



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Alena Franců

Vedoucí práce: Mgr. Dana Velimská, MBA

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2024

.....

Alena Franců

Poděkování

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování mé vedoucí práce Mgr. Daně Velimské, MBA za její trpělivost, odborné vedení, ochotu, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat zdravotníkům za jejich pomoc při získávání důležitých informací, které byly klíčové pro průběh výzkumné práce. V neposlední řadě děkuji své rodině za veškerou podporu při studiu.

Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku psychosociální zátěže z pohledu zdravotnického personálu a zjistit, jaké možnosti psychosociální podpory využívají, nebo by potenciálně využili. Cílem bylo také zmapovat a zhodnotit možnosti psychosociální podpory v Jihočeském kraji a zjistit, jak se vyvíjela psychosociální podpora v posledních letech.

Teoretická část se věnuje vymezení a popsání možné psychosociální zátěže, se kterou se setkávají zdravotníci během své praxe. Následně se zaměřuje na duševní hygienu zdravotníků a jednotlivé možnosti psychosociální podpory využívané v České republice. Dále zaznamenává rozvoj v této oblasti v posledních letech.

Empirická část práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu a ke sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory. Podkladem pro rozhovory bylo 23 otázek, které byly předem připraveny. První část otázek se zaměřovala na identifikační údaje informantů, dále na psychosociální zátěž zdravotnického povolání a následně na psychosociální podporu zdravotníků a její rozvoj. V případě potřeby byly položeny doplňující otázky pro lepší porozumění odpovědí informantů. Výzkumný soubor se skládal z devíti zdravotníků, z nichž dva byli zdravotničtí záchranáři, dvě pediatrické sestry, tři všeobecné sestry a dvě praktické sestry. Rozhovory byly následně analyzovány pomocí techniky „tužka-papír“ metodou barvení textu.

Výsledky výzkumu byly rozděleny na kategorie a podkategorie. Bylo potvrzeno, že téměř všichni dotazovaní se setkávají s nadměrnou zátěží při výkonu zdravotnického povolání. Popisovali své zkušenosti se syndromem vyhoření, se šikanou na pracovišti, s nadměrným stresem a v neposlední řadě s konflikty v kolektivu. Dále se výsledky výzkumu zaměřily na zvládání zátěže jak pomocí duševní hygieny, tak pomocí psychosociální podpory. Zjistilo se, že každý zdravotník upřednostňuje odlišné možnosti podpory. Navíc zdravotníci popsali dostupnost psychosociální podpory jak na jejich pracovišti, tak mimo něj, přičemž byla zaznamenána nízká úroveň informovanosti o těchto možnostech. Poslední část výzkumu se zabývala povědomím zdravotníků o rozvoji psychosociální podpory, kde byly odpovědi rozmanité. Někteří odpovídající

zaznamenali rozvoj při vzniku Systému psychosociální intervenční služby, jiní nikoliv. Všichni informanti se však při konci výzkumu shodli na tom, že se jedná o zajímavé a důležité téma, na které by měl být kladen větší důraz.

Výsledky práce budou sloužit ke zvýšení povědomí o možnostech využití psychosociální podpory ve zdravotnictví.

Klíčová slova

Duševní hygiena; Nemocniční kaplan; psychosociální podpora zdravotníků; Supervize ve zdravotnictví; Systém psychosociální intervenční služby; zátěž zdravotnického personálu; zdravotník

Psychosocial Support for Healthcare Professionals and its Development

Abstract

This bachelor's thesis focuses on the psychosocial stress experienced by healthcare professionals, with the aim of identifying the types of psychosocial support utilized or potentially sought by these professionals. The objective of the thesis is to describe and assess the offer of psychosocial support in the South Bohemian Region, while also delineating its recent development.

In the theoretical part, we identify and describe forms of psychosocial stress experienced by healthcare professionals in their practice. We also focus on the mental hygiene practices adopted by healthcare professionals and the spectrum of psychosocial support used by healthcare professionals in the Czech Republic. Additionally, we provide an overview of recent advancements in this area.

The empirical segment of the thesis is dedicated to qualitative research. Semi-structured interviews consisting of 23 predefined inquiries were used for data collection. These inquiries encompass basic information about the respondents, description of psychosocial stress experienced by healthcare professionals, and evaluations of the provision and development of psychosocial support. Supplementary questions were asked when necessary to facilitate a comprehensive understanding of the respondents' perspectives. The sample comprises nine healthcare professionals – two paramedics, two paediatric nurses, three general nurses (university or higher vocational school graduates) and two nurse practitioners (nurses with a secondary level of education). The interviews were then analysed using a paper-and-pencil approach, employing the text colouring method.

The research findings are divided into several categories and subcategories. They confirm that almost all the respondents experience excessive stress in their healthcare profession. In their responses, the respondents reported burnout syndrome, workplace bullying, excessive stress, and conflicts within the team. Furthermore, the research findings on stress management, encompassing mental hygiene practices and psychosocial support, underscore that each healthcare professional prefers different forms of psychosocial support. Regarding the accessibility of psychosocial support within and

beyond their workplace environments, respondents showed limited awareness of available options. Opinions regarding the evolution of psychosocial support within the Czech Republic were diverse, with some noting improvements consequent to the establishment of the Psychosocial Intervention Service System, while others did not. Nonetheless, all respondents agreed on the significance of this topic and suggested that it should be given more attention.

The findings of this thesis should contribute to raising awareness regarding the possibilities of using psychosocial support by healthcare professionals.

Key words

Healthcare professional; hospital chaplain; mental hygiene; Psychosocial intervention service system; psychosocial support for healthcare professionals; stress experienced by healthcare professionals; supervision in health care

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Zdravotnický pracovník	10
1.1.1 Vymezení zdravotnického povolání podle zákona	10
1.1.2 Osobnostní předpoklady na výkon povolání	10
1.1.3 Doporučené přístupy zdravotníků k plnění jejich role	11
1.2 Zátěž zdravotníků	11
1.2.1 Příčiny a příznaky zátěže zdravotnického personálu	13
1.2.2 Práce ve zdravotnickém týmu	18
1.3 Duševní hygiena pro zdravotníky	20
1.4 Psychosociální podpora	20
1.4.1 Supervize	21
1.4.2 Nemocniční kaplan	23
1.4.3 Systém psychosociální intervenční služby	24
1.5 Rozvoj psychosociální podpory v České republice	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
3 Metodika.....	30
4 Výsledky	31
5 Diskuse.....	42
6 Závěr	51
7 Seznam použitých zdrojů.....	53
8 Seznam příloh	62
9 Seznam použitých zkratk	64

Úvod

Zdravotnická profese je jednou z nejdůležitějších a nejrespektovanějších oblastí pracovního světa, která hraje klíčovou roli v péči o zdraví a zachování lidských životů. Zdravotníci, mezi které můžeme zahrnout lékaře, sestry, fyzioterapeuty, radiologické asistenty a mnoho dalších zdravotnických pracovníků, bývají prvním kontaktem pacientů se zdravotním systémem a zprostředkovávají nejen léčbu a diagnostiku onemocnění či úrazů, ale i preventivní činnost či psychickou podporu v těžkých chvílích. Přestože je zdravotnická profese spojena s velkou důležitostí a vznešeností, nesou zdravotníci na svých bedrech mnoho výzev, zátěže a stresu.

Během vykonávání své profese se zdravotníci setkávají s velkým nátlakem – jde často o zachování zdraví druhého člověka, či přímo o lidský život. Zdravotnické povolání se řadí mezi profesionální, ale zachovat si profesionalitu v povolání, kde je tak velký tlak, a tak velké požadavky je náročné. I zdravotníci jsou jen lidé s emocemi a omezenými silami. Zdravotnický pracovník by si měl umět od práce odpočinout, vypustit ji z hlavy, a hlavně pracovat s duševní hygienou. Je to podstatné především pro zachování zdraví jeho samotného.

I přes to, že se pracovník snaží sám jít cestou duševní hygieny, nemusí být tak odolný a mohou se u něj vyskytnout určité psychosociální problémy, na které sám nestačí. V tomto případě by mu měla být poskytnuta správná forma psychosociální podpory. Často se mu dostane podpory od blízkých či přátel, ale psychosociální podpora ve zdravotnictví by měla být především od zaměstnavatele. Jedná se tedy hlavně o nemocnice, soukromé kliniky, domovy pro seniory, léčebny a lázně. Bohužel se v České republice setkáváme s tím, že tato podpora není většinou nabízena, a v případech, když už nabízena je, často není využívána. Mnohdy v nemocnici zaštiťuje funkci psychosociální podpory pro zdravotníky nemocniční kaplan, nebo se můžeme setkat například s vyškolenými pracovníky Systému psychosociální intervenční služby.

Vyvstává zde otázka, zda je tato péče dostatečná a zda jsou o ní zdravotníci dobře informováni. Podle nejnovějšího výzkumu společnosti InnoveMind s.r.o. realizovaného v roce 2022, týkající se duševní pohody zdravotníků v České republice v rámci projektu MEDBack bylo zjištěno, že více než třetina zdravotníků zažívá potíže s duševním zdravím (© Mladí lékaři z. s., 2023).

1 Současný stav

1.1 Zdravotnický pracovník

Zdravotníkem je jedinec, který získal pravomoc vykonávat zdravotnické povolání podle platných právních předpisů a vykonává aktivity, které mu profesně náleží (MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023 a). Za zdravotníky považujeme lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky podle platných zákonných předpisů České republiky.

1.1.1 Vymezení zdravotnického povolání podle zákona

Do zdravotnického povolání řadíme lékaře, zubní lékaře a farmaceuty podle Zákona 95/2004 Sb.,: „*O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*“ (Sbírka zákonů, 2004, s. 1434). Lékaři mají kompetence k provádění prevence, diagnostiky, terapie i rehabilitace (MZČR, 2023 a).

Co se týká nelékařských zdravotnických povolání, jedná se například o všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, psychology ve zdravotnictví, logopedy ve zdravotnictví, fyzioterapeuty, biomedicínské techniky a další. To udává Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Podle tohoto zákona je zdravotnickým pracovníkem fyzická osoba vykonávající zdravotnické povolání, přičemž zdravotnické povolání je v tomto zákoně uvedené jako: „*souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona, zejména ošetrovatelské péče, péče v porodní asistenci, preventivní péče, diagnostické péče, léčebné péče, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče, lékárenské péče a klinickofarmaceutické péče, neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče, posudkové péče a dispenzární péče*“ (Sbírka zákonů, 2004, s. 1452).

1.1.2 Osobnostní předpoklady na výkon povolání

Mezi osobnostní předpoklady k výkonu zdravotnického povolání patří především odbornost, zodpovědnost, spolehlivost, tvůrčí přístup, empatie a slušné vystupování (Urbanová, 2021). Podle Zacharové (2017) do osobnostních předpokladů zdravotníka, mimo výše uvedené, patří navíc kritičnost a kontrola vlastního jednání, porozumění,

hodnotová orientace a smysl pro humor. U smyslu pro humor však upozorňuje na mez, kterou zdravotník nesmí překročit, a to posmívání se pacientovi.

1.1.3 Doporučené přístupy zdravotníků k plnění jejich role

Aby zdravotník mohl dobře a účelně plnit svou roli, je podle Urbanové (2021) nutné uplatnit tyto tři přístupy k pacientům. Jedná se o:

- **kolektivní orientaci** (zdravotník vychází ve své práci z potřeb pacienta a upřednostňuje je před svými)

Aby tuto kolektivní orientaci mohl zdravotník vykonávat bez pocitů nespokojenosti či nespravedlnosti, je třeba, aby zdravotník byl především sociálně zralá osobnost (Mellanová, 2017).

- **universalismus** (jednotný přístup ke všem pacientům a jejich rodinám)

Podle Mellanové (2017) je pro splnění tohoto přístupu nutné určité „odosobnění“. Je to hlavně kvůli tomu, že nikdy nelze úplně vyloučit sympatie a antipatie vůči druhému člověku.

- **sebeovládání resp. emocionální neutralita** (schopnost podřídit emoce díky racionální kontrole)

Tento přístup od zdravotníků vyžaduje především emocionální stabilitu a výrazné autoregulační předpoklady (Mellanová, 2017). Emocionální neutralita umožňuje vykonávání zdravotnické profese bez vnitřních konfliktů.

1.2 Zátěž zdravotníků

Zdravotnické povolání se obecně řadí mezi povolání s vysokou pracovní zátěží.

Zacharová (2017) ve své knize uvádí, že se od zdravotníků očekává především dobře provedená odborná činnost dle platných standardů a práce s moderní, anebo nejlepší dostupnou technikou. Standard je norma neboli předepsaná směrnice, kterou vytvářejí odborníci a jejich nedodržení může vést k napomenutí, trestu, či právnímu stíhání (Hulková, 2016). Velkým tématem dnešní doby je i vysoká administrativní zátěž zdravotníků (Zacharová, 2017).

Podle Kurucové (2016) se dá zátěž zdravotníků rozdělit do čtyř oblastí – fyzická, psychická, sociální a spirituální. Ve fyzické oblasti zmiňuje například zatížení kosterního a svalového aparátu, zatížení kloubů, ale také porušení spánkového rytmu při směnných provozech či nedostatek času na stravování a na dodržování pitného režimu. Ve fyzické oblasti navíc Zacharová (2017) mimo výše uvedené zmiňuje podrážděnost a smyslové poruchy. Z psychických aspektů, které představuje Kurucová (2016) ve své knize, popisují zdravotníci nejčastěji neklid, stres, nervozitu a depresi. Do psychické zátěže zahrnuje nutnost stálé pozornosti, sledování stavu pacientů, odpovědnost a samostatné rozhodování. Zdravotník by navíc měl dokázat ovlivnit a vést správným směrem prožívání nemoci pacientů a jejich následné jednání, z čehož vyplývá, že by jim měl být oporou v těžkých situacích (Zacharová, 2017). Velký význam při vykonávání zdravotnické profese je také kladen na dodržování požadovaných forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Sociální zátěž zdravotníků může mít negativní následky na jejich mezilidské vztahy, nebo na volný čas (Kurucová, 2016). Spirituální zátěž se projevuje všeobecnou nespokojeností se životem či spirituální nepohodou.

V neposlední řadě by se měl zdravotník umět vypořádat se svými pracovními a rodinnými problémy, které život přináší a nepřenašet si nepohodu z práce do osobního života. (Zacharová, 2017). Hanková (2007) v závěru svého výzkumu zabývající se psychosociální zátěží sester na pracovišti uvádí, že zdravotníci jsou však také jen lidé s běžnými starostmi. Nemohou poskytovat kvalitní a psychosociálně přínosný terén pacientům, pokud oni sami nemají na svém pracovišti přiměřené psychosociální prostředí.

V souvislosti se zátěží zdravotníků byla vytvořena přehledová studie, publikovaná Koontalay et al. (2021) v časopisu *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Bylo v ní shrnuto 10 výzkumů, zkoumajících zátěž poskytovatelů zdravotní péče během pandemie COVID-19, přičemž 498 účastníků (včetně lékařů, nelékařských zdravotnických povolání, pomocného personálu) popsalo obdobné hlavní problémy. Zjištění lze shrnout do čtyř hlavních témat: nedostatečná připravenost, emocionální výzvy, nedostatečné vybavení a v neposlední řadě pracovní vyhoření.

1.2.1 Příčiny a příznaky zátěže zdravotnického personálu

1.2.1.1 Stres

Stres lze chápat jako zvláštní případ obecně pojaté zátěže (Paulík, 2017). Jedná se o situaci, kdy míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska schopnosti přizpůsobení.

Zdravotnické povolání je řazeno mezi práce, kde se zaměstnanci setkávají s nadměrným stresem (Mastiliáková, 2010). Výsledky národních studií naznačují, že přes 50 % poskytovatelů zdravotní péče prožívá nadměrný stres, což je výrazně vyšší číslo ve srovnání s běžnou populací (Singh, 2023). Podobný trend se pozoruje také mezi studenty zdravotnických oborů.

