

2.4 Aktuální problematika ve zdravotnictví

K velmi diskutovanému tématu patří v posledních letech nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků. Na problematiku poukazují nejen nemocnice, ale také stavovské a odborové organizace, které apelují na stát, aby vytvářel podmínky pro zlepšení situace. Za determinující faktory nepříznivého stavu je považováno zejména nedostatečné odměňování, permanentní přetěžování a nevyhovující pracovní podmínky. Automatizace a robotizace se přitom ošetrovatelství týká jen minimálně a problém nedostatku zdravotníků bude mít dalekosáhlé důsledky. Pozornost by měla být věnována motivaci zdravotníků, jejich udržení v systému zdravotnictví, zabezpečení fungování zdravotnických zařízení, a tím bezpečnosti pacientů (Magerčiaková, Kober, 2023, s. 7).

Nedávná pandemie Covid-19 měla přímý vliv na pracovní sílu v ošetrovatelství. Mezi nejvýznamnější faktory, které ovlivňovaly zdravotníky při výkonu povolání patřilo zvýšené riziko vzniku infekce, spojené se strachem o rodinu při přenosu infekce do domácího prostředí, nadměrná fyzická a psychická zátěž, četné přesčasy, nedostatek personálu, komplikované interpersonální vztahy, psychické a fyzické vyčerpání přecházející do úzkosti, stresu, deprese a výskyt syndromu vyhoření. Přičemž stres z přepracovanosti a nerovnováha mezi soukromým a profesním životem je jednou z příčin fluktuace pracovníků (Magerčiaková, Kober, 2023, s. 29-39). Na zdraví zdravotníků se mnohdy příliš nepamatuje. Bez systémové, individuální či skupinové pomoci se mohou ve zdravotnictví objevit problémy, navíc v době, kdy se sektor potýká s dozvuky covidové pandemie, mohou být dopady o to větší (Čapková, 2023).

Pro podporu duševního zdraví zdravotníků jsou nezbytná organizační opatření prostřednictvím vzájemné sociální podpory (Labrague, 2020). Nedostatek zdravotníků je jedním ze zásadních problémů rezortu zdravotnictví související rovněž s motivací zdravotníků pro výkon zdravotnického povolání. Lidské zdroje jsou ve zdravotnictví jedním z nejdůležitějších vstupů. V souvislosti s touto problematikou je poukazováno na rizika týkající se poskytování adekvátní a kvalitní zdravotní péče, redukce lůžek, zrušení některých lůžkových oddělení nebo až kolaps některých nemocnic (Magerčiaková, Kober, 2023, s. 29-39).

2.5 Stres a syndrom vyhoření

2.5.1 Stres

Různí lidé reagují na stres odlišně, ať už v oblasti subjektivního prožívání či projevy navenek. Možné důsledky stresu lze sledovat ve čtyřech rovinách:

- Duševní rovina: neklid, úzkost, poruchy spánku, kolísání nálad, podrážděnost, horší soustředění, deprese, egocentrismus, apatie, nerozhodnost.
- Tělesná rovina: svalové napětí, potíže se zažíváním, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, sexuální problémy, menstruační problémy, bolesti hlavy, potíže s páteří, bušení srdce, vyšší riziko srdečních chorob, hypertenze, cukrovky, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového aparátu a řada dalších psychosomatických onemocnění, vyšší spotřeba alkoholu, cigaret a psychofarmak.
- Mezilidské vztahy: skrytá nebo zjevná napětí ve vztazích, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí, povrchní vztahy, vyšší riziko rozvodů.
- Pracovní výkonnost: postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, apatie, zanedbávání povinností, problémy při týmové práci.

Příčinou stresu není jen pracovní prostředí. Ale také zátěžové životní situace, např. rozvod, úmrtí v rodině, vážná nemoc nebo také nahromadění drobných nepříjemností, které dohromady vyvolají silný stres, tzv. alostatický stres.

Kromě stresu, který působí negativně, popsal Hans Selye i tzv. zdravý „eustres“, který nastává při tělesném cvičení nebo zdravém zaujetí prací (Nešpor, 2019, s. 10-11).

2.5.2 Syndrom vyhoření

Tento odborný termín poprvé použil v psychologii a v psychoterapii Hendrich Freudenberger na konci sedmdesátých letech 20. stol. (Křivohlavý, 2012, s. 58). Podle B. A. Potterové byl původně používán slangově pro označení narkomana, který se ocitl na samém dně. V 70. a 80. letech 20. století přešel ve Spojených státech do užívání v pracovní oblasti a stal se termínem pro rezignaci, letargii a vyčerpání v zaměstnání (Lucká in Vodáčková, 2020, s. 174).

Jedná se o subjektivní prožívání stavu tělesného, citového a duševního vyčerpání způsobené dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Syndrom je doprovázen celou řadou příznaků, mezi které patří tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoje k práci, k lidem v zaměstnání i k celkovému životu. Ve své extrémní podobě představuje hraniční bod. Pokud se člověk

dostane za něj, podstatně se snižuje schopnost zvládat požadavky. Nejčastěji do stavu nejtěžších forem vyhoření upadají nejnadšenější lidé (Křivohlavý, 2012, s. 12). Lidé, kteří byli přehnaně angažovaní a dostatečně nedbali o rovnováhu mezi tělesnou stránku, soukromým životem a radostí (Rohwetter, 2022, s. 29).

Zdravotničtí pracovníci, lékaři, sestry, ošetrovatelky či sanitářky, všichni ti, kteří pracují v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, gynekologii, neonatální péči, psychiatrických odděleních patří mezi nejrizikovější profesní skupinu, které hrozí syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 30). Mnoho se od nich očekává a jejich případné selhání se hodnotí velmi přísně (Rohwetter, 2022, s. 69).

Rovněž u vedoucích pracovníků a manažerů může dojít k syndromu vyhoření. Cítí nátlak ze dvou stran, od svých nadřízených a také podřízených, negativní vliv konkurence, střety s odbory a řeší interní konflikty (Křivohlavý, 2012, s. 33). U vedoucích zaměstnanců a sester pracujících na jednotkách intenzivní péče je jedna z nejvyšších prevalencí syndromu vyhoření (Kissel et al, 2023)

Mezi subjektivní příznaky burnoutu (syndrom vyhoření) se řadí mimořádně silná únava, snížené sebehodnocení, špatné soustředění, podrážděnost, negativismus a další řada příznaků stresového stavu. Pozorovat lze rovněž objektivní příznaky jako například dlouhodobá snížená výkonnost. Nepatří zde naopak příznaky způsobené psychiatrickým onemocněním, nedostatečná kvalifikace pro danou práci nebo do zaměstnání promítnuté rodinné problémy nebo únava z monotónní práce (Křivohlavý, 2012, s. 68). Mezi další projevy zahrnujeme ztrátu schopnosti udržovat uspokojivé kontakty s druhými. Často dochází k cynickému přístupu ke klientům a k nadřízeným. K tělesným příznakům mnohdy patří onemocnění krevního oběhu (Rohwetter, 2022, s. 29).

Proces vyhoření má pozvolný průběh a může probíhat bez povšimnutí. U člověka klesá schopnost se adaptovat a učit se novým věcem. Jestliže se proces vyhoření završí, má tendenci se zacyklovat a jedinec se stává jeho vězněm. Výsledkem je úplná ztráta schopnosti pracovat (Vodáčková, 2020, s. 175).

Zdravotník, který má pocit selhání, nevidí své výkony ani překážky, které se v dané situaci skrývaly. Vidí své chyby a svou bezmocnost. Může u něj vzniknout pocit, že ne zvolil správné zaměstnání, že není schopen poskytovat pomoc (Rohwetter, 2022, s. 85).

V mezinárodní klasifikaci nemocí je syndrom vyhoření uveden jako skupina diagnóz Z73 – „Problémy spojené s obtížemi při vedení života.“ V případě nejasností by mohl být syndrom nebo jeho nejvíce patrné symptomy zahrnuty do skupiny diagnóz F 48 – „Jiné neurotické poruchy“ , a to zejména F 48.0 – „Neurastenie“ a F 48.1 – „Depersonalizační a derealizační

syndrom nebo také do skupiny F 43 – „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“ (Fialová, 2012, s. 41).

U začínajícího syndromu vyhoření postačí pauza či dovolená, kdy člověk prožívá cokoliv, co nemá nic společného s prací. Pokročilé postižení vyžaduje pracovní neschopnost s léčbou. Uzdravujícím krokem bývá také krok zpět v kariérním žebříčku, kdy se vedoucí stane opět členem týmu. V extrémních případech může být řešením úplná změna pracoviště nebo profese (Rohwetter, 2022, s. 29).

Stadia syndromu vyhoření

- Nulté stadium: člověk pracuje co nejlépe, snaží se. Přesto má pocit, že požadavky nemůže splnit a jeho snaha není dostatečně ohodnocena.
- 1.stadium: člověk má pocit, že nic nestíhá a jeho práce začíná ztrácet systém a organizaci.
- 2.stadium: vyskytují se neurotické potíže, úzkost, pocit, že člověk musí stále něco dělat, přičemž výsledkem je chaotické jednání.
- 3.stadium: mizí pocit, že je třeba něco dělat. Objevuje se apatie, ztráta nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání, vyčerpání, podráždění z přítomnosti druhých lidí, deprese, poruchy paměti a soustředění, poruchy spánku, trávicí potíže, nezájem o sex, kardiovaskulární potíže, rozladěnost, neschopnost se uvolnit. Dochází k nadměrnému užívání návykových látek, které tento stav ještě zhoršují (Nešpor, 2019, s. 12-13).

Prevence syndromu vyhoření

Odolnost vůči stresu je dána konstitučně, vývojovými faktory, ale můžeme ji také nacvičit. Vnímání stresoru a jeho následné zpracování je jedním ze způsobů, jak stresující prvky modulovat. Kritická sebereflexe a realistické nastavení požadavků vůči sobě a ostatním je jedním z prvních preventivních opatření (Honzák in Fait a kol, 2021, s. 402). V prevenci je doporučeno hledání podpory v hovorech s kolegy, žádost o jejich radu a pomoc, pravidelné debriefingy s peer pracovníky. Neodmítat pomoc, ale naopak ji vyhledávat. V případě vyšší potřeby vyhledání odborné pomoci u psychologa, psychoterapeuta či linky důvěry. Samozřejmostí by mělo být pečování o sebe a své tělo přiměřenou péčí – pravidelné zdravotní prohlídky, masáže, kosmetika, práce v příjemném pracovním prostředí a dostatek odpočinku. Neméně důležitá je organizace práce a přestávky v práci, které budou využity pro krátkou relaxaci. Základem je zdravý životní styl s pravidelnou a přiměřenou tělesnou

aktivitou, vyváženou stravou, dostatkem tekutin a kvalitního spánku. Vhodné je minimalizovat spotřebu kofeinu, alkoholu, nikotinu a vyhýbat se jiným návykovým látkám. Nepropadat syndromu mesiáše – nikdo nemůže odstranit „všechnu bolest světa.“ Vyvarovat se negativnímu myšlení, naopak doplňování energie relaxací, věnování se oblíbeným činnostem a udržování pozitivních mezilidských vztahů (Špatenková, 2023, s. 47-48). Stažení se do ústraní či izolace od okolí je považováno rovněž za destruktivní a jejich výsledkem je sebelítost nebo autoagresivní postoje (Honzák in Fait a kol., 2021, s. 404). Ze strany zaměstnavatele spočívá prevence syndromu vyhoření ve vyjádření zájmu o zaměstnance. Ti v důsledku této aktivity neztrácejí výkonnost a sebedůvěru. Erudovaný zaměstnavatel je obeznámen s faktem, že syndrom vyhoření způsobí snížený pracovní výkon, vyšší nemocnost, častější fluktuaci zaměstnanců a jejich nižší osobní nasazení, což má v konečném důsledku ekonomický dopad. Organizace by měly mít zájem o vytváření programů pro zaměstnance zaměřené na osobní rozvoj, pracovní poradenství a rozvíjení týmové spolupráce. Významnou roli v prevenci syndromu vyhoření má fenomén sociální opory, který se dostává zaměstnancům od jiných osob a může pozitivně ovlivnit chování při vyrovnávání se s obtížnými životními situacemi. Systém sociální opory je v tomto smyslu chápán jako nárazníkový a škodlivý vliv stresových situací je tím značně utlumen (Fialová, 2012, s. 59).

3 Krizová intervence

Krizová intervence je odborná metoda, kdy se pracuje s klientem, který prožívá osobní zátěžovou, nepříznivou či ohrožující situaci. Cílem je vrátit jedinci psychickou rovnováhu, která je narušena prožívanou krizí (Ondriová, 2021, s. 72). Pocity stimulují myšlení a chování a zároveň jsou reakcí na obojí. Podstatné pro poskytnutí peer podpory či intervence je rozbor pocitů, jakožto základní fyziologické fenomény, souhra tělesných a duševních fenoménů. Pocity jsou subjektivním vnitřním prožitkem, který je navenek vyjádřen emocemi (Hennig, Pelz, 2008, s. 63).

Krizová intervence je specializovaná pomoc, zásah, zakročení v krizi osobám, které se ocitly v situaci, která způsobuje změnu v jejich navyklém způsobu života a vyvolává stav dysbalance, ohrožení a stresu. Nepomáhají obvyklé vyrovnávací strategie, adaptační možnosti ani běžné obranné mechanismy. Krizová intervence je komplex pomoci zahrnující různé formy, mající za úkol navrátit jedinci psychickou rovnováhu, která byla narušena kritickou životní událostí. Jedná se především o pomoc psychologickou, sociální, lékařskou a právní. Krizová intervence je prakticky zaměřená činnost. Může mít podobu rozhovoru, osobního či telefonického (Špatenková, 2011, s. 13-14).

Základem krizové intervence je rychlé navázání kontaktu a vytvoření dobrého vztahu s klientem. Zasažený v krizi prožívá strach, úzkost, bezradnost, může se chovat neadekvátním způsobem, bez rozmyslu i agresivně. V této situaci je vhodné akceptovat klienta se všemi jeho projevy. Navázání dobrého kontaktu se zasaženým je klíčové pro vzájemnou spolupráci. Důležitou roli této fáze má zajištění bezpečí (Špatenková, 2011, s. 17). Pomáhat lze dospělým a také dětem. Ale ne každý, kdo prožívá mimořádnou událost, bude potřebovat nebo chtít pomoc. Intervence by se neměla vnučovat lidem, kteří ji nechtějí, ale měla by být snadno dostupná pro ty, kdo o pomoc stojí (Snider et al, 2019, s. 4)

Při realizaci intervence je nezbytné získání relevantních informací. Krizový intervent by se měl pokusit zjistit, CO, KDY, JAK a KDE vyvolalo krizi. Získané informace slouží k posouzení rozsahu krizové reakce a vzniká plán, jak krizi řešit. Systém sociální opory představují lidé a instituce, které mohou zasaženému poskytnout pomoc nejen v běžných podmínkách života, ale především v případě krize.

Ukončení krizové intervence je při stabilizovaném stavu zasaženého nebo v případě, kdy si sám klient uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak ji měl překonat (Špatenková, 2011, s. 19).

Mezi základní právní principy v oblasti krizové intervence patří:

- a) Povinnost zachovávat mlčenlivost

- b) Povinnost ochrany osobních údajů
- c) Povinnost překazit trestný čin
- d) Povinnost nahlásit trestný čin
- e) Povinnost zachovávat lidskou důstojnost
- f) Povinnost zabezpečit kvalifikovanou právní pomoc (Špatenková, 2011, s. 49).

3.1 Peer podpora zdravotnickým pracovníkům

V oblasti zdravotnictví je peer školeným a odborně informovaným kolegou, který je svým pracovním zařazením a zkušenostmi na stejné úrovni jako ostatní zdravotníci. Dokáže si tak lépe představit, co prožívá zdravotník po nadlimitně prožité události spojené s výkonem zdravotnického povolání (Hoffmann, 2017, s. 20). Cílem peer podpory je snížení rizika profesionálního selhání, syndromu vyhoření a také péče po nadlimitní zátěži.

Kolegiální podpora má silnou preventivní složku. Časné poskytnutí ošetření zabrání závažnějším psychickým dekompenzacím, které by mohly mít následně chronický charakter a je tak výraznou součástí v prevenci vzniku syndromu vyhoření. Úkolem peera je dobře zvládnout první ošetření a rozpoznat nutnost další péče (Humpl, 2023, s. 34).

Psychosociální podpora je poskytována zdarma a nenahrazuje odbornou psychologickou péči, jde o opatření v rámci primární a sekundární prevence. Je-li to žádoucí, může být zasažený zdravotník se svým souhlasem předán do odborné psychologické péče. Psychosociální podpora je poskytována v situacích, kdy došlo k zasažení zdravotnických pracovníků nadlimitně psychicky zátěžovou situací, nejčastěji při výkonu zdravotnického povolání a je vedena vyškoleným zdravotnickým pracovníkem, peerem, popř. psychologem SPIS. Individuální podpora je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, poskytnutí emoční podpory, empatie, doporučení a také ve formě telefonické intervence. Skupinová podpora je poskytována pomocí specifických metod a přizpůsobená k podpoře celého týmu nebo jeho části. Peer podpora probíhá také formou edukace, přednáškové činnosti, nácviků, zaměřených na zvládnutí nadlimitně psychicky zátěžových situací při výkonu profese (MZ ČR, 2019, s. 4-5).

Základem podpůrné intervence je navázání bezpečného a kvalitního kontaktu se zasaženým. Peer vnímá tři roviny komunikace: verbální, neverbální a paraverbální. Základem je aktivní naslouchání, kdy se peer do pocitů vcítí, pochopí, porozumí, vytuší a rozpozná (Humpl, 2023, s. 34-35).

3.2 Získání odborné způsobilosti k peer podpoře

Zvláštní odbornou způsobilost pro poskytování psychosociální peer podpory získává zdravotnický pracovník absolvováním certifikovaného kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných situací“ (MZ ČR, 2019, s. 5).

Kurz se skládá ze čtyř modulů o celkovém trvání 10 dní, zakončený jednodenním kolokviem. Je určen pro všeobecné sestry, porodní asistentky, dětské sestry, zdravotnické záchranáře a psychology ve zdravotnictví. Cílem kurzu je získat vědomosti a dovednosti, které jsou potřeba k poskytování podpory zdravotnickým pracovníkům ve výrazně zátěžových oborech a nadlimitně zátěžových situacích. Náplní kurzu jsou zátěžové situace v životě jedince, komunikace a poruchy komunikace, psychohygiena a její místo v profesi zdravotníka, etické otázky náročných životních situací, vzájemná spolupráce rezortní a mezirezortní v oblasti péče o lidské zdroje, péče o sekundární oběti, organizace psychosociální pomoci, nácvik technik na bázi řízeného rozhovoru, krizové řízení a krizová připravenost ve zdravotnictví, role peerů a odborníků na duševní zdraví, zvládnání mimořádných událostí a zásady práce se skupinou (NCO NZO, b.r.).

Pro výkon činností peera jsou rovněž uznávány výcviky v metodách CISM, který je veden certifikovaným lektorem nebo organizovaný Hasičským záchranným sborem, ukončený nejpozději k 31. 12. 2010 (MZ ČR, 2019, s. 5).

3.2.1 Zásady poskytování peer podpory

Peer může být osloven samotným zasaženým zdravotnickým pracovníkem se žádostí o první psychickou podporu po nadlimitně psychicky zátěžových událostech, které souvisely s výkonem profese nebo prostřednictvím vedoucího zaměstnance poskytovatele zdravotnických služeb se žádostí o poskytnutí první psychické pomoci pro zdravotnického pracovníka nebo se žádostí o pomoc při organizaci psychické podpory. Peer může rovněž aktivně oslovit zdravotnického pracovníka, u něhož pozoruje změnu vnějších projevů vlivem proběhlých nadlimitně psychicky zátěžových událostí. Respektuje však právo zdravotníka na svobodné rozhodnutí přijetí nebo nepřijetí nabízené podpory a vždy zachovává mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděl při poskytování podpory. Může je poskytnout pouze se souhlasem zdravotnického pracovníka (MZ ČR, 2019, s. 5–6).

Peer podpora od druhého člověka je potřebná, jelikož člověk v krizi si sám sobě pomáhá velmi obtížně a pomalu. Psychicky zraněný člověk může být nebezpečný sobě i okolí.

Projevy emocí nejsou slabostí, nýbrž cestou zpět k nalezení ztracené psychické rovnováhy (Hoffmann a kol., 2017, s. 21).

Pro neustále zvyšující se kvalifikaci se peer zúčastňuje odborných aktivit zaměřených na poskytování psychosociální a peer podpory, a to minimálně v rozsahu šesti hodin za rok, a také intervizních a supervizních setkání pro peery (MZ ČR, 2019, s. 5–6).

3.2.2 Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí pro peer podporu

- Vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- Úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- Péče o extrémně nezralého novorozence
- Hromadné neštěstí
- Vážné onemocnění, zranění či smrt kolegy
- Péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s jeho rodinou a blízkými
- Neúspěšná kardiopulmonální resuscitace mladého člověka
- Sebevražda pacienta
- Mobbing, bossing na pracovišti
- Dopravní nehody posádky zdravotnické záchranné služby
- Napadení zdravotníka při výkonu služby
- Péče o agresivního pacienta
- Ohrožení vlastního zdraví při práci
- Péče o pachatele závažného trestného činu
- Profesní pochybení, selhání zdravotníka
- Událost s nadměrným zájmem médií
- Pandemie (MZ ČR, 2019, s. 10).

3.2.3 Doporučený postup pro poskytování peer podpory

- a) Mimořádné situace 1. stupně jsou situace, jejichž výskyt znamená vysoký stupeň zasažení zdravotnických pracovníků – napadení zdravotníka s fyzickým zraněním, poskytování zdravotní péče u kriticky zraněného, resuscitovaného kolegy, rodinného příslušníka nebo jejich úmrtí, poskytování zdravotní péče u mimořádné tragické události, dopravní nehoda vlastního sanitního vozidla se zraněním, vedení obtížného rozhovoru na zdravotnickém operačním středisku, přítomnost symptomů akutní stresové reakce u zdravotnického pracovníka po vystavení zátěži v rámci

kteréhokoliv typu mimořádné situace, zásah u mimořádné události s hromadným postižením zdraví.