Stres je popisován jako reakce na požadavky prostředí, takzvané stresory (Mastiliáková, 2010). Stresory podle Paulíka (2017) můžeme rozdělit na reálné a potenciální. K faktorům, které mají vliv na to, jestli se potenciální stresory stanou reálnými, řadíme především subjektivní hodnocení (interpretace stresorů v souvislosti s hodnotami zdravotníka), individuální osobnostní charakteristiky a využívaný způsob vyrovnávání se se stresem (“coping”). “Coping” – neboli strategie, které se zabývají vyrovnáváním se s nadměrným stresem mohou být ve formě aktivních mechanismů, jako jsou například běh, jízda na kole, sport a sex (Jiráková, 2016). Naopak pasivní “coping” mechanismy jsou například čtení, masáž, či relaxace. Mezi další faktory reakce na stres řadíme přítomnost či nepřítomnost nepříznivých životních událostí, drobné denní nepříjemnosti, dosavadní zkušenosti se stresem, sociální status, ale také sociální oporu (Paulík, 2017).

Příčiny stresu

Co se týče stresorů z charakteru práce ve zdravotnictví, mohou to být například: rychlost práce, dlouhá pracovní doba, neustálá interakce s nemocnou osobou, střídavé směny a celkový pracovní tlak (Mastiliáková, 2010). Podle výzkumu Böhmové (2016) je za nejvýraznější stresor ve zdravotnictví považován vysoký pracovní tlak (přetížení) a nedostatek personálu na pracovišti.

Na zdravotníky jakožto osoby pracující v kolektivu působí i stresory společenského prostředí (Mastiliáková, 2010). Mezi ty můžeme zařadit nedostatek soukromí, špatné vztahy s kolegy, nadřízenými i podřízenými, ale celkově i minimální sociální opora. Z výsledků výzkumu Böhmové (2016) vyplývá, že ze zdravotnického personálu

se především lékaři nejčastěji setkávají s obtížemi spojenými s neefektivním řízením nebo špatným managementem, a poté následují stresory přetížení a nedostatek personálu na pracovišti. Co se týká stresorů organizačního charakteru, dle Mastiliákové (2010) se může jednat například o nízký plat, pracovní nejistotu, nedostatečný výcvik či absenci vybudování kanálů pro řešení problémů a stížností. Stresorem můžou být i rozhodnutí, která jsou učiněna „svrchu“, bez možnosti jejich ovlivnění pracovníky, kterých se toto rozhodnutí týká.

Dalšími stresory, které mohou na zdravotníka působit, jsou stresory z neúčelného uspořádání práce (Mastiliáková, 2010). Do těch se řadí nedostatek zručnosti, nejasné vymezení úkolu, nedostatek autonomie, chybění zpětné vazby, nadměrné přetížení úkoly a konflikty rolí. Mezi méně významné stresory zdravotníci řadí nároky zaměstnavatelů na další profesní vzdělávání a jednání s rodinou pacienta (Böhmová, 2016).

Příznaky nadměrného stresu

Příznaky stresu můžeme podle Záškové (2021) rozdělit na fyziologické, emocionální, behaviorální a psychosomatické. Co se týče fyziologických příznaků, můžeme do nich zařadit bušení srdce, nechutenství, časté močení, průjem, nebo u žen poruchy menstruačního cyklu. Mezi emocionální příznaky můžeme zahrnout například zvýšenou podrážděnost, úzkostnost, výkyvy nálad a může dojít až k omezení sociálních kontaktů. Behaviorální příznaky stresu se vyznačují nerozhodností, zhoršením pracovního výkonu, ale také nadměrnou konzumací kávy, alkoholu, cigaret či léků. Každá osoba na nadměrný stres reaguje jiným, často jedinečným způsobem. Psychosomatické příznaky stresu, který trvá delší dobu, negativně ovlivňují nervovou soustavu, kardiovaskulární systém a také trávicí systém (Grycová, 2022). V extrémních situacích může vést k omezení pohyblivosti, poruchám citlivosti nebo dokonce k oněmění.

1.2.1.2 Profesionální deformace

Profesionální deformace je termín, který značí ztrátu lidskosti, či citovou otupělost vůči pacientům, kdy příčinami je enormní únava – jak fyzická, tak psychická, nadměrné požadavky a zátěžové situace (Mellanová, 2017). Tento termín se využíval spíše v dřívější době, nyní je více komplexněji chápán jako syndrom vyhoření.

1.2.1.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 (Mellanová, 2017). Je popisován jako nedobrý tělesný a duševní stav, který se často objevuje v tzv. pomáhajících profesích (zdravotníci, učitelé, pečovatelé, policisté...), nebo v profesích, jejichž hlavní podstatou je kontakt s druhými lidmi (manažeři, novináři, instruktoři...) (© Syndrom-vyhoření.cz., 2023).

Agentura pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví odhaduje, že syndrom vyhoření postihuje až 70 % zdravotních sester a 30-50 % lékařů (Bridgeman et al., 2018).

Příčiny syndromu vyhoření

Příčinou syndromu vyhoření je nadměrný a dlouhodobý stres, který je popsán v kapitole 1.2.1.1. Podle Mellanové (2017) se jedná o proces, který trvá mnoho měsíců až let.

Mastiliáková (2010) navíc ve své knize uvádí, že existuje chování, které syndrom vyhoření podporuje. Jedná se o idealistické očekávání, které zdravotníci mívají, a následuje po něm deziluze. Podle Mellanové (2017) je větší pravděpodobnost syndromu vyhoření u zdravotníků, kteří dostatečně nepoznali dané povolání před nástupem.

Mezi další chování, kterým můžeme podpořit syndrom vyhoření, je konflikt hodnot – osobních a institučních, nadměrná pracovní zaangažovanost a přejímání zodpovědnosti za druhé (Mastiliáková, 2010).

Náchylnost k syndromu vyhoření se také liší podle toho, na jakém pracovišti zdravotník pracuje (Mellanová, 2017). Vyšší pravděpodobnost syndromu vyhoření je popisována na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko – resuscitačním oddělení, dialyzačních jednotkách, ale také v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, nebo v domovech seniorů.

Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, které se projevuje vyčerpáním fyzických, psychických a emocionálních sil organismu (Křivohlavý, 2009). Jeho příznaky se objevují plíživě, následkem dlouhodobě působících stresorů (Mellanová, 2017).

V oblasti tělesného vyčerpání je nejvíce patrná svalová bolest, chronická únava a náchylnost k nemocím (Ondriová a Cinová, 2020). Zdravotník, který trpí syndromem vyhoření se také unaví rychleji než jiný. Únavu navíc vnímá jako selhání a cítí za ni vinu.

Venglářová (2011) do oblasti fyzických příznaků, mimo výše uvedené, řadí i nekvalitní spánek a změny tělesné hmotnosti.

V oblasti psychického vyčerpání se autorky Ondriová a Cinová (2020) a Venglářová (2011) shodují. Pro zdravotníky trpící syndromem vyhoření je z hlediska psychické stránky charakteristický především negativní postoj k sobě i k druhým, který se vyznačuje cynismem či pesimismem. Mohou se také objevit poruchy soustředění a zapomínání. Dochází k útlumu celkové aktivity, ztrátě tvořivosti a práce ztrácí smysl. V ojedinělých případech se mohou objevit i sebevražedné sklony.

V emocionální rovině jde především o to, že zdravotník postupně vytrácí radost z kontaktů s lidmi - nejprve s lidmi v práci, následně i v rodině (Ondriová a Cinová, 2020). Emocionální vyčerpání se může projevat pocity beznaděje, bezmocnosti a uzavíráním se do sebe.

Pokud se vyhoření neřeší, vede rychle k depresím, závislostem a myšlenkám na sebevraždu (Singh, 2023). Má také negativní dopad na ostatní poskytovatele péče, na pacienty a na celkové výsledky organizace, ve které zdravotník se syndromem vyhoření pracuje. Studie naznačují, že vyhoření není pouze problémem jednotlivých poskytovatelů, ale je známkou špatného stavu společnosti.

1.2.1.4 Mobbing, Bossing

“Mobbing” je forma šikany, kdy se vyskytuje opakující se nevhodné chování skupiny a je mířeno proti jednotlivci (Nesnidal et al., 2021). Často jsou to v rámci neformální hierarchie kolektivu lidé, kteří jsou umístěni na okraji kolektivu a jsou označovány jako “černé ovce”. Pro “mobbing” je typický nerovnovážený vztah sil mezi aktéry, kde oběť je ve zranitelnější pozici. Podle Moravce (2023) však obětí “mobbingu” mohou dokonce být i lidé nadřízení.

Centrálním prvkem “mobbingu” je devalvace jednotlivce, jak z hlediska psychického, tak fyzického (Nesnidal et al., 2021). Má různé projevy, kterými mohou být například verbální útoky (urážky, hrozby, jednostranné pomluvy, zesměšňování), obtěžování nebo vylučování jedince ze společnosti, a někdy dokonce i fyzické napadení. Mezi další projevy, které uvádí Moravec (2023) patří ignorace oběti a nedodávání potřebných informací. Oběť je vyčleněná z kolektivu a často je útočeno na její reputaci.

Chování spojené s “mobbingem” bývá většinou od ostatních členů kolektivu přehlíženo, ačkoliv ostatní zaměstnanci o něm vědí a v duchu ho odsuzují (Harsa et al., 2014). Místo toho, aby s problémem konfrontovali aktéry, upřednostňují pasivitu. Ignorování a snášení “mobbingu” může být také způsobeno nedostatečným povědomím o tomto negativním sociálním jevu.

“Mobbing” může mít negativní dopady na pracovní spokojenost a často je spojen s projevy syndromu vyhoření (Nesnidal et al., 2021) Podle spolku BezpečnostPráce.info (2018) má “mobbing” za následek snížení pracovního výkonu, zvýšený stres, vyšší riziko úrazů, zhoršení psychického a fyzického zdraví a narušení kvality spánku u obětí. Nesnidal et al. (2021) uvádí také větší riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění a riziko vzniku psychických poruch, zejména poruch adaptace, náladových poruch a dalších úzkostných poruch.

Podle dat od neziskové organizace Mobbing Free Institut má v Česku až čtvrtina zaměstnanců nějaké zkušenosti s “mobbingem” v různých formách (Moravec, 2023). Většina obětí “mobbingu”, konkrétně 79 %, jsou ženy.

“Bossing” je forma šikany na pracovišti, kdy se nadřízený pracovník dopouští šikany svého podřízeného (Mazačová, 2023). To má za následek degradaci podřízeného nejen před jeho kolegy, ale i mu brání v dobré a efektivní práci (Státní zdravotní ústav, 2023). Navíc ve většině případů postupně eskaluje. Tento typ šikany negativně ovlivňuje pracovní atmosféru a zvyšuje důraz na vůdčí osobnost nadřízených.

Šikana od nadřízeného se může projevit například v přehnaném monitorování výkonu a docházky, neschvalování dovolených, arogantním jednáním či urážkami, veřejným zesměšňováním před kolegy, ale může dojít třeba až k bránění vyjádření vlastního názoru či k sexuálnímu obtěžování (Státní zdravotní ústav, 2023).

Hlavním charakteristickým znakem “mobbingu” a “bossingu” je jeho dlouhodobost a opakování (Státní zdravotní ústav, 2023). Nahodilé jednání, které může oběť vnímat jako poškození, nemůže být klasifikováno jako šikana na pracovišti. Podle praxe v oblasti práva je nutné, aby šikana trvala nejméně šest měsíců a opakovala se alespoň jednou týdně, aby se dala za “mobbing” či “bossing” považovat (Zákon č. 198/2009 Sb.).

Oběť může být kdokoli, kdo se nějakým způsobem liší od ostatních, ať už jde o zdravotně postiženého zaměstnance nebo o jedince, který je výrazně poddajný (Kratz, 2005).

Naopak může být obětí i úspěšný zaměstnanec, kterému ostatní kolegové závidí pro jeho profesionální a osobní kvality, nebo se nadřizeny bojí konkurence na jeho funkci.

Důsledky “bossingu” mohou zahrnovat psychosomatické projevy, jako jsou bolesti hlavy, žaludku, nevolnost, nespavost nebo deprese, které mohou nakonec vyústit v sebepoškození nebo dokonce v sebevražedné tendence (Státní zdravotní ústav, 2023). Nejčastějšími důsledky je podle Mazačové (2023) však odchod oběti či agresora do jiného zaměstnání.

1.2.2 Práce ve zdravotnickém týmu

Kvalitní poskytování současné zdravotní péče nelze dosáhnout bez spolupráce v týmu (Bártlová, 2013). Cílem jejich společného úsilí je poskytování kvalitní zdravotní péče v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy (MZČR, 2023).

1.2.2.1 Spolupráce v týmu

Práce ve zdravotnickém týmu může snižovat zátěž zdravotnického personálu, ale také může být pro některé pracovníky zdrojem stresu. Týmová spolupráce přináší mnoho výhod, ale také mnoho negativ (Kolajová, 2006). Mezi výhody Kolajová (2006) řadí především vzájemnou motivaci, využití znalostí a dovedností každého člena, nebo snížení obav z neúspěchu. Při práci v týmu je nejdůležitější vzájemná úcta, respektování osobnosti a názoru druhého, ale hlavně vědomí, že zodpovědnost za výsledky má celý pracovní tým (Ondřiová a Cinová, 2020). Mezi negativa týmové spolupráce řadí Kolajová (2006) potlačení individuality, hrozbu konfliktů a to, že někteří členové nemusejí dobře vycházet s ostatními.

Velkým rizikem v týmové spolupráci, která vede k neefektivitě pracovního týmu, může být i již zmiňovaný “mobbing” (kapitola 1.2.1.4).

Spolupráci ve zdravotnickém týmu ve své metaanalýze popsala McHug et al. (2020). Hlavním cílem studie bylo systematicky analyzovat články popisující použití týmové reflexivity v týmech v rámci nemocnic. Ze všech zkoumaných aspektů byla komunikace během interprofesionálního týmového úsilí nejčastěji zdůrazňována jako oblast, která by potřebovala zlepšit.

Venglářová (2011) řadí mezi nezávažnější komunikační problémy ve zdravotnickém týmu nepřehlednost informací, sdělování neúplných informací, nefunkční předávání informací, ale také přehnanou soupeřivost.

1.2.2.2 Interpersonální vztahy ve zdravotnickém týmu

Jedním z nejsilnějších vlivů na spokojenost zdravotnických pracovníků ve své praxi mají interpersonální vztahy v týmu (Venglářová, 2013). Kvalitní mezilidské vztahy jsou klíčem k efektivní práci týmu (Hekelová, 2017).

Ondriová a Cinová (2020) udávají jako hlavní výhodu práce zdravotníka ve zdravotnickém týmu právě vztahy mezi spolupracovníky. Pro zdravotníka, který se potýká každý den s velkým množstvím stresových situací, jsou mezilidské vztahy mezi spolupracovníky zdrojem sociální opory.

Porozumění základům osobnostní typologie může zlepšit vzájemné porozumění mezi kolegy zdravotníky. Nejjednodušším příkladem podle Hekelové (2017) v osobnostních rysech je rozdíl mezi extroverty a introverty v týmu.

Extroverti jsou otevření ve své komunikaci s kolegy i pacienty, což zpravidla minimalizuje možnost nedorozumění, avšak mohou někoho nechtěně urazit nebo vystrašit svou spontánností (Hekelová, 2017). Introverti pečlivě promýšlí svou komunikaci s ostatními a snaží se vyhýbat konfliktům. Když jsou rozčileni nebo uraženi, své pocity si často nechávají pro sebe, což může být pro ostatní matoucí.