Zasaženým zdravotníkům je nutné zajistit neprodleně vystřídání ve směně. Zaměstnavatel po skončení události zajistí neodkladné poskytnutí psychosociální podpory zasaženému zaměstnanci peerem nebo vyškoleným psychologem SPISu, a to nejlépe v den události nebo dle aktuálních okolností, co nejdříve. Při zasažení více zaměstnanců je doporučeno zvážit provedení skupinového ošetření ve spolupráci s psychologem SPISu (MZ ČR, 2019, s. 11).

- b) Mimořádné situace 2. stupně jsou psychicky zátěžové situace, u nichž se předpokládá střední stupeň psychického zasažení, tedy nižší než v situacích 1. stupně. Situace spadající do této kategorie – fyzické napadení zdravotníka bez zranění, poskytování zdravotní péče osobě blízké, poskytování zdravotní péče při úmrtí nebo neúspěšná resuscitace dítěte, svědek suicidia, suicidium kolegy a osobní tragédie daného jedince.

V těchto situacích se doporučuje zaměstnavateli zvážit okolnosti události a dle povahy a míry zasažení nabídnout zasaženému zdravotníkovi vystřídání ve směně. Pracovní směna je v obou případech plně doplacena. Zaměstnanci je vždy nabídnuta psychosociální podpora a využití této nabídky je ponecháno na rozhodnutí zasaženého zaměstnance.

Uvedená doporučení a opatření jsou uplatňována s ohledem na kapacity zaměstnavatele, zajištění provozu a aktuálních možnostech v dané situaci (MZ ČR, 2019, s. 12).

3.3 Copingové strategie

Copingovými strategiemi se rozumí způsoby, jakými postupujeme při zvládnutí zátěže. Pojetí copingových strategií ve významu, který se užívá v dnešní době, popsal poprvé v roce 1966 americký psycholog Richard S. Lazarus. Obranné mechanismy jsou životu prospěšné iluze, které chrání rovnováhu lidského nitra. Zvládat se člověk učí zvládnutím. Každá zátěž, kterou si projde, vybaví jedince informací, jak strategie uspěla a jestli bude použita příště. Pokud nastane situace, kdy na požadavky prostředí dosavadní způsoby nestačí, nastává krize. V každé situaci každému pomáhá něco odlišného. Měřítkem úspěšnosti zvládnutí traumatizující události je pocit úlevy, osobní hodnoty, podávat vyrovnaný výkon a užívat si kontakty s lidmi (Baštecká, 2005, s. 82).

Copingové strategie jsou vědomé činnosti, kterými se člověk snaží zabránit fyzickému i psychickému vyčerpání, udržet nebo navrátit stabilitu. Někteří lidé mají díky své osobnosti a prostředí, ve kterém vyrůstali a žijí, rozvinutou celou řadu dobře fungujících zvládacích technik. V oblasti fyzické se jedná o úpravu spánku, úpravu jídelníčku, relaxaci, odpočinek, cvičení a tělesnou aktivitu. V emocionální oblasti je důležité mluvit nahlas o svém prožitku, vypustit, pláč, smutek, strach a těžké pocity přijmout jako dočasné. Srovnání myšlenek a priorit, hledání aktivit bez složitého myšlení a přestat přebírat odpovědnost za problémy druhých z oblasti kognitivní. Jiní jedinci si osvojili převažující nezdravé strategie, které mohou podpůrně působit, ale z dlouhodobého hlediska organismus více poškozují. Patří mezi ně požívání psychotropních a návykových látek, vyhýbavé chování až pasivita, uzavírání se do sebe, izolace a závislostní chování.

Při peer podpoře zasažený jedinec sám navrhuje copingové strategie a peer jej inspiruje k návrhu dalších osvědčených metod, aby zdravotník získal nové zdroje energie (Kolářová, 2023, s. 30-32).

3.4 Individuální peer podpora

Akutní peer podpora je poskytována v prvních hodinách po mimořádné události, kdy je rozvinutá akutní stresová reakce. Akutní stresové reakci předchází zdrcující traumatizující zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti, somatické integrity jedince nebo blízkých osob, či neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení, ale také v mezilidských vztazích jedince (Baštecká, 2005, s. 13).

U zasažených zdravotníků se rozlišují dva základní typy reakcí:

- **A** – aktivní reakce. Jedinci se projevují silnými emocemi, až vztekem, zrychleným chováním a mohou se snažit o útěk. Výjimkou nemusí být ani agresivní chování vůči okolí. Někteří zasažení nekontrolovatelně pláčou nebo se naopak neadekvátně smějí, jsou neklidní a úzkostní. V této fázi mají zasažení omezenou schopnost přijímat informace vlivem snížené koncentrace.
- **B** – pasivní reakce, tzv. mrtvý brouk. Lidé mají známky zmatenosti, poruchy vnímání, jsou bez emocí. Mají potřebu mlčet, nic nedělat, protože jsou bez energie. Postihují je výpadky paměti a celou situaci popírají. Na okolí zasažení mylně působí, že situaci zvládají.

Podle typu reakce zvolí vyškolený peer odpovídající přístup první psychické pomoci, jejíž cílem je pomalý návrat zasažené osoby do reality, návrat pocitu bezpečí, plán na nejbližší hodiny s využitím copingových strategií, edukace o projevech akutní stresové reakce a případně nabídka návazné péče a podpory (Humpl, Kolářová, 2023, s. 47-48).

3.5 Telefonická peer podpora

Za podpory MZ vznikla v dubnu 2020 anonymní, non stop, Linka kolegiální podpory, která má za cíl poskytnout zdravotníkům bezpečný prostor pro podpurný rozhovor, doporučení zvládnutí stresového zatížení, obav, frustrace a plnění základních potřeb. Linku kontaktují zdravotníci, na něž doléhá aktuální krizová situace nebo dlouhodobá zátěž. Od ledna 2021 je linka v upraveném provozu denně 8:00-22:00 hod (Humpl, 2023, s. 21). V souvislosti s pandemií nemoci Covid-19 došlo k rozvinutí telefonické peer podpory. Distanční forma kontaktu byla využívána častěji z důvodu karantény, nemoci, větší dostupnosti a anonymity volajícího. Provoz linky, tzv. PEERLIN, kde pracují peeri a psychologové po absolvování nadstavbového kurzu telefonické peer podpory, je zajišťován NCO NZO prostřednictvím SPIS. Obsah rozhovoru, ač bez vizuálního kontaktu, má stejný obsah, zásady a pravidla jako peer podpora tváří v tvář (Humpl, Kolářová, 2023, s. 56).

3.6 Skupinové metody

Skupinová setkání vycházejí z principů CISM a jsou vhodná v případech, kdy si mimořádnou událostí projde více zdravotníků. Poskytují výhody v rámci posilování týmové koheze a ve snadnějším pochopení děje z různých úhlů pohledu. Úskalí přináší větší nároky na organizaci setkání, obtížnější vedení skupiny a obavy zdravotníků ze sdílení svých myšlenek a emocí před ostatními. V případě odmítnutí skupinového ošetření je vhodné nabídnout péči individuální, která bývá snadněji přijata (Humpl, 2023, s. 60). Skupinová setkání se plánují vždy ve spolupráci s managementem dané organizace. Předem je nutné domluvit základní podmínky a potřeby (prostorové a časové). Tým, složený ze zkušených peerů a psychologů, zná předem počet zúčastněných osob a má základní informace o incidentu a jeho rozsahu (Humpl, 2023, s. 69).

3.6.1 Skupinová metoda – demobilizace

Jde o krátké a prvotní ošetření zasaženého týmu bezprostředně po směně, ve které došlo ke krizové události. Vedoucí směny zahajuje demobilizaci poděkováním za účast na směně, ocení odvedenou práci a ujistí zasažené o vystřídání jiným týmem. Poté již má slovo zkušený peer nebo psycholog SPISu. Délka sdělení je okolo 10 minut. Při demobilizaci je vyzdvíženo nasazení členů týmu a jsou nabádání k odpočinku a k vnímání vlastních potřeb. Cílem je snížit hladinu stresu spojeného s prožitkem mimořádné události, poskytnout informace o souvislostech, podpořit u zasažených obnovu duševních sil a copingových strategií, poděkovat za práci a nabídnout případnou další podporu (Humpl, 2023, s. 63). Výsledkem by mělo být vypnutí tzv. vnitřního autopilota na konci směny zdravotníka (Štancel, Vargová, 2012, s. 47).

Celková délka trvání demobilizace, a to včetně občerstvení pro zasažený tým, je 20 až 30 minut a je prováděná na bezpečném a klidném místě. Podmínky jsou často improvizované, vhodné je dodržet vizuální oddělení od události a nemísit složky IZS.

Tato metoda je vzhledem ke svému zaměření a cílům ve zdravotnictví využívána výjimečně. V rámci České republiky kromě cvičení a metodických zaměstnání zejména u mimořádných událostí, typu povodně, střelba v nemocnici, epidemie apod. (Humpl, 2023, s. 64).

3.6.2 Skupinová metoda – defusing

Defusing, neboli zklidnění, probíhá v malých skupinách do několika hodin po události. Metoda je zaměřena na příznaky, jejich zmírnění, snaží se událost uzavřít a roztřídit oběti na zvládající situaci a ohrožené jedince (Baštecká, 2005, s. 181).

V rámci peer podpory je defusing využíván v ČR při skupinových intervencích nejvíce. Důvodem je časová flexibilita a také přijatelná délka 30 až 60 minut. Defusing by měl být poskytnut do osmi hodin po proběhlé události, po skončení směny, před odchodem domů (Kolářová, Humpl, 2023, s. 65).

Defusing je chápán jako uvolňovací rozhovor, který má odstranit explozivní emoce a má za cíl zmírnění kognitivních, emocionálních a fyziologických příznaků (Štancel, Vargová, 2012, s. 47).

Setkání se účastní pouze členové týmu, kteří se účastnili profesně obtížné situace. Nadřízení, jiní kolegové či pozorovatelé se sezení neúčastní. Defusing, který má tři fáze, vede zkušený peer nebo psycholog, přičemž v podpůrném týmu je přiměřený počet peerů v poměru k zasaženým 1: 2-3 (Kolářová, Humpl, 2023, s. 65).

V úvodní fázi, trvající 5 minut, vedoucí týmu SPIS přivítá účastníky sezení a sdělí důvod setkání. Přítomní jsou ujištěni o důvěrnosti a rovnosti účastníků. Je objasněn cíl setkání, tzn. podpora při zpracování těžkého akutního profesního prožitku, nejde o hodnocení zásahu z hlediska profesní odbornosti (Kolářová, Humpl, 2023, s. 65).

V druhé, hlavní fázi setkání, tzv. průzkumu, se pracuje s fakty a rolemi přítomných v daný okamžik. Jaké měli úkoly, myšlenky a reakce. Tým se navzájem podporuje a doplňuje při vyprávění. Není daná přesná struktura, což může být, z důvodu prolínání myšlenek, faktů, reakcí i emocí, pro podpůrný tým obtížné. Zasaženým naopak defusing umožňuje vyjadřovat se volně a způsobem, který jim vyhovuje. Po dostatečném průzkumu pracovníci SPIS podávají zasaženým zdravotníkům informace o problematice akutní stresové reakce, symptomech, které je doprovázejí, o možnostech zvládnání stresu strategiemi již pro zasažené známými či nabídkou dalších osvědčených copingových strategií (Kolářová, Humpl, 2023, s. 66).

V závěrečných pěti minutách vedoucí týmu SPIS děkuje všem přítomným za účast, zapojení se do diskuse a upozorní na mlčenlivost o skutečnostech, které v průběhu setkání zazněly. Následuje malé občerstvení pro tým zdravotníků (Kolářová, Humpl, 2023, s. 67).

Všichni členové peer týmu během defusingu sledují reakce účastníků, poskytují emoční podporu, aktivně naslouchají, informují o problematice akutní stresové reakce, jejich symptomech, možnostech zvládnání stresu a nabízí možnost další individuální péče (Kolářová, Humpl, 2023, s. 66).

3.6.3 Skupinová metoda – debriefing

Debriefing je obsahově řízená diskuse spojená s edukací. Pracuje se zde se vzpomínkami na nepříjemnou situaci, s prožitými myšlenkami, které evokují vzpomínky (Štancel, Vargová, 2012, s. 47). V rámci psychosociální podpory zdravotníků vede debriefing psycholog s pomocí přiměřeného počtu peerů v poměru k zasaženým 1: 3. Časově nejnáročnější skupinová metoda, je vedena strukturovaným rozhovorem, během nějž je nutné respektovat všech sedm fází, kterými je třeba účastníky provést, viz. obr.1 (Kolářová, Humpl, 2023, s. 68).

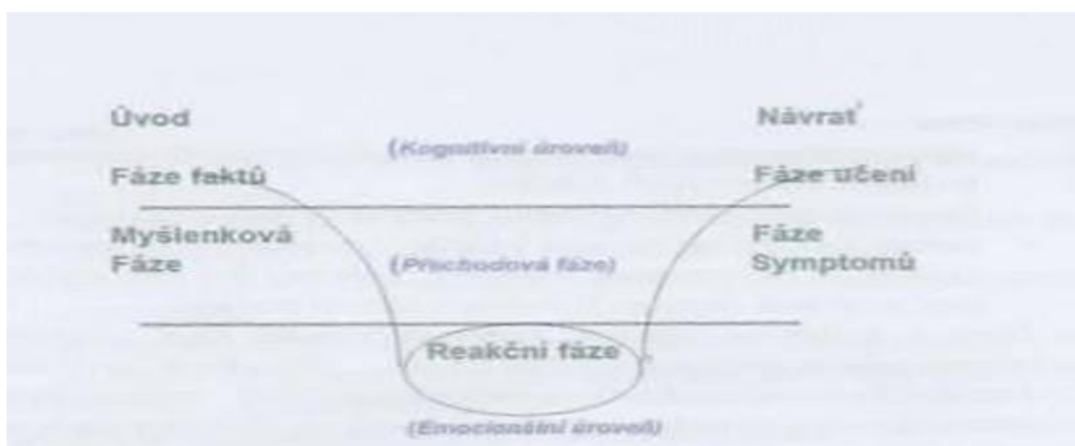
První fází je úvod. Během 5 minut vedoucí týmu SPIS přivítá přítomné, představí se a po něm také peeri, kteří jsou součástí terapeutického týmu. Účastníci jsou ubezpečeni o zásadách mlčenlivosti a důvěrnosti. Následuje fáze faktů, kdy účastníci, jeden po druhém, v tzv. kolečku, sdělují, jaký měli úkol v době, kdy došlo k nadlimitní události. Terapeutický tým aktivně naslouchá a pozoruje zasažené. V třetí fázi, ve fázi myšlenek, terapeutický tým

klade otázky na pocity a myšlenky zasažených v dané situaci. Jedná se o přechod z kognitivní do emocionální úrovně. Ve čtvrté fázi, fázi reakcí, se již v kolečku nepostupuje, ale účastníci se zapojují podle svých potřeb, volně ventilují své pocity, vyjadřují, co bylo pro ně v danou dobu nejhorší a nejtěžší. V páté fázi, fázi symptomů, vedoucí SPIS sděluje, že prožití nadlimitně psychicky náročné situace má často vliv na úroveň těla, psychiky i emocí, jako je rozrušení, nechutenství, nespavost apod., což je reakcí na prožitý stres. Tato fáze tvoří přechod z emocionální roviny zpět do kognitivní. V šesté fázi učení se vedoucí SPIS i ostatní členové terapeutického týmu zabývají hlavními stresovými projevy a učí účastníky vhodné způsoby zvládnutí. Eliminují nevhodné zvládací strategie. Je kladen důraz na kognitivní zvládnutí příznaků. V poslední fázi, závěru, připravuje vedoucí SPIS skupinu na ukončení sezení. Probíhá krátká diskuze o tom, co bude dál a je nabídnuta možnost případné další individuální podpory a občerstvení (Kolářová, Humpl, 2023, s. 71).

Strukturovaný rozhovor se tímto stává velmi bezpečným, zároveň může některé účastníky omezovat v jejich potřebě sdělovat pro ně důležité a nutné myšlenky. Struktura je nutná, jelikož metoda proniká hluboko, zejména v souvislosti s traumatizující situací. Celková délka je 90 až 180 minut.

Debriefing je poskytnut s odstupem alespoň 48 hodin po události, a to pro skupinu až 25 zasažených, kteří byli přímými účastníky události. Z účasti jsou vyloučeni nadřízení, jiní kolegové a pozorovatelé. Debriefingu může předcházet defusing, ale častěji se jedná o metodu první volby (Kolářová, Humpl, 2023, s. 72).

Důležitost debriefingu spočívá v porozumění události, ne její citové prožití. Poskytuje rozumový vhled na událost a na její emoční důsledky. Cílem je také znecitlivět profesionála vůči nadměrnému rozrušení, které traumatizující událost často doprovází (Baštecká, 2005, s. 180).



Obr. 1: Fáze debriefingu (Kolářová, Humpl, 2023, s. 72)

3.6.4 Srovnání skupinových metod

Skupinové intervence jsou využity po prožití psychicky nadlimitní zátěžové profesní situaci, která se dotkla celého zdravotnického týmu nebo jeho větší části. Dle rozsahu zasažení, časových možností a dalších okolností je zvolena demobilizace, defusing nebo debriefing. Stručný přehled skupinových metod je uveden na obr.2. Účast zasažených zdravotníků je dobrovolná nebo je nastavena jako součást péče o zdravotnický personál vnitřním předpisem nemocnice (Kolářová, Humpl, 2023, s. 74).

	Demobilizace	Defusing	Debriefing
Časování	Hned po ukončení	do 48 hodin	V dalších dnech
Cíle	Snížení stresu spojeného s událostí Zahájení obnovy sil Personálu	Zmírnění dopadu, obnova, zmírnění emocionální zátěže, zmapování skupiny, zhodnocení potřeby debriefingu	Zmírnění stresové reakce Zrychlení obnovy sil
Trvání	10 min. hovoru 20 min. jídlo, odpočinek	Do 1 hodiny	2-3 hodiny
Části	Informace o stresu, relaxace, výživa	Úvod, explorace, informace	7 fází
Tým	Vycvičení psychologové, peeri	Vycvičení peeri, psychologové	Vycvičení psychologové, peeri

Obr. 2: Srovnání skupinových intervencí (Kolářová, Humpl, 2023, s. 73).

3.6.5 Peer podpora studentům zdravotnických oborů

Současná doba přinesla rovněž požadavek na zajištění psychické podpory studentům lékařských fakult a středních a vyšších zdravotnických škol. Řada budoucích zdravotníků se setkala v rámci krizové epidemické situace s vysoce duševně zátěžovými momenty při své odborné praxi, jako dobrovolníci nebo v rámci svého pracovního povolání ve zdravotnických zařízeních. Mnohdy tak pracovali v nestandardním režimu přímo na jednotkách léčících například nemocné s Covid-19.

Z pověření MZ nabídl SPIS první psychickou podporu studentům lékařských fakult a zdravotnických škol. Týmy peerů nabízely podporu online, ale také prezenčně. Na jaře 2021 byla poskytnuta podpora více než 400 studentům zdravotnických oborů.

Zájmem SPIS je navázat se školami a fakultami zdravotnického zaměření trvalou spoluprací s cílem edukovat studenty o peer podpoře, zvládnání nadlimitně zatěžujících situací a o sebezpečí (Humpl, 2023, s. 22).

3.7 První psychická pomoc sekundárně zasaženým – interventi

Interventi se setkávají s truchlícími lidmi v nejzranitelnějším a nejvíce emocionálně vyhočeném období života. Nabízejí dostatečnou oporu, pochopení, empatii a jsou ochotní konfrontovat se s intenzivními a negativními emocemi (Špatenková, 2023, s. 45).

Poskytování první psychické pomoci zdravotnickým interventem není ekvivalentem odborné psychologické péče. Jde o základní opatření poskytnutá pro zvládnutí akutní stresové reakce. V případě potřeby je zasaženému člověku nabídnuta odborná psychologická pomoc. První psychická pomoc je poskytována na místě události, tam, kde došlo ke vzniku akutní stresové reakce v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb jedinci, ke kterému má zpravidla sekundárně zasažený emoční vazbu. Může se také jednat o svědky tragické události. První psychickou pomoc vede vyškolená osoba – zdravotnický intervent, nebo psycholog, který podporuje primárně zasahující zdravotnický tým a sekundárně zasažené osoby (MZ ČR, 2019, s. 6).

Z časového hlediska bývá intervence otázkou někdy jen desítek minut, ale může být také několik hodin. Intervence se odvíjí podle konkrétní situace a potřeb zasaženého (SPIS, nedatováno b).

Intervent poskytuje první psychickou pomoc při vážné změně zdravotního stavu, včetně umírání a smrti, v první fázi zármutku, truchlení a poskytování podpory při dalších traumatických událostech. Napomáhá snížit riziko nesprávného pochopení situace ze strany blízkých a přispívá ke snížení rizika komunikačních bariér mezi zdravotníky a blízkými pacienta (MZ ČR, 2019, s. 6).

3.7.1 Získání odborné způsobilosti k poskytování psychosociální intervenční podpory

Zdravotnický pracovník získává odbornou způsobilost pro poskytování psychosociální intervenční podpory absolvováním certifikovaného kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“, a pracuje v souladu s platnými právními předpisy. Podpora interventem je indikována lékařem nebo jiným členem zasahujícího zdravotnického týmu, ale vždy se souhlasem zasaženého,

ve spolupráci s koordinátorem vlastního poskytovatele zdravotnických služeb, či s krajským koordinátorem a odbornými garanty SPIS (MZ ČR, 2019, s. 6).

V rámci celoživotního vzdělávání se intervent účastní intervizních či supervizních setkání, edukací, přednáškových činností, nácviků v oblasti první psychické pomoci, které se zaměřují na zvládnání kontaktu se sekundárně zasaženými, a to v minimálním rozsahu šesti hodin za rok (MZ ČR, 2019, s. 7).

3.7.2 Hlavní úkoly interventa

Úkolem interventa je být průvodcem zasaženého a poskytnout mu první psychickou pomoc s cílem stabilizovat jeho aktuální prožívání. Respektuje vždy jeho svobodné rozhodnutí přijmout nebo nepřijmout nabízenou podporu. Pracuje dle aktuálních podmínek a možností na vhodném místě pro zpracování psychicky nadlimitně zátěžové situace a přispívá k normalizaci stresové reakce. Při intervenci reflektuje aktuální psychosociální potřeby zasaženého, poskytuje mu základní informace, umožní ukotvení v prostoru a čase a tím podporuje jeho adaptaci na novou realitu. Pomáhá plánovat další bezprostřední kroky, které budou muset zasažení, nebo pozůstalí učinit v rámci zajištění základního fungování v průběhu dalších hodin a dní. Předává informace o možnostech využití další péče s cílem zajistit kontinuitu odborné pomoci. V souladu se svými kompetencemi podává pravdivé informace dle potřeby zasažených a vysvětluje postup zdravotníků, případně dalších záchranných složek, čímž usnadňuje práci zdravotnickému týmu. V případě úmrtí pacienta může, po dohodě s týmem zdravotníků, doprovodit pozůstalé k tělu zemřelého a být tak oporou při důstojném rozloučení se zemřelým (MZ ČR, 2019, s. 6).

Základem je rychlé navázání kontaktu s pozůstalým a vytvoření podmínek a atmosféry k rozhovoru, které umožní ventilaci emocí spojených se smrtí milovaného člověka (Špatenková, 2011, s. 74). Úkolem interventa je uznat bolest trpících a doprovázených osob, ne se snažit, aby jim bylo lépe. Jde o sofistikované dovednosti, které nelze vždy lehce praktikovat. Přitom je to jednoduché. Stačí tam se zasaženými být, naslouchat a nenapravovat. Prožívanou bolest nelze měnit, může ale dojít ke změně, jak ji zasažení vnímají a jak na ni reagují (Devine, 2022, s. 235). Samozřejmostí intervencí je zachování mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se intervent dozvěděl v souvislosti s poskytovanou intervencí (MZ ČR, 2019, s. 7).

3.7.3 Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí pro poskytnutí intervenční podpory

- Náhlá a traumatická úmrtí dětí
- Suicidiální pokusy dětí
- Úmrtí rodičky, perinatální ztráta
- Přírodní katastrofy
- Podpora rodiny pacienta v kritickém stavu
- Dopravní nehody s úmrtím
- Mimořádné události a hromadná postižení zdraví
- Zasažení lidí poskytující laickou první pomoc
- Podpora po sdělení infaustní prognózy pacientovi a jeho blízkým
- Všechny situace vykazující známky silné akutní stresové reakce jedince vzniklé na základě traumatizující události (MZ ČR, 2019, s. 13).

3.8 Péče o psychiku pracovníka SPIS

Zdravotník starající se o svou mysl, emoce, fyzické tělo a duchovní život bude mnohem lepším pečujícím. Požádat o pomoc není osobním nedostatkem (Leblanc, 2021, s. 138).

Pracovníci krizových center, a rovněž i SPISu, jsou silně ohroženi syndromem vyhoření, a to z několika důvodů. Společnost vyžaduje jejich neustálou připravenost a dostupnost. Setkávají se s širokým spektrem problémů a s lidmi, kteří prožívají intenzivní emoce. Situace, ve kterých poskytují intervence jsou nepředvídatelné svou délkou trvání a podmínkami, ve kterých budou pracovat. Zvláště těžká traumatická událost, kterou prožil klient, může u pracovníka krizového centra vyvolat sekundárně posttraumatickou reakci – stres ze soucitu. Každý pracovník v krizové intervenci může ovlivnit průběh svého stresu, předcházet jeho důsledkům jako prevence syndromu vyhoření prohlubováním profesních znalostí, rozvíjením volnočasových aktivit, a také využitím intervizních a supervizních setkání v rámci pracovního týmu (Špatenková, 2011, s. 46-48).

Zasahující tým peerů se po skončení aktivní podpory, v situaci mimořádného charakteru, účastní společného debriefingu, ošetření podpůrného týmu, vedeným pověřeným psychologem SPIS pro uzavření obtížné práce týmu. Uzavření je nezbytnou součástí ukončování nasazení v mimořádné situaci.

Tým peerů, nebo jeho jednotliví členové, absolvují do tří měsíců od události skupinovou či individuální supervizi organizovanou koordinátorem týmu konkrétního poskytovatele zdravotních služeb (Humpl, Kolářová 2023, s. 91).

3.8.1 Supervize a intervize

Supervize neznamena dohled a kontrolu, ale je to pomoc pomáhajícím. V situaci, kdy péče o druhé peera či interventa vyčerpává nebo silně emočně zasahuje, mohou ji se supervizorem rozebrat a zpracovat místa, která se pomáhajícího přímo dotýkají (Ratislavová, Hrušková, 2020, s. 124). Supervize je důležitá především pro začínající peery a interventy, protože eliminuje některá úskalí při intervenci, která mohou být pro nezkušené peery a interventy zrádná. Užitečná je také pro zkušenější interventy a peery, protože i ti mají zodpovědnost nejen vůči klientům, k sobě samým, ale také k zdravotnickému zařízení, pro které pracují. Supervize představuje významnou formu rozvoje profesních kompetencí, nabízí pomoc s obtížnými případy i pomoc s vyrovnáváním se se stresem při intervenci (Špatenková, 2023, s. 43).

Cílem supervize je vzájemná spolupráce mezi supervizorem a supervidovaným při společném hledání možných způsobů řešení, rozvíjení sebereflexe, pochopení neuvědomovaných pocitů, souvislostí a vztahů, které se mohou projevit při intervenci či peer podpoře (Špatenková, 2023, s. 45).

Alternativou, jak reflektovat některé případy a oprostit se od nich, je intervize, která představuje rozbor případu se skupinou kolegů (Hennig, Pelz, 2008, s. 86).

3.8.2 Péče o sebe sama

Péče o sebe sama je důležitá pro každého, a o to víc pro ty, jejichž prací je péče o druhé. Aby mohl peer/intervent dobře pečovat o druhé, musí začít u sebe. Po mnohdy emocionálně náročné a vyčerpávající peer podpoře či intervenci by měl peer/intervent doplnit energii. Mezi dáváním a přijímáním by měla být rovnováha, aby nedošlo k vyhoření (Nešpor, 2019, s. 73).

Pomáhající může být sám zasažen tím, co při intervenci prožije. Zvýšenou pozornost by měli pomáhající věnovat vlastní pohodě a měli by si být jistí, že jsou tělesně i emočně schopni pomáhat druhým (Snider et al, 2019, s. 14).

Významnou roli má v tomto směru rovněž primární prevence. Ta má zabránit vzniku nemoci, v tomto případě chronickému stresu, ovlivněním rizikových faktorů (Sovová, 2023, s. 9)

Resilience, schopnost odolávat nepříznivým silám, je u každého člověka jedinečná. Všeobecně se doporučuje plánování vlastního denního rozvrhu s dostatkem spánku a minimálně s jednou hodinou času věnovanou sám sobě a oblíbeným činností. Zvolit vhodnou pohybovou aktivitu např. v přírodě, která je mocný antistresor. Obklopovat se lidmi, usmívat se na okolí a mít se sám rád. Neodčerpávat si energii neustálým stěžováním (Sovová, 2023, s. 59-61). Naučit se relaxovat a udržovat dobré vztahy s rodinou a přáteli. Lidé žijící v sociální izolaci mají vyšší krevní tlak, který je jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Pečovat o sebe není vůbec rozmazlenost. Jde o nezbytnost, bez které bychom nebyli zdraví a ani v pohodě (Kušiaková, Kušiak, 2012, s. 186-189).

4 Výzkumná část

4.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem práce je určit míru informovanosti zdravotníků zaměstnaných v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. o službě SPIS – Systém psychosociální intervenční služby.

Dílčí cíl č.1: Detekovat úroveň důvěry a povědomí zaměstnanců o službách SPIS v závislosti na profesi, délce praxe, věku, pohlaví apod.

Dílčí cíl č.2: Detekovat, zda službu SPIS v minulosti využili nebo v případě následného prožití nadlimitní stresové situace, buď své vlastní nebo svého kolegy, využijí a nebo tuto službu doporučí.

K cílům byly stanoveny tyto hypotézy:

H1₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let nemají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v tomto zařízení.

H1_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let mají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v tomto zařízení.

H2₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle věku respondentů.

H2_A – Důvěra v peer podporu se liší dle věku respondentů.

H3₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle vzdělání respondentů.

H3_A – Důvěra v peer podporu se liší dle vzdělání respondentů.

H4₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle pracovní pozice respondentů.

H4_A – Důvěra v peer podporu se liší dle pracovní pozice respondentů.

H5₀ – Zdravotníci pracující ve zdravotnictví déle jak 5 let nepocítili nadlimitní situaci.

H5_A – Zdravotníci pracující ve zdravotnictví déle jak 5 let pocítili nadlimitní situaci.

H6₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok neví, že mají přivolat k sekundárně zasaženým intervencím.

H6_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok ví, že mají přivolat k sekundárně zasaženým intervencím.

H7₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok nepovažují službu SPIS v nemocnici za přínosnou.

H7_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok považují službu SPIS v nemocnici za přínosnou.

H8₀ – Zdravotníci nedoporučí kolegovi v případě prožití nadlimitní situace peer podporu.

H8_A – Zdravotníci doporučí kolegovi v případě prožití nadlimitní situace peer podporu.

H9₀ – Zdravotníci v případě prožití vlastní nadlimitní situace nevyužijí peer podporu.

H9_A – Zdravotníci v případě prožití vlastní nadlimitní situace využijí peer podporu.

H10₀ – Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pracovním zařazením a potřebou využití peer podpory.

H10_A – Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovním zařazením a potřebou využití peer podpory.

4.2 Metodika výzkumu

Data k výzkumné části byla získána metodou kvantitativního výzkumu, ke které byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník vytvořený autorkou pro účely této diplomové práce (viz. příloha č. 1). Dotazník obsahuje 27 otázek rozdělených na 3 skupiny (sociodemografická data, informace o fungování SPIS a vlastní zkušenost a preference).

Obecná data (sociodemografická) zahrnovala 8 otázek dotazujících se na pohlaví, věk, vzdělání, pracovní pozici a profesní zaměření, délku praxe ve zdravotnictví a specifikaci délky praxe konkrétně v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.. Druhá skupina otázek, informace o fungování SPIS, obsahovala dotazy zaměřené na znalosti o službě SPIS, rozdíly mezi peerem a interventem, jejich náplní činnosti a vzděláním. Třetí skupina, osobní zkušenosti a preference služeb SPIS, zahrnovala otázky cílené na možné prožívání nadlimitní profesní události v praxi zdravotníka, zkušenost s peer podporou, důvěru v tuto službu, pravděpodobnost vlastního využití služby nebo doporučení služby kolegovi při prožívání nadlimitní profesní události a zhodnocení služby SPIS v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o..

Dotazník byl tvořen 19 polouzavřenými, 4 otevřenými a 4 uzavřenými otázkami. Na závěr výsledků praktické části diplomové práce je uvedena vlastní zkušenost s využitím podpory intervenanta.

Data z dotazníku byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel. K popisu a vyhodnocení dat byla použita základní popisná statistika. Následně byly stanovené hypotézy verifikovány pomocí statistických testů (Fisherův exaktní test, neparametrický Kruskal-Wallis test, chí-kvadrát test, neparametrický Mann-Whitney test) a korelační analýzy s výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Willkova testu. Byl použit program Statistica v. 14. Zvolena byla 5% hladina významnosti. Vypočítané p-hodnoty menší než 0,05 byly tedy považovány za statisticky významné.

4.3 Realizace výzkumu

Dotazníkové šetření bylo realizováno v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. na podkladě souhlasného stanoviska Etické komise Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. ze dne 3. 5. 2023 (viz. příloha 2). Etická komise Univerzity Palackého v Olomouci stanovisko vybraného zdravotnického zařízení považovala za elementární a další stanovisko komise nebylo již potřebné. Zdravotnické zařízení (ZZ) bylo rovněž, v souladu s vnitřní normou, požádáno o souhlas s dotazníkovým šetřením v Žádosti o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví. Souhlasné stanovisko k této žádosti bylo vystaveno 1.8.2023 (viz. příloha č.3).

Výzkumný projekt byl realizován pomocí tištěného anonymního dotazníku. Součástí dotazníku byl informovaný souhlas, ve kterém je dotazovaný seznámen s cílem výzkumného šetření. Vyplněním dotazníku dal souhlas zdravotník/lékař s účastí na výzkumném projektu.

Autorka diplomové práce požádala vedoucí pracovníky Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. na poradě vrchních sester o předání tištěných dotazníků nelékařským zdravotnickým pracovníkům a na primářské poradě o předání lékařům. Vedoucí pracovníci oslovili své podřízené na provozních schůzích svých úseků a tištěné dotazníky jim předaly. Dotazník byl předáván v průběhu měsíce srpna roku 2023 se lhůtou pro vyplnění do listopadu roku 2023. Vyplněné dotazníky byly autorkou osobně vyzvednuty u vedoucích pracovníků na konci výzkumného šetření.

Soubor tvořili zdravotničtí pracovníci Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. z lůžkové i z ambulantní části, tj. lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, dětské sestry, porodní asistentky, ošetřovatelky, sanitářky, laboranti, fyzioterapeuti, sociální sestry a další odborní pracovníci. Ke konci července roku 2023 bylo ve zdravotnickém zařízení zaměstnáno celkem 845 zdravotníků. Předáno bylo celkem 500 dotazníků. Z očekávané návratnosti 400

vyplněných dotazníků bylo sesbíráno 406 dotazníků, z toho 43 dotazníků (10,6 %) bylo pro neúplnost vyplnění vyřazeno. Pro konečné statistické zpracování bylo použito řádně vyplněných 363 dotazníků (89,4 %).

4.4 Výsledky

4.4.1 Charakteristika souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 363 respondentů, z čehož bylo 338 žen (93,1 %) a 25 mužů (6,9 %). Průměrný věk byl 43,7 (SD 11,72). Nejmladší respondent měl 18 let a nejstarší 67 let. Medián věku byl 46 let. Nejpočetnější skupina zdravotníků byla ve věkové kategorii 41–50 let a to 114 zdravotníků (31,4 %). Druhá nejpočetnější skupina 94 zdravotníků (25,9 %) byla ve věku 51–60 let, následovali zaměstnanci ve věkové kategorii 31–40 let, která byla zastoupena 56 zdravotníky (15,4 %), věková kategorie 21–30 let s 48 respondenty (13,2 %) a nad 61 let bylo 15 zdravotníků (10,2 %). Nejméně byla zastoupena věková kategorie zdravotníků do 20 let s 11 respondenty (3,0 %). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení osob ve věkových skupinách ($p = 0,175$).

Téměř 50 % (49,0 %) respondentů, a to 178 zdravotníků, mělo středoškolské vzdělání s maturitou, následovalo 95 respondentů s vysokoškolským vzděláním (26,2 %), se středoškolským vzděláním bez maturity bylo 44 zdravotníků (12,1 %), vyššího odborného vzdělání dosahovalo 37 zaměstnanců (10,2 %) a se základním vzděláním bylo 9 respondentů (2,5 %). Mezi respondenty se nevyskytovali žádní muži se základním a vyšším odborným vzděláním (tab. 1). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení osob v kategorii nejvyššího dosaženého vzdělání ($p = 0,100$).

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

		Ženy		Muži		p-hodnota*
		N	%	N	%	
věk	do 20 let	11	3,0	0	0,0	0,175
	21-30 let	48	13,2	6	1,6	
	31-40 let	56	15,4	7	1,9	
	41-50 let	114	31,4	3	0,8	
	51-60 let	94	25,9	7	1,9	
	nad 61 let	15	10,2	2	0,6	
vzdělání	vysokoškolské	95	26,2	14	3,9	0,100
	vyšší odborné	37	10,2	0	0,0	
	SŠ s maturitou	178	49,0	7	1,9	
	SŠ bez maturity	44	12,1	4	1,1	
	základní	9	2,5	0	0,0	

*N - počet; *Fisherův exaktní test (hladina významnosti 5 %)*

Nejpočetnější skupina dotazovaných zdravotníků, a to 102, z toho 98 žen (27,0 %) pracuje ve zdravotnictví více jak 21 let (tab. 2). Druhou nejpočetnější skupinou byli zdravotníci s více jak 31-letou praxí, která byla zastoupena 85 respondenty (23,4 %). Z tohoto počtu respondentů bylo 80 žen (22,0 %). Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti s praxí ve zdravotnictví do 1 roku, kterých bylo 26 (7,1 %), toho 24 žen (6,6 %). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení osob podle délky praxe ve zdravotnictví ($p = 0,695$). Nejčastější délka trvání pracovního poměru Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. byla v intervalu 1-5 let, kdy tuto dobu uvedlo celkem 114 zaměstnanců (31,3 %), z toho bylo 102 žen (28,1 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří pracují v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. 21–30 let, kterých bylo 78 (21,5 %), z toho 76 žen (20,9 %). Zaměstnanci pracující v této nemocnici do 1 roku tvořili nejméně početnou skupinu dotazovaných, a to 27 zdravotníků (7,4 %), z toho 26 žen (7,2 %). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v délce trvání pracovního poměru v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. ($p = 0,110$).

Na současné pozici pracuje 1–5 let 141 zaměstnanců (38,8 %). Další skupiny zdravotníků pracujících setrvale na stejné pozici mezi 6-10 let, 11–20 let a 21–30 let jsou téměř shodné, a to v průměru 14,9 %. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v délce praxe na stejném pracovní pozici ($p = 0,794$).

Skupina všeobecných sester a porodních asistentek byla v dotazníkovém šetření nejpočetnější. Celkem se jednalo o 183 zdravotníků (50,4 %), z toho 181 žen (49,9 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinu představovali lékaři. Dotazník vyplnilo 23 lékařů

(6,3 %), z toho bylo 12 žen (3,3 %). V oblasti profese byl zjištěn staticky významný rozdíl ($p < 0,001$).

Zdravotníci z denního provozu, tzn. z ambulance, rehabilitace a laboratoří byli s celkovým počtem 124 pracovníků (34 %) nejpočetnější skupinou dle pracovního zařazení, z nichž bylo 115 žen (31,7 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou zdravotníci pracující na oddělení chirurgického zaměření, tj. oddělení chirurgie, ortopedie, oční, gynekologie a porodního sálu, kde pracuje 113 respondentů (31,1 %), z toho 101 žen (27,8 %). Nejmenší skupina, 58 zdravotníků (15,9 %), z toho 56 žen (15,4 %) uvedla jako své pracoviště oddělení interního zaměření, pod které bylo pro účely dotazníkového šetření začleněno interní oddělení, oddělení následné léčebné péče, oddělení sociálních lůžek a lůžková část rehabilitačního oddělení (tab. 2). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení zdravotníků dle pracovního zaměření ($p = 0,158$).

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru v závislosti na povolání

		Ženy		Muži		p-hodnota*
		N	%	N	%	
délka praxe ve zdravotnictví	do 1 roku včetně	24	6,6	2	0,6	0,695
	1-5 let	47	12,9	5	1,4	
	6-10 let	33	9,1	3	0,8	
	11-20 let	56	15,4	6	1,7	
	21-30 let	98	27,0	4	1,1	
	nad 31 let	80	22,0	5	1,4	
délka pracovního poměru v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.	do 1 roku včetně	26	7,2	1	0,3	0,110
	1-5 let	102	28,1	12	3,3	
	6-10 let	35	9,6	5	1,4	
	11-20 let	49	13,5	4	1,1	
	21-30 let	76	20,9	2	0,6	
	nad 31 let	50	13,8	1	0,3	
délka praxe na současné pozici	do 1 roku včetně	31	8,5	2	0,6	0,794
	1-5 let	128	35,3	13	3,6	
	6-10 let	56	15,4	3	0,8	
	11-20 let	55	15,2	4	1,1	
	21-30 let	51	14,0	2	0,6	
	nad 31 let	17	4,7	1	0,3	
profese	sanitář/ka, ošetřovatel/ka	61	16,8	7	1,9	< 0,001
	praktická sestra	31	2,5	2	0,6	
	všeobecná sestra, porodní asistentka	181	49,9	2	0,6	
	laborant, radiologický asistent	18	5,0	0	0,0	
	fyzioterapeut, ergoterapeut	13	3,6	3	0,8	
	lékař	12	3,3	11	3,3	
	jiné	22	6,1	0	0,0	
pracovní zařazení	ambulance, laboratoř, rehabilitace	115	31,7	9	2,5	0,158
	lůžkové oddělení interního zařízení	56	15,4	2	0,6	
	lůžkové oddělení chirurgického zaměření	101	27,8	12	3,3	
	lůžkové oddělení intenzivní péče	66	18,2	2	0,6	

N - počet; *Fisherův exaktní test (hladina významnosti 5 %)

Nejpravděpodobněji by se až 137 zaměstnanců obrátilo na peer podporu v případě šikany (37,7 %), ve 126 případech při pocitu syndromu vyhoření (34,7 %) a ve 113 případech (31,1 %) při náhlém úmrtí kolegy, blízké osoby nebo nečekané smrti pacienta (tab. 3). Nadlimitní události typu pandemie Covidu-19 by s peerem řešilo 77 respondentů (21,2 %). Naopak nejméně, 18 respondentů (5,0%), by vyhledalo podporu peera při prožívání rodinných problémů nebo s problematikou alkoholu na pracovišti 39 respondentů (10,7 %).

V žádném případě by nadlimitní stresovou situaci s peerem nechtělo probírat 63 zaměstnanců (17,4 %).

Tabulka 3: Nejčastější typy nadlimitních stresových situací

Nadlimitní situace	N	%
Šikana na pracovišti	137	37,7
Nadměrné přetěžování přesčasy	47	12,9
Nadlimitní události (např. Covid, hromadné nehody, agresivní pacient nebo rodinný příslušník)	77	21,2
Vážná nemoc vlastní osoby, v rodině nebo kolegy	76	20,9
Smrt kolegy, blízké osoby, nečekaná smrt pacienta	113	31,1
Sebevražda kolegy, blízké osoby, pacienta	99	27,3
Interpersonální vztahy	60	16,5
Alkohol na pracovišti	39	10,7
Rodinné problémy	18	5,0
Pocit viny při profesním selhání (např. při záměně léků, nedodržení léčebných postupů)	95	26,2
Pocit syndromu vyhoření	126	34,7
V žádném případě bych se na PEERa neobrátil/a	63	17,4
Jiný, uveďte:	4	1,1

Nejmenší důvěru (tab. 4) vyjádřilo 79 respondentů k peer telefonní lince (21,8 %), 60 respondentů (16,5 %) ke svému nadřízenému a 57 zdravotníků (15,7 %) nedůvěřuje svým kolegům. Peer pracovníkovi nedůvěřuje 29 respondentů (8 %).