Je tedy zřejmé, že mezi introverty a extroverty existují významné rozdíly, které by měly být vzájemně respektovány (Šefčíková, 2023). Často mají odlišné potřeby, priority a způsoby práce. Extroverti často vyžadují interakci s ostatními k ujasnění myšlenek a rozvíjení nápadů, zatímco introverti se často cítí nejlépe a mají nejlepší nápady, když mají klid a soukromí.

Heklová (2017) dále dělí zdravotníky na „citové“ a „rozumové“. Citově vnímaví zdravotníci jsou schopni empatie nejen vůči pacientům, ale hlavně vůči svým kolegům. Dobré mezilidské vztahy ve zdravotnickém týmu jsou pro ně klíčové pro pracovní spokojenost, avšak mohou nést riziko přenášení emocí, jako jsou obavy a nejistota, na pacienty. Tito jedinci také často prožívají více stresujících situací v práci, což na ně může mít negativní psychický dopad.

Naopak, lidé s větší důrazem na racionální myšlení lépe zvládají emocionálně náročné situace s kolegy i pacienty a nezatěžují se pracovními problémy mimo pracovní dobu (Heklová, 2017). Nicméně mohou působit chladně a odtažitě, což může komplikovat jejich mezilidské vztahy.

1.3 Duševní hygiena pro zdravotníky

Duševní hygiena je soubor informací a konkrétních postupů, které mají za cíl cíleně upravit životní podmínky (Kaczor, 2019). Jedná se o ochranný mechanismus proti psychickému zatížení, který slouží k minimalizaci jeho vlivu na celkový stav zdraví.

Hodycová (2020) považuje znalost psychohygienických technik jako klíčovou součást osobnosti zdravotníka. Většina jednotlivců pravidelně vykonává běžné hygienické úkony, jako je čištění zubů, mytí nebo výměna špinavého prádla (Kaczor, 2019). Na rozdíl od toho jsou úkony psychohygienické často v moderním životě opomíjeny a upřednostňován je stres, spěch a nadměrná zátěž.

Suchý a Světlák (2020) doporučují v rámci osobní psychohygieny dostatečně vyjadřovat emoce, jako je únava, strach, frustrace nebo pocity křivdy. Díky sdíleným emocím s ostatními si lépe uvědomíte, že na své problémy nejste sami. Hodycová (2020) uvádí jako doporučené techniky duševní hygieny meditaci, techniky “mindfulness” (všímavosti), autogenní tréninky, běh, jógu, nebo chůzi. Všechny tyto techniky pracují na zlepšení uvědomění si vlastního těla a mysli, což vede k nácvičku optimálních reakcí, jež nejsou pro jedince stresující nebo zatěžující.

Každý zdravotník však bohužel kvůli různým individuálním důvodům není schopen najít si čas na aktivity jako meditace, jóga, běh, procházky v přírodě, návštěvy masážních salonů a další (Kaczor, 2019).

1.4 Psychosociální podpora

Psychosociální podpora spočívá v poskytování podpory druhým s cílem udržet jejich psychické zdraví a celkovou pohodu (Konečný et al., 2020). Psychosociální podpora zahrnuje doprovázení lidí během obtížných situací a poskytuje jim prostor, kde mohou bezpečně sdílet své emocionální prožitky.

Psychosociální podpora zdravotníků může mít mnoho podob a je určena pro ty zaměstnance, kteří si nejsou schopni pomoci sami pomocí duševní hygieny.

1.4.1 Supervize

Základním principem supervize je aktivní hledání řešení praktických problémů za účasti odborníka – supervizora, který zaujímá neutrální postoj (Nevypust' duši, 2019). Supervizor by měl fungovat jako průvodce, který asistuje supervidované osobě, týmu, skupině nebo organizaci při uvědomování si a reflexi vlastní práce a mezilidských vztahů (© Český institut pro supervizi, 2006). Jeho role spočívá v hledání nových řešení pro problematické situace. Supervizor je člověk, který má patřičné supervizní vzdělání – je tedy absolventem nebo účastníkem výcviku (© Fakultní nemocnice Brno, 2024). Konkrétně se může jednat o supervizora interního, který pracuje, nebo v minulosti pracoval, jako nelékařský zdravotnický pracovník v dané instituci. Další možností je supervizor externí, který je také nelékařským zdravotnickým pracovníkem, ale dříve pracoval v jiné instituci.

Tématem supervize ve zdravotnickém sektoru podle Špirudové (2015) vyplývajících z analýzy jsou nejčastěji interpersonální vztahy a klima na pracovišti. Zde se řeší především rozdíly mezigenerační, rozdíly ve vzdělanosti a šikana na pracovišti. Supervize aktivně podporuje zdokonalování komunikačních dovedností v týmu, uvědomění si vlastní profesní pozice a přínosu v pracovním kolektivu, což přispívá k celkovému zlepšení efektivity práce týmu (ASuPP – Asociace supervizorů pomáhajících profesí, 2023). Důležitou součástí supervize je také péče o samotného pracovníka – profesionála. To zahrnuje podporu jeho sebereflexe, péči o emoční prožívání, reflexi pracovních vztahů a integraci do pracovního kolektivu. Dále se supervize zabývá tématy, jako jsou psychohygiena zdravotníků, ošetrovatelský proces u konkrétních pacientů, vypořádávání se s dynamikou změn a procesů řízení změn, zlepšení psychosociální podpory při adaptačním procesu a zvládání administrativní zátěže (Špirudová, 2015).

1.4.1.1 Formy supervize

Formy supervize se se rozlišují podle přítomnosti supervizora na přímé a nepřímé (Venglářová, 2013). Přímá supervize se vyznačuje tím, že supervizor je přítomný přímo při práci, zatímco u nepřímé supervize supervizor není přítomný a supervidovaní referují o své práci při společném sezení.

Navíc se dá supervize dělit na individuální, skupinovou, či týmovou.

Supervize na individuální úrovni umožňuje jednotlivcům řešit klíčové otázky a problémy, které nechtějí sdílet s ostatními kolegy (Fejkusová, 2023). Klíčovými faktory ovlivňujícími efektivitu supervize jsou navázání kvalitního vztahu mezi supervizorem a supervidovaným. Nevýhodou je, že v individuální supervizi supervizant obdrží zpětnou vazbu pouze od supervizora, na rozdíl od skupinové supervize, kdy mu zpětnou vazbu mohou poskytnout i ostatní kolegové (Chaloupková, 2016).

Ve skupinové supervizi spolupracuje supervizor s několika pracovníky, kteří mají podobné potřeby, aniž by bylo nutné, aby pocházeli z jednoho pracoviště (Chaloupková, 2016). Skupinová supervize nabízí výhodu podpůrné atmosféry, kde pracovníci mohou sdílet své zkušenosti, obavy a starosti (Fejkusová, 2023). Účastníci získávají zpětnou vazbu od ostatních členů skupiny, kteří se liší věkem, pohlavím, a profesí, což přináší rozmanité pohledy na řešené situace a bohatou škálu životních zkušeností (Venglářová, 2013). Nevýhodou však může být omezený čas věnovaný každému jednotlivci.

Týmová forma supervize se zaměřuje především na celkovou činnost týmu a jeho účinnost (Fejkusová, 2023). Pomáhá systematicky zkoumat týmové vztahy s důrazem na bezpečnost členů a podněcuje uvědomění a identifikaci příjemných i nepříjemných aspektů týmové dynamiky (Chaloupková, 2016). Během procesu se věnuje rozvoji týmové komunikace a podporuje schopnost jednotlivců vyjadřovat své názory s respektem k sobě i ostatním. V rámci týmové supervize může být zapojen i člen vedení (Fejkusová, 2023). Jeho účast může být prospěšná především v situacích, kdy tým potřebuje komunikovat některé aspekty práce s nadřízeným, který disponuje vyššími pravomocemi, nebo může být přínosný u provádění důležitých rozhodnutí. Jeho přítomnost však vyžaduje pečlivou dohodu jak s týmem, tak s ním samotným.

1.4.1.2 Cíle supervize

Supervize může směřovat k dosažení většího pracovního uspokojení, zlepšení kvality a efektivitu práce a prevenci profesního vyhoření (© Český institut pro supervizi, 2006). Cílem supervize je prohlubování prožívání, zdokonalení porozumění aktuální situaci, podněcování tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv v profesionálním chování.

1.4.2 Nemocniční kaplan

Nemocniční kaplan představuje nezdravotní službu, která je poskytována všem pacientům, návštěvníkům lůžkových zdravotnických zařízení a zdravotním pracovníkům s cílem řešit jejich osobní, existenciální, spirituální, etické otázky a potřeby (Doskočil et Beláňová, 2021). Důležitým prvkem je, že tato služba má zcela neevangelizační charakter. Kaplanův rozhovor může sloužit jako prostor, kde zdravotníci mohou prozkoumat své vlastní hranice a potřeby, a kde mohou sdílet tíhu konkrétního příběhu, který na ně zapůsobil (Vojenská nemocnice Brno, 2023).

Po mnoholeté nejednoznačnosti v této oblasti vznikla tzv. Dohoda o poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních, uzavřená v roce 2019 mezi Českou republikou (přesněji Ministerstvem zdravotnictví), Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR (MZČR, 2019 a). Tím se stanovil institucionální rámec pro poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. Dohoda určuje, že duchovní péči ve zdravotnictví mohou vykonávat pouze kvalifikované osoby, konkrétně nemocniční kaplani, a stanovuje povinné kvalifikační požadavky pro výkon této služby (Doskočil et Beláňová, 2021). Mezi tyto požadavky patří zejména vysokoškolské teologické vzdělání, absolvování kurzu Nemocniční kaplan a pověření od vlastní církve.

Důležitým ustanovením je také fakt, že kaplan poskytuje duchovní péči na základě právního vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb, zejména pracovněprávního (Doskočil et Beláňová, 2021). To znamená, že nemocniční kaplan je vnímán zároveň jako zástupce církve a zaměstnanec nemocnice.

Kaplanovy schopnosti však mohou být pro kolegy a nadřízené matoucí, a účel jeho práce pro ně může být nejasný a obtížně akceptovatelný (Beláňová, 2018). Kaplan musí jednat s klienty, kteří využívají jeho služby a často se setkává s nepochopením nebo dokonce s odmítnutím.

Podle rozhovoru s Doubravkou Vokáčovou, která působí jako koordinátorka duchovní péče a nemocniční kaplanka ve Fakultní Thomayerově nemocnici často lidé mívají vůči kaplanům předsudky (Veselá, 2019). Jedním z předsudků bývá stereotypní představa o tom, že kaplan navštěvuje pouze umírající nebo vážně nemocné jedince a přemlouvá je k víře v Boha. Mnozí se také chybně domnívají, že duchovní péče je určena pouze

věřícím. Ve skutečnosti je tato služba poskytována všem bez ohledu na jejich náboženské vyznání. Kaplan reaguje na aktuální potřeby jednotlivce, aniž by se v rozhovorech nutně muselo objevit slovo “Bůh.

1.4.3 Systém psychosociální intervenční služby

Jako reakce na nedostatečnou psychosociální podporu pracovníků v porovnání s vyspělými zeměmi, byl na konci roku 2010 oficiálně zřízen Systém psychosociální intervenční služby (zkráceně SPIS) (Hoffmann et al., 2017).

SPIS se zaměřuje především na poskytování kolegiální podpory a využívá zahraniční osvědčené postupy, které mají dlouhou tradici (SPIS, 2023 a). Kolegiální podpora je součástí péče o lidské zdroje a představuje jedno z opatření v rámci péče o duševní zdraví pracovníků ve zdravotnictví (Humpl et Zubrová, 2022). Je dostupná zaměstnancům v případě akutních psychických výzev spojených s nadlimitními událostmi, ale i při chronickém zatížení psychiky pracovníků.

Systém psychosociální intervenční služby zprostředkovává podporu pro zdravotníky od vyškolených pracovníků (SPIS, 2023 a). Kolegiální podpora od zdravotnických peerů zaručuje diskrétnost, mlčenlivost, výborný časový dosah služby a flexibilitu (Humpl et Zubrová, 2022). Psychosociální podpora nepředstavuje substitut odborné psychologické péče; jedná se o opatření v rámci primární a sekundární prevence (MZČR, 2019 b). V případě potřeby může být zasažený zdravotnický pracovník s jeho souhlasem převeden na odbornou psychologickou péči.

1.4.3.1 Telefonní linka SPISu

Systém psychosociální intervenční služby zahrnuje v první řadě telefonní kolegiální pomoc pro zdravotnické pracovníky (SPIS, 2023 b). Zdravotník, který volá, je spojen s pracovníkem linky, který poskytuje psychickou podporu. Na této lince jsou k dispozici vyškolení pracovníci SPISu, kteří jsou připraveni pomáhat svým kolegům zdravotníkům v krizových situacích (MZČR, 2019 b). Cílem kolegiální podpůrné linky je kdykoliv poskytovat zdravotnickým pracovníkům bezpečné prostředí pro podpůrný rozhovor (SPIS, 2023 b). Linka má za úkol poskytnout základní doporučení pro zvládnání stresového zatížení, obav, frustrace a emocí.

1.4.3.2 Peer podpora v organizacích

Další možností jsou vyškolení peer pracovníci v organizaci, v níž zdravotník pracuje. (MZČR, 2019 b). Podpora v organizacích může být buď individuální, nebo skupinová (podpora celého zdravotnického týmu).

Podpora poskytovaná od peerů SPISu je v současné době poskytována v 90 organizacích poskytující zdravotní služby, přičemž každoročně vzrůstá počet organizací, které se do systému zapojují (Humpl et Zubrová, 2022). Organizace, které se do systému zapojují jsou především všechny Zdravotnické záchranné služby, většina fakultních nemocnic (FN Brno, FN Motol, FN Plzeň,..), krajské nemocnice (Liberec, Jihlava, Zlín,...), ale i menší zdravotnická zařízení, jako například Nemocnice Jindřichův Hradec či Bohumínská městská nemocnice, a.s.

Kolegiální, neboli peer podpora může být využívána nejen od peerů ve vlastní organizaci, ale také od jakéhokoli vyškoleného kolegy v rámci České republiky (Humpl et Zubrová, 2022).

1.4.3.3 Peer pracovník

V systému SPIS existuje hierarchie, kde pracují odborní garanti – psychologové a krajští koordinátoři (Hoffmann et al., 2017). Tito koordinátoři mají za úkol vést, řídit a poskytovat školení pro vyškolené peery. Peer je zdravotnický pracovník, který získal zvláštní odbornou kvalifikaci absolvováním certifikovaného kurzu "Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnutí psychicky náročných situací" (SPIS, 2023 c). Kurz zahrnuje témata zátěžových situací v životě jednotlivců, etických otázek, psychohygieny a zásad správné komunikace v týmu (NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2023). Dále se zaměřuje na náročné životní situace, role peerů a odborníků na duševní zdraví, procvičování fází ovládacího procesu, zvládnutí mimořádných událostí, provázení a vedení, zásady práce se skupinou atp.

Role peer pracovníka by podle Hofmanna et al. (2017) měla být následující: Peer by měl vědět, že v krizových situacích je důležitá podpora od ostatních. Peer respektuje, že i zkušený zdravotník je lidská bytost s určitými omezeními. Peer projevuje empatii a je schopen vcítit se do situace druhých, pravděpodobně i na základě vlastních zkušeností. Peer chápe, že vyjádření emocí a potřeba přijmout pomoc nejsou projevem

slabosti, ale ukazatelem síly a uvědomění si vlastních potřeb. V těžkých okamžicích peer funguje jako průvodce a opora, na kterou se jedinec může spolehnout.

1.5 Rozvoj psychosociální podpory v České republice

1.5.1 Historie supervize

Supervize se začala prosazovat v 60. letech 20. století jako povinná součást psychoanalytického výcviku (Šimek, 2002). V 70. letech začali Jaroslav Skála a Jiří Růžička poskytovat supervizi ve formě balintovských seminářů absolventům psychoterapeutických kurzů. V 80. letech Skála pracoval s balintovskými skupinami v oblasti vězeňství a soudnictví.