Tabulka 4: Nejmenší důvěra

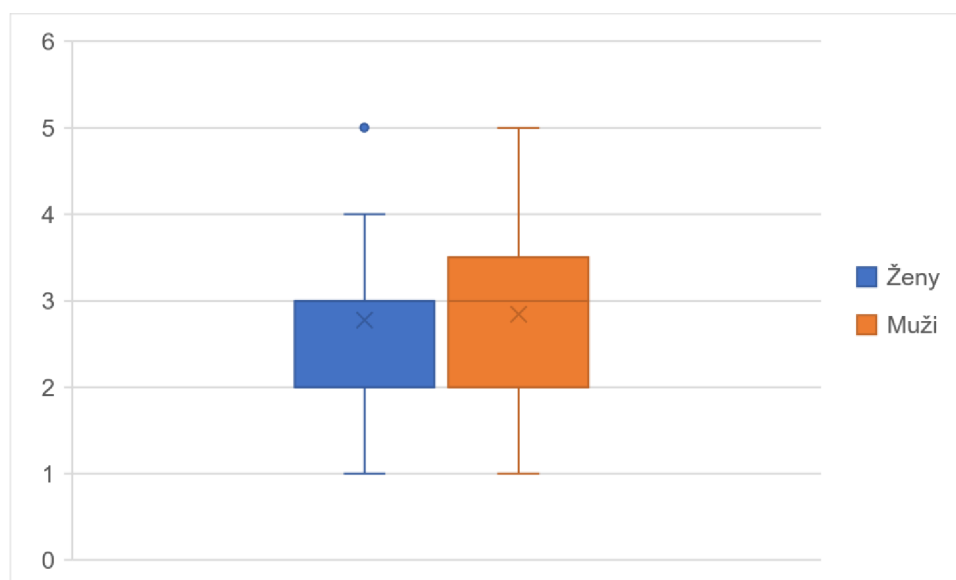
Nejmenší důvěra	N	%
Rodina (partner, rodiče, děti)	26	7,2
Kolega, kolegyně	57	15,7
Nadřízená/ý	60	16,5
Kamarádka mimo zdravotnické zařízení	25	6,9
Peer pracovník	29	8,0
Peer telefonní linka	79	21,8
Intervent	16	4,4
Psycholog	20	5,5
Psychiatr	43	11,8
Nikdo	140	38,6

Pomocí neparametrického Mann-Whitney testu nebyla stanovena statisticky významná odchylka ($p = 0,881$) v závislosti na pohlaví dotazovaných (tab. 5, graf 1). Ženy, kterých bylo 338 (93,1 %) uvedly průměrně 2,78 bodů z pěti bodové škály (SD 1,033) a 25 mužů (6,9 %) důvěřuje peer podpoře průměrně 2,84 body (SD 1,189).

Tabulka 5: Důvěra v peer podporu dle pohlaví

Pohlaví	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum	p-hodnota*
žena	338	2,78	1,033	1	5	0,881
muž	25	2,84	1,189	1	5	
Celkový součet	363	2,78	1,045	1	5	

*N - počet; SD - směrodatná odchylka; *neparametrický Mann-Whitney test (hladina významnosti 5 %)*



Graf 1: Důvěra v peer podporu dle pohlaví

4.4.2 Ověření statistických hypotéz

V rámci praktické části diplomové práce bylo zjišťováno, zda zaměstnanci Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. mají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v této nemocnici a také bylo ověřováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím, věkem, vzděláním, délkou praxe ve zdravotnictví, délce zaměstnání ve vybrané nemocnici, profesí a mírou důvěry v tuto službu, využitím služeb SPIS v minulosti a jejich doporučení dalším zdravotníkům v případě potřeby.

H1₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let nemají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v tomto zařízení.

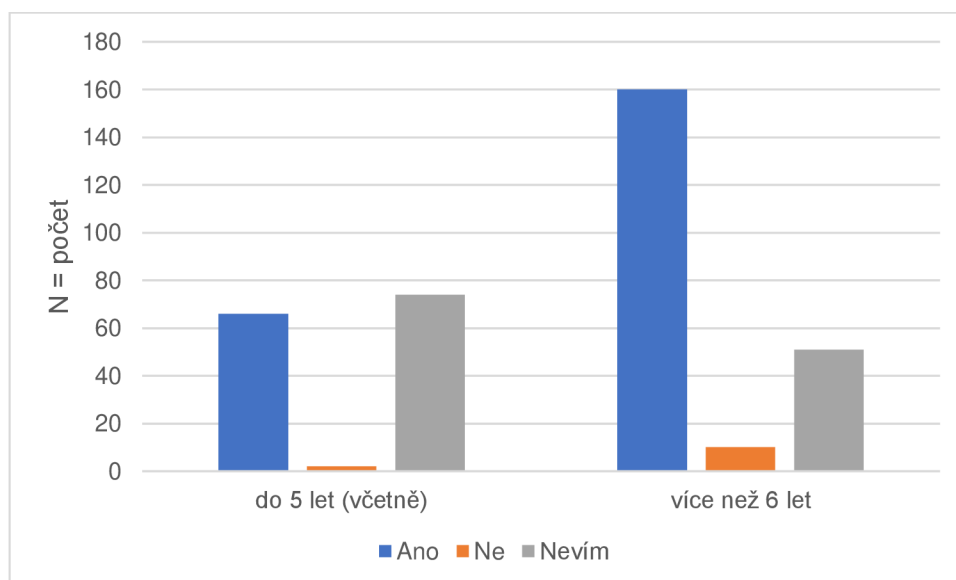
H1_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let mají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v tomto zařízení.

S touto hypotézou se pojilo 6 otázek v nestandardizovaném dotazníku. Pomocí Fisherova exaktního testu byla zjištěna statisticky významná souvislost ($p < 0,001$) mezi délkou pracovního poměru zaměstnanců a povědomím o Řídícím dokumentu „Psychosociální intervenční služba“. Zdravotníci pracující v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. déle jak 5 let mají povědomí o tomto vnitřním dokumentu v 72,4 %, na rozdíl od zdravotníků pracujících v tomto zařízení do 5 let, kteří dokument znají ve 46,5 % (tab. 6, graf 2). Nulová hypotéza byla zamítnuta.

Tabulka 6: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost Řídícího dokumentu „Psychosociální intervenční služba“

	Ano		Ne		Nevím		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	66	46,5	2	1,4	74	52,1	142	100,0	< 0,001
více než 6 let	160	72,4	10	4,5	51	23,1	221	100,0	
Celkový součet	226	62,3	12	3,3	125	34,4	363	100,0	

N - počet; *Fisherův exaktní test (hladina významnosti 5 %)



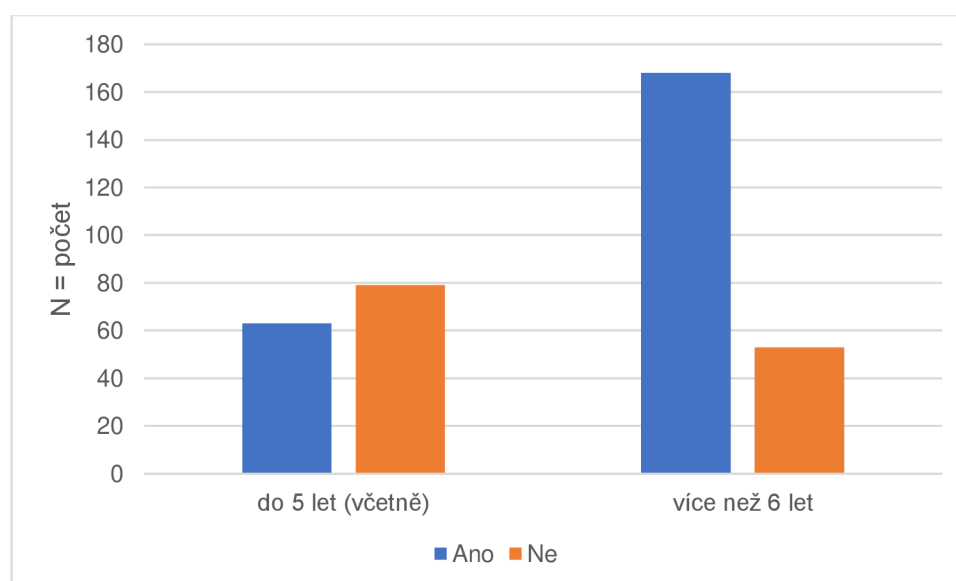
Graf 2: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost Řídícího dokumentu „Psychosociální intervenční služba“

Mezi zaměstnanci dle délky zaměstnání v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. a pocitem dostatečných informací o psychosociální podpoře poskytované v tomto zdravotnickém zařízení byl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). Zdravotníci pracující v této nemocnici déle jak 5 let mají pocit dostatečných informací o fungování SPIS z 82,2 %, naopak zaměstnanci pracující v nemocnici do 5 let mají pocit o dostatečných informací jen v 58,5 %. Pocit dostatečných informací o fungování SPIS má celkem 73,3 % všech respondentů bez ohledu na délku práce v nemocnici (tab. 7, graf 3). Nulová hypotéza byla zamítnuta.

Tabulka 7: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací o SPIS

	Ano		Ne		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	83	58,5	59	41,5	142	100,0	< 0,001
více než 6 let	183	82,8	38	17,2	221	100,0	
Celkový součet	266	73,3	97	26,7	363	100,0	

N - počet; * chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)



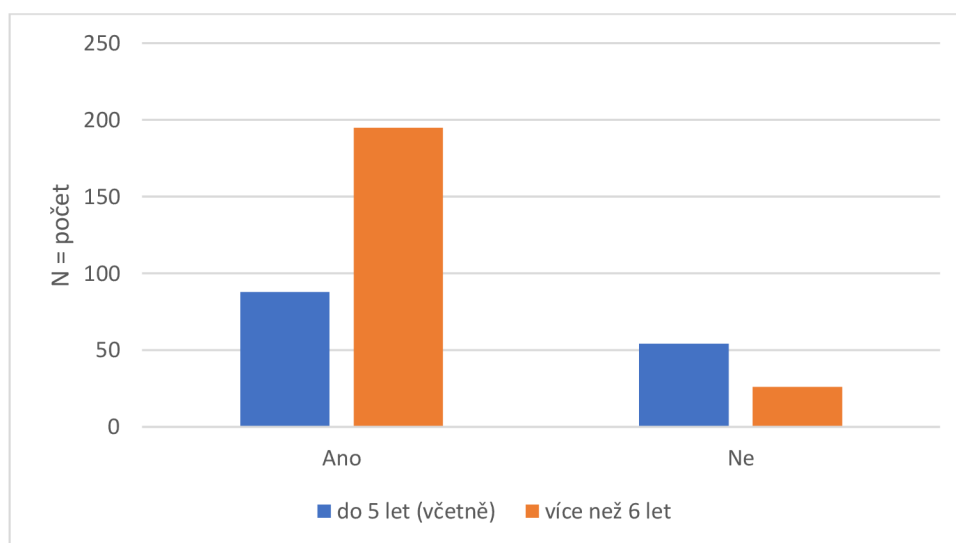
Graf 3: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací

Dále byla zkoumána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe zdravotníků a znalostí způsobu kontaktování peera či intervenanta pro jejich aktivaci při nadlimitní situaci (tab. 8, graf 4). Zaměstnanci pracující v nemocnici více než 6 let potvrdili ve 195 případech (88,2 %), že ví, kde naleznu kontakt na peera či intervenanta pro jejich aktivaci. Byla zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$) v porovnání pocitu dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či intervenanta dle délky zaměstnání ve vybraném zdravotnickém zařízení a nulová hypotéza byla zamítnuta.

Tabulka 8: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či intervenanta

	Ano		Ne		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	88	62,0	54	38,0	142	100,0	< 0,001
více než 6 let	195	88,2	26	11,8	221	100,0	
Celkový součet	283	78,0	80	22,0	363	100,0	

N - počet; * chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)



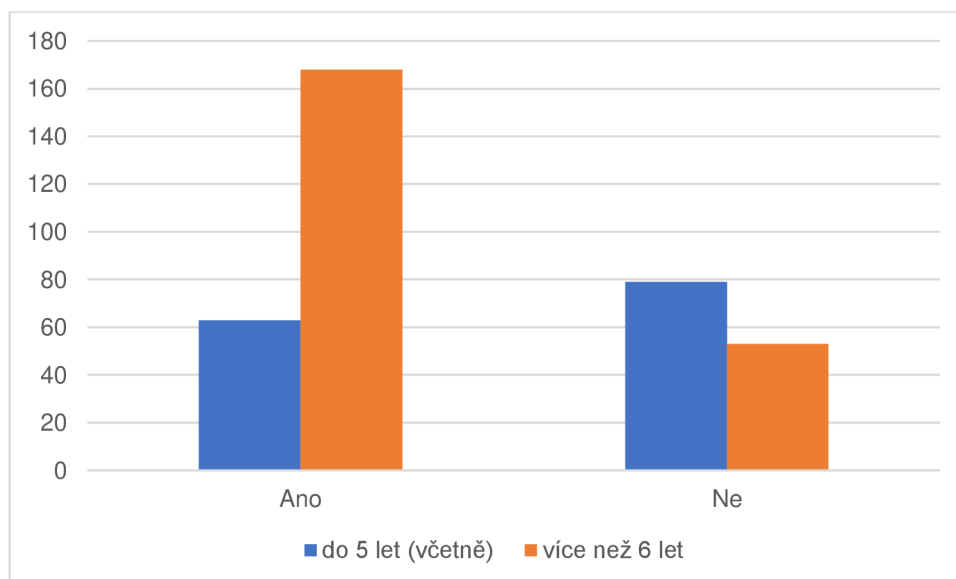
Graf 4: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či intervenanta

Byla zjištěna statisticky významná souvislost ($p < 0,001$) mezi zdravotníky a znalostí identity peera nebo interventa daného zařízení. Celkem 168 zdravotníků pracujících ve vybrané nemocnici déle jak 5 let ví z 76,0 %, kdo je v nemocnici peer nebo intervent, naopak zdravotníci pracující v nemocnici méně než 5 let ví kdo je v nemocnici peer nebo intervent pouze v 44,4 %. Ze všech respondentů uvedlo kladnou odpověď 231 zaměstnanců (63,6 %) (tab. 9, graf 5). Nulová hypotéza byla zamítnuta.

Tabulka 9: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost identity peera nebo interventa v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.

	Ano		Ne		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	63	44,4	79	55,6	142	100,0	< 0,001
více než 6 let	168	76,0	53	24,0	221	100,0	
Celkový součet	231	63,6	132	36,4	363	100,0	

N - počet; * chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)



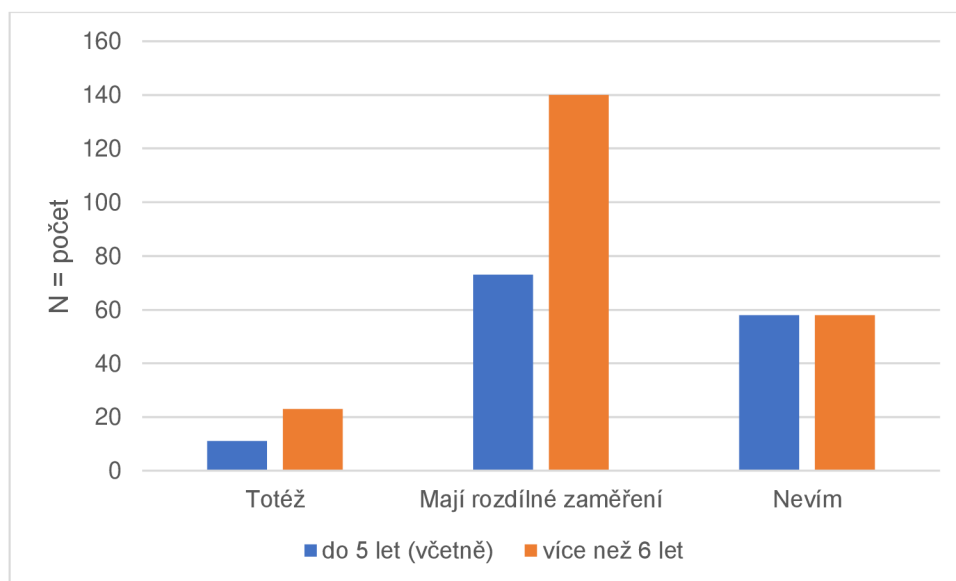
Graf 5: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost identity peera nebo interventa v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,014$) mezi délkou zaměstnání ve vybraném zdravotnickém zařízení a znalostí rozdílu mezi peerem a interventem. Správnou odpověď, že má peer a intervent rozdílné zaměření, uvedlo celkem 213 zdravotníků (58,7 %), z toho bylo 140 zaměstnanců (63,3 %) pracujících v tomto konkrétním zařízení více než 6 let (tab.10, graf 6). Nulová hypotéza byla zamítnuta.

Tabulka 10: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost rozdílu mezi peerem a interventem.

	Totěž		Mají rozdílné zaměření		Nevím		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	11	7,7	73	51,4	58	40,8	142	100,0	0,014
více než 6 let	23	10,4	140	63,3	58	26,2	221	100,0	
Celkový součet	34	9,4	213	58,7	116	32,0	363	100,0	

N - počet; * chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)



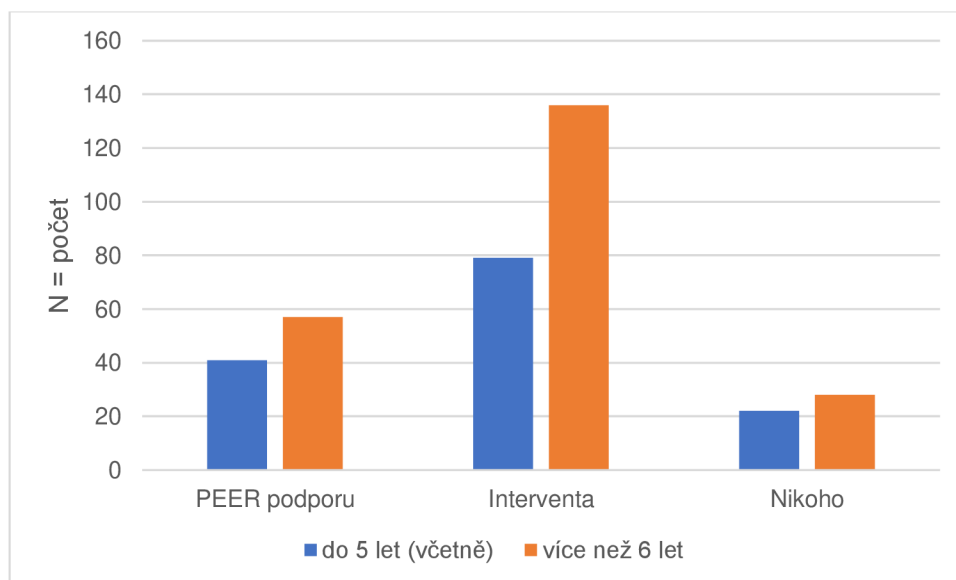
Graf 6: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost rozdílu mezi peerem a interventem.

Pro ověření statisticky významné souvislosti mezi délkou zaměstnání v nemocnici a koho správně volat k sekundárně zasaženým osobám projevující známky akutní stresové reakce byl zvolen chí-kvadrát test (tab.11, graf 7). U této otázky měli zaměstnanci na výběr ze 3 možných odpovědí. Jediná správná odpověď byla interventa. Správně odpovědělo 55,6 % zaměstnanců, pracujících ve vybraném zdravotnickém zařízení do 5 let a 61,5 % zaměstnanců pracujících ve vybraném zdravotnickém zařízení více než 6 let. Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ($p = 0,519$) mezi délkou zaměstnání ve vybraném ZZ a koho správně volat k sekundárně zasaženým osobám projevující známky akutní stresové reakce. Byla potvrzena nulová hypotéza.

Tabulka 11: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a koho volat k osobám sekundárně zasaženým tragickou událostí

	PEER podpora		Interventa		Nikoho		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	41	28,9	79	55,6	22	15,5	142	100,0	0,519
více než 6 let	57	25,8	136	61,5	28	12,7	221	100,0	
Celkový součet	98	27,0	215	59,2	50	13,8	363	100,0	

N - počet; * chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)



Graf 7: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a koho volat k osobám sekundárně zasaženým tragickou událostí

Komplexně lze potvrdit alternativní hypotézu H_{1A} – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let mají dostatečné a relevantní informace o fungování SPIS v tomto zařízení. Ze zkoumaných parametrů ji potvrdilo 5 statisticky významných souvislostí. Rozdíl lze nalézt pouze u otázky týkající se volání k osobám sekundárně zasažených tragickou událostí, kteří mají projevy akutní stresové reakce, kdy se nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl mezi zaměstnanci podle délky zaměstnání v Nemocnici Karviná-Ráj.

H₂₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle věku respondentů.

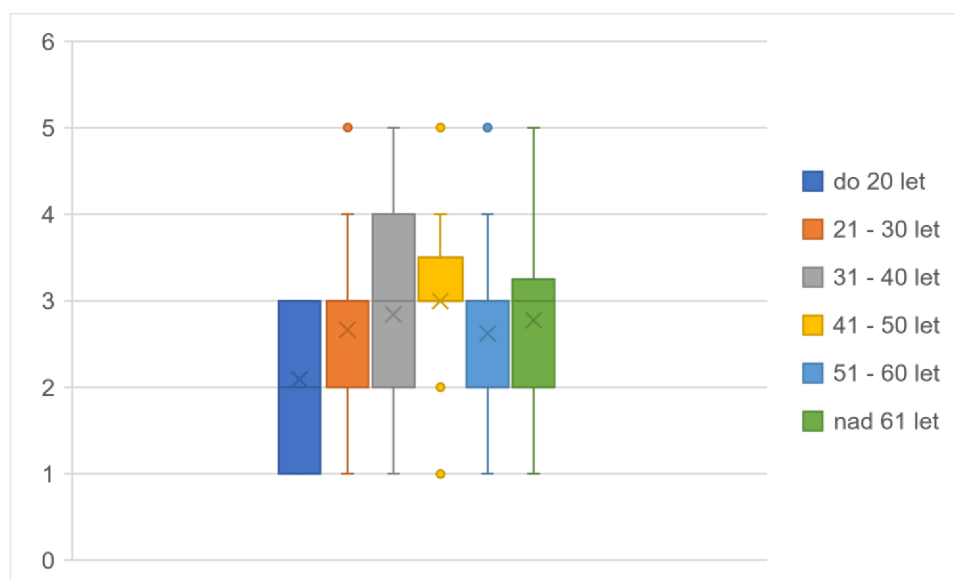
H_{2A} – Důvěra v peer podporu se liší dle věku respondentů.

Byla zjišťována statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a důvěrou v peer podporu. Bylo zjištěno ($p = 0,022$), že důvěra v peer podporu se liší s věkem (tab. 12, graf 8). Nulová hypotéza byla zamítnuta. V peer podporu má největší důvěru skupina zdravotníků ve věku 41–50 let (průměrná hodnota 3,00; SD 1,026), naopak nejmenší důvěru má věková skupina zdravotníků do 20 let (průměrná hodnota 2,09; SD 0,944).

Tabulka 12: Hypotéza 2 - Věk a důvěra v peer podporu

	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum	p-hodnota*
do 20 let	11	2,09	0,944	1	3	
21-30 let	54	2,67	0,991	1	5	
31-40 let	63	2,84	1,050	1	5	
41-50 let	117	3,00	1,026	1	5	0,022
51-60 let	101	2,60	1,068	1	5	
nad 61 let	17	2,88	0,993	1	5	
Celkový součet	363	2,78	1,046	1	5	

*N - počet; SD - směrodatná odchylka; *neparametrický Kruskal-Wallis test (hladina významnosti 5 %)*



Graf 8: Věk a důvěra v peer podporu

H3₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle vzdělání respondentů.

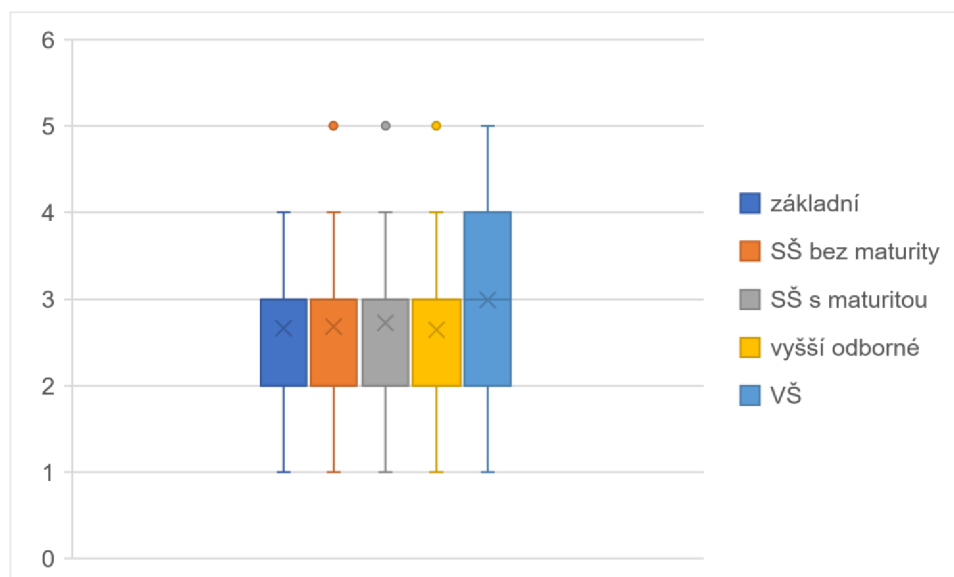
H3_A – Důvěra v peer podporu se liší dle vzdělání respondentů.

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a důvěrou v peer podporu nebyla zjištěna ($p = 0,483$). Nulová hypotéza byla potvrzena. Přestože nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi vzděláním zaměstnanců a jejich důvěrou v peer podporu, výsledky ukázaly největší důvěru v peer podporu u vysokoškolsky vzdělaných zaměstnanců nemocnice (průměrná hodnota 2,99). Nejmenší důvěru v peer podporu nacházíme u skupiny zaměstnanců se základním vzděláním (průměrná hodnota 2,67) (tab. 13, graf 9).

Tabulka 13: Hypotéza 3 – Vzdělání a důvěra v peer podporu

	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum	p-hodnota*
základní	9	2,67	0,866	1	4	0,483
SŠ bez maturity	44	2,68	1,095	1	5	
SŠ s maturitou	178	2,72	0,961	1	5	
vyšší odborné	37	2,65	1,086	1	5	
VŠ	95	2,99	1,162	1	5	
Celkový součet	363	2,78	1,046	1	5	

*N - počet; SD - směrodatná odchylka; *neparametrický Kruskal-Wallis test (hladina významnosti 5 %)*



Graf 9: Vzdělání a důvěra v peer podporu

H4₀ – Důvěra v peer podporu se neliší dle pracovní pozice respondentů.

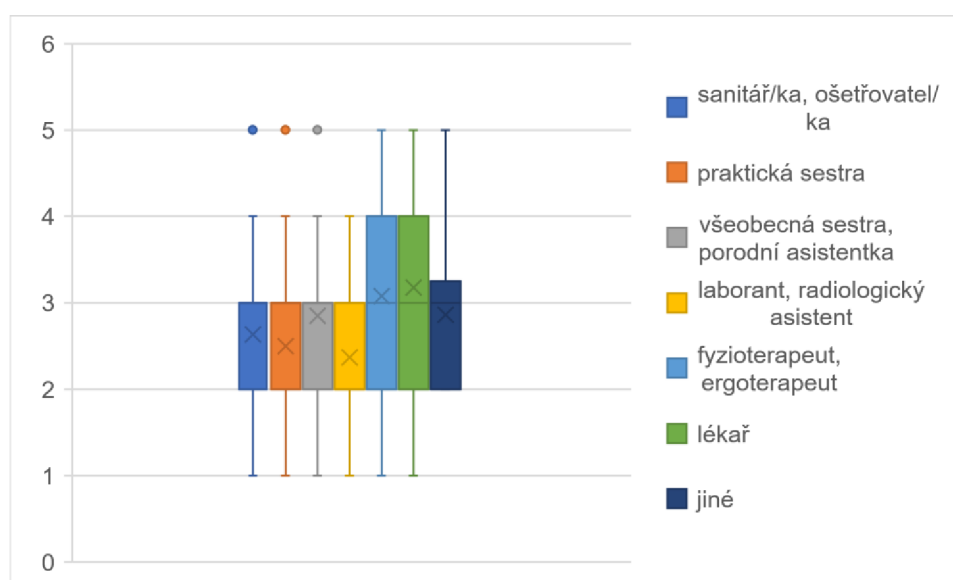
H4_A – Důvěra v peer podporu se liší dle pracovní pozice respondentů.

Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi profesí respondentů a důvěrou v peer podporu ($p = 0,039$). Nulová hypotéza byla zamítnuta. Z výsledků je patrné, že v peer podporu mají největší důvěru lékaři a fyzioterapeuti (průměrná hodnota přes 3), naopak nejmenší důvěru vyjádřili laboranti a radiologičtí asistenti (průměrná hodnota 2,37; SD 0,955) (tab. 14, graf 10).

Tabulka 14: Hypotéza 4 – Pracovní pozice a důvěra v peer podporu

	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum	p-hodnota*
Sanitář/ka, ošetřovatel/ka	68	2,63	1,021	1	5	0,039
Praktická sestra	34	2,50	0,992	1	5	
Všeobecná sestra, por. asistentka	184	2,85	1,029	1	5	
Laborant, radiologický asistent	19	2,37	0,955	1	4	
Fyzioterapeut, ergoterapeut	13	3,08	1,320	1	5	
Lékař	23	3,17	1,230	1	5	
Jiné	22	2,86	0,889	2	5	
Celkový součet	363	2,78	1,046	1	5	

*N - počet; SD - směrodatná odchylka; *neparametrický Kruskal-Wallis test (hladina významnosti 5 %)*



Graf 10: Pracovní pozice a důvěra v peer podporu

H5₀ – Zdravotníci pracující ve zdravotnictví déle jak 5 let nepocítli nadlimitní situaci.

H5_A – Zdravotníci pracující ve zdravotnictví déle jak 5 let pocítli nadlimitní situaci.

Byla zkoumána statistická souvislost mezi délkou praxe ve vybraném zařízení a prožitím nadlimitní stresové situace. Zaměstnanci byli rozděleni do skupiny pracujících v nemocnici do 5 let včetně a více než 6 let.

Statisticky významná souvislost mezi porovnávanými skupinami nebyla zjištěna ($p = 0,726$). Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let nepocítli nadlimitní situaci ze 77,5 %. Ze všech respondentů nepocítlo nadlimitní situaci 76,6 % (tab. 15). Nulová hypotéza byla potvrzena.

Tabulka 15: Hypotéza – Délka praxe ve vybraném ZZ a prožitek nadlimitní situace

Délka praxe	Ano, peer podporu jsem již v minulosti kontaktoval/a		Ano, ale nekontaktoval/a jsem peer podporu, protože jsem o této službě neměl/a dostatečné množství informací		Ano, ale s peerem bych ji nechtěl/a rozebírat		Ne		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 5 let (včetně)	3	2,1	13	9,2	16	11,3	110	77,5	142	100,0	0,726
více než 6 let	6	2,7	27	12,2	20	9,0	168	76,0	221	100,0	
Celkový součet	9	2,5	40	11,0	36	9,9	278	76,6	363	100,0	

* *chi-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)*

H6₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok neví, že mají přivolat k sekundárně zasaženým interventa.

H6_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok ví, že mají přivolat k sekundárně zasaženým interventa.

Byla zjišťována statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a znalostí, koho přivolat k sekundárně zasaženým osobám (tab. 16). Zaměstnanci byli rozděleni do skupiny pracujících v nemocnici do 1 roku včetně a déle jak 2 roky.

Ačkoli pomoci chí-kvadrát testu nebyla v dotazníkovém šetření zjištěna statistická významnost mezi délkou praxe a správnou odpovědí, kdy by se k sekundárně zasaženým osobám měl přivolat intervent ($p = 0,055$), přesto se blíží k hranici pro uznání. Při navýšení počtu respondentů by mohl být statistický rozdíl více viditelný a nulová hypotéza by byla zamítnuta. V tomto případě je nulová hypotéza potvrzena.

Tabulka 16: Hypotéza 6 – Délka praxe ve ZZ a znalost, koho přivolat k sekundárně zasaženým

	PEER podpora		Interventa		Nikoho		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 1 roku (včetně)	7	29,2	10	41,7	7	29,2	24	100,0	0,055
více než 2 roky	91	26,8	205	60,5	43	12,7	339	100,0	
Celkový součet	98	27,0	215	59,2	50	13,8	363	100,0	

* chí-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)

Statisticky významná souvislost byla zjišťována mezi délkou praxe a znalostí rozdílu mezi peerem a interventem (tab. 17). Zaměstnanci byli rozděleni do skupiny pracujících v nemocnici do 1 roku včetně a déle jak 2 roky.

Statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a správnou odpovědí, že peer a intervent mají rozdílné zaměření, nebyla zjištěna ($p = 0,270$). Nulová hypotéza byla potvrzena.

Tabulka 17: Hypotéza 6 - Délka praxe a znalost rozdílu mezi peerem a interventem

	Totěž		Mají rozdílné zaměření		Nevím		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 1 roku (včetně)	1	4,2	12	50,0	11	45,8	24	100,0	0,270
více než 2 roky	33	9,7	201	59,3	105	31,0	339	100,0	
Celkový součet	34	9,4	213	58,7	116	32,0	363	100,0	

* Fisherův exaktní test (hladina významnosti 5 %)

H7₀ – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok nepovažují službu SPIS v nemocnici za přínosnou.

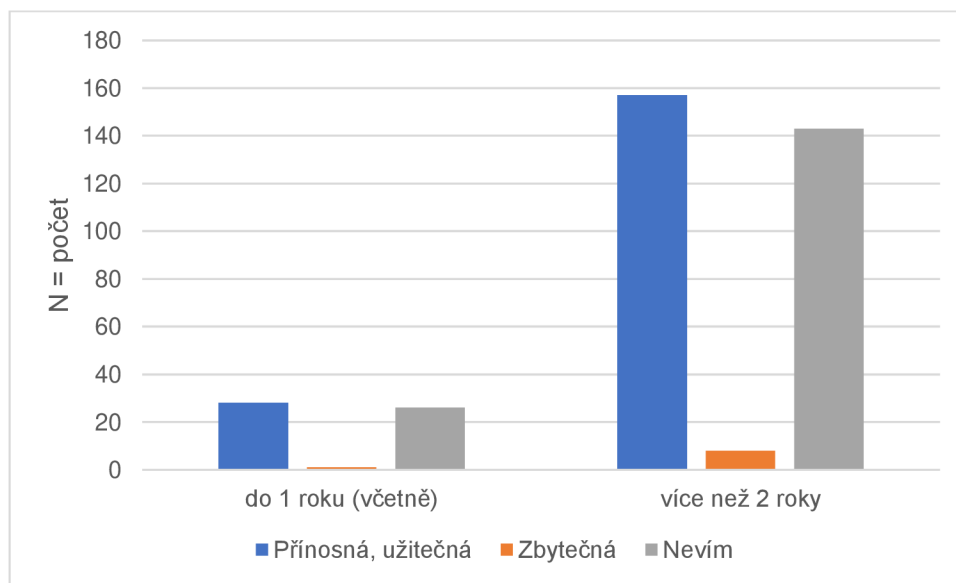
H7_A – Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok považují službu SPIS v nemocnici za přínosnou.

Byla zjišťována statisticky významná souvislost mezi délkou pracovního poměru zdravotníků v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. a přínosem služby SPIS pro zaměstnance (tab. 18, graf 11). Statisticky významný rozdíl nebyl zjištěn ($p = 0,941$). Za přínosnou považují SPIS službu osoby pracující v nemocnici do 1 roku v 50,9 % a více než 2 roky v 51,0 %. Nulová hypotéza byla potvrzena.

Tabulka 18: Hypotéza 7 – Délka pracovního poměru a přínos peer podpory

	Přínosná, užitečná		Zbytečná		Nevím		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
do 1 roku (včetně)	28	50,9	1	1,8	26	47,3	55	100,0	0,941
více než 2 roky	157	51,0	8	2,6	143	46,4	308	100,0	
Celkový počet	185	51,0	9	2,5	169	46,6	363	100,0	

* *chi-kvadrát test (hladina významnosti 5 %)*

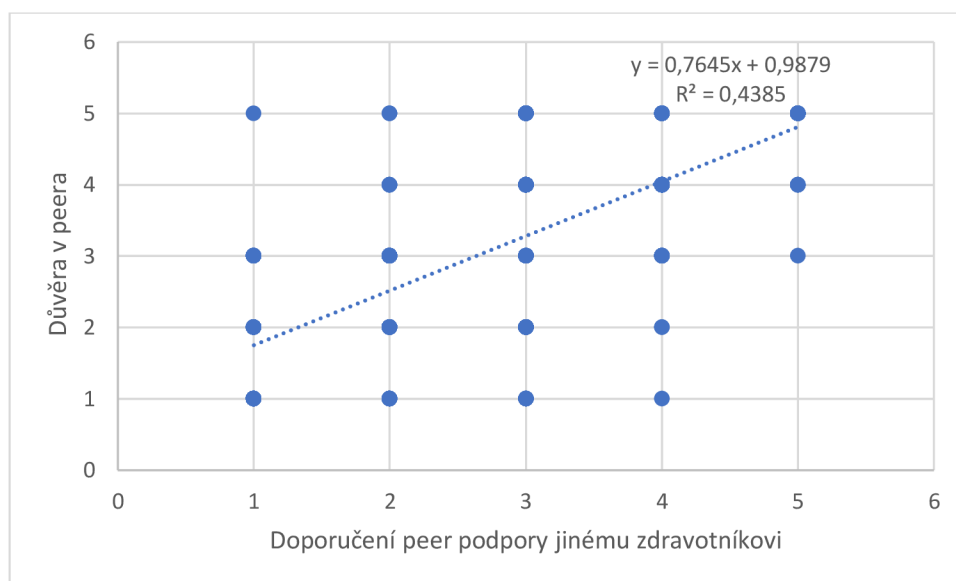


Graf 11: Délka pracovního poměru a přínos peer podpory

H8₀ – Zdravotníci nedoporučí kolegovi v případě prožití nadlimitní situace peer podporu.

H8_A – Zdravotníci doporučí kolegovi v případě prožití nadlimitní situace peer podporu.

Byla zjištěna závislost mezi doporučením peer podpory jinému zdravotníkovi a důvěrou v peera ($p < 0,001$, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu = 0,66, jedná se o silnou kladnou korelaci). Čím větší důvěru v peera zdravotníci mají, tím více doporučí peer podporu jinému zdravotníkovi (graf 12). Nulová hypotéza byla zamítnuta.



Graf 12: Důvěra v peer podporu a doporučení peer podpory jinému zdravotníkovi

H9₀ – Zdravotníci v případě prožití vlastní nadlimitní situace nevyužijí peer podporu.

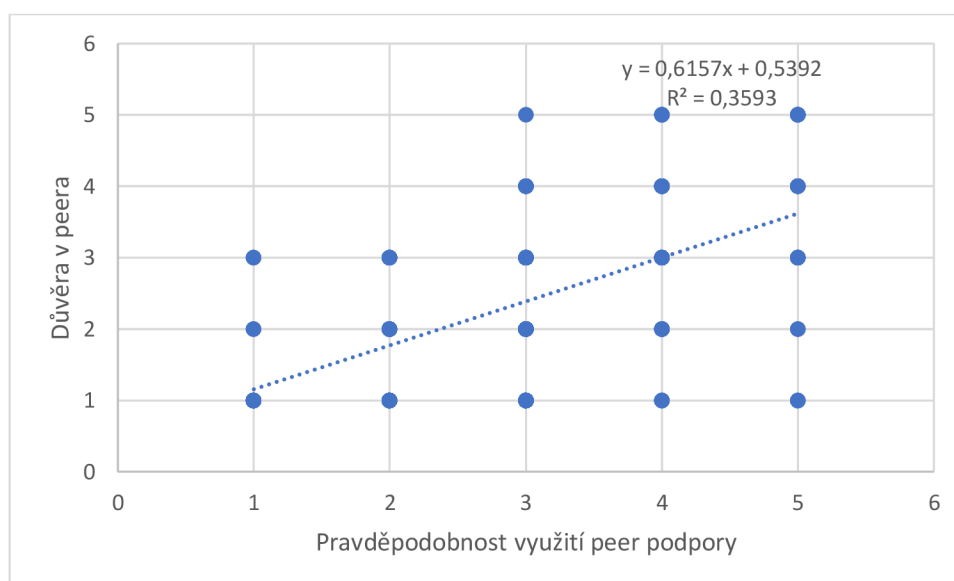
H9_A – Zdravotníci v případě prožití vlastní nadlimitní situace využijí peer podporu.

Největší důvěru (tab. 19) má u 309 zaměstnanců vlastní rodina (85,1 %), následuje kamarád/ka mimo vybrané zdravotnické zařízení u 167 respondentů (36,6 %) a třetí pozici zaujímá kolega/kolegyně ve 133 případech (36,6 %).

Tabulka 19: Hypotéza 9 – Pocit největší důvěry a pravděpodobnost využití peer podpory při prožití nadlimitní stresové situace

Největší důvěra	N	%
Rodina (partner, rodiče, děti)	309	85,1
Kolega, kolegyně	133	36,6
Nadřízená/y	39	10,7
Kamarád/ka mimo zdravotnické zařízení	167	46,0
Peer pracovník	26	7,2
Peer telefonní linka	6	1,7
Intervent	6	1,7
Psycholog	44	12,1
Psychiatr	6	1,7
Nikdo	7	1,9

Byla zjištěna závislost mezi pravděpodobností využití peer podpory a důvěrou v peera ($p < 0,001$, hodnota Spearmanova koeficientu pořadové korelace = 0,60, jedná se o silnou kladnou korelaci). Čím větší důvěru v peera zdravotníci mají, tím je větší pravděpodobnost využití peer podpory (graf 13). Nulová hypotéza byla zamítnuta.



Graf 13: Důvěra v peer podporu a pravděpodobnost využití peer podpory

H10₀ – Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pracovním zařazením a potřebou využití peer podpory.

H10_A – Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovním zařazením a potřebou využití peer podpory.

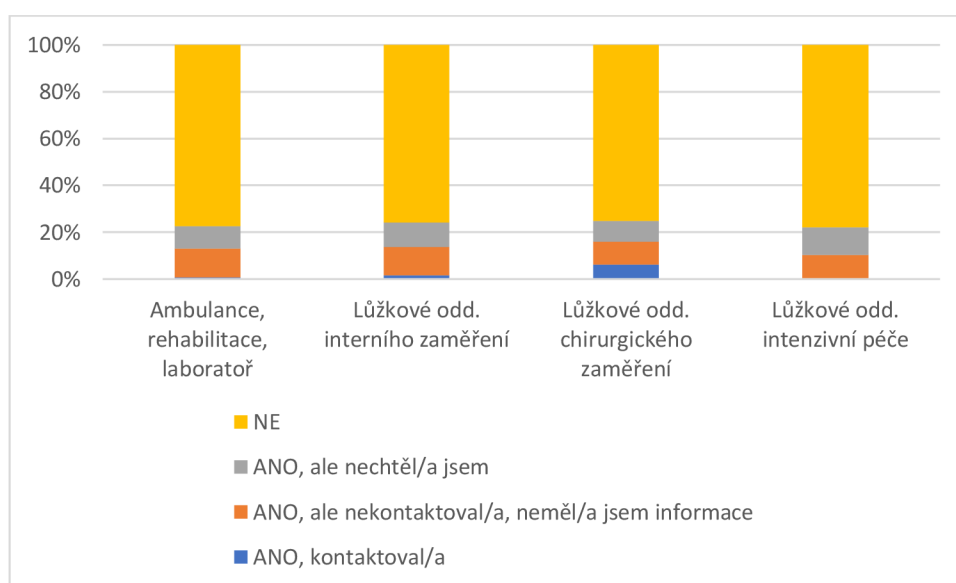
Dále byla zjišťována statisticky významná souvislost mezi pracovním zařazením a potřebou v minulosti kontaktovat peer podporu (tab. 20, graf 14).

Statisticky významný rozdíl mezi pracovním zařazením a vlastní zkušeností nebyl zjištěn ($p = 0,960$). Nulová hypotéza byla potvrzena. Většina zaměstnanců nemocnice nepotřebovala peer podporu (přibližně v průměru v 76,6 %).