V roce 1995 Pražský psychoterapeutický institut pořádal symposium o supervizi, a následujícího roku proběhl výcvik supervizorů, který organizoval tentýž institut spolu s Českou asociací pro transakční analýzu (Šimek, 2002). Výcviku se zúčastnila i členka výboru Evropské asociace pro supervizi, Julie Hewsonová z Velké Británie. Účastníci tohoto výcviku se stali zakladateli Českého institutu pro supervizi (ČIS), který byl založen v lednu 2002. Ten se v současnosti zaměřuje na zvyšování kvality služeb v oblasti supervize. (© Český institut pro supervizi, 2010)

Od roku 2001 se na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy a Českém institutu pro supervizi pořádají kurzy pro školení supervizorů v oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích (Šimek 2002). Od roku 2005 se konají v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborech vzdělávací akce zaměřené na supervizi a její využití v českém zdravotnictví (Jičínská, 2006). Jedním z projektových záměrů NCO NZO v rámci Projektu 2023-2027 je dle Hubové (2022) vyškolení až 45 supervizorů pro oblast zdravotnictví.

1.5.2 Historie nemocničních kaplanů

Nemocniční kaplani začali svou činnost v nemocnicích neorganizovaně koncem 20. století (Asociace nemocničních kaplanů z.s., 2024). Postupně se začala rozvíjet jejich práce, inspirovaná analogií s duchovní službou v armádě a ve vězeňství. V té době se ustálilo označení profese jako "nemocniční kaplan". Tato služba vychází z novodobé duchovní péče v nemocnicích, zahájené Antonem Boisenem ve 20. letech 20. století v USA.

V roce 2006 byla uzavřena Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví (Koníček, 2021).

V roce 2009 se nemocniční kaplanství začalo rozvíjet pod vedením MUDr. Evy Kalvínské ve Fakultní nemocnici Motol nejen jako pastorační služba pro věřící, ale jako duchovní podpora pro všechny v nemocnici – nejen pro pacienty a jejich blízké, ale i pro personál (MZČR, 2019 a).

V roce 2011 vznikla Asociace nemocničních kaplanů a o rok později Katolická asociace nemocničních kaplanů (Asociace nemocničních kaplanů z.s., 2024). V roce 2019 byla uzavřena Trojstranná dohoda mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a křesťanskými církvemi, zahrnující ČBK (Česká biskupská konference) a ERC (Ekumenická rada církví ČR), o poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. Dohoda vymezuje především strukturu vzájemné spolupráce smluvních stran, statut kaplana včetně jeho kvalifikačních předpokladů a zásady jeho činnosti (MZČR, 2019 a).

První kurz Nemocničního kaplana, tzv. pilotní, proběhl na Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy v akademickém roce 2007/08 (MZČR, 2019 a). V současnosti působí přibližně 140 kaplanů z deseti církví ve stovce českých nemocnic a hospiců.

1.5.3 Historie Systému psychosociální intervenční služby

Počátek psychosociální podpory pro zdravotníky spadá do posledních let dvacátého století, kdy byl iniciován projekt Evropské unie s názvem Leonardo da Vinci, podpořený českým Ministerstvem zdravotnictví (SPIS, 2024). První výcviky v metodě Critical Incident Stress Managementu (Management stresu při kritických událostech) proběhly o několik let později, což položilo základy budoucího systému psychosociální podpory ve zdravotnictví.

V roce 2009 začalo Ministerstvo zdravotnictví připravovat vznik Systému psychosociální služby, který byl oficiálně ustanoven v roce 2010 (SPIS, 2024). Zákonem č. 374/2011 Sb. byla zajištěna psychosociální péče jako součást povinností poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Na jaře 2012 SPIS přešel pod správu Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, s odbornou podporou Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Tehdy začala i snaha o zapojení nemocnic do podpory SPIS.

Od té doby SPIS etabloval především v krajských zdravotnických záchranných službách a spolupracuje s nemocnicemi (SPIS, 2024). V roce 2014 byla podpora rozšířena o první psychickou pomoc pro osoby zasažené náročnými situacemi. Systém se také angažuje v edukaci budoucích zdravotníků a je diskutován na odborných konferencích a kongresech.

Velký rozvoj podpory přišel během roku 2020, který byl silně ovlivněn pandemií COVID-19 (SPIS, 2020). V tomto roce byla poskytnuta peerová podpora 1716 zdravotníkům. To představuje nárůst o 67 % ve srovnání s rokem 2019. Peerové SPISu nově začali poskytovat také telefonickou podporu, zejména těm zdravotníkům, kteří byli v karanténě nebo trpěli nemocí COVID-19.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro tuto bakalářskou práci bylo stanoveno 5 cílů:

Cíl 1: Popsat problematiku psychosociální zátěže zdravotníků z pohledu zdravotnického personálu.

Cíl 2: Zjistit, jaké možnosti psychosociální podpory zdravotníci využívají.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou možnosti psychosociální péče pro zdravotníky v Jihočeském kraji.

Cíl 4: Poukázat na možnosti psychosociální péče v Jihočeském kraji z pohledu zdravotnického personálu.

Cíl 5: Zjistit, jak se vyvíjela psychosociální podpora zdravotníků v průběhu let z pohledu zdravotnického personálu.

2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cílů bakalářské práce bylo stanovených následujících 6 výzkumných otázek:

Výzkumná otázka 1: Jak vnímají psychosociální podporu zdravotníci?

Výzkumná otázka 2: Jakou formu psychosociální péče zdravotníci potřebují?

Výzkumná otázka 3: Jak vnímají zdravotničtí pracovníci psychosociální podporu na svém pracovišti?

Výzkumná otázka 4: Jak je realizována psychosociální podpora zdravotníků v Jihočeském kraji?

Výzkumná otázka 5: Jaké možnosti psychosociální podpory jsou poskytovány v Jihočeském kraji?

Výzkumná otázka 6: Jak se vyvíjela psychosociální péče o zdravotníky posledních 20 let z pohledu zdravotnického personálu?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce „*Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj*“ byla zpracována kvalitativní formou výzkumu. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkum proběhl na základě schválených žádostí o výzkum. Konkrétně byl výzkum schválen a prováděn u zdravotníků pracujících v Nemocnici Písek, v Nemocnici Jindřichův Hradec, v Nemocnici České Budějovice a také u zdravotníků pracujících ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje (ZZSJČK). Celkem sedm rozhovorů probíhalo osobně a dva přes telefonní hovor. Zdravotníci byli před rozhovorem ujištěni, že bude plně zachována jejich anonymita a byli seznámeni s tématem a cílem bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo v březnu roku 2024. První část otázek byla zaměřená na identifikační údaje, konkrétně na pohlaví, oddělení, na kterém pracují, pracovní pozici, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Následovalo osmnáct otázek týkajících se tématu zátěže zdravotnického personálu, možností psychosociální podpory zdravotníků a rozvoj psychosociální podpory (příloha 1). Dle potřeby byly rozhovory doplněny o upřesňující otázky. Délka rozhovoru byla 20-40 minut. S předchozím souhlasem zdravotníků byla provedena audionahrávka rozhovoru, pro možnost doslovného přepisu odpovědí. Po přepsání odpovědí byla nahrávka smazána. U zdravotníků, pracujících ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje, audionahrávka provedena nebyla, z důvodu podmínek daných ve smlouvě o provedení výzkumu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem devět zdravotníků ze zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji. Do výzkumného vzorku byly zahrnuty všeobecné sestry, pediatrické sestry, praktické sestry a zdravotničtí záchranáři.

3.3 Analýza dat

Data, která se podařilo sesbírat, byla vyhodnocena metodou „tužka-papír“ pomocí techniky barvení textu.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 9 zdravotníků, jejichž praxe trvá v rozmezí od dvou do dvaceti osmi let. Rozhovor poskytlo šest žen a tři muži. Celkem tři zdravotníci z výzkumného souboru pracují na pozici Všeobecná sestra, dva zdravotníci na pozici Zdravotnický záchranář, dvě zdravotnice na pozici Pediatrická sestra a dvě vykonávají své povolání na pozici Praktické sestry. Jejich nejvyšší dosažené vzdělání je různorodé. Nejvyšší dosažené vzdělání ve výzkumném souboru je magisterské a mají jej informanti S2, S4 a Z2. Další dva informanti, S7 a Z1, mají vyšší odborné zdravotnické vzdělání. Odpovídající S1, S3, S5 a S6 mají vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Informanti pracují na různých odděleních, která jsou popsána v tabulce 1 a 2 (tab. 1 a tab. 2). Rozdělení do dvou tabulek je pro lepší přehlednost základních identifikačních údajů.

Tabulka 1: Základní identifikační údaje 1

	S1	S2	S3	S4	S5
pohlaví	žena	muž	žena	žena	žena
vzdělání	SZŠ s maturitou	VŠ	SZŠ s maturitou	VŠ	SZŠ s maturitou
délka praxe	2 roky	10 let	28 let	10 let	3 roky
oddělení	CHIR - lůžka	ARO	NEO - JIP	DEO - lůžka	NO - lůžka
pracovní pozice	PS	VS	PeS	PeS	PS

S1 – S5 – sestra 1 až 5; SZŠ – střední zdravotnická škola; VŠ – vysoká škola; CHIR – Chirurgické oddělení; ARO – Anesteziologické a resuscitační oddělení; DEO – Dětské oddělení, NEO-JIP – Neonatologické oddělení-Jednotka intenzivní péče; NO – Neurologické oddělení; PS – Praktická sestra; VS – Všeobecná sestra, PeS – Pediatrická sestra. Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2024.

Tabulka 2: Základní identifikační údaje 2

	S6	S7	Z1	Z2
pohlaví	žena	žena	muž	muž
vzdělání	SZŠ s maturitou	VOŠZ	VOŠZ	VŠ
délka praxe	25 let	15 let	18 let	12 let
oddělení	NO - lůžka	NO - lůžka	ZZS	ZZS
pracovní pozice	VS	VS	ZZ	ZZ

S6 – S7 – sestra 6 až 7; Z1 – Z2 – záchranář 1 až 2; VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická; SZŠ – střední zdravotnická škola; VŠ – vysoká škola; ZZS – Zdravotnická záchranná služba; NO – Neurologické oddělení; VS – Všeobecná sestra, ZZ – Zdravotnický záchranář. Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2024.

4.2 Kategorizace získaných dat

Další část práce se zabývá klasifikací dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů do kategorií a podkategorií, které jsou popsány v následující části.

Kategorie 1: Zátěž zdravotnického personálu

- Podkategorie 1.1 Psychická náročnost zdravotnického povolání
- Podkategorie 1.2 Nejnáročnější okamžiky
- Podkategorie 1.3 Syndrom vyhoření
- Podkategorie 1.4 Šikana na pracovišti
- Podkategorie 1.5 Nadměrný stres

Kategorie 2: Psychosociální podpora

- Podkategorie 2.1 Duševní hygiena zdravotníků
- Podkategorie 2.2 Využití podpory od nemocničního kaplana
- Podkategorie 2.3 Využití podpory od supervizorů
- Podkategorie 2.4 Využití podpory od SPISu
- Podkategorie 2.5 Přístup zdravotníků ke psychosociální podpoře

- Podkategorie 2.7 Informovanost zdravotníků o možnostech psychosociální podpory na jejich pracovišti
- Podkategorie 2.8 Informovanost zdravotníků o možnostech psychosociální podpory mimo jejich pracoviště

Kategorie 3: Rozvoj psychosociální podpory

- Podkategorie 3.1 Vnímání rozvoje psychosociální podpory z pohledu zdravotníků
- Podkategorie 3.2 Důležitost rozvoje psychosociální podpory z pohledu zdravotníků
- Podkategorie 3.3 Prostor pro zlepšení v oblasti psychosociální podpory z pohledu dotazovaných

4.2.1 Kategorie 1 - Zátěž zdravotnického personálu

V první kategorii se zajímáme o témata týkající se psychické zátěže zdravotnického personálu a ptáme se také na nejnáročnější okamžiky při vykonávání povolání. Dalšími tématy této kategorie jsou syndrom vyhoření, šikana na pracovišti a nadměrný stres.

4.2.1.1 Podkategorie 1.1 – Psychická náročnost zdravotnického povolání

Na otázky týkající se psychické zátěže byla téměř jednotná odpověď u všech informantů kromě informanta Z1, který na otázku odpověděl: „*Nemyslím si, že se setkávám s nadměrnou psychickou zátěží oproti jiným povoláním*“. Ostatní informanti S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a Z2, se shodli v tom, že se s nadměrnou psychickou zátěží ve svém povolání setkávají. Sestra S4 dodala: „*U nás na dětském se třeba s fyzickou námahou skoro vůbec neseťkáváme, ale psychicky náročný je to dost často*“. V tomto výroku se shodovala i s informantkou S3. Informant Z2 však uvedl: „*S nadměrnou psychickou zátěží se setkávám, ale není to tak často, jak by si někdo mohl myslet a obvykle to ani nesouvisí s pacienty. Pro mě se častěji psychická zátěž pojí spíš s vedením nebo s návazností přednemocniční péče na tu nemocniční*“.

4.2.1.2 Podkategorie 1.2 - Nejnáročnější okamžiky

Odpovědi na otázky ohledně nejnáročnějších okamžiků byly rozmanité. Informanti S2, S3, S4 a Z1 poznamenali, že za jedny z nejnáročnějších okamžiků považují osudy pacientů a jejich rodin, které si často berou až moc k srdci. Sestra S4 uvádí: „*Pro mě je nejnáročnější to, že se mě dotýkají smutné osudy dětí a rodin*“. Zdravotnický záchranář Z1 zmiňuje podobné věci: „*...obecně hodně náročný jsou výjezdy k dětem nebo k mladým lidem, u kterých to nedopadne dobře...*“.

Další dotazovaní vyslovili jako nejnáročnější konflikty v pracovním kolektivu a komunikaci s nadřízenými. Jedná se konkrétně o informanty S1, S2, S3, Z1 a Z2. Informantka S1 uvedla: „*Náš pracovní kolektiv je úplně nanic. Jsme rozdělený na dvě půlky, jedna je za dobře se staniční, ale tu druhou půlku nemůže vyhodit, protože by pak neměla lidi. Je to pro mě těžký, protože já jsem za dobře s oběma skupinama, ale obě se mě snaží přetáhnout na tu jejich půlku. A to věčný pomlouvání druhý poloviny kolektivu za každou kravinu je na mě už taky občas moc. Navíc vůbec nedokážu být v práci uvolněná, protože nechci prozradit jedné skupině to, co mi řekla ta skupina druhá a naopak...a to tam pracuju zatím jen 2 roky*“. Informant Z2 k problému s nadřízenými také vysvětluje: „*Já, jakožto zdravotnický záchranář bývám často frustrován spoluprací s nekompetentními lékaři. Vadí mi, že ačkoliv se lékař důchodového věku vyskytne na ZZS 1x v měsíci automaticky se stává vedoucím výjezdových skupin a zdravotnický záchranář je mu pak podřízený. Náročné je pak znát i velmi rozdílné platové poměry mezi lékařem a záchranářem*“.

Další odpovídající (S4, S7 a S6) zmiňují nadměrnou administrativní zátěž a informanti S1, S5 a S6 popisují jako náročné chování některých pacientů nebo rodin. Konkrétně sestra S6 popisuje: „*Často se stane, že jak pacienti, tak ale i jejich rodiny se chovají jako hulváti, občas na nás i křičí, párkrát jsem dostala od pacienta i facku. Jasně, ten pacient je třeba zmatenej a neví co se děje, ale pro nás je to taky těžký...*“.