Tabulka 20: Hypotéza 10 – Pracovní zařazení a vlastní zkušenost

	ANO, kontaktoval/a		ANO, ale nekontaktoval/a, neměl/a jsem informace		ANO, ale nechtěl/a jsem		NE		Celkem		p-hodnota*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ambulance, rehabilitace, laboratoř	1	0,8	15	12,1	12	9,7	96	77,4	124	100,0	0,960
Lůžkové odd. interního zaměření	1	1,7	7	12,1	6	10,3	44	75,9	58	100,0	
Lůžkové odd. chirurgického zaměření	7	6,2	11	9,7	10	8,8	85	75,2	113	100,0	
Lůžkové odd. intenzivní péče	0	0,0	7	10,3	8	11,8	53	77,9	68	100,0	
Celkový součet	9	2,5	40	11,0	36	9,9	278	76,6	363	100,0	

* Fisherův exaktní test (hladina významnosti 5 %)



Graf 14: Pracovní zařazení a vlastní zkušenost s peer podporou

4.5 Vlastní zkušenost z praxe

Ač jsem sama peer, tak jsem sama pro sebe i své kolegyně, a to nejen z porodního sálu, potřebovala ke konci roku 2023 peer podporu. Skutečnost, že je zdravotník sám peer totiž nevylučuje, že bude někdy peer podporu potřebovat.

V ten den došlo k nečekanému úmrtí mladé ženy. 24 hodin po porodu svého prvního dítěte umírá na následky vzácné poporodní komplikace, masivní embolie plodovou vodou. Pro partnera ženy a její rodinu jsme přes Krajský intervenční tým (KIT) aktivovaly intervenanta, už v době, kdy jsme věděli, že její zdravotní stav je infaustní.

Interventka dorazila do hodiny po aktivaci a byla s rodinou ženy ještě před jejím úmrtím. Rodinu doprovázela za ženou na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), tlumočila jim do „lidské“ řeči informace od lékařů a byla s nimi i v okamžiku úmrtí. Zároveň se čerstvého otce snažila ukotvit v přítomnosti návštěvami čerstvě narozeného dítěte na novorozeneckém oddělení a zapojení do péče o něj. S mužem a jeho nejbližšími interventka strávila vzhledem k tragické události dva dny. Součástí této intervence bylo předání muže do péče krizového centra, kde následně probíhá další podpora a pomoc.

Tato událost otřásla celým naším týmem, hlavně těmi, kteří byli toho dne na službě a viděli nejdříve okamžiky štěstí z narození dítěte bezprostředně po porodu. Ty byly za pár hodin vyměněny za neskutečně bolestivé. Nejednalo se ale jen o tým porodních asistentek a lékařů, ale třeba také ošetřovatelku, která měla v tu dobu stejně starou dceru a před pár týdny narozené vnouče. Zasaženy touto událostí byly rovněž novorozenecké sestry, kde docházel zdrcený otec navštěvovat své dítě a učil se o něj pečovat. Zasaženo bylo také oddělení ARO, kde mladá žena zemřela. Dále personál oddělení gynekologie, kde měla nová rodina po porodu pobývat na nadstandardním pokoji, a nakonec byl zde ubytovaný pouze zhroucený otec dítěte.

Pro nás všechny zasažené zdravotníky, kteří jsme chtěli, zajistilo vedení nemocnice skupinovou peer podporu – defusing, který pomohl ztlumit dopady této události a proběhla nabídka další individuální péče v případě potřeby. Setkání se zúčastnilo celkem 9 zasažených zdravotníků napříč odděleními i profesemi. Každý bez ohledu na vzdělání či profesi měl možnost sdílet své pocity.

5 Diskuze

Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví poskytuje prostřednictvím vyškolených zdravotníků bezplatnou peer podporu kolegům záchranářům, lékařským i nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Příbuzným a osobám blízkým, svědkům obětí nečekaných tragických událostí nehod poskytuje bezprostřední intervenční podporu.

V Moravskoslezském kraji využívá SPIS celkem 11 organizací a Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. je mezi nimi. Poskytovatelé zdravotních služeb zřizovaných krajem v roce 2023 začali naplno využívat Krajského intervenčního týmu (KIT), propojujícího pracovníky SPIS jednotlivých organizací. Spolupráce se osvědčila a projekt bude nadále podporován Moravskoslezským krajem. Tým pracuje v nepřetržitém pohotovostním režimu a umožňuje tak spolehlivě pokrýt potřebu rychlé dostupnosti peer podpory a intervenční péče na území celého kraje, nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v terénu.

V porovnání s ostatními kraji České republiky (viz. příloha č.4) je Moravskoslezský kraj se 135 pracovníky SPIS v počtu pracovníků SPIS na druhém místě. Ke konci roku 2023 jsou v Moravskoslezském kraji činní 54 peerů, 80 interventů a 1 psycholog. Největší počet pracovníků SPIS má Hlavní město Praha, ve kterém pracuje ke konci roku 2023 celkem 151 pracovníků SPIS (74 peerů, 72 interventů a 5 psychologů).

Pro zajímavost v Olomouckém kraji působí 20 peerů, 19 interventů a 2 psychologové, což je celkem 41 pracovníků SPIS. Jejich počty téměř tři roky stagnují. Stávající tým SPIS nalezneme ve FN Olomouc a v Psychiatrické nemocnici Šternberk. Minimální využití peer podpory je u krajské ZZS, intervenční službu ale organizace nepodporuje. Ostatní zdravotnická zařízení v kraji jsou v této oblasti nečinná. Ze čtrnácti krajů České republiky je Olomoucký kraj na 10.místě. Menší počet pracovníků SPIS je v kraji Libereckém (celkem 38 pracovníků), v kraji Vysočina (celkem 33 pracovníků), Ústeckém kraji (celkem 32 pracovníků), Pardubickém kraji (celkem 25 pracovníků), Jihočeském kraji (celkem 24 pracovníků). Nejnižší počet, celkem 12 pracovníků SPIS, má Karlovarský kraj, a to jen 8 peerů a 4 interventy (Humpl, 2024, s. 16). Peřeři věnují dobrovolně svůj čas při poskytování psychologické podpory kolegům zdravotníkům. Pomáhání druhým mají v sobě hluboce zakořeněné. Nabízí se zde ale zvážení možnosti finanční podpory pro peery, a tím rozšířit řady této pomáhající profese (Geyer et al, 2023).

Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. má svého prvního peera od roku 2015, všeobecnou sestru z gynekologického oddělení a prvního intervenanta, všeobecnou sestru z anesteziologicko-resuscitačního oddělení od roku 2021. Plnohodnotně fungující systém psychosociální

podpory je v nemocnici od roku 2022, kdy certifikovaným kurzem peer podpory prošly dvě porodní asistentky z porodního sálu a v nemocnici tak začali působit celkem 4 peeri. Jeden z peerů je současně také interventem a koordinátorem daného zdravotnického zařízení. V roce 2023 se začlenili další 2 peeri z řad všeobecných sester interního oddělení. Do budoucna se plánuje rozšířit tým interventů.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru informovanosti zaměstnanců Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. o službách SPIS. Poskytování psychosociální podpory je v nemocnici ukotveno ve vnitřním Řídícím dokumentu, který nabyl účinnosti 1.12.2022 a všichni zaměstnanci nemocnice stvrzují svým podpisem, že se s dokumentem seznámili. V dokumentu zdravotníci naleznou informace o tom, co peer podpora znamená, obvyklé indikace, význam, formy, zásady poskytování a její aktivaci. Rovněž je zde popsána intervence u sekundárně zasažených osob, nejčastější typy událostí indikující zásah, aktivace – jaké úkoly má klinické pracoviště a jaké intervent, včetně jeho povinností (Šulěř Grotsová, 2022). Rychlejší vyhledání kontaktů pro aktivaci psychosociální podpory a stručný popis služby SPIS mohou zaměstnanci nemocnice nalézt rovněž v rychlém odkazu, v hlavní nabídce na „Nemonetu“, vnitřní síti nemocnice.

Existenci a znalost vnitřního Řídícího dokumentu nemocnice „Psychosociální intervenční služba“ potvrdilo ve výzkumném šetření, kterého se zúčastnilo 363 zaměstnanců Nemocnice Karviná-Ráj, p.o., 62,3 % respondentů, z toho 72,4 % byli zaměstnanci pracující v daném zařízení více jak 5 let. Zároveň zaměstnanci pracující více jak 5 let v tomto konkrétním zdravotnickém zařízení uvedli v 82,8 %, že jsou pro ně informace dostačující. Zaměstnanci, kteří v nemocnici pracují do 5 let uvedli pocit dostatečných informací jen v 58,5 %. Obdobné výsledky nacházíme také u Daškové v roce 2018, kdy v nemocnicích Libereckého a Královehradeckého kraje uvedlo 66,5 % respondentů, že znají službu SPIS ve svých nemocnicích (Dašková, 2018, s. 46).

Délka zaměstnání se rovněž projevila v souvislosti se znalostí způsobu, jak a kdy kontaktovat peera či interventa. Zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 5 let uvedli, že znají způsob kontaktování interventa i peera v 88,2 % na rozdíl od zdravotníků pracujících v nemocnici do 5 let, kteří znají způsob kontaktování intervenční služby jen v 62,0 %.

Identita peerů a interventa Nemocnice Karviná-Ráj, p.o., kteří jsou sami také zaměstnanci nemocnice přes 20 let, je rovněž více známá zaměstnancům pracujícím v nemocnici déle jak 5 let, a to v 76,0 %. Značný rozdíl nacházíme u zaměstnanců pracujících v tomto zařízení kratší dobu, ti identitu peerů a interventa znají v pouhých 44,4 %.

Délka praxe a pracovního poměru se potvrdila rovněž jako velice klíčová v oblasti informovanosti zaměstnanců nemocnice. Nejen absolventi, ale jsou to také zdravotníci, kteří změnili zaměstnavatele a jsou z jiných zdravotnických zařízení, potřebují více času na vstřebání všech odborných a provozních informací.

Zaměstnanci pracující v nemocnici více jak 5 let ví, že peer má na rozdíl od interventa jiné zaměření v 63,3 % a proto by správně přivolali interventa k osobám zasaženým tragickou událostí v 61,5 %. Úkolem interventa je být průvodcem zasaženého a poskytnout mu první psychickou pomoc s cílem stabilizovat jeho aktuální prožívání. V případě úmrtí pacienta může, po dohodě s týmem zdravotníků, doprovodit pozůstalé k tělu zemřelého a být tak oporou při důstojném rozloučení se zemřelým (MZ ČR, 2019, s. 6).

Hlavní cíl práce byl tímto naplněn. Podařilo se určit míru informovanosti zdravotníků o službě SPIS a nastavit doporučení pro praxi, které je uvedené níže. Zaměstnanci sice potvrdili, že znají Řídící dokument a informace v něm jsou pro ně dostačující, ale to se nepotvrdilo v dalších výzkumných otázkách.

Dílčí cíl č.1: Detekovat úroveň důvěry a povědomí zaměstnanců o službách SPIS v závislosti na profesi, délce praxe, věku a pohlaví se podařilo v hypotézách H2, H3 a H4 rovněž splnit. Nejen délka praxe ve zdravotnictví a zaměstnání v tomto konkrétním zdravotnickém zařízení, ale také věk dotazovaných se projevil jako podstatný parametr v důvěře k peer podpoře. Největší důvěru uvedli zaměstnanci ve věku 41-50 let (průměrně 3,00 bodů). Nejméně peer podpoře důvěřují zaměstnanci ve věku do 20 let, tzv. generace Z, kteří udělili peer podpoře maximálně 3 body z pěti bodové škály (průměrně 2,09 bodů). Důvěra v peer podporu se dle dotazníkové šetření podle výše dosaženého vzdělání v tomto zařízení statisticky významně neliší, přestože lze najít drobné odchylky. Zaměstnanci s vyšším odborným vzděláním udělili průměrně 2,65 bodů, se základním vzděláním nepatrně více, 2,67 bodů, na rozdíl od 2,99 bodů vysokoškolsky vzdělaných zaměstnanců. Statisticky významný rozdíl v důvěře naopak nacházíme podle pracovní pozice dotazovaných. Nejméně, průměrně 2,37 bodů, peer podpoře důvěřují laboranti a radiologičtí asistenti. V dotazníkovém šetření udělili peer podpoře maximálně 4 body z pěti bodové škály. Nejvíce, průměrně až 3,17 bodů, uvedli lékaři a s 3,08 body jsou na druhé pozici fyzioterapeuti a ergoterapeuti.

Velice zajímavé výsledky nacházíme u hypotézy 5, která nabízí odpověď na dílčí cíl č. 2: Detekovat, zda službu SPIS v minulosti využili nebo v případě následného prožití nadlimitní stresové situace, buď své vlastní nebo svého kolegy, využijí anebo tuto službu doporučí. U hypotézy 5 se překvapivě nepotvrdila statisticky významná souvislost mezi délkou praxe

v nemocnici a prožitím nadlimitní stresové situace. Záměrně zvolená časová hranice 5 let, tj. rok 2018 a roky následující, kdy svět postihla pandemie Covid-19 a zdravotnictví bylo extrémně zatížené, se významně statisticky neprojevila. Ojedinele, v pouhých 2,7 %, zaměstnanci pracující ve zdravotnictví déle jak 5 let uvedli, že v minulosti vyhledali peer podporu. Celkem 12,2 % respondentů pracujících ve zdravotnictví déle jak 5 let uvedlo, že by peer podporu v minulosti kontaktovalo, ale nemělo o ní dostatečné množství informací, 9,0 % zaměstnanců uvedlo, že nadlimitní situaci prožilo, ale s peerem by ji nechtělo rozebírat. Dále 76,0 % respondentů označilo, že kontaktovat peer podporu potřebu nikdy nemělo. Respondenti pracující ve zdravotnictví dobu kratší 5 let tuto potřebu nepocítili dokonce v 77,5 %.

K podobným výsledkům, ale již na přelomu roku 2017 a 2018, dospěla Nečesaná ve Fakultní nemocnici Ostrava. Ve výzkumném šetření potvrdilo využití peer podpory 5 % respondentů z řad zdravotníků (Nečesaná, 2018, s. 40). K vyšším číslům využití peer podpory by autorka zřejmě dospěla o dva roky později, kdy v prosinci 2019 došlo v prostorách nemocnice ke střelbě. K úplně jinému závěru došel Mácha v roce 2020, tedy dokonce ještě v době před plným rozpuštěm pandemie. Ten položil obdobnou otázku 220 zdravotníkům z Fakultní nemocnice v Hradci Králové a v Pardubické nemocnici. Zde až 135 respondentů (61,4 %) uvedlo, že během své profesní kariéry nadlimitní situaci prožilo. V 33 případech (24,6 %) ji uspokojivě vyřešilo s rodinou a 8 respondentů (5,9 %) využilo peer podporu (Mácha, 2020, s. 50). Obdobné výsledky můžeme nalézt ve výzkumu u Mašláňové ze začátku roku 2021 z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Uherskohradištské nemocnice, kde 21 % dotazovaných pracujících na jednotkách intenzivní péče uvedlo, že v období pandemie Covidu-19 by peer podporu chtěli využít (Mašláňová, 2021, s. 55).

Zde se nabízí otázka, jestli vůbec tato služba, peer podpora pro zdravotníky, dává smysl. Odpověď nalezneme právě u těch téměř 2,7 % dotazovaných zdravotníků z nemocnice Karviná-Ráj, p.o., kteří již v minulosti peer podporu využili a dalších 12,2 % zdravotníků, kteří by ji využili, kdyby o ní měli v době, kdy prožívali nadlimitní situaci, větší množství informací. Respondenti pracující ve zdravotnictví dobu kratší 5 let by peer podporu využili v 9,2 %, rovněž kdyby o ni byli více informováni. Peer podpora není až tak o množství, ale o každém jednotlivci, kterému pomůže snížit dopady stresu a ten bude moci pracovat dále ve zdravotnictví.

Od roku 2020 lze jednoznačně rozpoznat nárůst poskytování peer podpory v České republice (viz. příloha č.5). Souvislosti bychom mohli nalézt zejména ve spojitosti s pandemií Covidu-19, válečným konfliktem na Ukrajině a jednou z posledních nadlimitní situací,

aktivním střelcem na Filozofické fakultě v Praze. V roce 2019 bylo poskytnuto 789 peer intervencí, kterých se zúčastnilo 1 025 osob. V dalším období následovala progresivní tendence v poskytování peer podpory. V roce 2020 proběhlo 1420 individuálních nebo skupinových peer podpor, což je meziroční nárůst o téměř 80 % pro 1 716 zdravotníků (meziroční nárůst o 67,4 %). Nejvíce byla peer podpora využívána v roce 2021. V 1 843 individuálních či skupinových peer podporách (vůči roku 2020 nárůst o 29,7 %) ji využilo 2 702 zdravotníků (vzhledem k roku 2020 nárůst o 57,4 %). Mírný pokles můžeme naopak pozorovat v roce 2022, kdy peer podporu využilo 1 825 zdravotníků (meziročně o 32,5 % méně) ve 1 381 individuálních či skupinových peer podporách (meziroční pokles o 25 %). Rok 2023 představuje opět nárůst o 11,5 % oproti roku 2022 a o dvojnásobek v počtu poskytnutých peer podpor ve srovnání s posledním rokem před vypuknutím pandemie, rokem 2019 (Humpl, 2024, s. 7).

V rámci peer podpory byly v roce 2023 nejčastějšími tématy obtížná situace na pracovišti (400 případů), mimopracovní potíže (170 případů), rodinné potíže (163 případy) a pocit vlastního selhání (109 případů) (Humpl, 2024, s.8).

Respondenti pracující v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. do 1 roku ví v pouhých 41,7 %, že mají k osobám sekundárně zasaženým akutní stresovou reakcí přivolat intervenanta a bohužel až v 50,0 % se mylně domnívají, že peer a intervenant mají stejné zaměření. Zdravotníci pracující v nemocnici déle ví, že k osobám sekundárně zasaženým akutní stresovou reakcí mají přivolat intervenanta v 60,5 % a o rozdílném zaměření peera a intervenanta mají povědomí v 59,3 %.

Rovněž v poskytování intervence, první psychické pomoci blízkým pacientů a pozůstalým, byl v roce 2023 v České republice detekován nárůst (viz. příloha 6). Ošetřeno bylo 2734 osob, tedy o 38 % více ve srovnání s rokem 2022 a o 117 % více, než v roce 2019. Nárůst v roce 2023 má souvislost zejména se střelbou na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Progresivní nárůst lze vidět v roce 2021 v souvislostech nejen s pandemií Covid-19, ale také s červnovým tornádem na jižní Moravě. Poskytnuto bylo 2 045 intervencí celkem 2 848 osobám. Nejčastějšími situacemi v roce 2023 byla náhlá a tragická úmrtí dětských i dospělých osob (355 případů), kritický stav blízké osoby (245 událostí), sdělení závažné zprávy (147 intervencí), 53 intervencí po dopravních nehodách a po suicidii blízkého člověka 56 intervencí. Ze statistického zpracování dat zřetelně vyplývá, že počet intervencí realizovaných v rámci poskytovatelů lůžkové péče zapojených do SPIS je aktuálně takřka trojnásobný (808) ve srovnání s událostmi řešenými intervencí zdravotnické

záchranné služby (281). Jde o trend posledních několika let, který jasně ukazuje narůstající potřebou zapojení zdravotnických interventů v nemocnicích (Humpl, 2024, s. 10, 11).

Celkově se zaměstnanci Nemocnice Karviná-Ráj, p.o. nedokázali jednoznačně vyjádřit, a to až ve 46,6 % procentech, zda je služba SPIS v nemocnici, pro ně či pro pacienty a jejich rodiny a blízké, přínosná, přestože ji v 51,0 % za přínosnou označili. Podobné výsledky můžeme najít opět u Nečesané (přelom roku 2017 a 2018), kdy 48 % dotazovaných ve Fakultní nemocnici Ostrava vnímá peer podporu pozitivně a 40 % respondentů na peer podporu nemá žádný názor (Nečesaná, 2018, s. 41).

Přesto, pokud by se v okolí dotazovaných zdravotníků karvinské nemocnice našel kolega zdravotník, který by prožíval nadlimitní stresovou situaci, peer podporu mu doporučí. Pokud by situaci prožívali sami dotazovaní, a peer podpoře důvěřují, obrátili by se na peer podporu rovněž.

Na základě dotazníkového šetření nelze jednoznačně určit oddělení, ambulanci, laboratoř či jiné pracovištěm, které je více exponované stresu a nadlimitním situacím. Statisticky významná souvislost se nepotvrdila. Napříč odděleními bylo dosaženo podobných výsledků. Na každém úseku se nacházejí zdravotníci, kteří již v minulosti peer podporu využili, nebo by ji využili, pokud by o ní měli více informací.

5.1 Doporučení pro praxi a limitace výzkumu

Vliv na výsledky průzkumného šetření mohl mít počet spolupracujících respondentů. V červenci 2023 v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. bylo v pracovním poměru 845 zdravotnických lékařských i nelékařských pracovníků. Dotazník vyplnilo 406 zaměstnanců, z nichž bylo do statistického zpracování začleněno 363 řádně vyplněných dotazníků, což představuje 42,9 % všech zaměstnanců. Tato skutečnost ovlivňuje např. H6, kde se potvrdilo, že zdravotníci pracující v nemocnici déle jak 1 rok neví, že mají přivolat k sekundárně zasaženým interventa. V minimální míře se dotazníkového šetření zúčastnili lékaři (9,1 %), a převažujícími nelékařskými zdravotnickými pracovníky byly převážně ženy (93,1 %).

Na základě výsledků průzkumného šetření jsem detekovala několik oblastí, kde by mohlo dojít ke zlepšení v povědomí zaměstnanců nemocnice o službě SPIS.

Jednou z nich, jak zefektivnit povědomí, kdo je v nemocnici peer a intervent, je umístit na Nemonet, ke kontaktům, např. také fotografie samotných peerů a interventa. Nemonet je k dispozici pro všechny zaměstnance a na všech pracovištích, tudíž pro všechny zaměstnance přístupný.

Pro docílení lepší informovanosti o službě SPIS v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. by bylo vhodné rozšířit osvětu o SPIS i jiným způsobem, než je vnitřní dokument, a to především se zaměřením na nové zaměstnance.

Každý nový zaměstnanec by měl během 6 měsíců, což je doba odpovídající adaptačnímu procesu, absolvovat povinnou přednášku člena SPIS, kde by získal informace o obou složkách psychosociální služby – peer podpoře i intervenci. Přednášejícími by byli sami členové SPIS Nemocnice Karviná-Ráj, p.o., a tím by došlo také k naplnění výše uvedeného, tzn. k vizualizaci peerů i interventa. Nový zaměstnanec by poznal identitu peera i interventa. Prezentace služby SPIS by nepřesáhla hodinovou dotaci a po domluvě s vedením nemocnice by byla započtena do pracovní doby obdobně jako povinné školení Bezpečnosti a ochrany při práci. Informace by byly cílené na indikace peer podpory, které jsou uvedeny v metodice MZ jako nejčastější typy nadlimitních situací: vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte, úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu, péče o extrémně nezralého novorozence, hromadné neštěstí, vážné onemocnění, zranění či smrt kolegy, péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s jeho rodinou a blízkými, neúspěšná kardiopulmonální resuscitace mladého člověka, sebevražda pacienta, mobbing a bossing na pracovišti, napadení zdravotníka při výkonu služby, péče o agresivního pacienta, ohrožení vlastního zdraví při práci, profesní pochybení či selhání zdravotníka nebo pandemie (MZ ČR, 2019, s. 10). Všichni zaměstnanci by měli vědět, že jsou v nemocnici lidé – peeři, kolegové z praxe, kteří jim budou po prožití nadlimitní stresové situace naslouchat bez jakéhokoliv odsouzení a s naprostým zachováním mlčenlivosti, a to samozřejmě i vůči vedení nemocnice přímým nadřízeným. Sníží se tím dopady stresu z prožité nadlimitní situace, eliminuje se syndrom vyhoření a fluktuace zaměstnanců.

Management všech nemocnic by měl zlepšit připravenost zaměstnanců na budoucí krize, které mají na ně dopad a pracovně je omezují (Giusti et al, 2024).

Další informace navrhovaného školení by byly zaměřeny na interventske službu, která poskytuje první psychickou pomoc pacientovi a jeho rodině a blízkým při vážné změně zdravotního stavu, včetně umírání a smrti, v první fázi zármutku, truchlení a poskytování podpory při dalších traumatických událostech (MZ ČR, 2019, s. 6).

Stávající zaměstnanci by mohli pravidelně každoročně absolvovat školení v podobě krátkého e-learningové prezentace na téma SPIS v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o. pro znovu připomenutí významu peer podpory a intervence. Formou e-learningu již zaměstnanci splňují celou řadu povinných každoročních školení, která jsou zakončena krátkým testem z jednotlivého tématu. Obdobně by se krátkým testem ověřovaly základní informace

zaměstnanců o peer podpoře a intervenství. E-learningový test si může zaměstnanec absolvovat dle svých časových možností na svém pracovišti v průběhu celého kalendářního roku.

Také Mácha dospěl k názoru, že je letáková forma o službě SPIS nebo záložka na intranetu nedostačující. Zaměstnavatel by měl zaměstnance aktivně informovat nejen při nástupu do zaměstnání, ale také průběžně během pracovního poměru (Mácha, 2020, s. 51).

Závěr

Psychosociální podpora nabírá v posledních letech vlivem celosvětových a společenských událostí na významu.

Přesto, že jsou intervenci služba vně organizaci, dle mého pomáhají i uvnitř organizace. Svou přítomností pro blízké pacientů, kdy je doprovázejí v těch nejtěžších chvílích a jsou jim psychickou oporou a tlumočnickem odborných medicínských výrazu do „lidské“ řeči, pomáhají rovněž zdravotníkům. Ti se mohou naplno věnovat profesionální a odborné péči o pacienta s vědomím, že i o rodinu pacienta je kvalitně a profesionálně postaráno.

Je chybné domnívat se, že zdravotníci jsou na práci zvyklí, že jsou profesionálové, kteří musí vše zvládnout a prožívaným stresem posilují vlastní odolnost. Ano, jsou profesionálové. Ale stále lidé, i když s vyšším prahem frustrační tolerance vůči zátěži, což nevylučuje, že se jich cizí neštěstí lidsky nedotýká (Humpl, 2023, s. 13).

Na každém oddělení, ať už interního, chirurgického či intenzivní péče, ambulanci, v laboratořích i rehabilitaci může docházet k různým situacím, které mohou zaměstnanci pociťovat za nadlimitní a jsou tak vystaveni syndromu vyhoření. Rozhovorem s peerem, mohou být sníženy dopady akutního stresu a tím také eliminovány dopady dlouhodobého působení stresu na člověka. Zdravotnictví by si mělo chránit každého jednotlivého zaměstnance napříč spektrem všech pracovišť a peer podpora by měla být důležitou a samozřejmou součástí péče o zaměstnance.

Referenční seznam:

1. BAŠTECKÁ, Bohumila; HLAVÁČKOVÁ, Dana; KAVAN, Štěpán; MIKA, Otakar J.; SOTOLÁŘOVÁ, Marie et al. *Terénní krizová práce - Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
2. DAŠKOVÁ, Veronika. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2018. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5raxyf/>. [cit. 2024-04-18] Vedoucí: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
3. ČAPKOVÁ, Barbora. Mentální zdraví lékařů. Vědí, jak o sebe pečovat? *Geriatric a Gerontologie*. 2023, **12**(1), 41-44. ISSN 1805-4684. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2023-1-17/mentalni-zdravi-lekaru-vedi-jak-o-sebe-pecovat-133914>
4. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č.374/2011 Sb. - Zákon o zdravotnické záchranné službě*. Online. Zákony pro lidi. 2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374?citace=1#f4439590>. [cit. 2023-09-17].
5. DIVINE, Megane. *Je v pořádku, že nejsi v pořádku*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3498-4.
6. FIALOVÁ, Ivana. *Zvládání zátěže*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2012. ISBN 978-80-7464-118-3.
7. GEYER, Latrina T.; CUNNINGHAM, Tim; RASTORGUIEVA, Krystyna a RITENOUR, Chad W.M. An Abundance Mindset Approach to Support Nurse Well-Being: The Feasibility of Peer Support. Online. *Nurse Leader*. 2023, roč. 21, č. 4, s. 489-493. ISSN 15414612. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2023.03.013>. [cit. 2024-04-27].
8. GIUSTI, Emanuele Maria; FERRARIO, Marco Mario; VERONESI, Giovanni; D'AMATO, Alessia; GIANFAGNA, Francesco et al. Perceived work stressors and the transition to burnout among nurses in response to the pandemic: implications for healthcare organizations. Online. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2024, roč. 50, č. 3, s. 158-167. ISSN 0355-3140. Dostupné z: <https://doi.org/10.5271/sjweh.4148>. [cit. 2024-04-06].
9. HENNIG, Gudrun a PELZ, Georg. *Transakční analýza - Terapie a poradenství*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1636-2.

10. HOFFMANN, Antonín; HRDINOVÁ, Ljuba; KERDOVÁ, Martina a HUMPL, Lukáš. PEER je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí. *Florence*. 2017, roč. XIII, č. 10, s. 20-21. ISSN 1801-464X.
11. HONZÁK, Radkin. Prevence burn-out syndromu. In: FAIT, Tomáš; VRABLÍK, Michal a ČEŠKA, Richard. *Preventivní medicína*. 3. Praha: Maxdorf, 2021, s. 401-405. ISBN 978-80-7345-680-1.
12. HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013--562-4.
13. HUMPL, Lukáš; KOLÁŘOVÁ, Vendula a ČEPICKÁ, Blanka. *Peer podpora ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2023. ISBN 978-80-7013-617-1.
14. HUMPL, Lukáš. *Zpráva o činnosti SPIS 2023: Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví*. 2024.
15. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající osoby*. 2. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-807-553-414-9.
16. KISSEL, Katherine A.; FILIPEK, Christine; FOLZ, Emma a JENKINS, Jessica. The impact of a three-tiered model of nursing redeployment during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Online. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023, roč. 77. ISSN 09643397. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103431>. [cit. 2024-04-26].
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.
18. KUŠIAKOVÁ, Hana a KUŠIAK, Ivan. *Jak překonat stres*. Praha: Reader's Digest Výběr, spol. s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7406-194-3.
19. LABRAGUE, Leodoro J. a SANTOS, Janet Alexis A. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. Online. *Journal of Nursing Management*. 2021, roč. 29, č. 3, s. 395-403. ISSN 0966-0429. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>. [cit. 2024-03-26].
20. LEBLANC, Lise. *Sebepéče pro pečující*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1395-8.
21. MÁCHA, Daniel. Využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků Online. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta

- zdravotnických studií. 2020. Dostupné z: <https://theses.cz/id/rsc30h/>. [cit. 2024-04-17]. Vedoucí práce Mgr. Jindra Holeková, DiS.
22. MAGERČIAKOVÁ, Mariana a KOBER, Lukáš. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3730-5.
23. MAŠLÁŇOVÁ, Kateřina. *Peer podpora personálu na jednotce intenzivní péče* Online. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/j1msv5/>. [cit. 2024-04-19]. Vedoucí: Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2019, 24.6.2020 [cit. 2023-09-17]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>
25. NEČESANÁ, Markéta. *Psychosociální intervenční služba ve Fakultní nemocnici Ostrava* Online. Bakalářská práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. 2018. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fi7hir/>. [cit. 2024-04-18]. Vedoucí práce PhDr. Ilona Plevová, PhD.
26. NEŠPOR, Karel. *Přirozené způsoby zvládnání stresu*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496443-5.
27. NCO NZO. Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací -840-77/2023. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. nedatováno [cit. 2023-09-17]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/peer-program-pece-a-podpory-zdravotnickym-pracovnikum-strategie-zvladani-psychicky-narocnych-profesnich-situaci-870-72023>
28. ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.
29. RATISLAVOVÁ, Kateřina a HRUŠKOVÁ, Zuzana. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. ISBN 978-80-270-6935-4.
30. ROHWETTER, Angelika. *Únava ze soucitu*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1891-3.
31. SNIDER, Leslie; OMMEREN, Mark van; SCHAFER, Alison; SEZIMA, Ondřej a DVOŘÁKOVÁ, Jarmila, BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.). *Psychická první pomoc*. Praha:

- Diakonie ČCE - Středisko humanitární a rozvojové spolupráce, 2019. ISBN 978-80-906509-9-2.
32. SOVOVÁ, Eliška a , kolektiv. *Primární prevence v praxi - projekt 5S*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6262-2.
33. SPIS a. *Vznik a vývoj systému*. Online. SPIS. B.r. Dostupné z: <https://spis.cz/kdojsme/>. [cit. 2023-09-30].
34. SPIS b. *První psychická pomoc sekundárně zasaženým SPIS*. Online. Systém psychosociální intervenční služby. B.r.. Dostupné z: <https://spis.cz/prvni-psychicka-pomoc-sekundarne-zasazenym/>. [cit. 2023-09-30].
35. ŠPATENKOVÁ, Naděžda; IVANOVÁ, Kateřina; JAKEŠOVÁ, Petra; SCHNEIDEROVÁ, Anna; SOBOTKOVÁ, Irena et al. *Krizová intervence pro praxi 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
36. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
37. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 3. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3885-2.
38. ŠTANCEL, Marek a VARGOVÁ, Anna. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
39. ŠULÉŘ GROTSOVÁ, Petra. *Psychosociální intervenční služba: 03-22-00-SOP-NOP*. Karviná, 2022.
40. VÉVODA, Jiří; IVANOVÁ, Kateřina; NAKLÁDALOVÁ, Marie; BÁRTLOVÁ, Sylva; ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
41. VODÁČKOVÁ, Daniela a , kol. *Krizová intervence*. 4. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1704-6.
42. WEISOVÁ, Jiřina. Zdravotníci jsou jako běžci na dlouhých tratích. Pokud chceme, aby běhali dobře a nepadli vysílením, musíme se o ně starat. *Florence*. 2016, **12**(6), 2-3. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/6/zdravotnici-jsou-jako-bezci-na-dlouhych-tratich-pokud-chceme-aby-behali-dobre-a-nepadli-vysilenim-musime-se-o-ne-starat/>
43. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická část*. 2. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9675-3.

Seznam zkratek:

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CISM – Critical Incident Stress Managementu

ČLS J.E.Purkyně – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

FN – Fakultní nemocnice

IZS – Integrovaný záchranný systém

KIT – Krajský intervenční tým

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů

p.o. – příspěvková organizace

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZZ – Zdravotnické zařízení

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru	45
Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru v závislosti na povolání	47
Tabulka 3: Nejčastější typy nadlimitních stresových situací	48
Tabulka 4: Nejmenší důvěra	48
Tabulka 5: Důvěra v peer podporu dle pohlaví	49
Tabulka 6: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost Řídícího dokumentu „Psychosociální intervenční služba“	50
Tabulka 7: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací o SPIS	51
Tabulka 8: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či intervenanta	52
Tabulka 9: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost identity peera nebo intervenanta v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.	53
Tabulka 10: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost rozdílu mezi peerem a interventem.....	54
Tabulka 11: Hypotéza 1 – Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a koho volat k osobám sekundárně zasaženým tragickou událostí	55
Tabulka 12: Hypotéza 2 - Věk a důvěra v peer podporu	57
Tabulka 13: Hypotéza 3 – Vzdělání a důvěra v peer podporu	58
Tabulka 14: Hypotéza 4 – Pracovní pozice a důvěra v peer podporu	59
Tabulka 15: Hypotéza – Délka praxe ve vybraném ZZ a prožitek nadlimitní situace.....	60
Tabulka 16: Hypotéza 6 – Délka praxe ve ZZ a znalost, koho přivolat k sekundárně zasaženým	61
Tabulka 17: Hypotéza 6 - Délka praxe a znalost rozdílu mezi peerem a interventem	61
Tabulka 18: Hypotéza 7 – Délka pracovního poměru a přínos peer podpory	62
Tabulka 19: Hypotéza 9 – Pocit největší důvěry a pravděpodobnost využití peer podpory při prožití nadlimitní stresové situace	64
Tabulka 20: Hypotéza 10 – Pracovní zařazení a vlastní zkušenost	65

Seznam grafů

Graf 1: Důvěra v peer podporu dle pohlaví	49
Graf 2: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost Řídícího dokumentu „Psychosociální intervenční služba“	50
Graf 3: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací	51
Graf 4: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a pocit dostatečných informací v případě způsobu kontaktování peera či interventa.....	52
Graf 5: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost identity peera nebo interventa v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.	53
Graf 6: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a znalost rozdílu mezi peerem a intervntem.	54
Graf 7: Délka zaměstnání ve vybraném ZZ a koho volat k osobám sekundárně zasaženým tragickou událostí	55
Graf 8: Věk a důvěra v peer podporu.....	57
Graf 9: Vzdělání a důvěra v peer podporu	58
Graf 10: Pracovní pozice a důvěra v peer podporu.....	59
Graf 11: Délka pracovního poměru a přínos peer podpory	62
Graf 12: Důvěra v peer podporu a doporučení peer podpory jinému zdravotníkovi.....	63
Graf 13: Důvěra v peer podporu a pravděpodobnost využití peer podpory	64
Graf 14: Pracovní zařazení a vlastní zkušenost s peer podporou	65

Seznam obrázků

Obr. 1: Fáze debriefingu (Kolářová, Humpl, 2023, s. 72)	34
Obr. 2: Srovnání skupinových intervencí (Kolářová, Humpl, 2023, s. 73).	35

Seznam příloh

1. Dotazník
2. Stanovisko Etické komise Nemocnice Karviná-Ráj, p.o.
3. Žádost o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví
4. Počty aktivních členů SPIS v krajích – rok 2021, 2022, 2023 zdravotnictví (Humpl, 2024, s. 17)
5. Trend poskytování peer podpory ve zdravotnictví (Humpl, 2024, s. 7)
6. Trend poskytování první psychické pomoci sekundárně zasaženým (Humpl, 2024, s. 10)
7. Propagační materiál SPIS

Přílohy

1. Příloha: Dotazník

1. Uvedte, prosím, Vaše pohlaví:

- a) Žena b) Muž

2. Uvedte, prosím, Váš věk:

3. Uvedte, prosím, Vaši pracovní pozici:

- a) Sanitář/ka, Ošetřovatel/ka
b) Praktická sestra
c) Všeobecná sestra, porodní asistentka
d) Laborant, radiologický asistent
e) Fyzioterapeut, ergoterapeut
f) Lékař
g) Jiné:

4. Uvedte, prosím, Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) Základní
b) Středoškolské bez maturity
c) Středoškolské s maturitou
d) Vyšší odborné
e) Vysokoškolské

5. Uvedte, prosím, celkovou délku Vaší praxe ve zdravotnictví (v letech):

6. Uvedte, prosím, kolik let jste v pracovním poměru u nynějšího zaměstnavatele:

7. Kolik let pracujete na současném oddělení, ambulanci:
8. Uvedte, prosím, kde pracujete:
- a) Ambulance, laboratoř, rehabilitace
 - b) Lůžkové oddělení interního zaměření (Interní oddělení, LDN, Sociální lůžka, Rehabilitační oddělení apod.)
 - c) Lůžkové oddělení chirurgického zaměření (Chirurgie, Ortopedie, Gynekologicko – porodní oddělení, Oční oddělení apod.)
 - d) Lůžkové oddělení intenzivní péče (ARO, JIP, NIP, DIOP)
9. O službě SPIS (Systém psychosociální intervenční služby), a jejich složkách PEER podpory a Intervenství víte:
- a) Z internetu
 - b) Z nemonetu
 - c) Informace mám od své/ho kolegy/ně
 - d) Informace mám od své/ho nadřízené/ho
 - e) Byl/a jsem na přednášce člena SPIS
 - f) O této službě nevím
10. Má nemocnice vypracovaný Řídící dokument v souvislosti s poskytováním PEER podpory a Intervenční služby?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
11. Jsou tyto informace pro Vás dostačující?
- a) Ano
 - b) Ne

12. Víte, kde najdete kontakt na Interventa nebo PEERa?

- a) Ano
- b) Ne

13. Víte, kdo je v nemocnici PEER a Intervent?

- a) Ano
- b) Ne

14. PEER a Interventi jsou podle Vás:

- a) Totéž
- b) Mají rozdílné zaměření
- c) Nevím

15. Jaká forma kontaktu s PEERem je pro Vás přijatelnější?

- a) Osobní setkání
- b) Telefonický rozhovor

16. Od PEERa očekáváte (můžete označit více možností):

- a) Vyslechnutí
- b) Radu
- c) Mlčenlivost
- d) Vyřešení situace
- e) Nemám žádné očekávání

17. S jakým problémem, svým či svých kolegů, byste se obrátil/a na PEER podporu?

Můžete označit více možností:

- a) Šikana na pracovišti
- b) Nadměrné přetěžování přesčasy
- c) Nadlimitní události (např. Covid, hromadné nehody, agresivní pacient nebo rodinný příslušník)
- d) Vážná nemoc vlastní osoby, v rodině nebo kolegy
- e) Smrt kolegy, blízké osoby, nečekaná smrt pacienta
- f) Sebevražda kolegy, blízké osoby, pacienta
- g) Interpersonální vztahy
- h) Alkohol na pracovišti
- i) Rodinné problémy
- j) Pocit viny při profesním selhání (např. při záměně léků, nedodržení léčebných postupů)
- k) Pocit syndromu vyhoření
- l) V žádném případě bych se na PEERa neobrátil/a
- m) Jiný, uveďte:

18. Pokud byste se potřeboval/a svěřit s některým z výše uvedených problémů, kdo má ve Vašem okolí Vaši NEJVĚŠÍ důvěru? Označte maximálně tři možnosti.

- a) Rodina (partner, rodiče, děti)
- b) Kolega, kolegyně
- c) Nadřízená/ý
- d) Kamarád/ka mimo zdravotnické zařízení
- e) PEER pracovník
- f) PEER telefonní linka
- g) Intervent
- h) Psycholog
- i) Psychiatr
- j) Nikdo

19. Pokud byste se potřeboval/a svěřit s některým z výše uvedených problémů, kdo má ve Vašem okolí Vaši NEJMENŠÍ důvěru? Označte maximálně tři možnosti.

- a) Rodina (partner, rodiče, děti)
- b) Kolega, kolegyně
- c) Nadřízená/ý
- d) Kamarád/ka mimo zdravotnické zařízení
- e) PEER pracovník
- f) PEER telefonní linka
- g) Intervent
- h) Psycholog
- i) Psychiatr
- j) Nikdo

20. K pozůstalým, případně osobám sekundárně zasaženým tragickou událostí, kteří se projevují akutní stresovou reakcí byste přivolal/a:

- a) PEER podporu
- b) Interventa
- c) Nikoho

21. Zažil/a jste ve svém profesním životě nadlimitní situaci, kdy jste pocítil/a potřebu kontaktovat PEER podporu?

- a) Ano, PEER podporu jsem již v minulosti kontaktovala
- b) Ano, ale nekontaktoval/a jsem PEER podporu, protože jsem o této službě neměl/a dostatečné množství informací
- c) Ano, ale s PEERem bych ji nechtěl/a rozebírat
- d) Ne

22. S jakou důvěrou byste se obrátil/a na PEERa?

Zakroužkujte číselnou hodnotu.

(1 – vůbec této službě nedůvěřuji... 5 – maximálně této službě důvěřuji):

1.....2.....3.....4.....5

23. Jaká je pravděpodobnost, že využijete v budoucnu při nadlimitní zátěži služby PEER?

Zakroužkujte číselnou hodnotu 1 – 5.

(1 – nejméně pravděpodobné... 5 – velice pravděpodobné):

1.....2.....3.....4.....5

24. Doporučil/a byste služby PEER jinému zdravotníkovi při nadlimitní zátěži?

Zakroužkujte číselnou hodnotu 1 – 5.