4.2.1.3 Podkategorie 1.3 Syndrom vyhoření

Ohledně syndromu vyhoření všichni informanti odpověděli, že se s ním setkali u některého ze svých kolegů. Informant Z2 uvedl: „*S vyhořelými zdravotníky se setkávám den co den, ať už mezi kolegama zdravotnické záchranné služby, tak taky v ambulantním sektoru v nemocnicích*“. Sestra S7 tento jev popisuje takto: „*Se syndromem vyhoření jsem*

se setkala vícekrát, ale teď ho bohužel pozoruji u svojí starší kolegyně. Je to s ní těžký...práce ji vůbec nebaví, je strašně negativní, je nepříjemná na pacienty a celkově na všechny okolo sebe, často se s náma hádá o rozdělování práce, protože nechce chodit k pacientům a chce jen sedět na sesterně, aby mohla dělat papíry a tak... Sama říká, že vyhořelá není, ale podle mě je shořelá na popel a do práce fakt chodí jen kvůli penězům. Zkoušely jsme říct staniční, aby s ní promluvila o možnostech nějaký psychologický pomoci, staniční s ní mluvila, ale ona pomoc nechce...“. Zdravotnický záchranář Z1 vyložil své zkušenosti se syndromem vyhoření následovně: *„Rozhodně jsem se s ním setkal. Bylo to u jednoho mého kolegy a projevovalo se to hlavně nechutí, naštvaností na všechno ale i izolaci od nás ostatních. Taky celkem flákal své povinnosti, všechno pro něj byl problém...asi po roce, co tenhle stav přetrvával, nakonec odešel jinam, úplně změnil povolání“.*

4.2.1.4 Podkategorie 1.4 Šikana na pracovišti

Informanti S7, S5 a S6 se shodují v tom, že se žádným druhem šikany na pracovišti neseťkali. Informantka S5 však upřesnila: *„Se šikanou úplně jsem se neseťkala, ale třeba pomlouvání ostatních je na denním pořádku a to mě osobně dost vadí“.*

Dotazovaný záchranář Z1 na otázku týkající se šikany odpověděl: *„K mojí osobě jsem se se šikanou neseťkal. Ale zažil jsem něco jako šikanu, nebo spíše zasednutí jedné doktorky na kolegu záchranáře. Dávala mu hodně věci sežrat, bych řekl. Jednu dobu vím, že to bylo celkem opravdu brutální a nechodilo se mu dobře do práce...dopadlo to tak, že změnil výjezdové stanoviště, a tak s ní není tolik v kontaktu“.* Informant Z2 odpověděl podobně jako Z1. Informantka S3 se se šikanou na pracovišti také setkala: *„Ano, se šikanou jsem se setkala několikrát vůči ostatním sestrám od naší staniční. Už kvůli ní odešly tři mladý holky co k nám nově nastoupily. Projevovalo se to především urážení, zesměšňování a nevhodnými poznámkami vůči jejich osobám. Je mi to líto, protože ty holky by se nám do kolektivu hodily, je nás teď fakt málo...Zkoušely jsme to říct vrchní, ale ta drží se staniční...“.*

Sestry S1 a S4 se setkaly se šikanou na začátku výkonu svého povolání. Informantka S1 uvedla: *„Jo, jedna kolegyně mě na začátku praxe šikanovala. Projevovalo se to hlavně přehnanou kontrolou, dělala třeba čárky ve vozíku s lékama, aby další den zkontrolovala, jestli jsme ho při noční správně umyly. Několikrát mi řekla, že jsem neschopná, že se jí už nemám na nic ptát protože jí to otravuje život. Když jsem se ptala na nějaké*

věci jiných sester, říkala jim ať mě v tom nechají se vykoupat. Taký mě často urážela a ostatním kolegyním o mě vyprávěla vtipy, který souvisely s mojí postavou a tak dál... Dopadlo to tak, že jsem chodila skoro po každý směně domů s brekem. Nakonec jsem to řekla staniční a ta si s ní asi nějak promluvila a teď už je mezi náma jen takový dusno, ale nepřijemná na mě není...“.

Informant S2 uvedl: „Trošku se bojím to úplně formulovat jako šikamu, ale neustále vnímám nadřazenost určitých lékařů nad středním zdravotnickým personálem. Jasně, jsou v té hierarchii nad náma, ale bez nás by toho nezvládli tolik, jako zvládají teď...slychávám nevhodné poznámky a nadávky, jak o mně, tak i třeba o dalších sestřích, ale taky třeba o jiných mladých doktorech. Zatím jsem se ale setkal jen s touhle verbální formou, jiný druh šikany ne“.

4.2.1.5 Podkategorie 1.5 Nadměrný stres

Odpovědi na otázku týkající se nadměrného stresu od sestra S6 odpověděla: „S nadměrným stresem se setkávám a projevuje se to především špatně odvedenou prací a občas konfliktama mezi spolupracovníky. Občas je toho prostě moc najednou“. S nadměrným stresem ve své práci se setkávají i odpovídající S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7. Naopak informanti Z1 a Z2 odpověděli oba úplně stejně: „Spíš ne“.

4.2.2 Kategorie 2: Psychosociální podpora

V kategorii Psychosociální podpora se zabýváme duševní hygienou, názory a přístupy respondentů na jednotlivé druhy psychosociální podpory. Dále se kategorie zaměřuje na informovanost zdravotníků o psychosociální podpoře.

4.2.2.1 Podkategorie 2.1 Duševní hygiena zdravotníků

Všichni odpovídající se shodli na tom, že duševní hygiena je v jejich zaměstnání velmi důležitá a popisovali různé činnosti, které pravidelně dělají pro podporu svého duševního zdraví. Odpovědi byly například: cvičení, čtení, kultura, trávení času s rodinou a kamarády, práce na zahrádce, procházky, výlety, meditace a tak podobně. Informant Z1 uvedl: „Podle mě nejde žít jen prací a mít volný čas a trávit ho smysluplně je hrozně důležitý pro psychickou pohodu. My s kolegama chodíme lézt na skály, což určitě i zlepšuje celkově naše vztahy v kolektivu, nebo chodím běhat. Dokážu se odreagovat taky

třeba prací kolem baráku, nebo pasivním odpočinkem, kdy koukám na filmy nebo čtu. Nebo samozřejmě trávím čas s rodinou a kamarádama.“

4.2.2.2 Podkategorie 2.2 Využití podpory od nemocničního kaplana

Záchranář Z2 uvedl, že za kaplanem chodil z vlastního zájmu a že jakoukoliv formu duchovna vnímá velmi pozitivně. V tomto se částečně shoduje se sestrou S4, která poznamenala: *„Nemocničního kaplana vnímám jako super možnost v naší nemocnici. Zatím jsem jeho služby nevyužila, ale mám v plánu za ním někdy zajít“*. Informanti S1 a S2 uvedli, že podporu od nemocničního kaplana vnímají velmi pozitivně a potenciálně by ji při vyhledávání podpory využili. Odpovídající S6 uvedla: *Pomoc od nemocničního kaplana jsem vyhledala při jedné těžké životní situaci, která se také pojila s prací v nemocnici, bohužel mi ale vůbec nepomohl a nakonec jsem vyhledala pomoc psychologa“*. Sestra S5 uvedla, že o kaplanově práci v nemocnici dosud nevěděla. Informanti S7 a Z1 se shodovali ve své podstatě s odpovědí sestry S3, která řekla: *„Kaplana neznám a jeho podporu bych nevyužila, nejsem totiž věřící. Vím ale, že některým pacientům dokázal pomoci nebo se s nima modlil“*.

4.2.2.3 Podkategorie 2.3 Využití podpory od supervizorů

V otázkách týkající se supervize odpověděli informanti S1, S3, S6 a S7, Z1 že tento druh neznají, nebo že na jejich pracovišti nefunguje. Sestra S4 poznamenala: *„Teoreticky tenhle druh podpory znám, ale u nás v podstatě nefunguje. My máme supervizora jen v případě zaškolování, když k nám přijde někdo nový, ale netýká se to psychosociální podpory“*. V tomto výroku se shodovala s informantem S2. Odpovídající Z2 uvedl: *„Supervize u nás bohužel nefunguje, jednou o ní byla snaha, ale dle mého názoru byla vedena špatně a trvala hrozně krátkou dobu“*.

4.2.2.4 Podkategorie 2.4 Využití podpory od SPISu

Informanti S1, S2, S3 a S4 poukázali na to, že o možnosti využití SPISu nikdy neslyšeli. Odpovídající Z1, S5 a S7 uvedli, že by potenciálně podporu od Systému psychosociální intervenční služby využili. Konkrétně záchranář Z1 popisuje: *„SPIS vnímám jako dobrou věc, potenciálně bych využil pomoc od peera, kterým je jedna naše kolegyně. Je fajn, že ji znám, tím pádem má vhled do našeho povolání a ví, o čem bych potenciálně mluvil a nemusel bych to někomu jinému rozsáhle popisovat. Líbí se mi na tom, že to vlastně jakoby jeden z nás. Je to nejdostupnější a vlastně asi nejlepší volba“*. Informantka S6

naopak uvedla, že by SPIS potenciálně nevyužila, kvůli riziku ztráty anonymity. Záchranář Z2 na otázku ohledně Systému psychosociální intervenční služby odpověděl: „*Nad systémem u záchranky spíš pochybuji, nepřijde mi účinný ani adekvátní. Forma a úroveň jejich vzdělání neodpovídá předpokladu poskytované pomoci, ale to je jen můj názor, ostatním to třeba může připadat adekvátní, nevím, ...*“.

4.2.2.5 Podkategorie 2.5 Přístup zdravotníků ke psychosociální podpoře

Odpovídající S3 a S6 uvedli, že se o téma psychosociální podpory příliš nezajímají a neví, zda by podporu využili. Sestra S3 uvedla: „*Podporu bych asi spíš nevyužila, zas takovej blázen ještě nejsem (směje se)...ale nevím no, zajímavý to být může*“. Sestra S1 vypověděla: „*Upřímně by mě možná občas lákalo si promluvit o tom, čím si zrovna v práci procházím, ale připadala bych si jak blázen... navíc mám trochu něco jako sociální fobii a kdyby mi ten člověk třeba neseďl, tak by mi to nejspíš vyvolalo nějaký další trauma...*“. Informanti S2, S4 a Z2 konstatovali, že by nejraději využili podporu od kaplana na základě osobních zkušeností s ním. Sestra S4 uvedla: „*Při potřebě pomoci by mi nedělalo problém využít nemocničního kaplana. Je to dané tím, že jsem několikrát v praxi viděla, jak na působí třeba na ty pacienty a přijde mi jako člověk, ve kterýho bych měla důvěru*“. Informanti Z1, S5 a S7 vnímají oblast psychosociální péče jako důležitou a nejraději by využili podporu od SPISu.

4.2.2.6 Podkategorie 2.6 Informovanost zdravotníků o možnostech psychosociální podpory na jejich pracovišti

Informantka S1 uvedla: „*Ted' zrovna nedávno jsem si přečetla na lístečku, který je snad na všech odděleních, že nemocniční kaplan poskytuje podporu nejen pacientům, ale i zdravotníkům, ale do té doby jsem o ničem nevěděla*“. Odpovídající S2 je informován o možnosti využití nemocničního kaplana, o jiných možnostech informace nemá: „*K nám na oddělení chodí kaplan za nemocnými a při té příležitosti se zeptá i nás třeba, jak se máme a nabízí nám pomoc, což si myslím, že je super. Díky tomu vím, kam se můžu kdyžtak obrátit*“.

Sestry S1, S3 a S4 se shodly na tom, že by o možnostech psychosociální podpory měla být na jejich pracovišti lepší informovanost. Sestra S4 uvedla: „*Myslím si, že celkově na tohle téma by se mělo víc dbát a zdravotníci o těch možnostech ví málo... řešením by mohl být třeba nějaký alespoň lísteček na nástěnce od vrchní sestry, nebo třeba*

na ty možnosti upozornit na Intranetu... Třeba o tom SPISu jsem teď při rozhovoru slyšela od tebe poprvé a o kaplanovi vlastně vím jen kvůli tomu, že je to známej mých rodičů... “. Informantka S5, při otázce týkající se psychosociální podpory na jejím pracovišti, řekla: „V naší nemocnici funguje SPIS, máme telefonní číslo na peera...ale třeba o té možnosti využít kaplana jsem vůbec nevěděla“. O možnosti využití SPISu na jejich pracovišti hovořili i informanti Z1, Z2, S6 a S7.

4.2.2.7 Podkategorie 2.7 Informovanost zdravotníků o možnostech psychosociální podpory mimo jejich pracoviště

Informanti S1, S5 a S6 uvedli, že žádný druh podpory mimo jejich pracoviště neznají. Na možnost využití psychoterapie v rozhovorech poukázaly odpovídající S3, S4 a S7. Sestra S3 však dodala: „Znám psychoterapii mimo nemocnici, na kterou částečně přispívá i pojišťovna. Sama jsem ji nevyhledávala kvůli problémům v práci, ale v rodině. Problém byl, že mi dali termín až skoro za tři měsíce...Já jsem ho ale potřebovala v tu danou chvíli, takže jsem se přes to nějak přenesla sama... “. Sestra S4 navíc poznamenala, že zná linku bezpečí, na kterou se také může obrátit. Linku bezpečí uvedl i informant S2. Záchranáři Z1 a Z2 se shodli v následující výpovědi: „Z informačních schůzek vím o té telefonní lince SPISu“.

4.2.3 Kategorie 3: Rozvoj psychosociální podpory

Poslední kategorie se věnuje tomu, jak zdravotníci vnímají rozvoj psychosociální podpory a jaký důraz by se měl, dle jejich názoru, na téma psychosociální podpory klást. Posledním tématem kapitoly je doporučení zdravotníků a jejich požadavky na potenciální změnu v tomto odvětví zdravotnického systému.

4.2.3.1 Podkategorie 3.1 Vnímání rozvoje psychosociální podpory z pohledu zdravotníků

Sestry S1 a S5 uvedly, že na vnímání rozvoje mají krátkou praxi. Informanti S2 a S6 uvedli, že veliký posun během své praxe v oblasti psychosociální podpory nezaznamenali. Odpovídající S3, S4, S7, Z1 a Z2 za dobu své praxe vnímají rozvoj v této oblasti. Záchranář Z2 například poznamenal: „Ano, za dobu mé praxe na záchrance vznikl SPIS“. S tím souhlasil i záchranář Z1, který dodal: „Myslím si, že za to taky může doba covidová, tam se taknějak celkově podle mě začalo dbát na to duševní zdraví“. Informantka S4 také zaznamenala rozvoj, ale uvedla však: „Možná, že když jsem

nastupovala, tak v nemocnici kaplan vůbec nebyl nebo jsem o něm nevěděla, ale myslím si, že naši nemocnici zásadnější rozvoj v téhle oblasti ještě čeká, teď se podle mě soustředí na jiné věci...“.

4.2.3.2 Podkategorie 3.2 Důležitost rozvoje psychosociální podpory z pohledu zdravotníků

Na otázku, zda zdravotníci považují toto téma za důležité a zda by se na něj mělo více dbát, odpověděli všichni informanti stejně: „*Ano*“. Sestra S1 však vznesla zajímavou poznámku: „*Určitě by se na to téma mělo daleko víc dbát, ale trochu se bojím toho, aby to nebylo kontraproduktivní... Přijde mi, že často se vedení snaží nás třeba nějakým způsobem tmelit jako tým nebo podpořit, ale ty lidi, kteří by to nejvíc potřebovali, tak o to nemají zájem*“.

4.2.3.3 Podkategorie 3.3 Prostor pro zlepšení v oblasti psychosociální podpory z pohledu dotazovaných

V této podkategorii představím nápady, které měli zdravotníci během rozhovorů pro zlepšení psychosociální podpory, nebo pro zmírnění jejich psychosociální zátěže.

Sestra S1 poznamenala: „*Mě přijdou super teambuildingy, který máme vždycky před Vánocema. Tam se ten pracovní tým tak hezky propojí a kdyby to bylo častěji, tak bychom možná mezi sebou neměly takový spory. Jak jsem mluvila o tý šikaně, tak tam jsme si právě o tom pak s tou kolegyní trochu promluvily a bylo fajn, že to bylo i v jiném prostředí než v nemocnici*“. Informantka S5 by také jevila zájem o teambuildingové aktivity pro zlepšení vztahů v pracovním kolektivu.

Sestra S3 uvedla: „*Myslím si, že by se pro celou nemocnici hodil alespoň jeden opravdu odborník, psycholog, který by se staral o zdravotníky a pacienty... U nás na oddělení jsou často smutný momenty jak pro nás, tak pro rodiny dětí. Když jsem byla v Praze asi před 20 lety a řešila jsem vlastně stejný problém, jako mají ty rodiny tady u nás, byl tam pro nás psycholog, který mě osobně strašně moc pomohl. Je něco jinýho podle mě, když zemře starší člověk a když zemře malý miminko, což se tady u nás stává...nebo když se ty rodiny dozví, že to děťátko bude navždycky postižený, to by tady ten psycholog opravdu měl jako bejt...Občas se stane, že když se nám tu hroutí maminka, hroutíme se my sestry s ní, protože na tohle se i přes dlouholetou praxi prostě nedá zvyknout...“.*

Záchranář Z1 uvedl prostor pro zlepšení rozšíření SPISu do dalších zařízení: *„Myslím si, že například právě ten SPIS je pro nás záchranáře dobře dostupný, ale pokud vím, tak v nemocničním sektoru v nemocnici nefunguje, tudíž tam by se mělo by se více dbát na jeho rozvoj. Nejčastěji se totiž setkávám s vyhořelými sestrami nebo doktory a pro ně by to mohlo být užitečné“.*

Záchranář Z2 jako prostor pro zlepšení u SPISu uvedl lepší vzdělanost peerů.

Většina informantů (kromě S6) by také uvítalo více seminářů nebo školení týkajících se tohoto tématu. Informant S2 také uvedl: *„Uvítal bych třeba poukázky na cvičení nebo nějakou formu podpory třeba na volnočasový aktivity, u nich si člověk odpočine... nebo v době covidu jsme měli takový rekondiční pobyty, ty byly super, anebo by klidně stačilo víc dovolený (směje se)...“.*

5 Diskuse

V bakalářské práci s názvem Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj jsme se zabývaly třemi hlavními tématy. Jednalo se o zátěž zdravotnického personálu, možnosti psychosociální podpory v Jihočeském kraji a rozvoj psychosociální podpory. Psychosociální podpora zdravotníků je rozvíjející se téma zdravotnického systému České republiky, na které však dle mého názoru není kladen takový důraz, jaký by měl.

Prvním tématem, o které jsme se v práci zajímaly, byla zátěž zdravotníků, konkrétněji zátěž psychosociální. Bylo zajímavé slyšet výpovědi informantů, ve kterých nám popisovali vlastní zkušenosti. Konkrétně popisovali psychickou náročnost zdravotnického povolání, nejnáročnější okamžiky v jejich povolání, syndrom vyhoření, šikanu na pracovišti a nadměrný stres. Problémy v oblasti psychosociální zátěže popsané v teoretické části se podařilo potvrdit v našem výzkumném šetření.

Vzhledem k odpovědím informantů bylo zřejmé, že psychická zátěž je běžným jevem při výkonu jejich povolání. Téměř všichni informanti se shodli na tom, že se s ní setkávají, i když se intenzita a zdroje zátěže mezi jednotlivci liší. Někteří odpovídající zdůraznili, že se psychická zátěž často neprojevuje pouze v interakcích s pacienty, ale také v konfliktech v pracovním kolektivu a ve vztahu s nadřízenými. Co se týká psychické zátěže, ráda bych tuto část porovнала s bakalářskou prací Jindřicha Medka (2013) s názvem Psychická náročnost práce u nelékařských profesí. Z výsledků jeho výzkumu vychází jako nejvíce zatěžující, při výkonu zdravotnického povolání, nepravidelný směnný provoz, nedostatek personálu a administrativní zátěž. Všechny tyto poznatky byly alespoň jednou zmíněny i u našeho výzkumu. Tím se potvrdily obdobné zdroje zátěže při práci zdravotníků.

Co se týče nejnáročnějších okamžiků při vykonávání zdravotnického povolání, informanti popisovali širokou škálu výzev. Popisovali především emocionální zátěž spojenou s osudy pacientů, konflikty v pracovním kolektivu a problémy v komunikaci s nadřízenými. Sestra S4 vyjádřila, že nejnáročnější jsou pro ni smutné osudy dětí a rodin. Zdravotnický záchranář Z2 zmiňuje frustraci z pracovního prostředí, kde nadřazenost některých lékařů vytváří napětí. Nadměrná administrativní zátěž a náročné chování pacientů nebo jejich rodin jsou dalšími problémy, které popisují sestry S4, S6 a S7. Sestra S6 popisuje, jak je náročné zvládat chování některých pacientů a to v ní odráží nespokojenost a nejspíš i strach při vykonávání jejího povolání.

Se syndromem vyhoření v pracovním prostředí se všichni informanti setkali u některého ze svých kolegů. To potvrzuje stanovisko popsané v teoretické části, které upozorňuje na to, že zdravotnické povolání se řadí mezi nejohroženější profese pracovním vyhořením. Ne vždy se však jedná o konkrétní Syndrom vyhoření, který například popisuje Hanzák (2018). Ten se podle něj vyznačuje kolapsem - tělesným, emočním a psychickým, který je důvodem pro vyhledání lékařské pomoci. My jsme se však při naší práci setkali “pouze“ s příznaky, které by nahromaděním a dlouhodobým trváním vedly k onomu kolapsu a k lékařskému popsání diagnózy Syndromu vyhoření.

Záchranář Z2 zmiňuje, že se s vyhořelými zdravotníky setkává pravidelně, jak mezi kolegy zdravotnické záchranné služby, tak i v ambulantním sektoru nemocnic. Sestra S7 popisuje situaci vyhoření u své starší kolegyně, která je negativní, nepříjemná na pacienty a okolí, a často se hádá o rozdělování práce. Navíc výrazně snížila svůj zájem o práci a chová se rezignovaně. Sestra S7 dodává, že kolegyni nabízí pomoc, ta však syndrom popírá a pomoc odmítá. Problémem je to, že pro zdravotníky se syndromem vyhoření je těžké si jejich stav uvědomit a smířit se s ním (Vejvodová, 2022). Lidé s tímto syndromem často mají tendenci přehlížet svůj stav s pocitem, že jsou nenahraditelní a že při jejich nepřítomnosti by celý systém zkolaboval. Záchranář Z1 uvádí, že se s vyhořením setkal u svého kolegy, který se projevoval především nechutí k práci, trvalou nespokojeností a izolací od ostatních. Tento stav nakonec vedl k jeho odchodu z povolání. Všechny tyto projevy popisujeme v teoretické části od autorek Ondřiová a Cinová (2020) a Venglářová (2011).

S vysokou mírou výskytu syndromu vyhoření bohužel musím souhlasit i z mé vlastní zkušenosti. Při své praxi za dobu studia jsem se setkala s vyhořelými zdravotníky na každém oddělení, které jsem navštívila. V tomto případě by měl zakročit někdo cizí, kolega, kamarád či rodina a začít to s daným člověkem co nejdříve řešit. A v tomto případě by pro vyhořelé zdravotníky měla být, dle mého názoru, připravena určitá forma psychosociální podpory.

Dalším jevem, který popisovali zdravotníci jako zatěžující, byla šikana na pracovišti. Výskyt šikany na pracovišti v zdravotnickém prostředí odhaluje různorodé zkušenosti odpovídajících. Informanti S7, S5 a S6 tvrdí, že se s přímou šikanou na pracovišti nesečkali. Nicméně sestra S5 specifikuje, že i přes to, že se s přímou šikanou nesečkala,

v jejich pracovním prostředí je běžné pomlouvání ostatních členů kolektivu, které ji vadí. S tím jsem se já osobně také setkala při mé praxi téměř na všech odděleních.

Co se týče šikany jako takové, záchranář Z1 popisuje situaci, kdy lékařka šikanovala svého kolegu záchranáře, což mělo za následek jeho odchod na jiné výjezdové stanoviště ZZS. Podobné zkušenosti sdílí i záchranář Z2. Jednalo se o jasný případ “bossingu”, který popisujeme v teoretické části. Sestra S3 se setkala se šikanou vůči ostatním sestřím od nadřízené staniční sestry, což mělo za následek odchod nově nastupujících pracovníků. Tyto příklady potvrzují tvrzení Mazačové (2023), která uvádí, že nejčastějším důsledkem “bossingu” je odchod oběti do jiného povolání nebo na jiné pracoviště. Sestry S1 a S4 zažily šikanu od spolupracovníků na začátku své profesní dráhy. Informant S2 vnímá nadřazenost určitých lékařů nad středním zdravotnickým personálem a popisuje verbální formy šikany. Tyto různé zkušenosti naznačují, že šikana na pracovišti se v zdravotnickém sektoru objevuje bohužel hojně.

Většina respondentů (S1 až S7) také potvrdila zkušenost s nadměrným stresem při výkonu povolání, přičemž ho spojovali především se špatně odvedenou prací a konflikty s kolegy. Sestra S6 konkrétně zmínila, že stres vyplývá především z přetížení úkoly. Příčiny stresu uváděné informanty při výzkumu souhlasily se stresory, které uvádí Mastiliáková (2010), ve své knize, z níž jsme čerpaly v teoretické části. Jedná se například o stresory z charakteru práce ve zdravotnictví (odpovědnost, interakce s nemocnou osobou, pracovní tlak), stresory společenského prostředí, stresory organizačního charakteru a stresory z neúčelného uspořádání práce. Naopak záchranáři Z1 a Z2 nepotvrdili, že by se s nadměrným stresem běžně setkávali. Je zajímavé, že sestry se s nadměrným stresem setkávají častěji, než zdravotničtí záchranáři, ale dle mého názoru je to dané hlavně tím, že sestry jsou během pracovní doby v interakci s nemocnými delší dobu. U sester se téměř nikdy nestane, že by na oddělení neměli na starost žádného pacienta.

V druhé části diskuse se věnujeme psychosociální podpoře zdravotníků. Jako první jsme se, pro uvedení do tématu, zabývaly otázkami, které se týkaly duševní hygieny zdravotníků. Problematikou, kterou se také budeme v této části zabývat je přístup zdravotníků k jednotlivým druhům podpory a následně celkový přístup k psychosociální podpoře. Následující oblastí je informovanost zdravotníků o možnostech využití podpory ve zdravotnickém zařízení kde pracují, nebo mimo něj.

Ve výzkumu jsme zjistili, že zdravotníci se setkávají s nadměrnou zátěží, se kterou se nejprve snaží vyrovnávat po svém. V prvních otázkách, týkajících se duševní hygieny zdravotníků, bylo zjištěno, že informanti aktivně vyhledávají širokou škálu způsobů relaxace a odpočinku. Záchranář Z1 konkrétně zmínil, že chodí s kolegy lézt na skály, což považuje za účinný způsob odreagování a skvělý způsob, jak tmelit pracovní kolektiv. Ostatní informanti popisovali, že při hledání duševní rovnováhy využívají především pomoc rodiny, kamarádů a také aktivit jako je cvičení, meditace, čtení a procházky v přírodě. Informant S2 ocenil, že jejich nemocnice dbala na oblast duševní hygieny v době pandemie COVID-19, kdy je podporovali formou rekondičních pobytů a příspěvků na cvičení. Navíc uvedl, že si však myslí, že na tuto oblast by se mělo dbát nejen v době pandemie, ale i v běžném provozu. S tímto názorem souhlasím. Rozumím ale také tomu, že některé nemocnice v Jihočeském kraji mají velký počet zaměstnanců a platit příspěvky pro všechny by bylo velmi finančně náročné. Například u nemocnice České Budějovice je to 3500 zaměstnanců (Nemocnice České Budějovice, a.s., 2024). Ten stejný problém s financováním budou mít jistě i nemocnice s menším počtem zaměstnanců v Jihočeském kraji.

Ale jak tedy zdravotníkům pomoci, když si nezvládají pomoci sami duševní hygienou? Odpovědi jsou různé možnosti psychosociální podpory, které nabízí jednotlivé nemocnice.

První možností využití podpory je ta od nemocničního kaplana, která byla dostupná ve všech nemocnicích, ve kterých bylo prováděno naše výzkumné šetření. Jako konkrétní příklad mohu uvést poskytovanou péči nemocničního kaplana Mgr. Rostislava Homoly, B.Th. v nemocnici Písek (Nemocnice Písek, a.s., 2024). Mimo to, že je zde kaplan oporou pro pacienty a rodiny pacientů, nemocnice na svých webových stránkách charakterizuje nemocničního kaplana jako podporu pro personál, který projevuje příznaky vyčerpání, podráždění nebo smutku. Tato podpora je zaměřena také na jedince, kteří pociťují nedostatek bezpečí a spokojenosti při práci v týmu a je vhodná i pro personál, který se potýká s osobními či rodinnými problémy. Výsledky výzkumu na otázky týkající se využití podpory od nemocničního kaplana byly rozmanité. Záchranář Z2 vyjádřil osobní zájem o kontakt s kaplanem a pozitivní vnímání jakékoliv formy duchovna. Toto stanovisko částečně sdílela i sestra S4, která kaplana hodnotila jako užitečnou možnost, přestože jeho služeb zatím nevyužila. Zájem o kaplanovu podporu projeví také

respondenti S1 a S2, kteří ji hodnotili velmi pozitivně a měli by v případě potřeby zájem ji v budoucnu využít.

Na druhou stranu sestra S6 vyjádřila negativní zkušenost s pomocí od kaplana. Když se na něj v obtížné životní situaci obrátila, nebyl schopen ji adekvátně pomoci a nakonec musela vyhledat pomoc odborného psychologa. Sestra S5 dosud nebyla obeznámena s možností využití podpory od nemocničního kaplana, což ukazuje na různou informovanost o této možnosti napříč zdravotnickými zařízeními.

Důvodem, kvůli kterému dva informanti (S7 a Z1) vyjádřili nezájem o pomoc od kaplana, byl duchovní přístup kaplana, jelikož nejsou věřící. Zatímco někteří informanti vidí v kaplanovi cennou podporu a možnost pro vyrovnání se s náročnými situacemi, jiní ji nevnímají jako relevantní nebo se s ní nechtějí spojovat z důvodu náboženského vyznání. O tomto problému, kdy zdravotníci nechtějí využít podporu od kaplana kvůli náboženským předsudkům hovoří i Doubravka Vokáčová, působící jako koordinátorka duchovní péče a nemocniční kaplanka ve Fakultní Thomayerově nemocnici (Veselá, 2019). Proto by dle mého názoru bylo dobré zlepšit povědomí o práci nemocničního kaplana v nemocnicích a ujistit ty, kteří jeho podporu vyhledávají, že s kaplanem nemusí hovořit v duchovním rozměru a že se na něj mohou obrátit i nevěřící. Musím bohužel podotknout, že i v mé praxi jsem se setkala s opovrhováním role nemocničního kaplana jak ze stran sester, lékařů, ale i pacientů. A bylo to právě z důvodu výše zmiňovaných předsudků.