(1 – v žádném případě nedoporučil/a..... 5 – určitě doporučil/a):

1.....2.....3.....4.....5

25. PEER a Interventi získávají vzdělání a odbornou způsobilost k poskytování služby:

- a) Studium vysoké školy
- b) Certifikovaným kurzem
- c) Dlouhodobou praxí ve zdravotnictví
- d) Není potřeba žádné další vzdělávání
- e) Nevím


26. Měl/a byste sám/sama za sebe zájem stát se pracovníkem SPISu (PEER, Intervent)?


- a) Ano, zaujala mě možnost stát se PEERem
- b) Ano, zaujala mě možnost stát se Interventem
- c) Ano, zaujala mě možnost stát se PEERem i Interventem současně
- d) Ne, tato možnost mě nezaujala

27. Nabízená služba SPIS v nemocnici je dle Vašeho mínění:

- a) Přínosná, užitečná
- b) Zbytečná
- c) Nevím

2. Příloha: Stanovisko Etické komise Nemocnice Karviná-Ráj, p.o.

 **NEMOCNICE**
Karviná - Ráj



Etická komise

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ

Multicentrické KH, je požadováno stanovisko multicentrické EK pro všechna centra/*Multi-centric clinical trial, opinion issued by Ethics Committee for Multi-Centric Clinical Trials is required*

Multicentrické KH, je požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ *Multi-centric clinical trial, opinion issued by local Ethics Committee(s) is required*

KH prováděné v jednom centru, požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ *Clinical trial conducted in a single site, opinion of a local EC is required*

Číslo jednací/*Reference number:*

Identifikační číslo KH/*EudraCT number:*

Zadavatel/*Sponsor:*
Nemocnice Karviná – Ráj,

Žadatel/*Applicant:*
Bc. Martina Skalková

Název KH/*Full Title of Clinical Trial:*
Systém psychosociální intervenční podpory v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.

Číslo protokolu/*Protocol Code Number:*

Datum doručení žádosti/*Date of submission of the Application Form:* 26.3.2023

Datum jednání EK + čas/*Date and time of Ethics Committee's session: e-mailové souhlasy členů komise.*

U multicentrického KH adresa multicentrické EK, ke které bylo KH předloženo/ *For multi-centric clinical trials give address of the Multi-Centric Ethics Committee to which the application was submitted :*

Formulář č. 138
Aktualizace 00/2017

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / *Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion:*

Ano/Yes Ne, zdůvodnění/ *No, reasons:.....*

Vyjádření EK/ *Ethics Committee's opinion:*

EK vydává / *EC issues* Souhlasné stanovisko/*Favourable opinion*
 Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*

Zdůvodnění stanoviska EK/ *Reasons for EC opinion:*
Etická komise schvaluje práci Bc. Marty Skalkové

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ *Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:*

1x ročně/*Once a year* Jiná lhůta/ *Other*

Vyjádření k zařazení subjektů hodnocení, kdy nelze získat jejich souhlas k zařazení do KH (např. akutní stavy, bezvědomí)/ *Position on inclusion of CT subjects whose consent with inclusion in CT cannot be obtained (e.g. acute condition, unconsciousness):*

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/ *List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:*

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
• Porodní sál		EK Nemocnice Karviná-Ráj, Vydmučov 399/5, 734 12 Karviná-Ráj

Seznam hodnocených dokumentů/ *List of all submitted documents:*

Název dokumentu, verze, datum <i>Document title, version, date</i>	Schváleno <i>/Approved</i>		Vzato na vědomí / <i>Taken into account</i>	
	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>

Žádost o projednání výzkumného projektu v EK + popis studie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

Jméno a příjmení <i>First name and surname</i>	Muž/ Žena <i>Male/ Female</i>	Odbornost <i>Specialism</i>	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK <i>Role in EC</i>	Přítomen <i>Attendance</i>		Hlasoval <i>Voted</i>	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Daniel Janek	M/M		A/Y		Předseda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Petr Šlajferčík	M/M		A/Y		Mistopředseda	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Barbara Widenková	Ž/F		A/Y		Člen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kristina Klimszová	Ž/F		A/Y		Člen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PharmDr. Robert Bartas, Ph. D., MBA	M/M		A/Y		Člen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Jaroslav Koval	M/M			N/N	Člen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Michaela Unucková	Ž/F			N/N	Člen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbora Bartošíková	Ž/F		A/Y		Člen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Člen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Člen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/*The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:*

 Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Datum/Date: 03.05.2023

 Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson of the EC


MUDr. Daniel Janek

Nemocnice Karviná - Ráj,
 příspěvková organizace
 Vydmuchovej 399/5, Ráj, 734 01 Karviná
 Etická komise
 IČ: 00844853 DIČ: CZ00844853

3. Příloha: Žádost o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví



NEMOCNICE
Karviná - Ráj



Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje

Žádost o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví

Jméno, příjmení, titul:	Martina Skalková, Bc.	
Kontaktní údaje:	kontaktní adresa: Luční 1389, Dolní Lutyně, 735 53	
	e-mail: skalkova@nspka.cz	
	telefonický kontakt: 604 480 170	
Zaměstnanec nemocnice	x ANO (uveďte pracoviště): porodní sál <input type="checkbox"/> NE	
Účel sběru dat:	<input type="checkbox"/> absolventská práce <input type="checkbox"/> bakalářská práce <input checked="" type="checkbox"/> diplomová práce <input type="checkbox"/> jiná (uveďte)	
Název střední / vysoké / vyšší odborné školy (vyplní student střední / vysoké / vyšší odborné školy)	Univerzita Palackého v Olomouci	
Fakulta (vyplní student vysoké / vyšší odborné školy):	Fakulta zdravotnických věd	
Studijní obor (vyplní student vysoké / vyšší odborné školy):	Organizace a řízení ve zdravotnictví	
Ročník / semestr studia (vyplní student střední / vysoké / vyšší odborné školy):	3.semestr	
Obor specializačního vzdělání: (vyplní student specializačního vzdělávání)		
Název práce: Systém intervenční psychosociální služby v Nemocnici Karviná-Ráj, p.o.	Vedoucí odborné práce: Mgr. Kovalová Martina PhD.	
Termín zahájení sběru dat: srpen 2023	Termín ukončení sběru dat: listopad 2023	
Název pracoviště, kde má být sběr dat proveden:	Nemocnice Karviná-Ráj, pracoviště Karviná	

Povinné přílohy žádosti:

- Potvrzení o studiu
- Stručná anotace odborné práce
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek
- Kopii dokladu o zaplacení poplatku

Nemocnice si vyhrazuje právo ke zhlédnutí práce před jejím publikováním. V případě nesouhlasu nemocnice s uvedenými daty nebo závěry práce je student povinen nepřistoupit k jejich interpretaci a zároveň se zavazuje k dodání konečné podoby výsledků v elektronické podobě.

Datum: 1.8.2023 Podpis žadatele: 

Vyspanou a Vámi podepsanou Žádost a Prohlášení o mlčenlivosti zašlete ve 2 originálech referentovi vzdělávání prostřednictvím e-mailové adresy: fabiszova@nspka.cz nebo na adresu Nemocnice Karviná – Ráj, příspěvková organizace, Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná. O stavu Vaší žádosti a dalším postupu budete po vyjádření příslušného náměstka informován/a.

Vyjádření příslušného náměstka: souhlasím nesouhlasím

Jmenovka a podpis příslušného náměstka: 

Kontaktní osoba a telefonický kontakt pracoviště, na kterém bude sběr dat probíhat:

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace
Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nspka.cz
Organizace je vedena u Krajského soudu v Ostravě spisová značka Pr. vložka 880, IČ 00844853

Formulář č. Z 135
Aktualizace 01/2023

1

Prohlášení o mlčenlivosti

Já (jméno, příjmení): Martina Skalková, Bc.

narozen dne: 3.1.1981

se zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, které jsem získal v souvislosti se sběrem dat v Nemocnici Karviná – Ráj, příspěvková organizace (dále jen Nemocnice) za účelem popsáním na 1. straně tohoto tiskopisu.

Dále se zavazuji neposkytovat žádné informace o Nemocnici sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

Jsem si vědom(a), že patientská data mohou čerpat pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas.

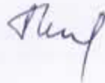
Jsem si vědom(a), že získaná data mohou ve své práci použít pouze v anonymní podobě, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.

Jsem si vědom(a), že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Nemocnici.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebrání souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

V Karviné dne 1.8.2023

Podpis žadatele



2

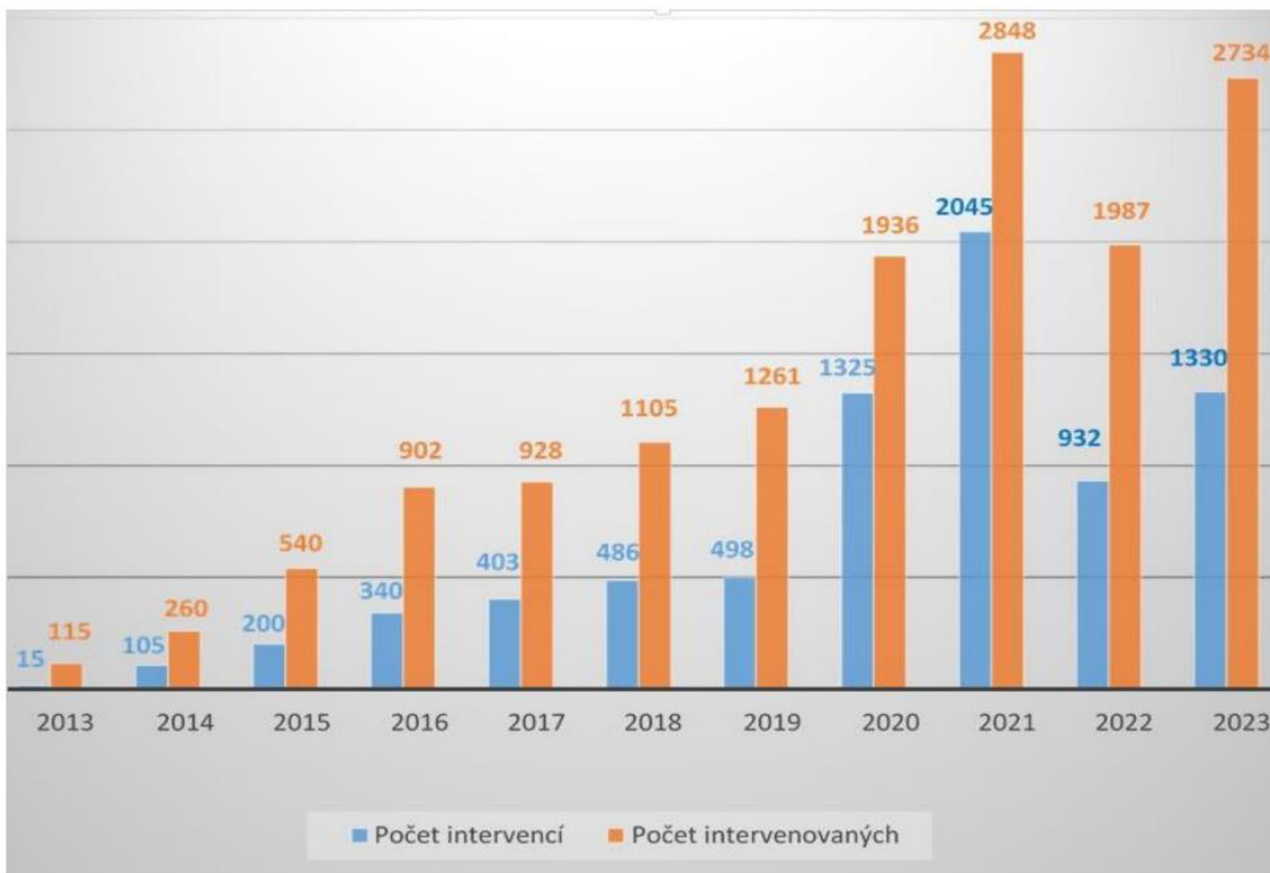
4. Počty aktivních členů SPIS v krajích – rok 2021, 2022, 2023 zdravotnictví (Humpl, 2024, s. 17)

Název kraje	PEER			Intervent			Psycholog			Pracovníci SPIS celkem		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Hlavní město Praha	59	61	74	55	59	72	6	5	5	97	125	151
Jihomoravský kraj	29	32	33	26	39	48	0	0	1	55	71	82
Královéhradecký kraj	21	21	23	30	32	43	0	0	0	51	53	66
Olomoucký kraj	19	20	20	18	18	19	2	2	2	39	40	41
Liberecký kraj	16	18	19	16	17	18	1	1	1	33	36	38
Karlovarský kraj	7	6	8	0	2	4	0	0	0	7	8	12
Kraj Vysočina	13	16	17	13	14	16	0	0	0	26	30	33
Pardubický kraj	10	6	18	5	6	7	0	0	0	15	12	25
Jihočeský kraj	5	9	9	14	12	14	1	1	1	20	22	24
Plzeňský kraj	21	23	27	38	40	41	2	4	5	61	67	73
Zlínský kraj	21	21	23	19	17	24	0	0	0	40	38	47
Moravskoslezský kraj	39	49	54	66	73	80	1	1	1	106	123	135
Ústecký kraj	13	11	13	20	18	18	1	1	1	34	30	32
Středočeský kraj	17	19	21	28	28	31	1	1	1	46	48	53
Celkem	290	312	359	348	375	435	15	16	18	653	703	812

5. Trend poskytování peer podpory ve zdravotnictví (Humpl, 2024, s. 7)



6. Trend poskytování první psychické pomoci sekundárně zasaženým (Humpl, 2024, s. 10)



8. Propagační materiál SPIS



SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY (SPIS)



**Systém zahrnuje poskytování intervenčních služeb
i preventivní opatření – edukaci a nabídku vhodných strategií při zvládnání stresu.**

SPIS je služba orientovaná dvěma směry

PEER KOLEGIÁLNÍ PODPORA

Poskytována zdravotníkům všech odborností i pracovníkům managementu, a to při profesně náročných a pro psychiku nadlimitně zatěžových situacích. Podporu poskytují vyškolení profesionálové – zdravotníci peeri a psychologové.

INTERVENČNÍ PODPORA SEKUNDÁRNĚ ZASAŽENÝM

Poskytována při událostech mimořádného a tragického charakteru příbuzným pacientů, pozůstalým, svědkům či laickým zachráncům, kteří jeví známky akutní stresové reakce. Podporu poskytují vyškolení profesionálové – zdravotníci intervenční a psychologové.

PEER PODPORA (INDIVIDUÁLNÍ, SKUPINOVÁ)

- pomoc s obnovením normální úrovně fungování zdravotníka
- podpora s uzavřením si nadlimitní situace
- snížení rizika vzniku a rozvoje psychosomatických onemocnění, závislosti, syndromu vyhoření, prevence profesního selhání

SITUACE, PŘI NICHŽ JE POSKYTOVÁNA PEER PODPORA

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- náhlé a neočekávané úmrtí
- kriticky zraněný, např. při dopravní nehodě, pracovním úraze
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy
- hromadné neštěstí s množstvím obětí, tragické události
- péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- sebevražda nebo pokus o ni
- zásah/ošetřování u osoby blízké,
- nezdařený pokus o záchranu života spojený s pocity bezmoci
- dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby
- napadení zdravotníka při výkonu práce
- péče o agresivního pacienta, či pachatele závažného trestního činu
- událost s nadměrným zájmem médií
- profesní pochybení, selhání zdravotníka
- stížnost podaná pacientem/příbuzným
- další/jiné nadlimitně psychicky zatěžující události

LINKA KRIZOVÉ PODPORY pro pracovníky ve zdravotnictví

530 331 122 | 530 331 131

K dispozici je pro Vás nepřetržitě.

INTERVENČNÍ ČINNOST

- provázení psychicky náročnou situací
- práce se symptomy akutní stresové reakce
- poskytování opory, sdílení emocí
- podávání informací – spolupráce se zdravotnickým týmem
- umožnění důstojného rozloučení
- komplexní péče o pacienta a jeho příbuzné

ZÁSADY POSKYTOVÁNÍ INTERVENČNÍ PÉČE

- profesionální přístup
- mlčenlivost a diskrétnost
- bezpečné prostředí pro sdělování
- přizpůsobení se potřebám uživatele



**S NÁROČNOU PROFESNÍ SITUACÍ
NEMUSÍTE ZŮSTÁVAT SAMI!**

NCO+NZO
NÁROČNÉ SITUACE
V ZDRAVOTNICTVÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

www.spis.cz

KOHO POŽÁDAT O TUTO SLUŽBU?

Peera nebo krajského koordinátora na webových stránkách www.spis.cz
Peera uvedeného níže.

KONTAKT NA KOORDINÁTORA, PEERA



KDO SLUŽBU ORGANIZUJE?

SPIS je podporován Ministerstvem zdravotnictví, administrativně a organizačně zajištěn Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně.

Službu vedou odborní garanti – kliničtí psychologové s dlouholetou praxí v resortu zdravotnictví, praktickými zkušenostmi s krizovou intervencí a péčí o zdravotnické pracovníky.

V jednotlivých krajích zajišťují dostupnost podpory a organizují činnost krajské koordinátory SPIS a koordinátory jednotlivých organizací – do systému zapojených nemocnic a zdravotnických záchranných služeb.

SPIS ZARUČUJE:

- profesionální přístup
- mlčenlivost a diskrétnost
- přizpůsobení se potřebám uživatele
- bezpečné prostředí pro poskytování podpory



www.spis.cz

SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY (SPIS)

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETROVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

NCO NZO



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

CO SPIS NABÍZÍ

- pomáhá obnovit duševní rovnováhu po prožití psychicky náročné situace
- vede k pochopení reakce na nadlimitní událost
- podporuje hledání vlastních zdrojů zvládnání psychické zátěže
- přispívá ke zmírnění a normalizaci stresové reakce

CO MŮŽE BÝT NADLIMITNÍ UDÁLOST

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy
- neúspěšná záchrana mladého pacienta
- hromadné neštěstí, tragické události
- péče o kriticky nemocného pacienta
- sebevražda nebo pokus o ni
- mobbing/bossing na pracovišti
- kontakt s příbuznými či pozůstalými
- úmrtí či vážné zranění kolegů
- nehody s množstvím obětí
- extrémně devastované oběti
- ztráta blízké osoby
- zásah/ošetřování u osoby blízké
- nezdářený pokus o záchranu
- pocity bezmoci a viny
- dopravní nehoda posádky ZZS
- napadení zasahujícího zdravotníka
- péče o agresivního pacienta
- ohrožení života zdravotníka při práci
- kontakt s pachatelem trestného činu
- událost s nadměrným zájmem médií
- profesní pochybení, selhání zdravotníka
- stížnost podaná pacientem/příbuzným

SPIS je orientován dvěma směry:

INTERVENČNÍ PODPORA

Je první psychická pomoc, kterou poskytují zdravotníci intervenci. Jedná se o vyškolené pracovníky, poskytující v indikovaných situacích první psychickou podporu příbuzným a blízkým pacienta, či pozůstalým, jevícím známky akutní stresové reakce.

Zdravotnický intervent

je zdravotnický pracovník, který získal zvláštní odbornou způsobilost úspěšným absolvováním certifikovaného kurzu, nebo psycholog SPIS. Poskytuje první psychickou pomoc na místě události, kde došlo ke vzniku akutní stresové reakce v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb člověku (příbuzní, pozůstalí pacienta). Může se však jednat také o svědky tragické události, nezraněné účastníky a laické záchránce.

Jak probíhá intervence

První psychická pomoc je zaměřena na podporu sekundárně zasažených při úmrtí, náhlých traumatických událostech. Využívá se v prvních hodinách při rozvinutí známek akutní stresové reakce u zasažených. Současně napomáhá snížit riziko nesprávného pochopení situace ze strany blízkých v kritických situacích a přispívá ke snížení rizika komunikačních bariér mezi zdravotnickým týmem a blízkými pacienta.

První psychická pomoc je indikována lékařem, či jiným členem zasahujícího zdravotnického týmu. Odehrává se v přímé souvislosti s jeho prací nebo zásahem a je poskytována se souhlasem zasaženého.

PEER KOLEGIÁLNÍ PODPORA

Je poskytována v situacích, při nichž došlo k psychickému zasažení zdravotnických pracovníků, nejčastěji při výkonu práce. Může se jednat o náráz akutní události, stejně jako o chronické přetížení. Jde o základní psychickou podporu, jejímž cílem je podpořit zdravotníka zasaženého psychicky zátěžovou situací, normalizovat akutní stresovou reakci, uzavřít nadlimitní události a obnovit duševní rovnováhu.

Slouží jako prevence vzniku a rozvoje:

- syndromu profesního vyhoření
- závislosti na psychotropních látkách
- posttraumatické stresové poruchy
- psychosomatických onemocnění
- rizika profesního selhání

PEER

je zdravotnický pracovník, který získal zvláštní odbornou způsobilost úspěšným absolvováním certifikovaného kurzu, nebo psycholog SPIS. Poskytuje individuální nebo skupinovou podporu zejména po profesně nadlimitní zkušenosti, kterou zdravotnický pracovník prožil. Peer zachovává mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděl během své činnosti.

Jak probíhá peer kolegiální podpora

Individuálně (osobně, telefonicky, e-mailem). Podpurný rozhovor je zaměřen na zmírnění akutních, či aktuálních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, hledáním zdrojů podpory pro zvládnutí a zpracování nadlimitní zátěže.

Skupinového setkání se účastní zasažený tým zdravotnických pracovníků.

Podpora je vždy přísně důvěrná a bezpečná. O obsahu uskutečněného setkání nedostává zaměstnavatel ani nadřízený žádnou zprávu.



S NÁROČNOU PROFESNÍ SITUACÍ NEMUSÍTE ZŮSTÁVAT SAMI!

LINKA KOLEGIÁLNÍ PODPORY

pro pracovníky
ve zdravotnictví



☎ **530 331 122**

☎ **530 331 131**

Linka je k dispozici nepřetržitě a je určena vám, pracovníkům ve zdravotnictví, v různém pracovním zařazení a pozicích. Můžete ji využít, když na vás dopadá aktuální krizová situace a:

- vnímáte vyšší profesní zátěž, než obvykle
- prožíváte duševně nadlimitní události při své práci
- jste v přímém styku s pacienty, jejich nemocí, umíráním nebo smrtí
- neposkytujete přímou péči (farmaceuti, operátoři ZZS, vedoucí pracovníci)
- jste vystaveni zátěžovému pracovnímu režimu, obavě z nákazy
- máte také obavy o zdraví své a svých blízkých
- cítíte potřebu psychické podpory

Linka nabízí bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, podporu při zvládnání stresové zátěže, obav, frustrace či třeba emocí. Kolegiální telefonická podpora vám tak dává prostor v klidu hovořit s profesním kolegou, který ví, co práce ve zdravotnictví obnáší. Podporu zajišťují zdravotničtí peeri a psychologové SPIS. Linka je anonymní a hovory nejsou monitorovány.

V těžké situaci nemusíte zůstat sami... jsme tu pro vás.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



www.spis.cz

www.soggiorno.cz