Odpovědi na otázky týkající se supervize, což je další možnost psychosociální podpory byly všechny téměř stejné. Výsledky výzkumu ohledně využití pomoci od supervize odhalily, že většina respondentů, konkrétně S1, S3, S6, S7 a Z1, buď neznala pojem "supervize" nebo uvedla, že na jejich pracovišti tato možnost podpory není dostupná. Sestra S4 popisovala, že teoreticky tento druh podpory zná, ale na jejich pracovišti nefunguje. Uvedla, že supervizor je přítomen pouze při zaškolování nových zaměstnanců, což potvrdil i respondent S2. Při zaškolování nových zaměstnanců však supervizor nenabízí téma psychosociální podpory. Záchranář Z2 sdílel zkušenost, že na jejich pracovišti byla jedna pokusná supervize, ale podle jeho názoru byla špatně organizovaná a trvala příliš krátkou dobu. Při porovnání tohoto výroku záchranáře Z2 s výsledky práce Pevné (2020), byl zjištěný zajímavý rozdíl. Pevná (2020) totiž při výzkumu napříč

Českou republikou zjistila, že při využití supervize ve Zdravotnických záchranných službách ji 91 % respondentů vnímalo jako velmi užitečnou.

Výsledky našeho výzkumu nastiňují, že supervize není běžnou praxí v pracovním prostředí vybraných Jihočeských nemocnic. Při vyhledávání informací o supervizi jsem se však dostala ke krásnému příkladu fungování supervize mimo Jihočeský kraj. Ráda bych uvedla jako příklad supervizi ve Fakultní nemocnici Brno. V této nemocnici zahrnují podporu od supervizorů již při adaptační fázi nově nastupujících zdravotníků (©Fakultní nemocnice Brno, 2024). Podle jejich internetových stránek si nemocnice je jistá tím, že začátek práce v novém zdravotnickém zařízení je plný překážek, které nové zaměstnance mohou odradit od další práce v oboru. Proto je pro ně důležité setkat se s novými zaměstnanci alespoň jednou, aby jim ukázali, jak supervize funguje, a poskytli jim podporu v prvních dnech v jejich novém zaměstnání. Následná setkání jsou plánována individuálně podle potřeb a dohody mezi zaměstnancem a supervizorem. Spoléhají se na to, že pokud nový zaměstnanec začne svou kariéru s dobrým základem supervize, bude moci v budoucnu kdykoli požádat o další podporu, když bude potřebovat. Ostatní zaměstnanci mají možnost využít supervize kdykoli během své kariéry podle svých individuálních potřeb a zájmů. Mohou využít buď supervizi skupinovou, individuální, nebo týmovou. Supervizi zajišťuje a financuje nemocniční zařízení.

Já osobně věřím, že zavedený systém supervize ve Fakultní nemocnici Brno představuje skvělou příležitost pro zdravotníky. Tato iniciativa není jen dalším aspektem profesního rozvoje, ale především zdrojem podpory a poradenství pro ty, kteří se v práci potýkají se strachem, nejistotou nebo studem. Tím se vytváří prostředí otevřené komunikace a vzájemného respektu a již při v adaptačním procesu je zde vytvořená důvěra v někoho, na koho se může zdravotník v případě potřeby obrátit. Myslím si, že tato možnost by měla být dostupná ve vícero nemocnicích, zároveň se ale musíme zamyslet nad tím, kolik asi taková podpora nemocnici stojí financí a jaký k ní má přístup management zdravotnických zařízení.

Názory na využití podpory od Systému psychosociální intervenční služby byly různé. Informanti S1, S2, S3 a S4 uvedli, že o možnosti využití Systému psychosociální intervenční služby nikdy neslyšeli a jejich pracoviště tuto možnost nenabízí, nebo s ní nejsou dostatečně obeznámeni. To samozřejmě není problém dotazovaných zdravotníků, ale spíše managementu zdravotnických zařízení. Přejde mi škoda,

že zdravotníci nejsou od svého managementu informováni alespoň o telefonní službě, kterou SPIS nabízí.

Informanti Z1, S5 a S7 vyjádřili potenciální zájem o využití této podpory. Záchranář Z1 pozitivně hodnotí SPIS a vnímá jej jako nejdostupnější a nejlepší volbu. Je tomu tak zejména proto, že by mohl mluvit s peerem, kterého zná a který má vhléd do jejich povolání. V diplomové práci od Plačkové (2021) bylo zhotoveno dotazníkové šetření týkající se psychosociální podpory pomocí SPIS peerů s celkovým počtem 78 respondentů. Výsledky popisují výhody využití skupinové peer podpory, ve kterých 96 % respondentů tvrdí, že jim peer podpora v náročných situacích velmi pomohla. Jako výsledky podpory nejčastěji respondenti uvedli: Zmírnění emočního prožívání, zlepšení týmové důvěry a spolupráce, uvolnění komunikace v týmu a zmírnění negativních myšlenek.

Sestra S6 naopak vyjádřila obavy ohledně ztráty anonymity a potenciálně by SPIS nevyužila. Tomuto názoru rozumím, ale SPIS i na svých webových stránkách garantuje důvěrnost a zachovává anonymitu. Podobný problém zaznamenala i Dašková (2018) ve své diplomové práci. Z výsledků provedeného kvalitativního šetření vyplývá, že zdravotníci mají obavy ohledně zachování anonymity při využití psychosociální intervence, což souvisí s nedůvěrou v peerové poradce.

Záchranáře Z2 má pochybnosti o účinnosti a adekvátnosti využití SPISu u Zdravotnické záchranné služby. Tvrdí, že forma a úroveň vzdělání peerů neodpovídá potřebám poskytované pomoci.

Já osobně vnímám Systém psychosociální intervenční služby jako velmi dobrou možnost podpory. Činnost SPISu má široké spektrum poskytované péče a působí mimo jiné i jako podpůrná péče při mimořádných událostech. Jako konkrétní příklad mohu uvést podporu při střelbě na Filosofické fakultě Karlovy univerzity v prosinci roku 2023, kde byla mimo jiné poskytnuta i první psychická pomoc od peerů pro zdravotnické pracovníky, kteří se setkali s následky události ve své práci (SPIS, 2023nco d). Celkem téměř třicet peerů a psychologů SPIS poskytlo podporu 159 zdravotnickým pracovníkům při zvládnání náročnosti této traumatizující situace. Jejich činnost při této události ocenil i prezident republiky Petr Pavel v lednu 2024 na Pražském hradě (SPIS, 2024).

Důležité je také zaměřit se na to, jaký přístup k psychosociální podpoře mají zdravotníci obecně. Když to shrneme, z prováděného výzkumu je přístup odpovídajících zdravotníků následovný. Informanti S3 a S6 naznačují jejich pasivní přístup k tématu psychosociální podpory, přičemž by ji nejspíše nevyhledali. Sestra S1 vyjádřila zájem o možnost promluvit si o svých pracovních zkušenostech, avšak obává se, že by se při tom cítila nekomfortně a možná by to pro ni vyvolalo další trauma kvůli sociální fobii. To poukazuje na stálou stigmatizaci tématu psychologické pomoci, která se sice v dnešní době zlepšuje, ale u některých lidí tento názor přetrvává. Například sestra S3 konkrétně uvedla: „*Podporu bych nevyužila, zas takovej blázen ještě nejsem (směje se)...*“.

Naopak informanti S2, S4, S5, S7, Z1 a Z2 považují oblast psychosociální péče za důležitou a v případě potřeby by podporu využili. Konkrétně Z1, S5 a S7 upřednostňují peer podporu od Systému psychosociální intervenční služby a informanti S2, S4 a Z2 by upřednostnili podporu od nemocničního kaplana na základě pozitivních zkušeností.

Co se týče informovanosti zdravotníků o psychosociální podpoře na jejich pracovišti, odpovídající S2, S6, S7, Z1 a Z2 ji popisují jako velmi dobrou. Uvádí buď telefonní kontakt na peera Systému psychosociální intervenční služby, anebo osobní kontakt s nemocničním kaplanem, který jim pomoc sám nabízí. Ostatní (S1,S3,S4) však informovanost o možnostech nehodnotí jako příliš dobrou. Popisují například to, že se o možnosti využít nemocničního kaplana dozvěděli z informačního letáku, který byl však přednostně určený pacientům, anebo že o pomoci od nemocničního kaplana vůbec nevěděli. Sestra S5 poukázala na to, že se zatím o toto téma příliš nezajímala, protože je zatím v práci velmi krátkou dobu. Já osobně si myslím, že by o tomto tématu měla být mnohem větší informovanost. Vhodný by byl alespoň nějaký letáček s kontakty, kam se mohou zdravotníci v případě potřeby obrátit.

Jako možnosti využití psychosociální podpory mimo své pracoviště informanti uvedli psychoterapii, u které však upozorňují na dlouhé čekací lhůty. Dále pak uvedli Linku bezpečí a záchranáři Z1 a Z2 uvedli jako možnost využití telefonní linky SPISu. Odpovídající S1, S5 a S6 jinou pomoc mimo nemocnici neznají.

Poslední část diskuze se věnuje tématu rozvoje psychosociální podpory z pohledu zdravotníků.

Z výzkumu vyplynulo, že dva informanti (S1 a S5) kvůli krátké praxi nepozorovali větší posun v oblasti psychosociální podpory. Ostatní odpovídající, konkrétně S3, S4, S7, Z1 a Z2, zaznamenali určitý rozvoj během své praxe. Záchranář Z2 poukázal během své praxe na vznik Systému psychosociální intervenční služby. Tento vývoj pravděpodobně ovlivnila i pandemie COVID-19, kdy se začalo více dbát na duševní zdraví, což uvedl záchranář Z1. Sestra S4 však vyjádřila názor, že jejich nemocnici stále čeká zásadnější rozvoj v této oblasti, jelikož se management momentálně soustředí na jiné priority.

Přestože v některých případech by informanti samostatně podporu nevyhledali, nakonec se všichni shodli na důležitosti rozvoje psychosociální podpory a zdůraznili, že by se mělo více dbát na toto téma. Sestra S1 však upozornila na možnou kontraproduktivitu, kdy vedení nemocnice se snaží podporovat své zaměstnance v tomto ohledu, ale ti, kteří by pomoc nejvíce potřebovali, o ní nemají zájem.

Já osobně si myslím, že duševní zdraví a dobrý pracovní kolektiv jsou klíčové pro celkovou kvalitu života. Pokud jsme duševně vyrovnaní, máme větší šanci dosáhnout osobního a profesionálního úspěchu. Dobrý pracovní kolektiv a vztahy na pracovišti pak přináší podporu, porozumění a motivaci, což může zvýšit produktivitu, kreativitu a celkovou spokojenost v práci. Tyto faktory společně přispívají k celkovému blahu jednotlivců a tím následně i celé organizace.

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem Psychosociální podpora zdravotníků a její rozvoj měla stanovených pět cílů. Prvním z nich bylo popsat problematiku psychosociální zátěže zdravotníků z pohledu zdravotnického personálu. Druhým bylo zjistit, jaké možnosti psychosociální podpory zdravotníci využívají. Třetím cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti psychosociální péče pro zdravotníky v Jihočeském kraji. Dalším, čtvrtým cílem bylo poukázat na možnosti psychosociální péče v Jihočeském kraji z pohledu zdravotnického personálu a posledním cílem, který jsme chtěly zjistit bylo, jak se vyvíjela psychosociální podpora zdravotníků v průběhu let z pohledu zdravotnického personálu.

V návaznosti na tyto cíle bylo stanoveno těchto šest výzkumných otázek: „Jak vnímají psychosociální podporu zdravotníci?“, „Jakou formu psychosociální péče zdravotníci potřebují?“, „Jak vnímají zdravotničtí pracovníci psychosociální podporu na svém pracovišti?“, „Jak je realizována psychosociální podpora zdravotníků v Jihočeském kraji?“, „Jaké možnosti psychosociální podpory jsou poskytovány v Jihočeském kraji?“ a „Jak se vyvíjela psychosociální péče o zdravotníky posledních 20 let z pohledu zdravotnického personálu?“.

Všechny cíle se podařilo splnit. Ve výzkumném šetření se potvrdilo, že se zdravotníci setkávají s nadměrnou zátěží při výkonu jejich povolání. Bylo také zjištěno, že pouze dva informanti dosud využili možnost psychosociální podpory, nicméně šest informantů z devíti by jí potenciálně využilo v budoucnu. Analýza výzkumného vzorku složeného z nemocnic (Nemocnice Písek, Nemocnice Jindřichův Hradec a Nemocnice České Budějovice) a Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje odhalila, že všechny nemocnice mají k dispozici nemocničního kaplana, který poskytuje podporu zdravotníkům. Pouze Nemocnice Jindřichův Hradec a výjezdové stanice ZZSJČK nabízejí podporu ze Systému psychosociální intervenční služby. Supervize není poskytována v žádném zdravotnickém zařízení z výzkumného vzorku. Z výsledků výzkumného šetření dále vyplývá, že zhruba polovina zdravotníků považuje stávající možnosti podpory za nedostatečné a všichni se shodují, že by měl být na téma psychosociální podpory kladen větší důraz. Navíc, s výjimkou dvou záchranářů, dotazovaní zdravotníci nepozorují výrazný posun v oblasti psychosociální podpory za poslední dobu. Tato zjištění poukazují na potřebu dalšího zdokonalení a posílení péče o psychosociální zdraví zdravotníků v Jihočeském kraji.

Dalším zjištěným problémem byla, téměř u třetiny respondentů, nízká informovanost zdravotníků o možnostech využití psychosociální podpory na jejich pracovišti. Pro zlepšení informovanosti byl vytvořen návrh letáčku (příloha 2) pro hypotetické zdravotnické zařízení, které nabízí služby nemocničního kaplana.

Tato bakalářská práce a její výsledky poukazují na mezery, které jsou v této rozvíjející se oblasti. Oblast psychosociální podpory zdravotníků by se měla v jednotlivých zdravotnických zařízeních více vyvíjet. Možností je spousta, ale vše je otázkou přístupu managementu zdravotnických zařízení. Je možné, že kdyby se na tuto oblast psychosociální podpory více dbalo, nebyl by takový nedostatek personálu, jaký je nyní.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Asociace nemocničních kaplanů, z.s., 2024. *Kdo jsme* [online]. Asociace nemocničních kaplanů, z.s. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/kdo-jsme/>
2. ASuPP, 2023. *Co je supervize?* [online]. Praha: Asociace supervizorů pomáhajících profesí z.s. [cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <https://asupp.cz/co-je-supervize/>
3. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: GRADA Publishing, s. 40-56. ISBN 978-80-247-4732-3.
4. BELÁŇOVÁ, A., 2018. Být kaplanem v Česku: Zdroje nejistoty a nacházení opory. *Český lid*. Číslo 1, roč. 105, 25-43. DOI: 10.21104/CL.2018.1.02.
5. BezpečnostPráce.Info, z.s., 2018. *Šikana na pracovišti. Jak ji rozeznat a jak se jí úspěšně bránit?* [online]. Praha: BezpečnostPráce.Info, z.s. [cit. 2023-11-10]. Dostupné z: <https://www.bezpecnostprace.info/stres-na-pracovisti/sikana-na-pracovisti/>
6. BÖHMOVÁ, I., 2016. *Analýza pracovních stresorů zdravotnického personálu pracujícího s onkologickými pacienty*. Brno. Bakalářská práce. Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií, Mendelejova univerzita v Brně.
7. BRIDGEMAN, P-J et al. , 2018. Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 75, Issue 3, 147–152, doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
8. © Český institut pro supervizi, 2006. *Co je supervize* [online]. Praha: © Český institut pro supervizi [cit. 2023-11-13]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
9. © Český institut pro supervizi, 2010. *O nás* [online]. Praha: © Český institut pro supervizi [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-techto-strankach/>

10. DAŠKOVÁ, V., 2018. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU
11. DOSKOČIL, O., BELÁŇNOVÁ, A., 2021. Nemocniční kaplani během pandemie covidu-19. *Caritas et Veritas*. 11/2021, 109 – 127, DOI: 10.32725/cetv.2021.012.
12. © Fakultní nemocnice Brno, 2024. *Supervizní tým FN Brno - Otázky a odpovědi* [online]. Brno: © Fakultní nemocnice Brno [cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/otazky-a-odpovedi/t6627>
13. FEJKUSOVÁ, P., 2023. *Supervize* [online]. Frýdek-Místek: Vlnka naděje ve vás...psychoterapeutické poradenství a supervize [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: <https://vlnka.f-m.cz/supervize/>
14. GRYSOVÁ, L., 2015. STRES aneb KDO UTEČE, VYHRAJE [online]. *Pharma News* 5-6/2022 [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/stres-aneb-kdo-utece-vyhraje/>
15. HANKOVÁ, L., 2007. Psychosociální zátěž a pracovní podmínky sester. In: ARCHALAUISOVÁ et al. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství II* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě [cit. 2023-10-05], s. 61-70. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2007>
16. HONZÁK, R., 2022. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 4. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-668-2.
17. HARSA, P. et al. 2014. Mobbing – vážné potíže v pracovním soužití s důrazem na problémy ve zdravotnickém prostředí [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 2/2014. s. 71-74 [cit. 2023-10-22]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201402-0006_Mobbingvazne_potize_v_pracovnim_souziti_s_durazem_na_problemy_v_e_zdravotnickem_prostredi.php
18. HEKELOVÁ, Z., 2017. Osobnostní typologie a vztahy v týmu sester. *Florence*. 10/2017, 6-7. ISSN 1801- 464X.

19. HODYCOVÁ, T., 2020. *Proč je duševní hygiena tak důležitá u zdravotníků* [online]. Bratislava: © FARMI-PROFI, spol. s.r.o. [cit. 2023-11-22]. Dostupné z: <https://farmiprofi.sk/kategoria/rozvoj-osobnosti/proc-je-dusevni-hygiena-tolik-dulezita-u-zdravotniku>
20. HOFFMANN, A., et al., 2017. PEER je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí. *Florence*. 10/2017, 20-21. ISSN 1801- 464X.
21. HUBOVÁ, J., 2022. *Projektové záměry NCO NZO na období 2022 – 2027* [online]. Brno: NCO NZO [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/05/PZ-NCONZO-Hubova.pdf>
22. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Bratislava: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.
23. HUMPL, L., ZUBROVÁ, E., 2022. *Zpráva o činnosti SPIS za rok 2022* [online]. Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zprava-o-aktivitach-spis-za-rok-2022/>
24. CHALOUPKOVÁ, Z., 2016. *Supervize* [online]. Nevyhořím.cz [cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <https://www.nevyhorim.cz/co-je-supervize/>
25. JIČÍNSKÁ, K., 2006. *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry* [online]. 2. Konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21, Brno: NCO NZO [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: https://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/029.pdf
26. JIRÁKOVÁ, P., 2016. *Kompenzační mechanismy*. Praha: Alfabet. ISSN 2336-7555.
27. KACZOR, M., 2019. Duševní hygiena sociálního pracovníka a její podpora ze strany zaměstnavatelů a vzdělavatelů jako zásadní činitelé kvalitní praxe [online]. *FÓRUM SOCIÁLNÍ PRÁCE 2/2019.*, s. 11-27 , [cit. 2023-11-24]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/115635/Michal_Kaczor_9-27.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 80-247-1764-6.

29. KONEČNÝ, K. et al., 2020. *Jak na psychosociální podporu v době COVIDu i po něm* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra ČR [cit. 2023-10-03]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/soubor/jak-na-psp-covid-19-pdf.aspx>
30. KONÍČEK, J., 2021. Působení církve ve zdravotnictví v ČR - Mons. Bohumír Vitásek [online]. *Dialog Evropa XXI*. Číslo 1-4/2021, [cit. 2024 – 01 - 29]. Dostupné z: <https://www.dialogevropa21.cz/pusobeni-cirkve-ve-zdravotnictvi-v-cr-mons-bohumir-vitasek/>
31. KOONTALAY, A. et al. 2021. Healthcare Workers' Burdens During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review. *Dove Medical Press: Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 14/2021, 3015-3025. doi: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s330041>
32. KRATZ, H-J., 2005. *Mobbing: jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press. 131 s. ISBN 80-7261-127-5.
33. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
34. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada publishing. 112 s. ISBN: 978-80-247-5707-0.
35. MASTILIAKOVÁ, D., 2010. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2.vydání. Brno: NCO NZO. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
36. MAZAČOVÁ, M., 2023. *Šikana od šéfa? Nenechte si tzv. bossing líbit a naučte se bránit* [online]. Welcome to the Jungle [cit. 2023–11-27]. Dostupné z: <https://www.welcometothejungle.com/cs/articles/sikana-sef-prace-bossing>
37. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
38. McHUGH, SK, et al., 2020. Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Journals*. 2020 (8), doi: 10.1136/bmjqs-2019-009921.

39. MEDEK, J., 2013. *Psychická náročnost práce u nelékařských profesí*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická Praha.
40. © Mladí lékaři z. s., 2023. *Více než třetina zdravotníků zažívá potíže s duševním zdravím* [online]. Praha: © Mladí lékaři z.s. [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://mladilekari.cz/2023/09/21/vice-nez-tretina-zdravotniku-zaziva-potize-s-dusevnim-zdravim/>
41. MORAVEC, M., 2023. *Šikana na pracovišti: Co je to mobbing a jak se proti němu bránit?* [online]. Welcome to the jungle. [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://www.welcometothejungle.com/cs/articles/mobbing-prace-sikana>
42. MZČR, 2019 a. *Ministr zdravotnictví a zástupci církví podepsali historicky první Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-11-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministr-zdravotnictvi-a-zastupci-cirkvi-podepsali-historicky-prvni-dohodu-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi/>
43. MZČR, 2019 b. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-11-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicke-doporuceni-pro-poskytovani-psyhosocialni-podpory-ve-zdravotnictvi/>
44. MZČR, 2023. *Rozlišení lékařských a nelékařských zdravotnických povolání: lékař, sestra a další nelékařská povolání* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-10-20]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/479-lekarska-vs-nelekarska-zdravotnicka-povolani>
45. NCO NZO, 2023. *Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací* [online]. Brno: NCO NZO [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/peer-program-pece-a-podpory-zdravotnickym-pracovnikum-strategie-zvladani-psyhicky-narocnych-profesnich-situaci-870-72023>
46. Nemocnice České Budějovice, a.s., 2024. *O nás* [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s. [cit. 2024-22-04]. Dostupné z: <https://www.nemcb.cz/uvodni-informace/>

47. Nemocnice Písek, a.s., 2024. *Oddělení spirituální péče* [online]. Písek: Nemocnice Písek, a.s. [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.nemopisek.cz/oddeleni/oddeleni-spiritualni-pece/popis-oddeleni/>
48. NESNÍDAL, V. et al. 2021. Mobbing na pracovišti: mechanismy a dopady. *Psychiatrie pro praxi*. 3/2021, s. 132-137. DOI: 10.36290/psy.2021.029.
49. Nevypušť duši, z.s., 2019. *Supervize a intervize ve škole* [online]. Praha: Nevypušť duši [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2019/09/12/supervize-a-intervize-ve-skole/>
50. ONDRIOVÁ, I., CINOVÁ, J., 2020. *Psychosociální aspekty zdravotnické praxe*. Prešov: Vydavatelství Prešovské univerzity. 159 s. ISBN 978-80-555-2416-0.
51. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
52. PEVNÁ, T., 2020. *Supervize a její přínos pro pracovníky v přednemocniční neodkladné péči*. Kladno. Diplomová práce. Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické.
53. PLAČKOVÁ, A., 2021. *Peer podpora v Systému psychosociální intervenční služby*. Kladno. Diplomová práce. Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické.
54. SINGH, R. et al., 2023. *Provider Burnout* [online]. USA: StatPearls Publishing, LLC [cit. 2023-11-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538330/>
55. SPIS 2020. *Zpráva o činnosti SPIS* [online]. SPIS a NCO NZO [cit. 2023-12-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/02/Podrobná-zpráva-o-aktivitách-SPIS-za-rok-2020.pdf>
56. SPIS, 2023 a. *Podpora zdravotníkům* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://spis.cz/podpora-zdravotnikum/>
57. SPIS, 2023 b. *Linka kolegiální podpory zdravotníkům* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://spis.cz>

58. SPIS, 2023 c. *Vzdělávací a pracovní činnost peera* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/peer/>
59. SPIS, 2023 d. *Spis se aktivně podílel na poskytování psychosociální podpory po útoku střelce v Praze* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2024-23-04]. Dostupné z: <https://spis.cz/spis-se-aktivne-podilel-na-poskytovani-psychosocialni-podpory-po-utoku-strelce-v-praze/>
60. SPIS, 2024. *Vznik a vývoj systému* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2024-01-04]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/>
61. SPIS, 2024. *Poděkování prezidenta republiky* [online]. Systém psychosociální intervenční služby [cit. 2024-25-04]. Dostupné z: <https://spis.cz/podekovani-prezidenta-republiky/>
62. Státní zdravotní ústav, 2023. *Šikana na pracovišti - mobbing a bossing* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/106-mobbing-a-bossing>
63. SUCHÝ, A., SVĚTLÁK, M., 2020. Psychohygienu pro zdravotníky (nejen) v době koronavirové [online]. *Medicina pro praxi*. 17/2, str.75 [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/02/13.pdf>
64. ŠEFČÍKOVÁ, K., 2023. *Jsem introvert. Jak zapadnout do firemní kultury a do týmu?* [online]. Welcome to the Jungle. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.welcometothejungle.com/cs/articles/jsem-introvert-jak-zapadnout-do-firemni-kultury-a-do-tymu>
65. ŠIMEK, A., 2002. *Historie supervize v ČR* [online]. Praha: Supervize [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/publikace-a-clanky/ruzne-texty/historie-supervize-v-cr/>
66. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

67. © Syndrom-vyhoření.cz, 2023. *Syndrom vyhoření a ohrožené skupiny lidí* [online]. Havířov: COTOPAXI CZ, s.r.o. [cit. 2023-11-24]. Dostupné z: <https://www.syndrom-vyhoreni.cz/syndrom-vyhoreni-a-ohrozene-skupiny-lidi/>
68. URBANOVÁ, V., 2021. Osobnost zdravotníka, vztah mezi zdravotníkem a nemocným. In: ZÁŠKODNÁ, H. (ed.). *Zdravotnická psychologie*. České Budějovice: ZSF JU, s. 121. ISBN 978-80-7394-850-4.
69. VEJVODOVÁ, M., 2022. *Syndrom vyhoření si postižený většinou vůbec neuvědomuje* [online]. Praha: Český rozhlas [cit. 2024-16-04]. Dostupné z: <https://region.rozhlas.cz/syndrom-vyhoreni-si-postizeny-vetsinou-vubec-neuvedomuje-8830692>
70. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
71. VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 103 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
72. VESELÁ, L., 2019. *NEMOCNIČNÍ KAPLANKA: Lidé mají stále předsudky, o bohu přitom mluvit nemusíme* [online]. iDNES [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/kaplan-lide-ceska-nemocnice-doubravka-vokacova.A190809_132438_domaci_linv
73. Vojenská nemocnice Brno, 2023. *Duchovní služba* [online]. Brno: Vojenská nemocnice Brno [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: https://www.vnbrno.cz/dokumenty/index/duchovni_sluzba_www.pdf
74. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
75. Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s 2822-29. ISSN: 1211-1244.

76. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1434-51. ISSN: 1211-1244.
77. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452- 80. ISSN: 1211-1244.
78. ZÁŠKODNÁ, H. (ed.). 2021. *Zdravotnická psychologie*. České Budějovice: ZSF JU, 121 s. ISBN 978-80-7394-850-4.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Podklad otázek k rozhovorům

Identifikační údaje:

- Věk
- Pohlaví
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Pracovní pozice
- Délka praxe v oboru
- Oddělení, na kterém pracujete

Otázky:

1. Cítíte, že se ve své práci setkáváte s nadměrnou psychickou zátěží?
2. Co je pro vás při vaší práci nejnáročnější?
3. Setkal/a jste se při své praxi se Syndromem vyhoření (nemusí to být u Vás, ale i svých kolegů)? + jak se to projevovalo, jaké to mělo důsledky
4. Setkal/a jste se při své praxi s nějakým druhem šikany (nemusí to být u Vás, ale i svých kolegů)? + jak se to projevovalo, jaké to mělo důsledky
5. Setkal/a jste se při své praxi s nadměrným stresem? + jak se to projevovalo, důsledky
6. Pokud ano, jak se s těmito jevy vyrovnáváte? (Rodina, přátelé, kolegové, duševní hygiena), případně jak se s tím vyrovnávají ostatní?
7. Setkal/a jste se během své praxe s nějakou formou psychosociální podpory? (například kaplan, supervize, SPIS,..)
8. Jak vnímáte psychosociální podporu od nemocničního kaplana? Došli jste si k němu pro někdy pro pomoc/radu? + Pokud ne, využil/a byste ji potenciálně při vyhledávání podpory?
9. Jak vnímáte psychosociální podporu pomocí supervize? Využíváte tento typ podpory? + Pokud ne, využil/a byste ji potenciálně při vyhledávání podpory?
10. Jak vnímáte psychosociální podporu od Systému psychosociální intervenční péče (SPIS)? Využil/a jste někdy jejich telefonní linku či pomoc od interventa nebo peera? + Využil/a byste ji potenciálně při vyhledávání podpory?
11. Jakou z těchto možností byste nejraději využil/a?
12. Víte o tom, jaký druh psychosociální podpory poskytuje vaše pracoviště?
13. Poskytuje zdravotnické zařízení, ve kterém pracujete např. semináře/školení týkající se tématu psychosociální podpory?
14. Jak vnímáte psychosociální podporu na vašem pracovišti? Chtěl/a byste něco změnit?
15. Víte, jaký druh psychosociální podpory můžete využít mimo svoje pracoviště?
16. Vnímáte za dobu své praxe rozvoj v oblasti psychosociální podpory zdravotníků?
17. Jakým způsobem se psychosociální péče vyvíjí?
18. Myslíte si, že by se na tuto oblast mělo více dbát?

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2024



Psychosociální podpora pro zdravotníky

Podpora v naší nemocnici je poskytována od nemocničního kaplana (jméno) pro personál:

- který se cítí vyčerpaný, podrážděný či sklíčený.
- který postrádá pocit bezpečí a spokojenosti při práci v týmu na pracovišti.
- na nějž doléhají osobní či rodinné starosti, které komplikují pracovní výkon.
- který neodkladně potřebuje z různých důvodů podporu od druhého člověka.

Možnost využít služeb nemocničního kaplana je bez ohledu na náboženské vyznání a víra Vám nebude vnučována.

- Domluvte si schůzku na telefonním čísle **+111 111 111 111**
- Nebo navštivte osobně **místnost 11 v pavilonu B**, ve druhém patře v čase 8:00-9:00

Nebo využijte telefonní linku Systému psychosociální intervenční služby

- Jedná se o kolegiální formu podpory pro zdravotníky
- Dostupná každý den od 8:00 do 22:00
- Telefonní číslo je +222 222 222 222

9 Seznam použitých zkratk

ARO – Anesteziologické a resuscitační oddělení

ASuPP – Asociace supervizorů pomáhajících profesí

atp. – a tak podobně

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019, česky koronavirové onemocnění 2019

ČBK – Česká biskupská konference

ČIS – Český institut pro supervizi

DEO – Dětské oddělení

ERC – Ekumenická rada církví České republiky

FN – Fakultní nemocnice

CHIR – Chirurgické oddělení

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NEO-JIP – Neonatologické oddělení-Jednotka intenzivní péče

NO – Neurologické oddělení

PeS – Pediatriká sestra

PS – Praktická sestra

S1 – S7 – sestra 1 až 7

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

SZŠ – střední zdravotnická škola

tzv. – takzvaně; takzvaný

VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická

VS – Všeobecná sestra

VŠ – vysoká škola

Z1 – Z2 – záchranář 1 až 2

ZZ – Zdravotnický záchranář

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZZSJČK – Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje