

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019/2020

Daniel Mácha

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků

Daniel Mácha

Bakalářská práce

2019/2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Daniel Mácha**  
Osobní číslo: **Z17374**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Téma práce: **Využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
- HOFFMAN, A. a kol., 2017. PEER je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí. *Florence*. 13(10), s. 20-21. ISSN 1801-464 X.
- HUMPL, L. a kol. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
- PRIESS, Mirriam. *Jak zoládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 05. 05. 2020

Podpis autora:  
Daniel Mácha

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velmi rád bych poděkoval vedoucí mé práce Mgr. Jindře Holekové, Dis. za její ochotu, trpělivost odborné vedení, cenné rady a konzultace, které mi pomohly při zpracovávání tématu. Dále bych rád poděkoval Karolině Kopecké za cenné rady o systému psychosociální intervenční služby. Také bych chtěl poděkovat své rodině, která mě celou dobu mého studia trpělivě podporovala.

## **ANOTACE**

Předmětem průzkumu je zjistit, jaká je využitelnost psychosociálních intervencí a peer podpory, mezi zaměstnanci ve zdravotnictví. Na základě předmětu průzkumu byly stanoveny dva cíle. Hlavním cílem praktické části je zjistit, jak jsou využíváni peeri ve vybraných nemocnicích. Dílčím cílem je ověřit informovanost zaměstnanců, vybraných zdravotnických zařízení, o možnosti využití kolegiální peer podpory.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Psychosociální intervence, SPIS, peer, psychická zátěž, posttraumatická stresová porucha, psychosociální péče, stres, smrt

## **TITLE**

Use of psychosocial interventions in non-medical staff

## **ANNOTATION**

The subject of the survey is finding out what is the usability of psychosocial interventions and peer assistance, among employees in health care. Based on the subject of the survey, two goals were set. The main goal of the practical part is finding out how peers are used in selected hospitals. The partial goal is to verify the knowledge of employees and selected medical facilities regarding the possibility of using collegial peer support.

## **KEYWORDS**

Psychosocial interventions, SPIS, peer, psychological stress, PTSD, psychosocial care, stress, death,

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS).....	13
2.2 Kdo je Peer?.....	13
2.3 Kvalifikace Peera.....	15
2.4 Dovednosti a techniky peera.....	15
2.5 Stres a jeho pojetí.....	16
2.6 Typologie osobnosti zdravotníka.....	18
2.7 Psychická zátěž zdravotníků.....	19
2.8 Posttraumatická stresová porucha – PTSD.....	20
2.9 Morální tíseň.....	20
2.10 Syndrom vyhoření – Burnout syndrome.....	21
2.11 Prevence syndromu vyhoření.....	22
2.12 Supervize.....	23
2.13 Člověk a krize.....	24
2.14 Podpora a možnosti pomoci při úniku z krize.....	24
3 Průzkumná část.....	27
3.1 Průzkumné otázky.....	27
3.2 Průzkumný soubor.....	27
3.3 Metodika průzkumu.....	27
3.4 Zpracování dat.....	28
3.5 Prezentace výsledků průzkumu.....	29
4 Diskuze.....	50
5 Závěr.....	54
6 Použitá literatura.....	56



7	Přílohy.....	59
---	--------------	----

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů.....	29
Obrázek 2 - Věk respondentů .....	30
Obrázek 3– Pracovní pozice .....	31
Obrázek 4 - Délka praxe ve zdravotnictví .....	32
Obrázek 5 - Pracoviště dotázaných.....	33
Obrázek 6 - Náročnost profese .....	34
Obrázek 7 - Myšlenka o odchodu z oboru .....	35
Obrázek 8 – Důvod k odchodu z oboru .....	36
Obrázek 9 – Krizové situace .....	37
Obrázek 10 - Doba vypořádání se s krizí.....	38
Obrázek 11– potřeba vyhledání nějaké formy pomoci.....	39
Obrázek 12 – Osoba poskytující pomoc v krizové situaci.....	40
Obrázek 13 – Úspěšnost první psychické pomoci .....	41
Obrázek 14 - Povědomí o možnosti využití peer podpory .....	42
Obrázek 15 – přítomnost peer pracovníka v nemocnici .....	43
Obrázek 16 - Kontakt na peera na pracovišti.....	44
Obrázek 17 – Využití služeb peera .....	45
Obrázek 18 – Účinnost intervence peera .....	46
Obrázek 19 – Důvod nevyužití peer podpory .....	47
Obrázek 20 – Preferovaný způsob v případě nutnosti využití psychosociální podpory .....	48
Obrázek 21 – Doporučení psychosociální intervenční služby kolegům.....	49
Obrázek 22 <i>Linka kolegiální podpory (Humpl, 2020)</i> .....	59
Obrázek 23– <i>Informativní leták o SPIS pro zaměstnance Nemocnice Pardubického kraje</i> .....	60
Obrázek 24 - <i>Informativní leták o SPIS pro zaměstnance Nemocnice Pardubického kraje</i> .....	60
Obrázek 25– <i>Informativní leták o SPIS (www.spis.cz)</i> .....	61
Obrázek 26– <i>Informativní leták o SPIS (www.spis.cz)</i> .....	62

## Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník .....	63
Příloha č. 2 – Seznam počtu peerů ve dvou mnou vybraných zdravotnických zařízeních.....	67

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Č.	Číslo
FZS	Fakulta zdravotnických studií
JIP	Jednotka intenzivní péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
ODZ	Odborník na duševní zdraví
PTSD	Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder)
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
TSQ	Trauma Screening Questionnaire

## ÚVOD

Širokou veřejností je práce zdravotníka vnímána jako velmi potřebná a v mnohých očích je zdravotník vnímán jako hrdina, který se nebojí jít tam, odkud jiní utíkají. Ale co když už zdravotník nemůže? Co když přijde situace, která bude už i na něj moc? Taková situace samozřejmě přijít může a nejednou se stane. Proto existuje systém psychosociální a intervenční služby, který v takových situacích zdravotníkům pomáhá. Kolegiální peer podpora umožňuje první psychickou pomoc v těžkých životních situacích mezi lidmi pracujícími v oboru pomáhajících profesí.

Bakalářskou práci na téma: „Využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků“ jsem si vybral z důvodu zvýšení povědomí o systému psychosociální intervenční služby. Tento systém už v našem zdravotnictví funguje řadu let, ale povědomí a důvěra v něj, není mezi zdravotníky příliš velká.

# 1 CÍL PRÁCE

Cílem teoretické části je seznámit čtenáře se systémem psychosociální intervenční služby a peer podporou zaměstnanců ve zdravotnictví. Dále pak poukázat na důležitost prevence burnout syndromu z důvodu nevěnování se psychickému stavu zdravotnického pracovníka.

Hlavním cílem praktické části je zjistit, jak jsou využíváni peeri ve vybraných nemocnicích.

Dílčím cílem je ověřit informovanost zaměstnanců, vybraných zdravotnických zařízení, o možnosti využití kolegiální peer podpory.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

Dle Hoskovcové (2009) je psychosociální intervence „*odborná činnost vykonávaná konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality života a snížení utrpení konkrétního jedince nebo skupiny lidí. Jde o činnost, která je reakcí na individuální nebo společenskou poptávku.*“ (Hoskovcová, 2009, s. 9).

Dle Hoffmana et al. (2017) byly první peer podpory poskytovány už vojákům v první světové válce, kdy se zjistilo, že vojáci, kterým byl poskytnut prostor pro ventilaci stresorů a frustračních faktorů byli mnohem dříve bojeschopní než ti, kterým tento prostor poskytnut nebyl. Možnost využití peerů byla také využita například během války v Koreji a tyto metody byly dále zlepšovány a zdokonalovány. V roce 2009 inicioval odbor krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví ČR výcvik prvních peer pracovníků a od roku 2010 vznikl oficiálně systém psychosociální intervenční služby (SPIS). Od roku 2011 bylo zajištění psychosociálních intervenčních služeb zavedeno do zákona o záchranné službě.

Systém psychosociální intervenční služby je v České republice již několik let oficiálně v činnosti. Jeho pomoc je nabízena především zdravotníkům pracujícím v oblasti urgentní péče a přednemocniční péče, ale není výjimkou, že jeho služby využijí i jiní zdravotničtí pracovníci. Hlavní činnost systému je dbát především na prevenci, informovanost, edukaci a napomáhání vytvoření si odolnosti proti psychické zátěži. Umožňuje také setkání, následné sdílení a uzavření nadlimitních situací, jimiž si zdravotník prošel. Základní stavební kámen systému psychosociální intervenční služby je převážně na tzv. peer podpoře. Tuto podporu poskytují vyškolení kolegové – zdravotníci – kterým problematika zasaženého není neznámá a jsou schopni nejen naslouchat, ale i poskytnout první psychickou pomoc a poučit zasaženého, jak se situací v budoucnu pracovat (Humpl, 2013).

### 2.2 Kdo je Peer?

Práce ve zdravotnictví nevyžaduje jen fyzickou odolnost, ale převážně tu psychickou. Jelikož je každý zdravotník i člověk, tak jako každý člověk, má svou hranici, kterou když překročí, tak už nemůže dál. Touto hranicí může být například smrt dítěte, hromadná nehoda, nežádoucí událost s velkým zájmem médií, případně jiný nadměrný stres. Pokud si zdravotník uvědomí,

že už danou těžkou psychickou situaci sám nezvládne, může požádat o pomoc svého kolegu peera, který poskytuje první psychickou pomoc.

Hlavními důvody poskytování intervenční služby v rámci SPIS jsou nejen podpora při zvládání nadlimitní zátěže v rámci profese a přítomné akutní stresové reakce, ale také péče po už proběhlé zátěži. Dalšími činnostmi je snižování rizika profesního selhání, prevence Burnout syndromu a posttraumatické stresové poruchy. Neméně důležitou aktivitou je i výuková a preventivní činnost (Humpl, 2020).

Jednou z výhod peera je znalost problematiky zdravotnické profese a často i daných situací. Mezi vlastnosti peera patří diskrétnost, mlčenlivost, podpora, empatie a nekritičnost. Setkání s klienty jsou zcela anonymní a nevedou se žádné záznamy (Humpl, 2013).

System psychosociální intervenční služby se orientuje na pomoc zdravotníkům, kteří ve své profesi zažili zátěžové až nadlimitní situace. Těmto zdravotníkům pomáhají sami zdravotníci – peeri. Jejich prací je vrátit duševní rovnováhu a dospět se zasaženým k pochopení situace, kterou on označuje za nadlimitní. SPIS slouží nejen k pomoci v době krize, ale také k prevenci syndromu vyhoření. V případě zátěžové situace, kterou zdravotník nezvládá, může kontaktovat peera, kterým může být jakýkoliv kolega, který prošel speciálním výcvikem a získal dovednost pro poskytování pomoci profesně zasaženým kolegům. Úkolem peera však není poskytování farmakologické, psychiatrické nebo psychoterapeutické pomoci, nýbrž preventivní psychické pomoci. Laicky řečeno, popovídání si o situaci. V případě, že osoba poskytující pomoc jiným, si ponese s sebou předchozí traumata, tak se zvyšuje nejen riziko vzniku syndromu vyhoření, ale i možnost profesního pochybení a případně poškození pacienta. Peer své služby poskytuje bezplatně a se zárukou naprosté anonymity, mlčenlivosti a profesionality. Poskytovatel peer podpory je povinen řídit se přísnými etickými pravidly a etickým kodexem systému psychosociální intervenční služby (Dašková, 2018).

### **Aktivace peera a využití jeho služeb**

Zažádat o službu peera lze několika metodami. Jednou z možností je přímé oslovení přímo na pracovišti nebo ve zdravotnickém zařízení ve kterém peer pracuje (viz příloha č. 2). Další formou je koordinátor nebo odborník na duševní zdraví. O službu peera nemusí vždy žádat jen zasažená osoba, ale i jeho nadřízený. Tento způsob je využíván především u mimořádných událostí. Mezi činnosti peera je i aktivní nabízení jeho pomoci a to tak, že svého kolegu může oslovit i on sám. Samozřejmě každý má právo nepřijmout jeho nabídku péče (Humpl, 2020).

Mezi metody nabízení psychosociální péče a šíření povědomí o systému psychosociální služby patří rozdávání letáků. Tyto letáky obsahují základní nebo podrobné informace týkající se SPIS a někdy obsahují také kontakty na specializované telefonní linky (viz Obr. 22 – Linka kolegiální peer podpory) nebo koordinátora peerů daného zařízení, ve kterém osoba vyžadující peer podporu pracuje (viz Obr. 23–26 – Informativní leták o SPIS pro zaměstnance Nemocnice Pardubického kraje a Informativní leták o SPIS).

### **2.3 Kvalifikace Peera**

Humpl (2019) uvádí, že v roce 2009 byla navázána spolupráce s Národním centrem ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně, kde vznikl desetidenní certifikovaný kurz „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnutí psychicky náročných situací*“ jehož cílem je příprava pracovníků SPIS – zdravotnické peery. Kurz je zakončen kolokviem a jeho platnost je na celém území České republiky.

Pro udržení kvalifikace peera je zapotřebí alespoň 1x za 12 měsíců se aktivně zúčastnit odborné akce, týkající se SPIS. V případě neúčasti bude peer ze systému vyřazen. Mezi tyto akce spadá například Rallye Rejvíz, Refresh kurz a jiné (Humpl, 2020).

### **2.4 Dovednosti a techniky peera**

Hlavní dovednost, kterou peer musí ovládat je komunikace, a to jak s jednotlivcem, tak i se skupinou. Je třeba aby peer dodržoval určitá komunikační pravidla, dokázal aktivně naslouchat, zároveň však pracovat s tichem. Také je třeba aby znal způsoby, jak navázat kontakt, ovládal práci s časem, zvládal provázet a doprovázet, byl empatický a dokázal i říci ne, v případě, že se požadavek klienta neslučoval s etickými pravidly nebo možnostmi peera. Měl taktéž náležité znalosti z oblasti psychologie a chyb v oblasti komunikace, jako je skákání do řeči, manipulace, bagatelizování problémů a jiné. Součástí jeho dovedností je i prezentace SPIS. Jako osoba poskytující první psychickou pomoc musí znát své kompetence a vědět kde je hranice peer činností. Mezi další techniky a dovednosti patří i spolupráce s ODZ a návaznými krajskými systémy a také provádění rozdílných druhů intervencí – ihned po situaci a odložené intervence (Humpl, 2020).



## 2.5 Stres a jeho pojetí

Význam pochází z anglického slova *stress* neboli *zátěž*. Stres vzniká tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět. Jedná se o stav organismu, vyvolaný nějakým podnětem – stresorem. Organismus reaguje stresovou reakcí, která má obrannou funkci. Odpovědí organismu na stresor je **poplachová reakce**. Následuje **fáze rezistence**, která přechází v **pokus o adaptaci** a nepodaří-li se, přechází do **vyčerpání** (Humpl 2013).

Stres jako celek je považován za subjektivní stav jedince, který má pocit ztráty kontroly nad určitou situací. Čím větší je ztráta pocitu kontroly nad situací, tím větší je pocit stresu daného člověka (Prieß, 2015).

Venglářová a kol. (2011) uvádí, že stres lze chápat jako silnou frustraci, což je stav zklamání, zmaření, kdy jedinci, k dokončení jeho cílů, brání nějaká překážka, případně překážky, které se mu staví do cesty.

### Druhy stresu

#### Akutní

Psychologie hodnotí akutní stres jako **výzvu**. Pro sportovce je to překonání maximálního rekordu a podání výkonu, pro studenta důležitá zkouška. Akutní stres zažíváme v nebezpečných situacích, kdy naše tělo vyplavuje adrenalin a v mozku se vytváří myšlenka „bojuj nebo uteč“. Jestliže tělo zažívá akutní stres, je jeho intenzita neobvyklá, a proto se může stát, že organismus zareaguje neúměrně dané situaci a jejím požadavkům (Humpl, 2013).

#### Chronický

Chronický stres trvá dlouho a většinou má malou intenzitu. Tím pádem má organismus čas se na něj připravit a lépe se tak adaptuje.

Podskupinou chronického stresu, který je pro člověka nejhorší je stres **intermitentní**. Tento druh stresu se projevuje tak, že se střídavě objevuje a zase mizí, což má za příčinu vychýlení fyziologických mobilizačních mechanismů z rovnováhy a nedostatek času k adaptaci organismu na zátěž. Dle Humpla et al má intermitentní stres nejčastější vztah k psychomotorickým chorobám (Humpl, 2013).

## Typy stresu

### Eustres

Kladně působící stres. Pozitivně působící ve vztahu k psychice (svatba, výhra, oslava...), ale i tehdy, když se lidé z vlastní iniciativy dostávají do hraničních situací nebo rizika (sportovní výkony, adrenalinové zážitky, cestování a jiné) (Humpl, 2013).

### Distres

Oproti eustresu je naopak negativní, zdraví škodlivý a nadměrný. Jedinec je ohrožen (útěk před rozzuřeným psem, boj o holý život nebo nadměrná zátěž v práci) (Andršová, 2012).

*„Distres je stres nepříjemný, který ve větší míře působí škodlivě tím, že vede k přetížení člověka a v dané situaci převyšuje jeho možnosti“ (Venglářová, 2011, s. 49).*

## Vlivy stresu na jedince

### Psychické

Stres může na psychiku jedince působit v oblastech jako jsou **emoce**, jež mají za následek například výkyvy nálad, pocity vyčerpání, apatie aj. Dále pak na **kognitivní funkce**, kdy jejich porucha má za následek zhoršení funkce poznávání, usuzování, nebo vnímání reality. Třetí oblast psychiky, která může být stresem narušena je oblast **chování**. Takovýto jedinec ztrácí nejen výkonost, ale i kvalitu výkonu. Dochází ke změnám ve vztazích nebo ztráty chuti k jídlu, případně k opačnému jevu, a to k přejídání. Poslední z oblastí, ve které může dojít ke změnám je oblast **spirituality**. Příkladem mohou být rodiče, kteří přijdou během nehody o dítě. Tito rodiče mohou pociťovat vztek na Boha (Humpl, 2013).

Dle Humpla (2013) můžeme na jednotlivých úrovních fungování jedince pozorovat řadu symptomů jako jsou vystupňování myšlenkové aktivity a fantazie, extrémní nečinnost, zesílení motivace, pohybový neklid, mnohomluvnost, zrychlení tepu, třes, nespavost, dezorganizace poznávacích procesů, úzkost, grimasy nebo nejistota.

### Fyziologické

Fyzickými projevy stresu mohou být například bušení srdce (palpitace), bolesti hlavy, nechutenství a plynatost, časté nucení na močení, ztráta sexuálního chťiče, vyrážky v obličeji (exantém) nebo změny v menstruačním cyklu (Křivohlavý 2010).

## Reakce na stres

Jedná se obranné, úzkostné, případně narušené reakce. Mezi tyto reakce spadá **únik** – případně **útěk**. Taková reakce se projevuje zkreslováním informací, únikem do nemoci, útekem do náboženství nebo mystice. Taktéž ale hromadění práce na úkor jakéhokoliv volného času nebo zvýšené pití alkoholu, užívání drog či sebepoškozování až sebevražda. **Ustrnutí a regrese** – Tento stav se projeví neschopností vzdát se původního cíle, ale zároveň neschopností vyvinout jakoukoliv činnost, která povede k dosažení cíle. V takovéto situaci se projeví stereotypní jednání a to tak, že člověk provádí stále jednu a tu samou činnost stále dokola, ale bez jakéhokoliv výsledku. Může dojít až k úplné strnulosti, kdy jedinec není schopen žádné činnosti. Často pak dochází k vybavení sociálně nezralého chování. Příkladem může být reakce, jež byla úspěšná v dětství, ale v dospělém věku je nežádoucí. **Přízpůsobení se překážce** – Patří zde například překonání daného problému vytrvalostním úsilím nebo zvolení jiného cíle, který je na rozdíl od únikových reakcí společensky hodnotný a věcný. **Útok (agrese)** – Projevuje se v nejrůznějších podobách, a to od agresivních mimických pohybů přes nadávky, výhrůžky až po fyzické násilí. Agrese může být zaměřena nejen na daný problém, ale i na sebe sama nebo někoho dalšího (Humpl 2013).

## 2.6 Typologie osobnosti zdravotníka

Během života se pohled člověka na svět mění. Vytváří si nebo přijímá různé názory a ty formují i jeho osobnost. Sebehodnocení a utváření představ o sebe samým je častou myšlenkou každého z nás. Aby byl z člověka opravdu dobrý zdravotník, nestačí pouze znalosti a manuální zručnost, ale také znalost sebe sama. Svých pocitů, myšlenek a názorů na nejrůznější situace, ve kterých se můžeme nacházet. Jestliže zdravotník nedokáže pochopit své vlastní pocity a hovořit o nich, nemůže pochopit pocity druhých (Venglářová, 2011).

Mezi základní rysy osobnosti se řadí typ introvert a extrovert. Introvertní typ člověka je spíše tichý, společnosti se stranící a okruh jeho přátel není příliš velký. Výhodou této povahy je trpělivost, neimpulzivní jednání a mírné chování. Za to extrovert je jeho opakem. Snadno se vzruší, je přátelský a má rád společnost. Nevýhodou takovéto osobnosti je netrpělivost, sklon k agresivitě a náladovost (Venglářová, 2011).

Řecký lékař Hippokrates, který je dnes nazýván otcem medicíny přiřazoval emoce ke čtyřem tělesným šťávám. První ze šťáv byla **krev** (sanguis). Ta značila energičnost a rychlost. Další

byl **hlen** (flegma), jenž představoval vleklost. Třetí byla **žluč** (cholé), která vyznačovala prudkost a vztek. Čtvrtou tekutinou byla **Černá žluč** (melos), znázorňující temnou barvu označující smutek nebo chlad. Těmito tekutinami položil základní kámen dodnes užívaným temperamentům. Jeho teorii rozšířil Galénos, který z těchto tekutin udělal dnes nejčastěji používané typy osobnosti. Sangvinik, flegmatik, choleric a melancholik. Ke každé z tekutin přidal více vlastností. **Sangvinik**, mezi jehož hlavní šťávu patří krev, je přisuzována optimistická nálada, všímavost a přizpůsobivost, ale také rychlý úpadek jeho zájmu o věc a snadné rozptýlení se. Vleklý hlen je šťávou **flegmatika**, jehož vlastnosti jsou vyrovnanost, trpělivost nebo rozvážnost. Bohužel flegmatici jsou často necitliví, lhostejní nebo pomalí. Žluč je prudká a vzteklá. **Choleric**, vyniká svou výbušností, hlubokými city a energičností. Naneštěstí je zbrklý a netrpělivý. Čtvrtou tekutinou je **černá žluč**. Barva značící temnotu, pesimismus, chlad, strach a úzkost. Těmito vlastnostmi lze také charakterizovat **melancholika**. Jako kladnou vlastnost je však možno přisuzovat hlubokomyslnost, svědomitost, důkladnost a oddanost (Honzák, 2015).

## 2.7 Psychická zátěž zdravotníků

V dnešní době je na zdravotnické pracovníky kladen velký tlak. Zdravotník musí mít nejen kvalitní odborné vzdělání, ale i fyzickou zdatnost, schopnost jednat s pacienty a kolegy na patřičné úrovni, ctít etické zákony a principy, mít dovednost ovládat specializovanou techniku, vzbuzovat v lidech důvěru, zvládat nadměrnou administraci a stále si zachovat lidskou tvář s notnou dávkou empatie. Takovéto požadavky jsou velice náročné na osobnost daného člověka (Zacharová, 2011).

Velmi často jsou zdravotníci vnímání jako lidé, kteří se ocitají v těch nejtěžších chvílích našich životů a mezi mnohými lidmi panuje také názor, že zdravotník by měl vydržet vše. Pohled na smrt od těch nejmenších až po ty nejstarší, psychicky zlomení lidé, rozzlobení příbuzní, nadměrný zájem médií, zranění nebo smrt kolegy a mnoho dalšího. Situace, jež jsou jen výčet událostí, které zdravotníky zasahují a s kterými se musejí potýkat. A Tak jako je zdravotník také jen člověk, tak i zdravotníka může taková situace hluboce ranit. Mohou jej ranit tak moc, že vlivem stresu se na zdravotníkovi začnou projevovat problémy jak psychického, tak i fyzického rázu. Tělo se začne bránit a zdravotník onemocní. Typickým příkladem fyzického onemocnění může být hypertenze, bolesti hlavy, závratě až zvracení, zrychlená tep a jiné. Z duševního onemocnění například úzkosti, neklid, nesoustředěnost, noční můry až

nespavost, strach, závislost na lécích nebo jiných návykových látkách a mnoho dalších. Jako každý člověk, tak i zdravotník může udělat chybu, podlehnout stresu nebo se bát. V případě že zdravotník vyhoří, bude spíš na škodu než k užitku. A protože zdravotník není stroj, ale člověk, tak je třeba aby i on dbal na své psychické potřeby a zdraví (Humpl, 2013).

## **2.8 Posttraumatická stresová porucha – PTSD**

Posttraumatická stresová porucha spadá do kategorie úzkostných poruch. Vzniká po prožití nějaké emočně nadměrné situace, která svou intenzitou přesahuje všechny situace, které člověk běžně prožívá. Typickým příkladem jsou válečné zóny, přírodní katastrofy nebo mučení (Holcner, 2020).

Dle Vágnerové (2014) je PTSD pozdní nebo oddálená reakce na prožité trauma či chronický stres a jeho nezvládnutí. Jeho následky se projeví nejen na psychice, ale i na fyzické stránce zasaženého. Mezi typické znaky patří opakované prožívání traumatizujících zážitků z minulosti ve vědomí zasaženého, spojené se silným strachem a pocitu bezmoci.

Posttraumatická stresová porucha lze rozdělit do dvou kategorií. Jednoduchou a komplexní. Jednoduchá vzniká po nějaké jedné či více traumatických událostí, v krátkém časovém úseku, během kterých je ohrožen život. Komplexní vzniká v případě dlouhodobě trvající traumatické události a rozvoj PTSD má pak mnohem vážnější průběh. Příkladem komplexní posttraumatické stresové poruchy může být domácí násilí, dlouhodobé zneužívání nebo mučení. K diagnostice PTSD se využívá desetibodový dotazník TSQ neboli Trauma Screening Questionnaire. Dotazník se skládá z deseti bodů a jako screeningová metoda se používá s odstupem tří až čtyř týdnů od traumatické události. V případě šesti a více bodů je třeba udělat detailnější vyšetření a zahájit specializovanou léčbu. Léčba PTSD se provádí formou psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií (Holcner, 2020).

## **2.9 Morální tíseň**

Termín lze definovat i jako morální distres a jako první jej použil Andrew Jameton v roce 1984 a definoval ho jako utrpení, které sestry zažívají v situacích, kdy nemohou udělat věc, která je dle jejich etického smýšlení správná, jelikož jim v tom brání okolnosti, spolupracovníci nebo pracovní podmínky (Jameton, 1984).

Mareš (2016) morální tíseň popisuje jako jev, kdy okolnosti nutí člověka nedělat nic, i když si myslí, že by danou věc udělat měl a považuje jí za správnou. Případně okolnosti nutí člověka

udělat pravý opak. Zažívá rozpor mezi svými názory, jelikož se nepostavil proti rozhodnutí svých nadřízených případně podlehl tlaku okolí a je si vědom, že jeho jednání bylo v rozporu s etickými a morálními pravidly. Na rozdíl od jiných typů distresů hraje u morálního etika velký rozdíl. Jedinec nemohl z nějakého důvodu (ekonomika, rozhodnutí vedení...) provést to, co považuje za správné (Mareš, 2016).

## **2.10 Syndrom vyhoření – Burnout syndrome**

Honzák (2015) popisuje vznik historie pojmu syndromu vyhoření tak, že předkládá čtenáři příběh psychologa Herbert J. Freudenbergera, který pojem „Syndrom vyhoření“ poprvé použil v článku „Staff Burnout“ v časopise Journal of Social Issues (1974). H. J. Freudenberger byl žid německého původu, který byl rodiči poslán do spojených států k nevlastní tetě, aby byl chráněn před nacisty. Během války však jeho nevlastní teta přestala dostávat příjmy od jeho rodičů, a tak se její chování k Freudenbergerovi změnilo. Byl poslán k jinému příbuznému, avšak musel při studiu pracovat. Po vystudování několika prestižních univerzit se stává psychologem a psychoanalytikem. Jeho tvrdá práce jej přivádí až na dno svých sil. Tento stav ho donutí se o sebe více zajímat, a tak se rozhodne, že se bude věnovat pouze dvěma pracovním činnostem. Nahrávání svých pocitů a jejich následné analýze. Všechny tyto poznatky shrne do své knihy: „Burnout: Vysoká cena za úspěch“ (Honzák, 2015). V článku „Staff Burnout“ Freudenberger uvádí, že tento syndrom postihuje ty, kteří do svého povolání vkládají veškerý čas, úsilí, a především kus sebe sama. Dále pak vkládá velký význam osobnostním faktorům jedince a jeho postojům, díky kterým mohou vznikat nevhodná rozhodnutí (Freudenberger, 1974).

Syndrom vyhoření neboli Burnout syndrom je popisován jako selhání vyčerpaného jedince, na kterého je vyvíjen stále větší tlak od okolí nebo sebe samého. Mezi typické příznaky patří ztráta chuti a síly pracovat, totální úpadek zájmu a potěšení z vykonané práce. Taktéž se vyznačuje negativním hodnocením sebe sama i výsledků ve svém povolání (Janáčková, 2008).

Typickým znakem syndromu vyhoření je poškození psychické stránky člověka. Fyzické znaky jsou viditelné až mnohem později. Nejčastější místa výskytu lidí trpících syndromem vyhoření jsou profese zabývající se prací s lidmi (Venglářová, 2011).

Vznik syndromu vyhoření není záležitostí jednoho dne. Každý člověk, kterého tento syndrom postihne k němu dospěje v jiném časovém rozmezí. Toto rozmezí lze rozdělit do několika fází.

Dle různých zdrojů se počet fází liší, nejčastěji udávaný počet je však pět. Pět fází stupně vyhoření, pro které jsou typické charakteristické myšlenky (Pešek, Praško, 2016).

První fází je **Idealistické nadšení**. Tato fáze je charakteristická myšlenkami na maximální výkon, seberealizaci nebo altruismus. Člověk má při této fázi potřebu soustředit se cíl, podávat maximální výkon a kvalitní práci. I za cenu přetěžování se. Druhá fáze se nazývá **Stagnace**. Zde upadá počáteční nadšení z práce, cíle už nejsou tak vysoké a člověk se snaží mít práci co nejméně složitou. Jako třetí přichází na řadu **Frustrace**. Myšlenky o zneužívání práce jedince se objevují čím dál častěji. Práce už mu nepřináší radost a často dochází ke zklamání a deziluzi. Čtvrtou fází je **Apatie**. Jedná se o obrannou reakci, kdy se člověk začne stahovat do sebe, vyhýbat se náročnějším úkolům, odmítá se bavit o pracovních tématech, problémové klienty označuje jako „nemotivovaný“ „problémový“ a podobně. V případě zrušení domluvené pracovní schůzky pociťuje radost. Často se v tomto stádiu zvyšuje absence jedince z důvodu onemocnění, které je psychosomatického rázu. Výjimkou není ani uchýlení se k nadměrnému pití alkoholu, užívání léků nebo zneužívání jiných návykových látek. Pátou, poslední fází je samotný **Syndrom vyhoření**. Jedinec je na pokraji svých psychických sil. Často je se stavem spojená i deprese. V tomto stádiu pracovník buď odchází ze zaměstnání do jiného oboru nebo změni pozici případně zůstává, ale úplně vyhořelý a neefektivní. V lepším případě vyhledá odbornou pomoc (Pešek, Praško, 2016).

## 2.11 Prevence syndromu vyhoření

U všech nemocí platí, že pokud budeme důsledně dbát na prevence, tak se riziko onemocnění sníží (Venglářová, 2011). Dle mezinárodní klasifikace nemocí se syndrom vyhoření řadí pod kódem Z 73.0 – Vyhoření/vyhasnutí (MKN-10, 2018). Proto je třeba dbát na prevenci a dodržovat jistá opatření mezi které spadá například snížení nároků na sebe i své okolí, být více asertivní, určit si prioritu a té dávat energii, nebát se vyjádřit své pocity a dostatečně odpočívat (Bartošíková, 2006).

Mezi důležité faktory prevence patří také podpora ze strany zaměstnavatele. Nadřízení by své zaměstnance měli více chválit, podporovat v profesním růstu případně pořádat společenská setkání. Mezi další aktivitu vyvinutou zaměstnavatelem by měla spadat supervize, která se dělá za účelem podpory pracovního růstu a zlepšení organizace práce (Venglářová, 2011).

Další možnost prevence syndromu vyhoření je i možnost požádat o pomoc své přátelé, kolegy nebo rodinu. Každý si někdy neví rady, cítí bezmoc nebo má starosti. Poprosit někoho o pomoc není známka slabosti, je to pravý opak (Humpl, 2013).

## 2.12 Supervize

Supervizi lze definovat jako: „*Setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta.*“ (Venglářová, 2011, s. 153)

Situace, ve kterých se zdravotníci ocitají během své praxe, jsou typickým tématem rozhovorů se supervizorem. Mezi tyto situace spadá nejen zátěž způsobená prací s pacienty nebo stres, ale také problémy s managementem, špatná spolupráce s kolegy nebo nevhodné vztahy mezi sestrami a lékaři. Práce supervizora spočívá doporučení nových postupů, dodání podpory a inspirace. Přítomnost supervizora neznamená pracovníky kontrolovat a řídit, ale dodávat pohled třetí osoby a předat cenné rady a inspiraci ke zlepšení efektivity práce (Venglářová, 2011).

Bartošíková (2006) uvádí, že supervizor by měl být zkušený odborník, který vzbuzuje mezi ostatními autoritu a důvěru. Autorita, kterou vzbuzuje by měla být přirozená a vyvozená z výsledků a znalostí oboru. Supervize může být prováděna buď interním nebo externím pracovníkem. Interní supervizor je zaměstnanec organizace, v níž je supervize prováděna. Může jim být buď nadřízený pracovník nebo přímo vymezený zaměstnanec. Externím supervizorem je třetí osoba, která má stejné vlastnosti jako interní, ale její výhodou je nezájatý pohled a nulová možnost křížení rolí podřízený x nadřízený.

Supervize lze rozdělit do několika forem. Mezi první patří **týmová** supervize. Tato forma je nejčastější ve zdravotnických zařízeních. Cíl týmové supervize je zaměřený se na zlepšení spolupráce týmu, komunikace a efektivity práce. Další formou je **skupinová** supervize, která se zaměřuje na pracovníky, kteří mají společný obor (například kardiologičtí pacienti) a pracují v podobných zařízeních nebo odděleních (například JIP, operační sály). Cílem je, získání podpory a nových informací, profesionální rozvoj a naučení se novým dovednostem. Skupinu tvoří přibližně 8–12 členů a probíhá jako balintovská neboli kazuistická supervize. Třetí formou je **individuální** supervize. Probíhá tak, že supervizor vede s pracovníkem rozhovor, který má strukturovanou formu a zaměřuje se na jeho osobní problematiku. Výjimečně je volena při mimořádné události, jakou je například fyzický útok pacienta (Venglářová, 2011).



## **2.13 Člověk a krize**

Slovo „krize“ je v dnešní době používané velmi často. Mnohdy se setkáváme s jeho nadužíváním, jelikož ne každá stresová událost, jenž je vnímaná jako zátěžová je opravdu krizí. Slovo krize vychází z řeckého slova „krisis“ což znamená soud nebo proces, ve kterém vrcholí spor a dochází k rozhodnutí. Krize je tedy situace, kdy se rozhoduje o obratu, ať už k horšímu nebo k lepšímu, vyvrcholení situace, kdy dojde k nutné a neodkladné změně, obtížná situace, jenž vyvolává stav ohrožení nebo stresu nebo situace, která je subjektivně definovaná jako krizová (Vodáčková a kol., 2012).

Všichni vnímáme svět okolo sebe zcela odlišně, takže každá situace v našem životě, jenž se může jevit jako stejná, má pro nás jinou hodnotu. Situace, která jednomu dělá problém a může jí nazvat krizí, je pro jiného jen běžná záležitost každodenního života. Závažnost krize hodnotí každý z nás subjektivně dle svých možností, kdy se její případný původ zakládá na životních událostech a možnostech jedince, a ne situaci samotné. Jestliže se člověk nedokáže vyrovnat s určitou situací a považuje jí ve svém životě za závažnou, můžeme to nazývat krizí. Co krize není? Krize není nemoc ani patologický stav, případně deprese. Jedná se o stav, který pouze odráží snahu jedince vyrovnat se s náročnou životní situací (Špatenková, 2004).

### **Reakce člověka na krizi**

Síla nejen fyzická, ale i psychická se u člověka projeví nejvíce v době krize. Bohužel s krizí a s vypořádání se s ní, přicházejí i symptomy nejrůznějších onemocnění a poruch, které se mezi sebou prolínají a také podmiňují (Humpl, 2013).

Jak se člověk v krizi cítí? V případě, že člověk prožívá nějakou osobní krizi nebo byl zasažen krizovou událostí, zažívá pocity jako je: neschopnost zvládat úzkost, neúnosný pocit viny, nízké sebevědomí a sebedůvěra, stydlivost za sebe sama, bezradnost, vnímání reality okolo sebe je omezené a také nemožnost nalezení východiska z krize (Humpl, 2013).

## **2.14 Podpora a možnosti pomoci při úniku z krize**

### **Pomoc přátel a svépomoc**

Většinu krizí jedinec dokáže vyřešit sám svépomocí. K vyřešení problému mu dopomáhají zkušenosti a strategie, které nabyt během života získáním nebo naučením. V případě, že se

svépomoc ukáže jako neúčinná, přichází na řadu rodinní příslušníci, přátelé, partneři... Tyto osoby tvoří nejpřirozenější podporu, jenž probíhá na laické úrovni (Humpl, 2013).

### **Odborná pomoc**

V případě selhání laické pomoci, přichází na řadu pomoc odborná. Lze ji také nazývat jako krizová intervence. Tato forma pomoci obsahuje odborné techniky a strategie pro práci s klienty, kteří se ocitli v nelehké a zatěžující situaci. Jejím cílem je zaměřit se podporu člověka v krizové situaci a její řešení. Na takovou pomoc je speciálně vycvičen krizový intervent, který prošel speciálním výcvikem (Humpl, 2013).

### **Formy odborné pomoci**

**Ambulantní** – Jedná se buď o zařízení specializující se na pomoc lidem v krizi anebo klient vyhledá pracoviště či odborníka, v jehož náplni je poskytování pomoci lidem v krizi. Podmínkou je schopnost klienta do takového zařízení docházet. Může se jednat například o stacionáře, krizová centra a podobně.

**Umístění do krizového zařízení**– Provádí se v zařízení, které je k danému účelu určené. Například krizové centrum. V případě, že se takové zařízení v regionu nevyskytuje, může být zřizovatelem krizového lůžka nemocnice, domov pro seniory, diagnostický ústav a jiné. Doba pobytu je okolo 5 až 7 dní a je nabízena klientům, u kterých je stav natolik vážný, že pobyt v domácím prostředí by mohl být ohrožující nebo kontraproduktivní.

**Terénní služby** – Tato forma se dělí do několika skupin.

**Výjezd ke klientovi** – Klient není schopen sám dojít do zařízení poskytující ambulanci služby.

**Doprovod klienta** – doprovod k lékaři, soudu, policii

**Návštěva klienta** – Například v nemocnici, kde se klient aktuálně nachází

**Terénní služba při mimořádných událostech** – V prvních dnech či týdnech je třeba vysílat krizové pracovníky na místo události a pracovat s otřesenými obyvateli. Týmy interventů mohou pomoci zvládnout počáteční šok, usnadnit prožívání, podávat specializovanou odbornou pomoc těm, kteří jí potřebují.

### **Krizová pomoc v přirozeném prostředí klienta**

Klienty, kteří nemohou navštívit odborná pracoviště, navštěvují jednorázově nebo opakovaně krizoví intervenenti v jejich domácím prostředí. Takováto může být zaměřena nejen na jednoho člena, nýbrž i na celou rodinu.

**Telefonická forma** – Jedná se o jednorázový nebo opakovaný telefonický kontakt mezi klientem a krizovým interventem. Takovýto kontakt má pod kontrolou klient a kdykoliv jej může ukončit. V České republice má telefonická krizová intervence tyto podoby: Kontaktní nebo specializovaná linka a linka důvěry (Vodáčková a kol., 2012).

### **3 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

Jako forma průzkumu byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Nástrojem bylo dotazníkové šetření a výběr respondentů záměrný, dle předem nastavených parametrů.

#### **3.1 Průzkumné otázky**

1. Je psychicky náročná práce ve zdravotnictví důvodem k odchodu nelékařských zdravotnických pracovníků k odchodu ze zdravotnictví?
2. Kolik NLZP zažilo během své kariéry krizovou událost a za jak dlouho se s jejími následky vypořádali?
3. Kdo je nejčastějším poskytovatelem první psychické pomoci v případě krizové události a bývá jeho pomoc účinná?
4. Jaké je povědomí o možnosti využití systému psychosociální intervenční služby mezi zdravotníky?
5. Jak často je zdravotníky využívána kolegiální peer podpora ve vybraných nemocnicích a co brání jejímu většímu využívání?
6. Který způsob psychosociální podpory by v případě prožití krizové události zdravotníci využili?
7. Doporučili by zdravotníci, v případě potřeby, systém psychosociální intervenční služby svým kolegům?

#### **3.2 Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci z jedné Fakultní nemocnice a jedné nemocnice krajského typu. Průzkum byl proveden na těchto odděleních. Interna, chirurgie, úrazová chirurgie, anesteziologie a resuscitace, psychiatrie, onkologie a oddělení urgentního příjmu

#### **3.3 Metodika průzkumu**

Jako forma průzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Před vlastním průzkumem bylo provedeno pilotní šetření, kterého se zúčastnilo pět studentů třetího ročníku zdravotnického záchranáře a jeden nejmenovaný peer. Dotazníky z pilotního šetření byly z průzkumu vyřazeny. Definice dotazníku zní: „Dotazník je písemný soubor otázek, na který respondent odpovídá a skládá se z otevřených, polootevřených nebo uzavřených otázek.“ (Pavlica, 2000). Dotazník byl rozdělen do čtyřech částí. V první části se nacházely

obecné otázky jako věk, pohlaví, délka práce ve zdravotnictví, obor. Druhá část zkoumala náročnost zdravotnického oboru a krizové situace s nimiž zdravotníci přišli do styku. Třetí část se věnovala řešení krizových situací. Závěrečná část byla zaměřena na míru povědomí o možnosti využití systému psychosociální intervenční služby. Dotazník byl použit pouze pro účely průzkumu v mé bakalářské práci a byla zachována naprostá anonymita respondentů.

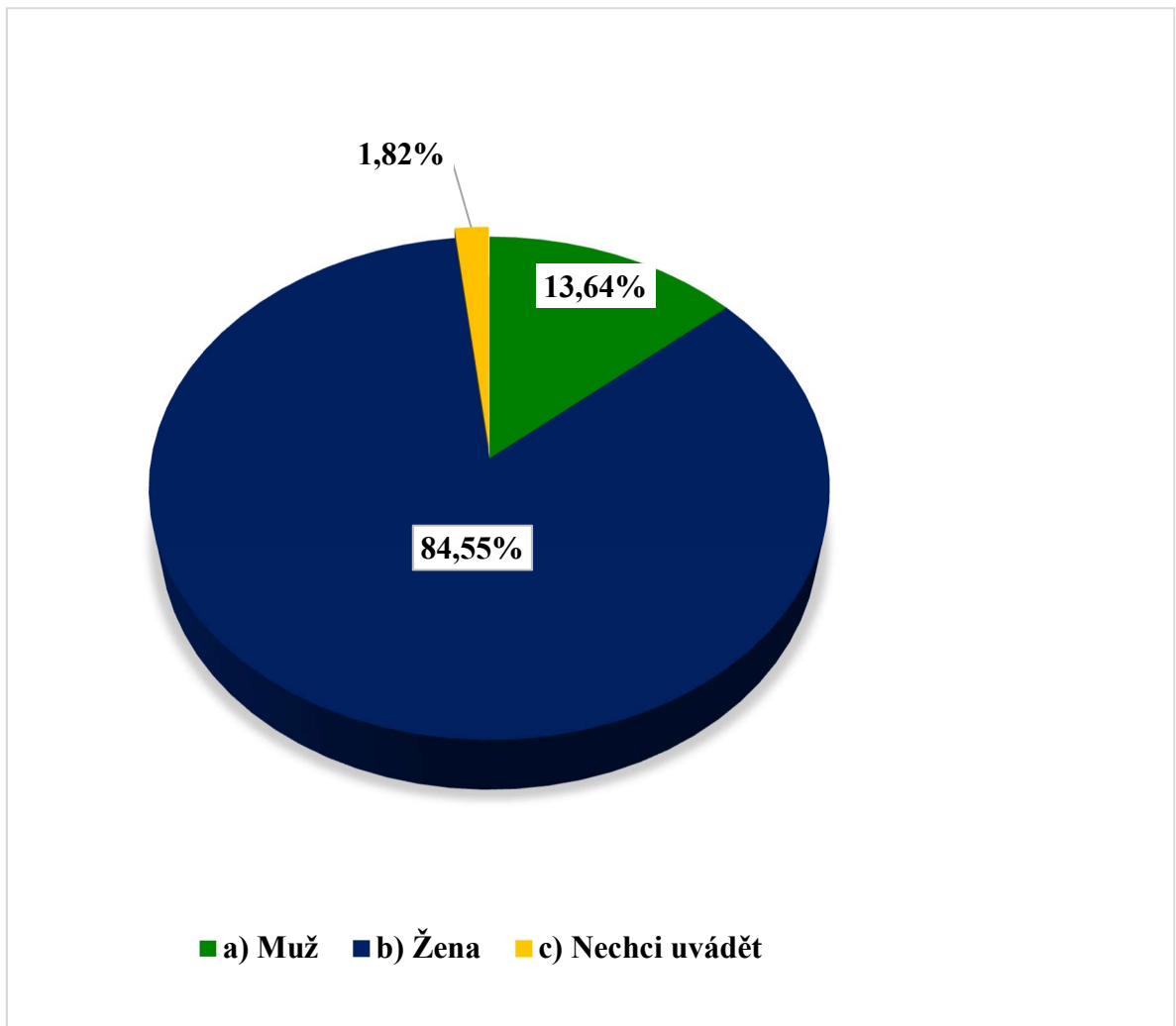
Před provedením průzkumu v nemocnicích bylo získáno povolení daného zařízení i vrchních sester na jejichž oddělení byl průzkum prováděn. Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v období od 10. ledna až do 10. března roku 2020. Dotazník byl rozdán 250 nelékařským zdravotnickým pracovníkům v nemocnici v Pardubicích a ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové s cílem co největší objektivity s tím, že jeho návratnost činila 220 vrácených dotazníků, což činilo 88 %. Distribuce dotazníku byla prováděna tak, že dotazníky, uložené v neprůhledné obálce a v počtu deseti až dvaceti kusů, byly předány vrchním, případně staničním, sestram. Tyto sestry jsem osobně požádal o rozdání dotazníků na odděleních, které spadaly pod jejich vedení. Po uplynutí jednoho až třech týdnů jsem anonymně vyplněné a v obálce zabalené dotazníky na daných odděleních osobně vyzvednul.

### **3.4 Zpracování dat**

Pro tvorbu dotazníků byl použit program Microsoft Word verze 2013. Data z dotazníků byla vložena do tabulkového programu Microsoft Excel verze 2013, který je stejně jako Microsoft Word součástí balíku Microsoft Office, se záměrem vytvoření stručného přehledu výsledků pomocí grafů. Grafická podoba výsledků byla i se stručným popisem vložena do bakalářské práce.

### 3.5 Prezentace výsledků průzkumu

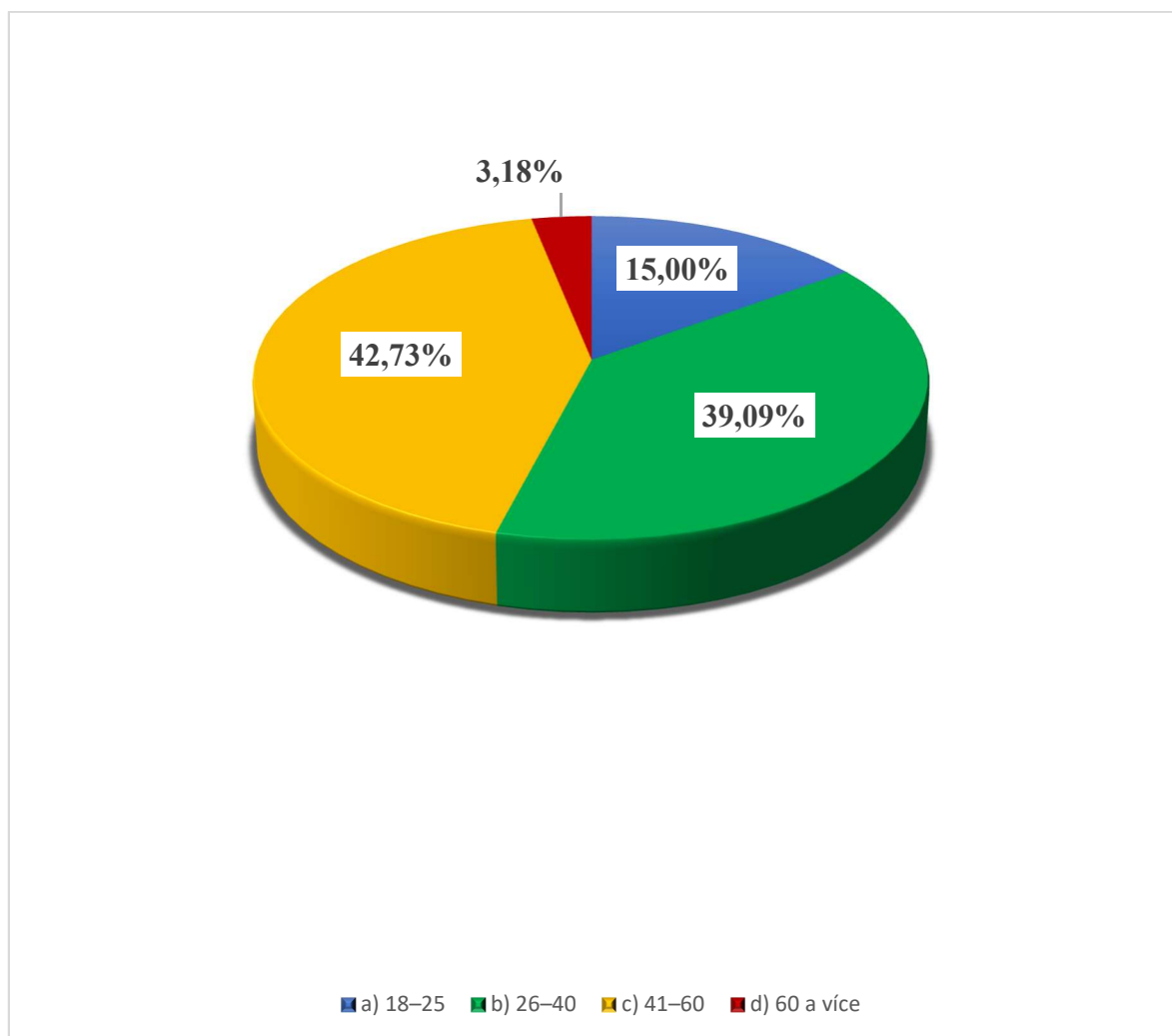
#### 1) Jaké je Vaše pohlaví?



**Obrázek 1 - Pohlaví respondentů**

Z grafu č. 1 lze vyčíst, že z celkového počtu **220** respondentů bylo **186** (84,55 %) žen, **30** (13,64 %) mužů a **4** (1,82 %) respondenti odmítli pohlaví uvést.

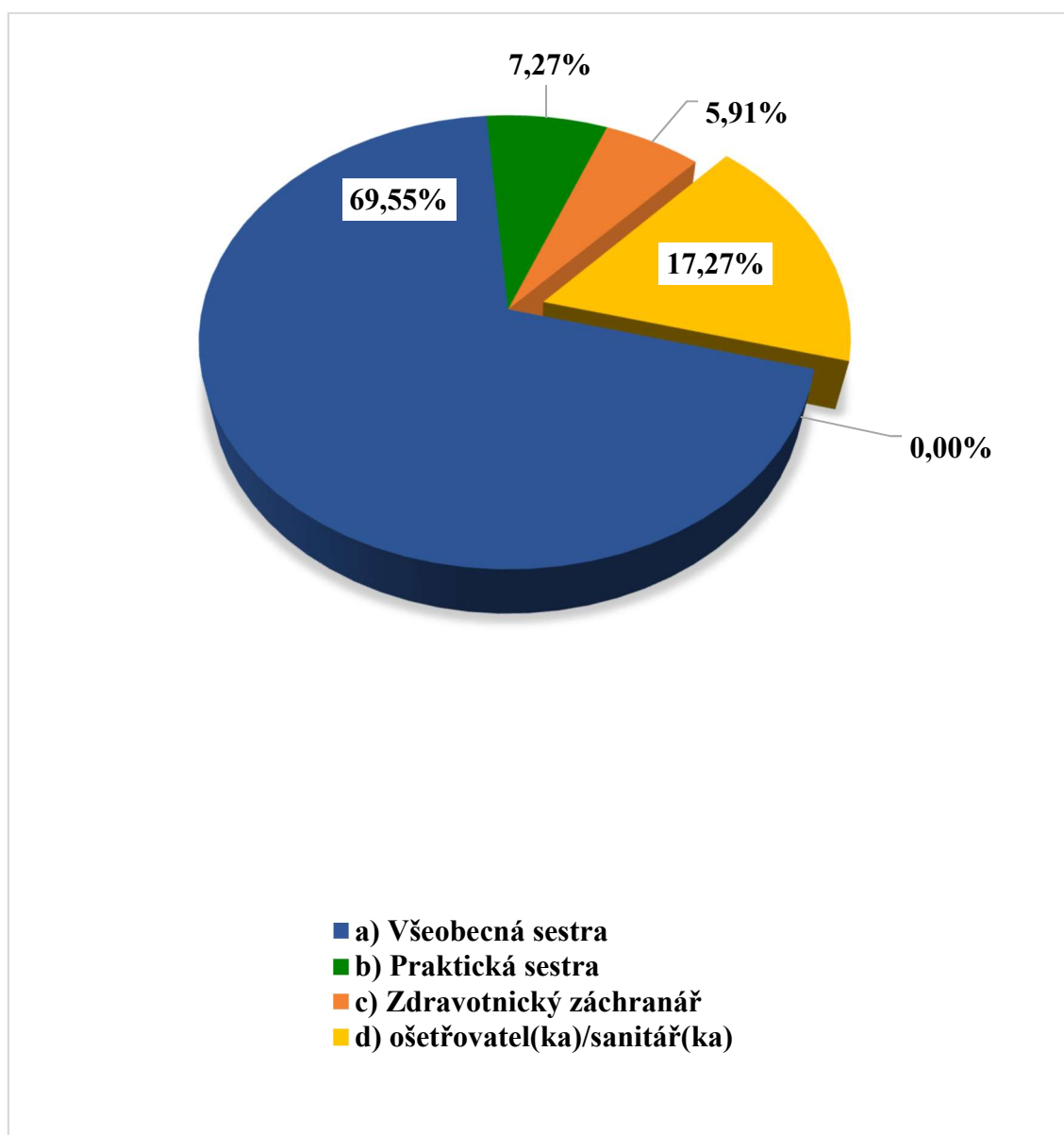
## 2) Jaký je Váš věk?



**Obrázek 2 - Věk respondentů**

Graf č. 2 dokazuje, že největší zastoupení mezi dotazovanými měli respondenti ve věku mezi 41-60 lety, a to v počtu **94** (42,73 %) oslovených. Další skupinou dotázaných byli respondenti ve věku mezi 26-40 lety v počtu **86** (39,09 %) oslovených. Počet respondentů ve věku mezi 18–25 lety byl **33** (15,00 %). Nejméně z celkového počtu dotázaných bylo ve věku 60 a více let. Těchto respondentů bylo **7** (3,18 %).

### 3) Na jaké pozici pracujete?

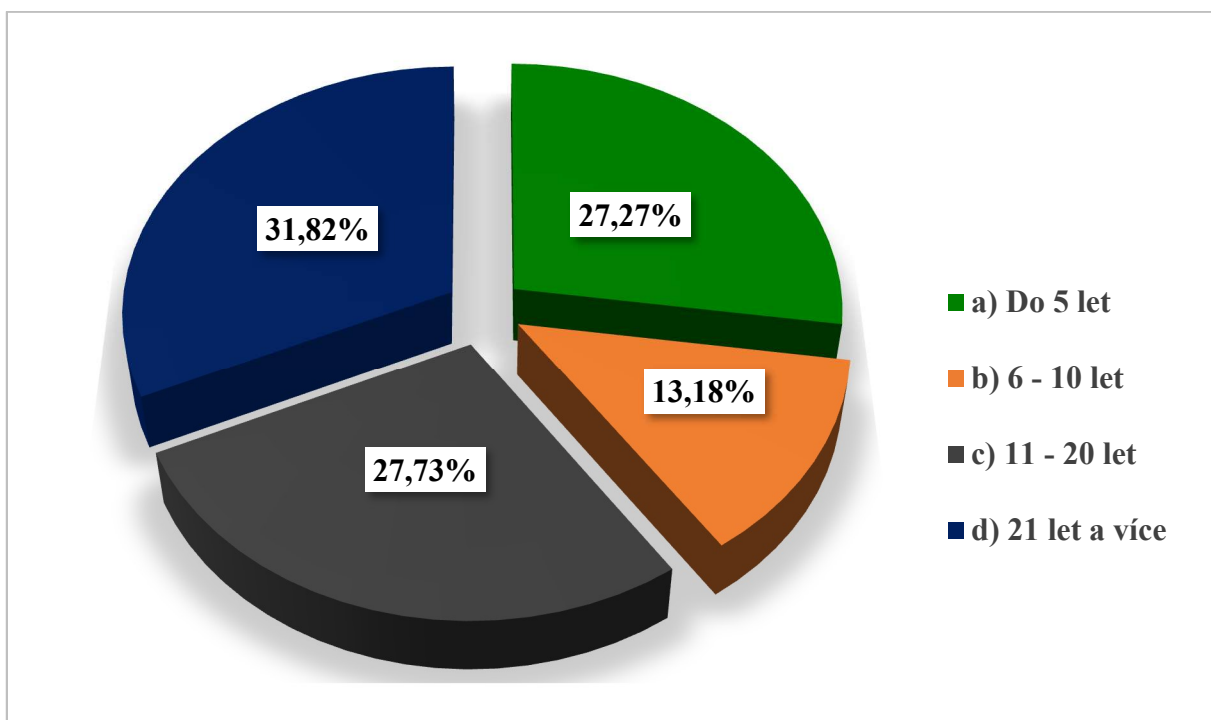


**Obrázek 3– Pracovní pozice**

Z grafu č. 3 lze vyčíst, že z celkového počtu 220 respondentů bylo **153** (69,55 %) všeobecných sester. **38** (17,27 %) respondentů pracuje na pozici ošetřovatel/ka nebo sanitář/ka. Jako praktická sestra pracuje **16** (7,27 %) dotázaných a **13** (5,91 %) zastává pozici zdravotnického záchranáře.



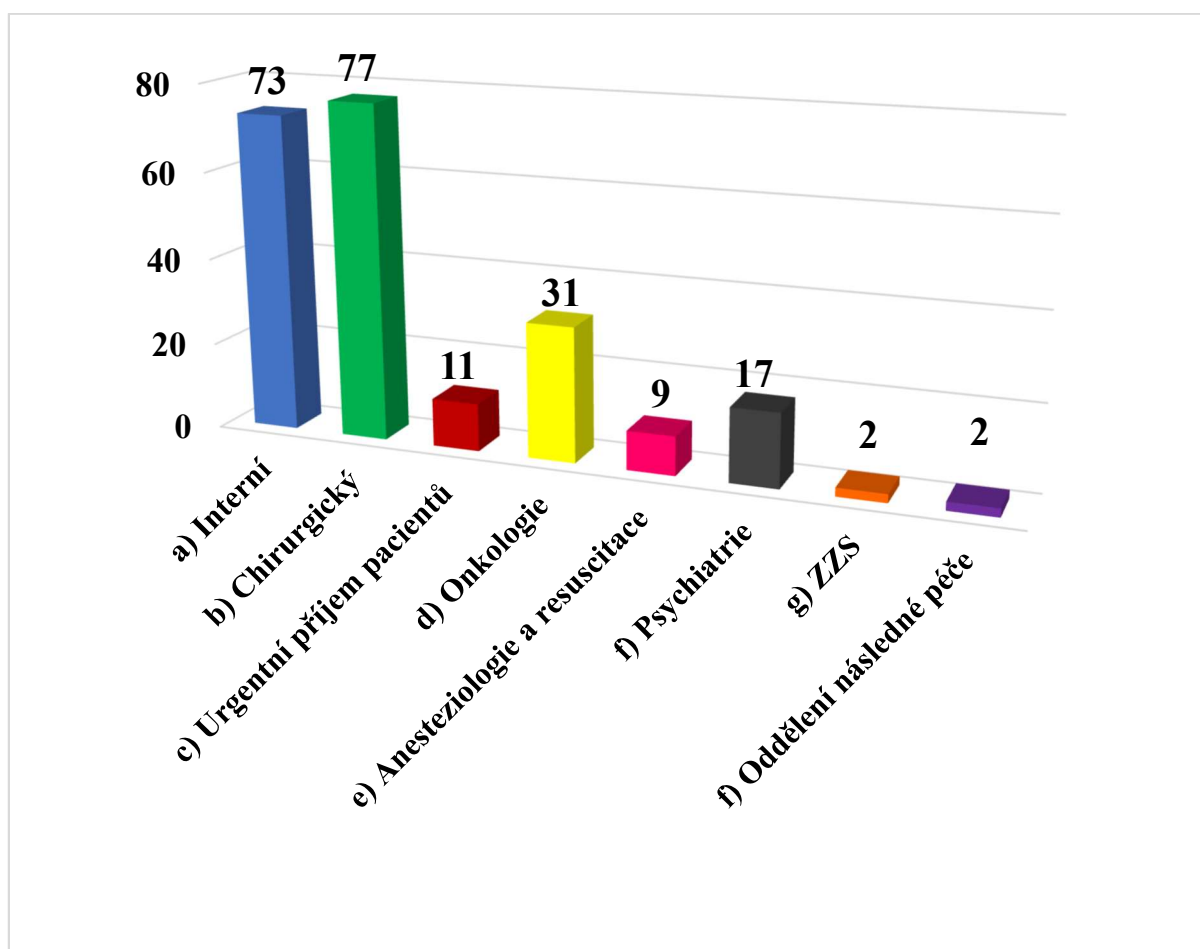
#### 4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



**Obrázek 4 - Délka praxe ve zdravotnictví**

Dle grafu č. 4 je patrné, že z celkového počtu 220 respondentů **70** (31,82 %) uvedlo, že ve zdravotnictví pracují 21 let a více. **61** (27,73 %) dotázaných uvedlo, že jejich praxe je mezi 11–20 lety. Do 5 let pracuje ve zdravotnictví **60** (27,27 %) dotázaných. Mezi 6–10 lety pracuje ve zdravotnictví **29** (13,18 %) respondentů.

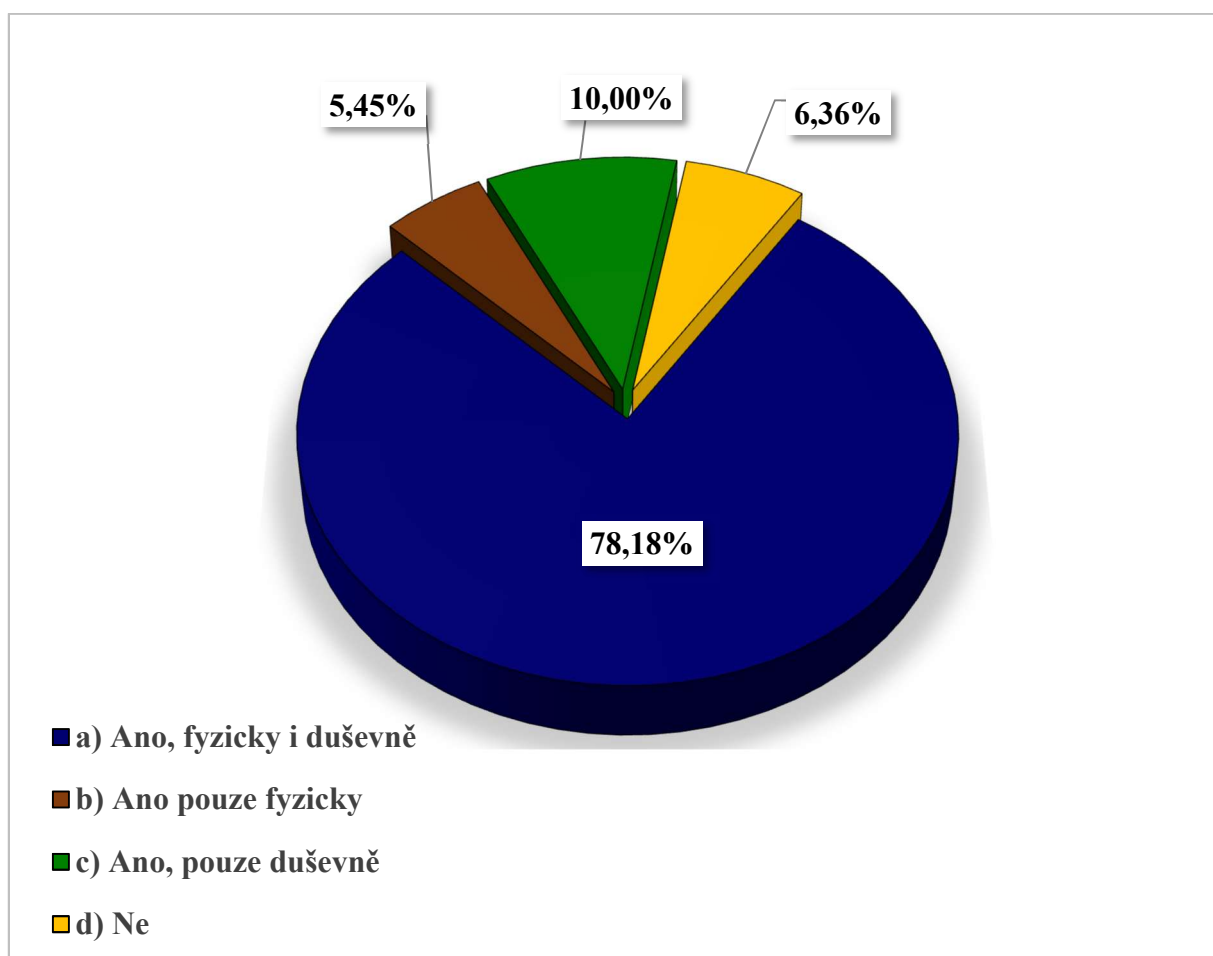
### 5) Ve kterém oboru pracujete?



**Obrázek 5 - Pracoviště dotázaných**

Graf č. 5 ukazuje, že z 220 respondentů 77 pracuje na chirurgickém oddělení, z toho 2 zároveň na záchranné službě. Na interním oddělení pracuje 73 dotázaných. 31 dotázaných pracuje na onkologii. Na psychiatrii pracuje 17 dotázaných. 11 pracuje na urgentním příjmu. Na oddělení anestezie a resuscitace pracuje 9 respondentů. Nejmenší zastoupení ze všech respondentů mělo oddělení následné péče v počtu 2 dotázaných.

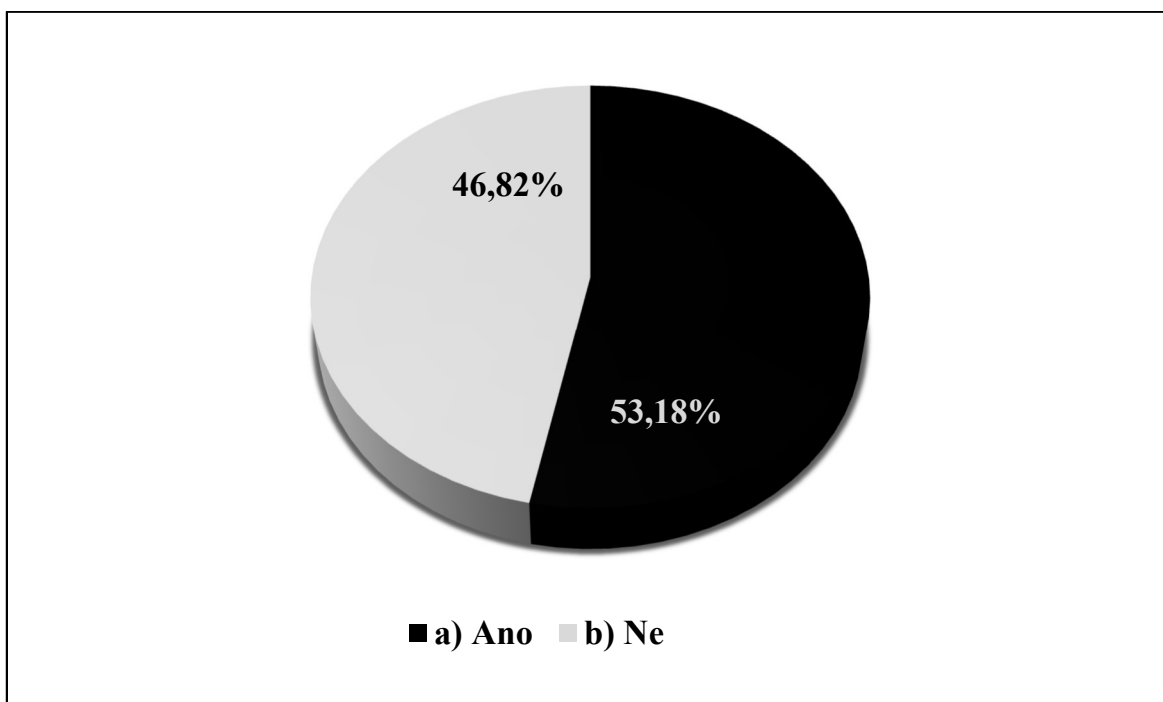
## 6) Je pro Vás práce ve zdravotnictví náročná?



**Obrázek 6 - Náročnost profese**

Z grafu č. 6 lze vyčíst, že z počtu 220 respondentů **172** (78,18 %) uvedlo, že je pro ně práce ve zdravotnictví náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Pouze duševní náročnost uvedlo **22** (10,00 %) dotázaných. **14** (6,36 %) respondentů uvedlo, že pro ně práce ve zdravotnictví nepředstavuje žádnou náročnost. Pro **12** (5,45 %) respondentů, představuje práce ve zdravotnictví pouze fyzickou náročnost.

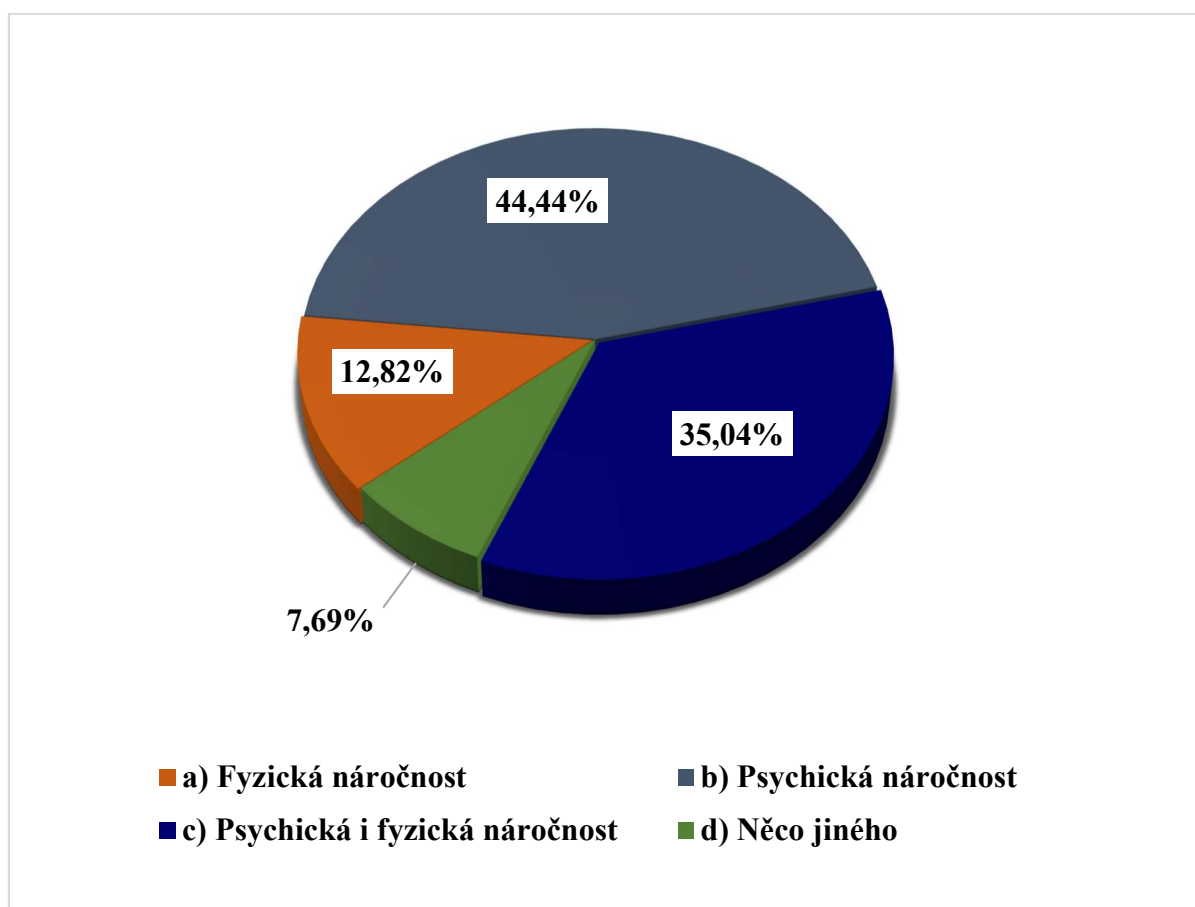
**7) Přemýšlel/a jste někdy o odchodu z oboru?**



**Obrázek 7 - Myšlenka o odchodu z oboru**

Dle grafu č. 7 uvažovalo o odchodu ze zdravotnictví **117** (53,18 %) z 220 respondentů. **103** (47,82 %) dotázaných o myšlence odchodu ze zdravotnictví vůbec neuvažovalo.

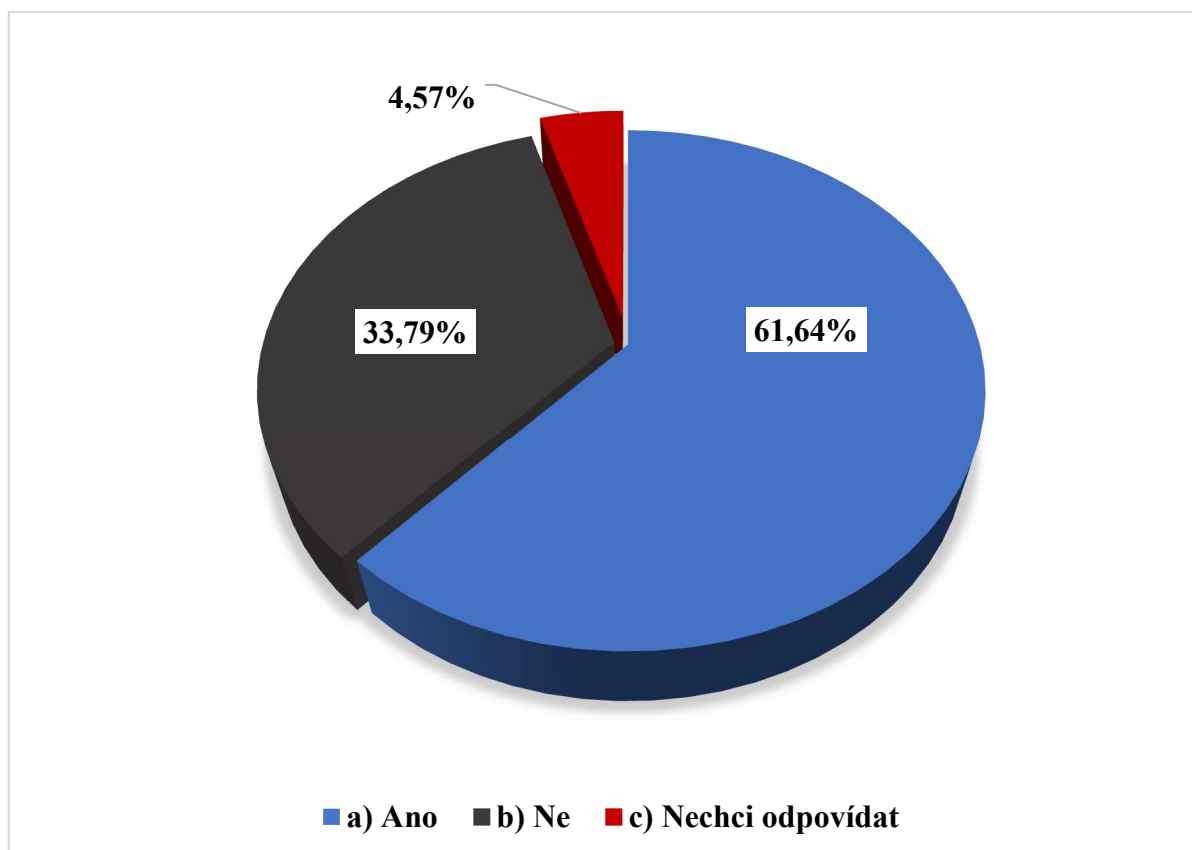
## 8) Pokud ano, co bylo důvodem?



**Obrázek 8 – Důvod k odchodu z oboru**

Graf č. 8 zobrazuje důvody k odchodu ze zdravotnického oboru. O myšlence přechodu do jiného oboru uvažovalo celkem 117 respondentů z 220. Jako nejčastější důvod byla uváděna psychická náročnost. Celkem tuhle možnost označilo **52** (44,44 %) dotázaných. Druhým nejčastěji uváděným důvodem byla kombinace psychické i fyzické náročnosti. Tuhle volbu označilo **41** (35,04 %) respondentů. Fyzickou náročnost, jako důvod k myšlence o odchodu z oboru, označilo **15** (12,82 %) dotázaných. **9** (7,69 %) respondentů zvolilo jako možnost něco jiného. Nejčastěji udávanými důvody byly nedostatečné finanční ohodnocení, osobní problémy, časová náročnost profese, nevhodný přístup zaměstnavatele nebo neshody s nadřízenými pracovníky.

## 9) Dostal/a jste se během své kariéry do krizové situace?

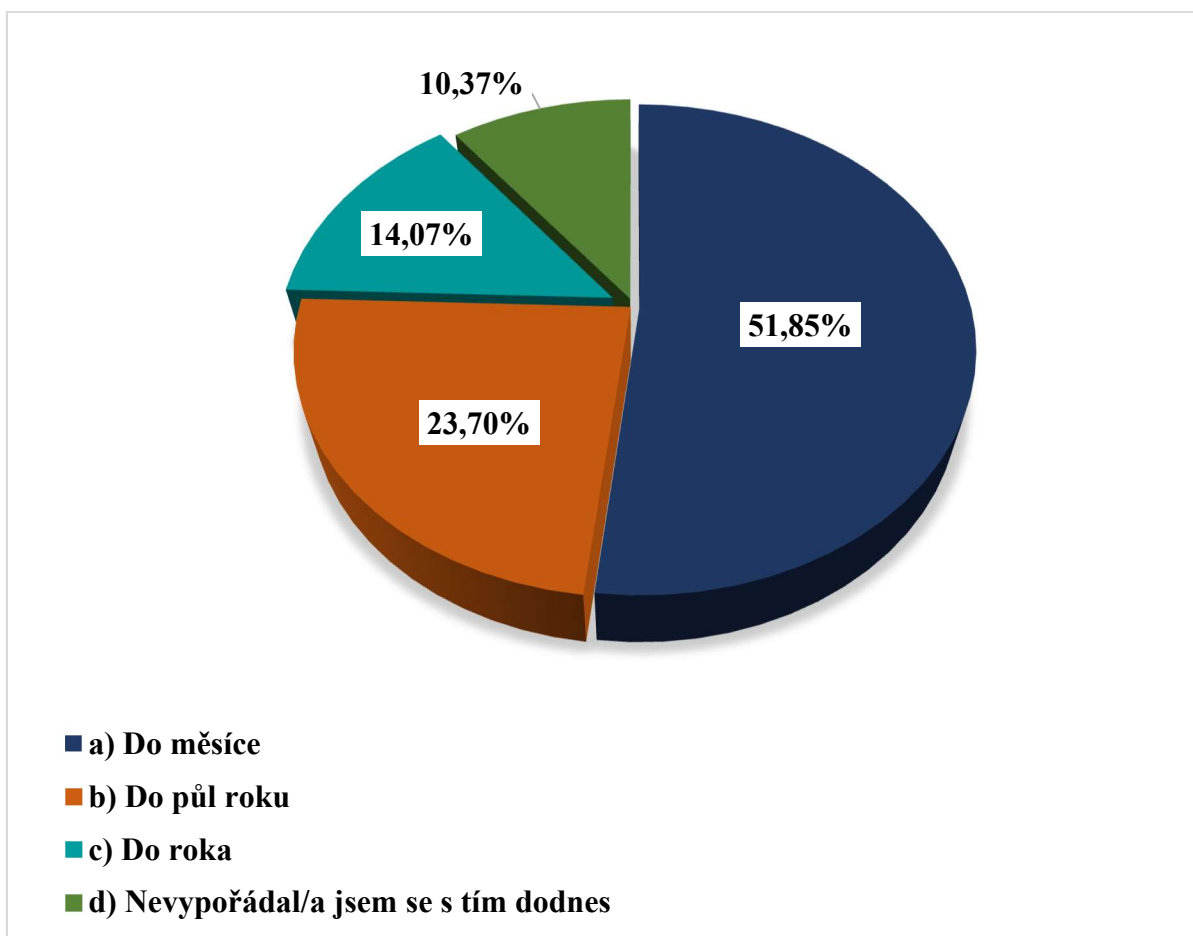


**Obrázek 9 – Krizové situace**

Graf č. 9 zobrazuje počet respondentů kteří během své kariéry zažili krizovou událost. **135** (61,64 %) dotázaných uvedlo, že se během své kariéry octlo v krizové situaci. Naopak **74** (33,79 %) respondentů uvedlo, že krizovou situaci během své kariéry nezažilo a **10** (4,57 %) odmítlo odpovědět.

Respondenti uváděli, že nejčastěji krizi prožívali z důvodů agresivity pacientů nebo členů jejich rodin (ať už se jednalo fyzické nebo slovní útoky). Dále pak celkové vyčerpání, personální podstav, neúspěšná resuscitace nebo chyby v léčbě až případná smrt pacientů. Výjimkou pak nebyl ani nevhodný kolektiv a šikana ze strany nadřízených pracovníků. Mezi častými důvody krize se také objevoval i burnout syndrom nebo sebevražda pacienta.

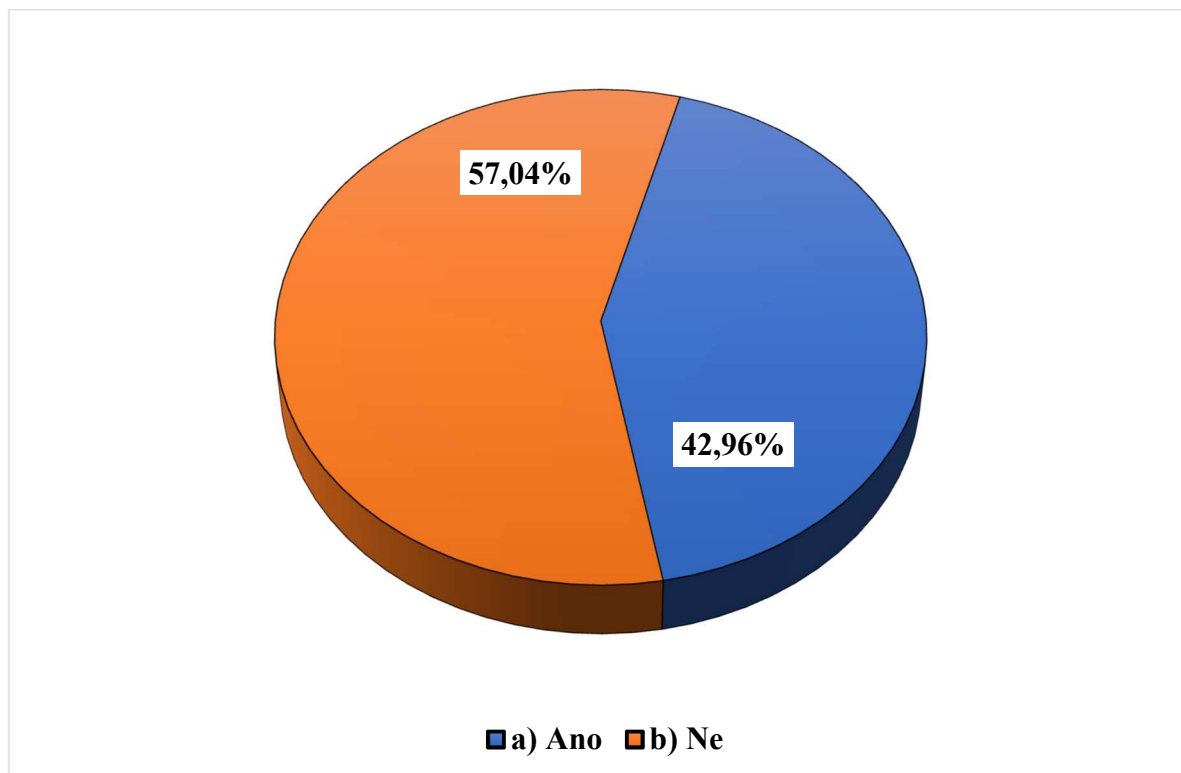
### 10) Za jak dlouho jste se s touto situací vypořádal/a?



**Obrázek 10 - Doba vypořádání se s krizí**

Z grafu číslo 10 vyplývá, že dotázaní se nejčastěji s krizovou událostí vypořádali do jednoho měsíce. Tuhle možnost označilo **70** (51,85 %) dotázaných ze 135. Vypořádat se s krizovou událostí do půl roku trvalo **32** (23,70 %) respondentům. Do jednoho roku se s krizí vypořádalo celkem **19** (14,07 %) dotázaných. **14** (10,37 %) respondentů uvedlo, že se s krizovou situací nevypořádalo dodnes.

**11) Zažil/a jste během své kariéry situaci, kdy jste musel/a vyhledat nějakou formou pomoci?**

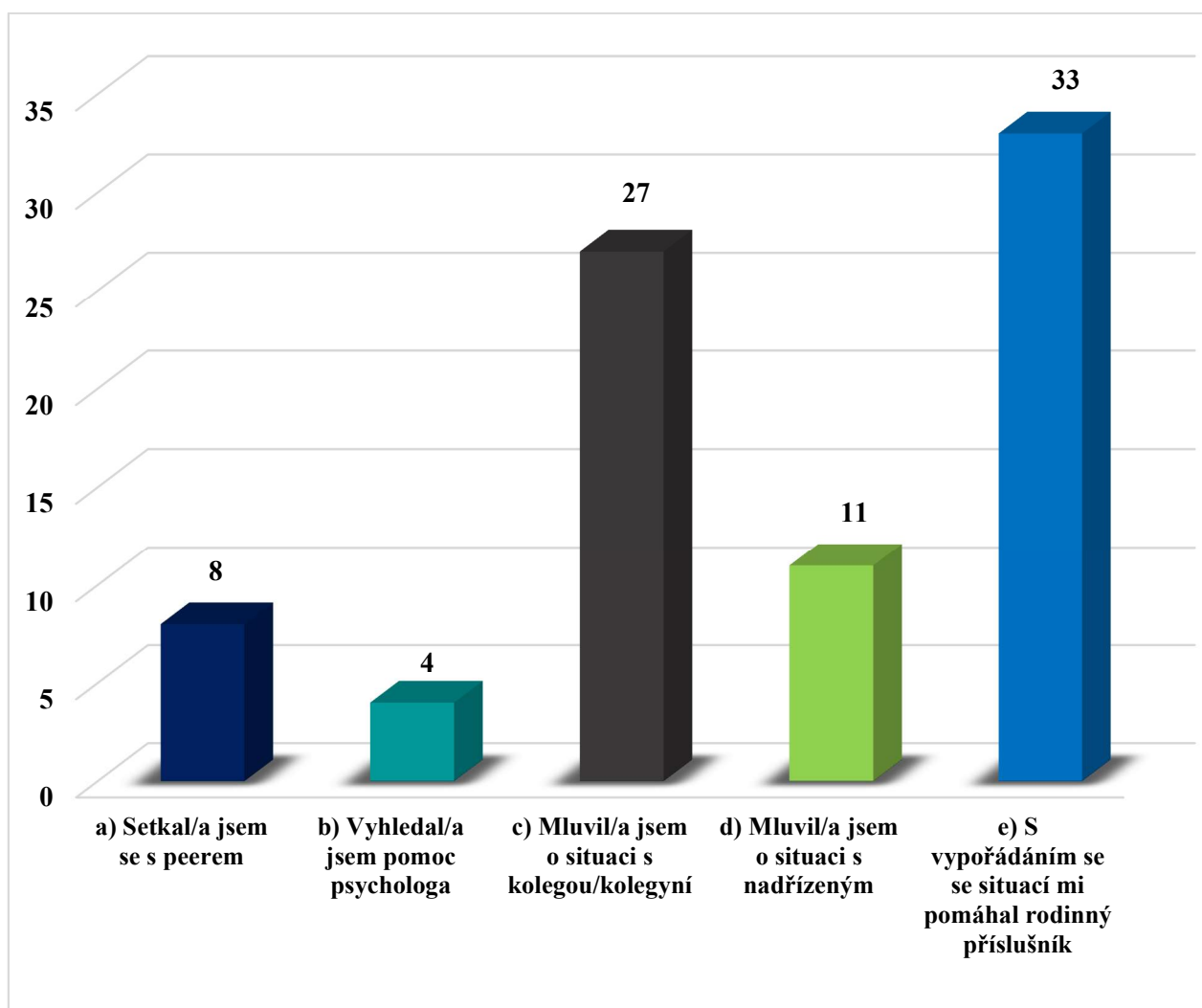


**Obrázek 11– potřeba vyhledání nějaké formy pomoci**

Ačkoli krizovou situaci zažilo 135 dotázaných, tak většina nevyhledala žádnou formu pomoci. Dle grafu č. 11 se tato většina se skládala ze **77** (57,04 %) respondentů. **58** (42,96 %) dotázaných uvedlo, že během své kariéry museli, z důvodu krizové události, vyhledat nějakou formu pomoci.



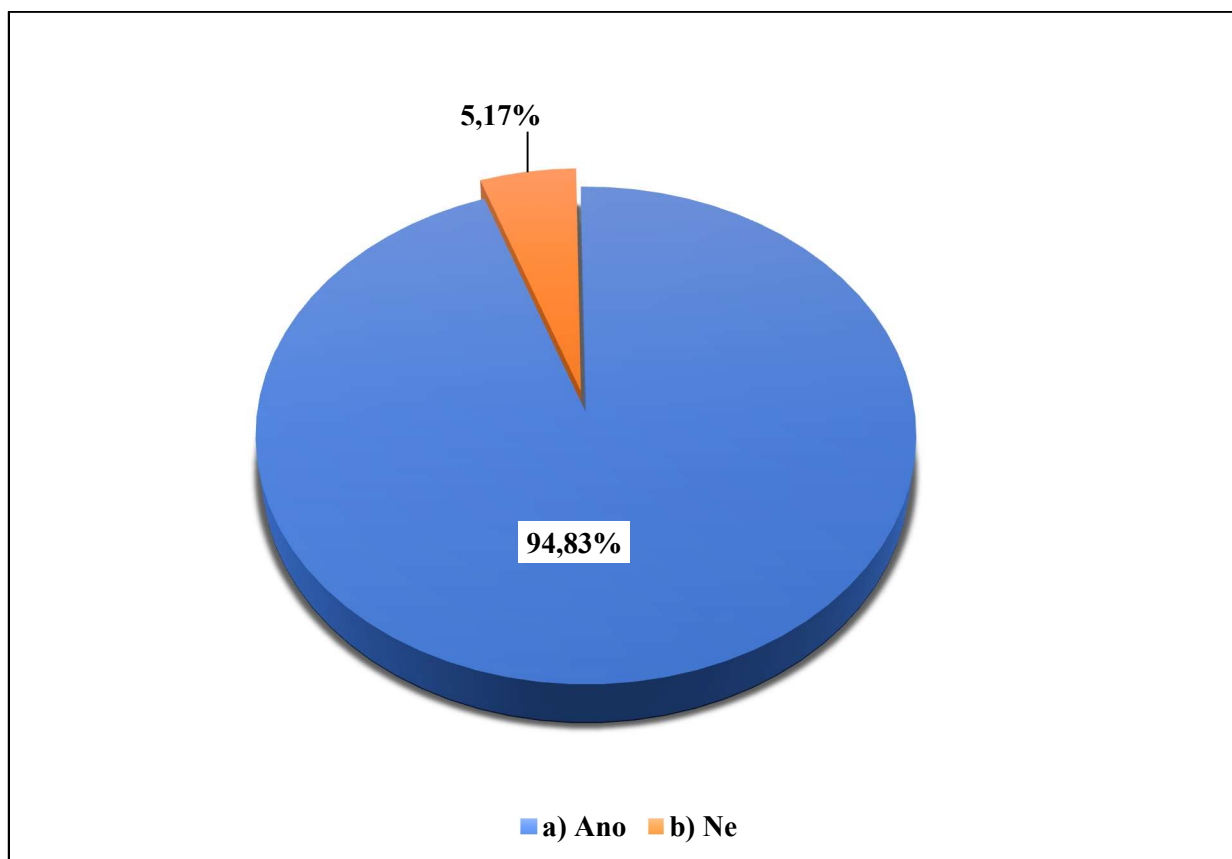
## 12) Pokud ano, kdo vám s vypořádáním se se situací pomáhal?



**Obrázek 12 – Osoba poskytující pomoc v krizové situaci**

V otázce „Kdo Vám pomáhal s vypořádáním se s krizovou situací?“ mohli dotázaní označit více než jednu odpověď. Podle grafu č. 12 to v mnoha případech byla kombinace kolegy nebo kolegyně a rodinného příslušníka. Avšak nejčastější odpovědí bylo, že zasaženým pomáhal s vypořádáním se s krizovou situací rodinný příslušník. Tuhle odpověď označilo celkem 33 respondentů. Druhou nejčastěji označovanou osobou poskytující první psychickou pomoc byl kolega nebo kolegyně v práci, a to v počtu 27 dotázaných. S nadřízeným o probíhající krizi hovořilo celkem 11 respondentů. Pomoc peera vyhledalo pouze 8 dotázaných. 4 respondenti využili k vypořádání se s krizovou situací pomoc psychologa.

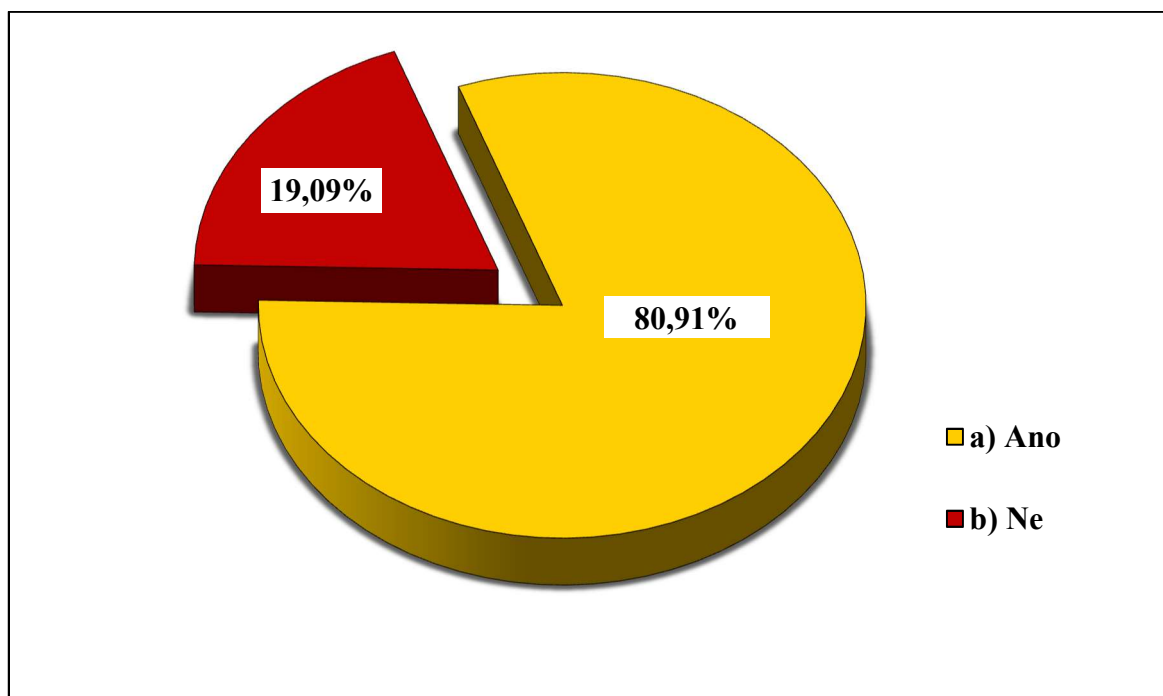
### 13) Byla pro Vás tato forma pomoci účinná?



**Obrázek 13 – Úspěšnost první psychické pomoci**

Dle grafu č. 13 uvedlo 58 dotázaných, že během své kariéry museli, z důvodu krizové události, vyhledat nějakou formu pomoci. Z toho pro 55 (94,83 %) respondentů byla daná forma pomoci úspěšná. Pouze 3 (5,17 %) dotázaní uvedli, že zvolená forma pomoci jim nepomohla.

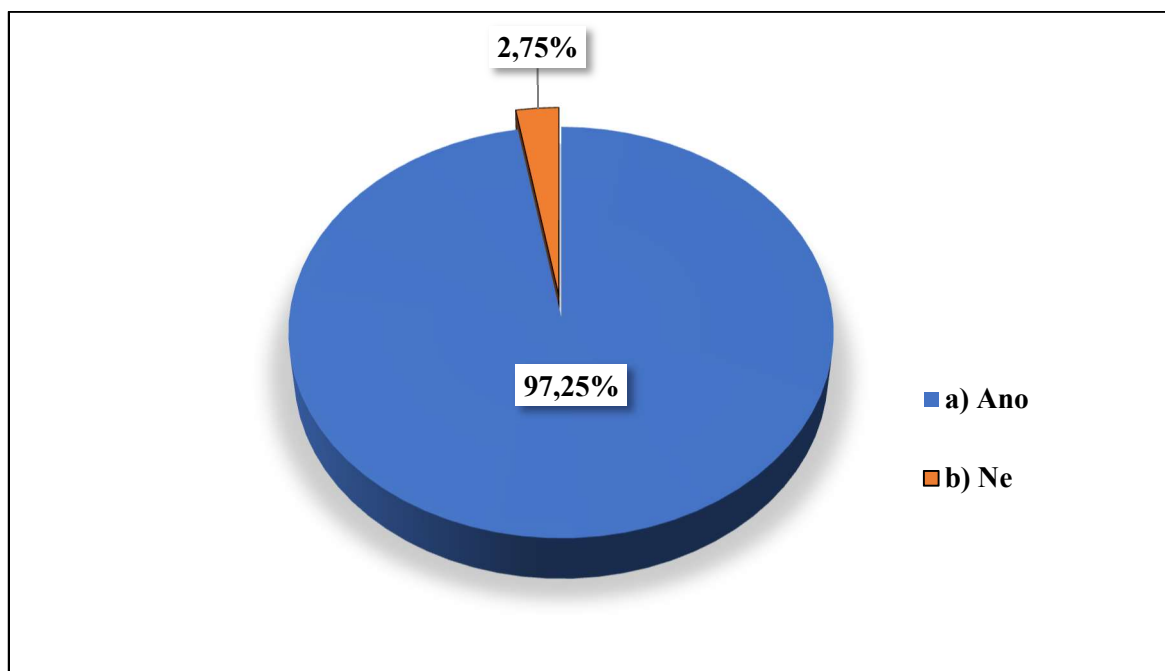
#### 14) Slyšel/a jste už o možnosti využití peer podpory?



**Obrázek 14 - Povědomí o možnosti využití peer podpory**

Z grafu č. 14 vyplývá, že převážná většina dotázaných má povědomí o možnosti využití peer podpory. Z 220 se jedná celkem o 177 (80,91 %) respondentů. Pouze 42 (19,09 %) dotázaných o této službě nikdy neslyšelo.

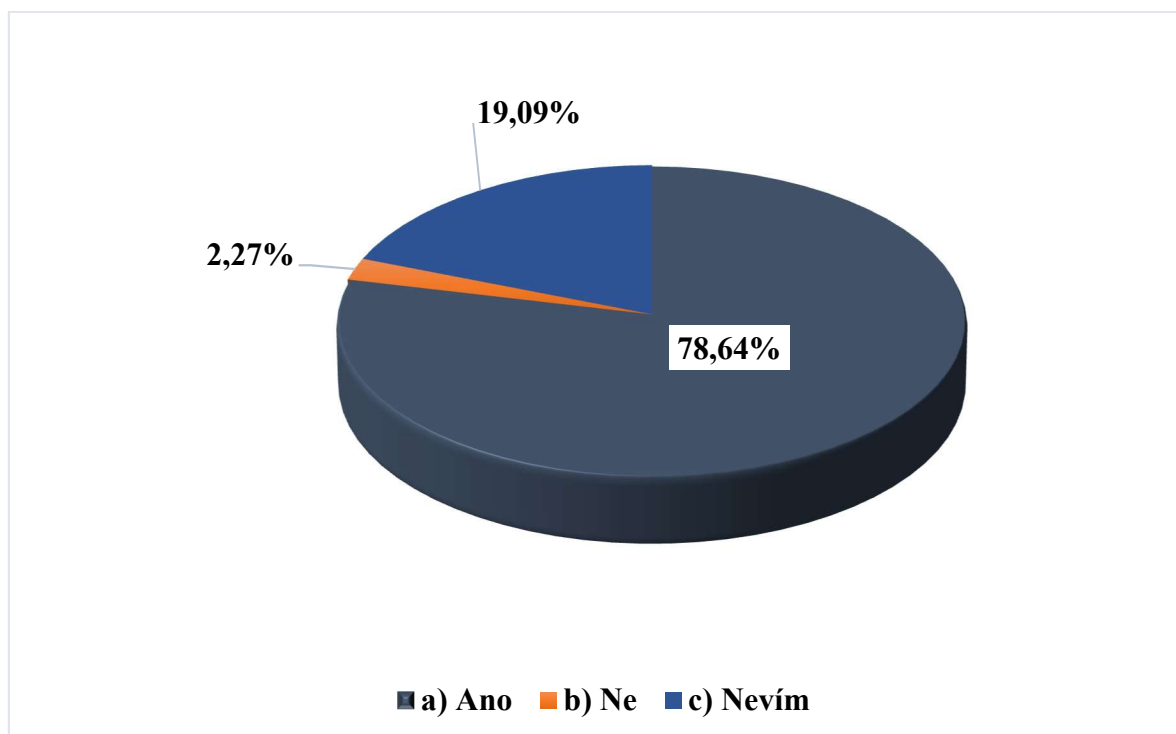
### 15) Pokud ano, máte ve Vaší nemocnici možnost využití služby peera?



**Obrázek 15 – přítomnost peer pracovníka v nemocnici**

Graf č. 15 zobrazuje, že naprostá většina dotázaných uvedla, že v nemocnici, ve které pracují se nachází peer pracovník. Takto odpovědělo celkem **177 (97,25 %)** respondentů. Pouze **5 (2,75 %)** dotázaných odpovědělo, že v nemocnici, ve které pracují se peer nenachází.

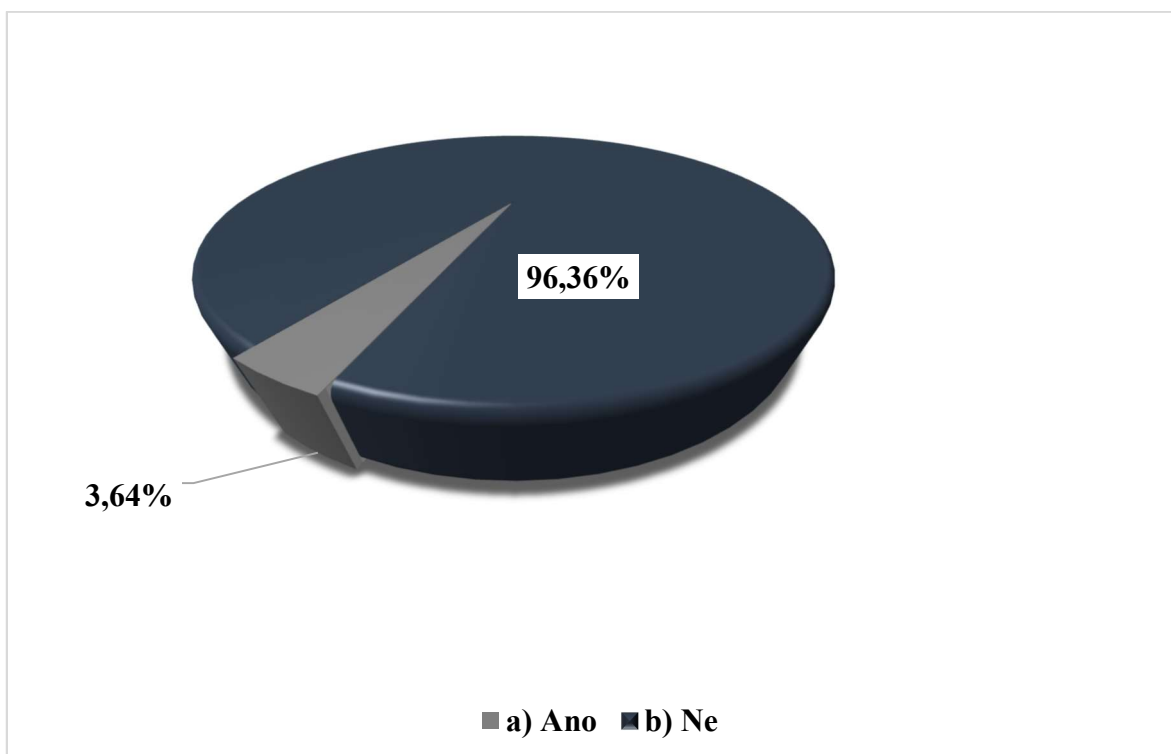
### 16) Máte na svém pracovišti kontakt na krizového pracovníka – peera?



**Obrázek 16 - Kontakt na peera na pracovišti**

Z grafu č. 16 vyplývá, že **173** (78,64 %) respondentů uvedlo, že má na svém pracovišti kontakt na peer pracovníka. **42** (19,09 %) dotázaných o takovém kontaktu neví a pouze **5** (2,27 %) respondentů uvedlo, že kontakt na peer pracovníka na svém pracovišti nemají.

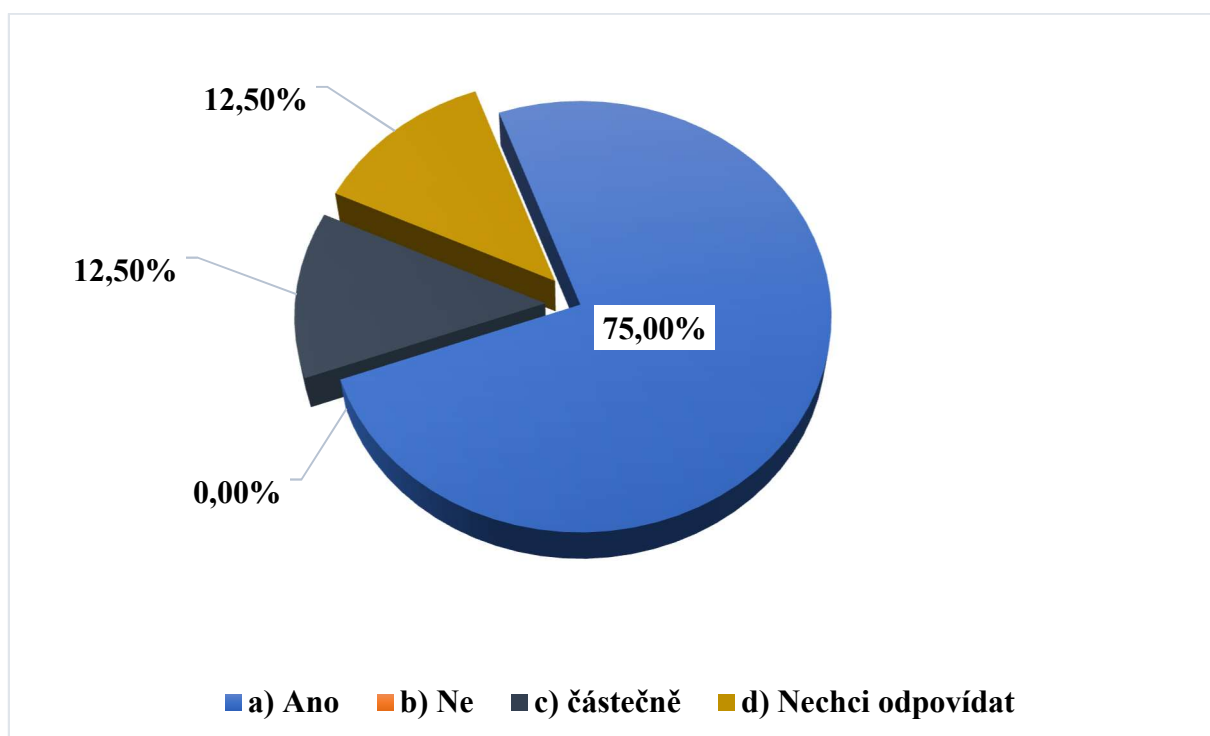
### 17) Využil/a jste někdy jeho služeb?



**Obrázek 17 – Využití služeb peera**

Podle grafu č. 17 tvořilo **212** (96,36 %) respondentů naprostou většinu, která uvedla, že službu peer podpory nevyužila. Peer podporu využilo pouze **8** (3,64 %) dotázaných.

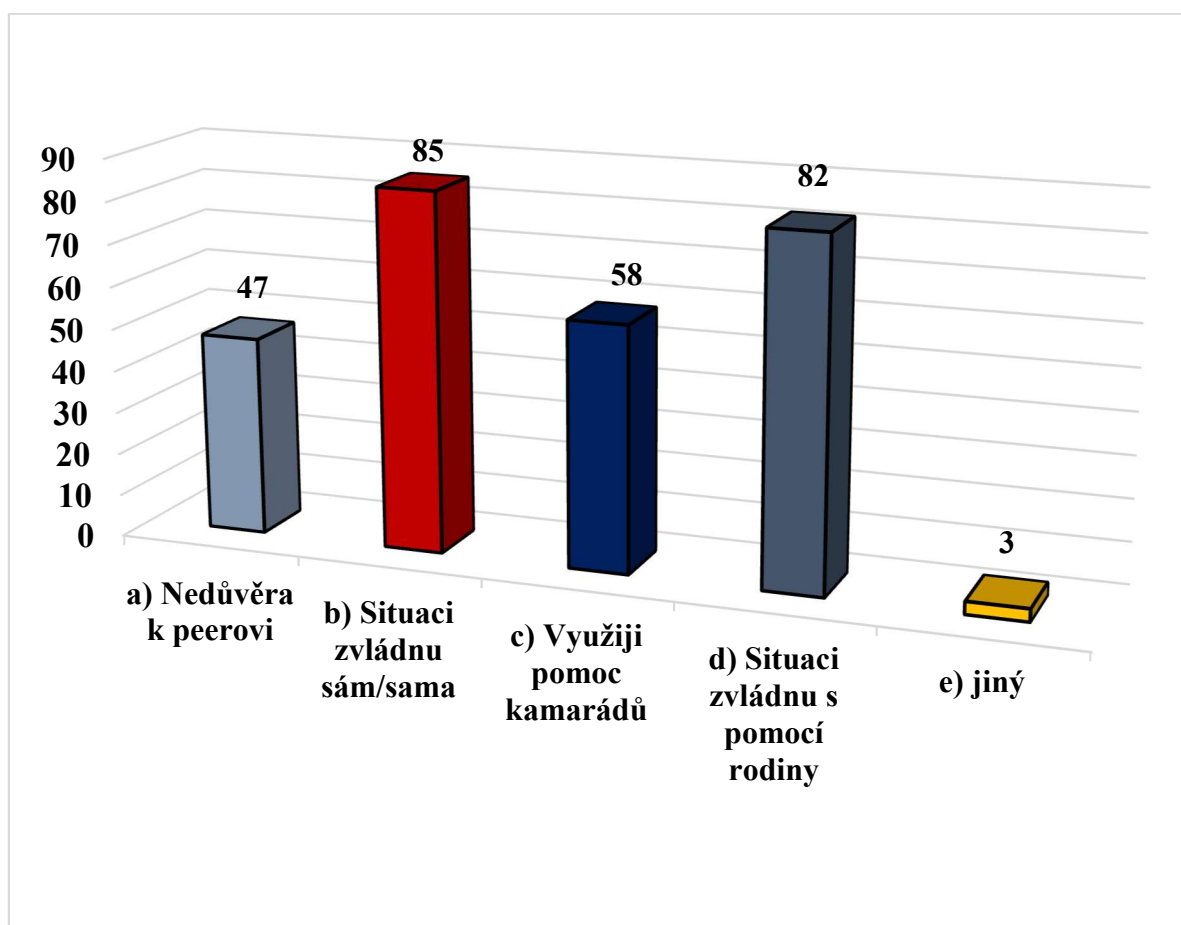
**18) Pokud ano, byla pro Vás jeho intervence přínosem?**



**Obrázek 18 – Účinnost intervence peera**

Z 8 dotázaných kteří využili službu peer podpory, dle grafu č. 18, 6 (75,00 %) uvedlo, že pomoc peera byla účinná. 1 (12,50 %) dotázaný uvedl, že pomoc peera pro něj nebyla plně dostačující a musel využít službu psychologa a 1 (12,50 %) respondent odmítl na tuto otázku odpovědět.

### 19) Co by pro Vás mohlo být důvodem pro nevyužití peer podpory?

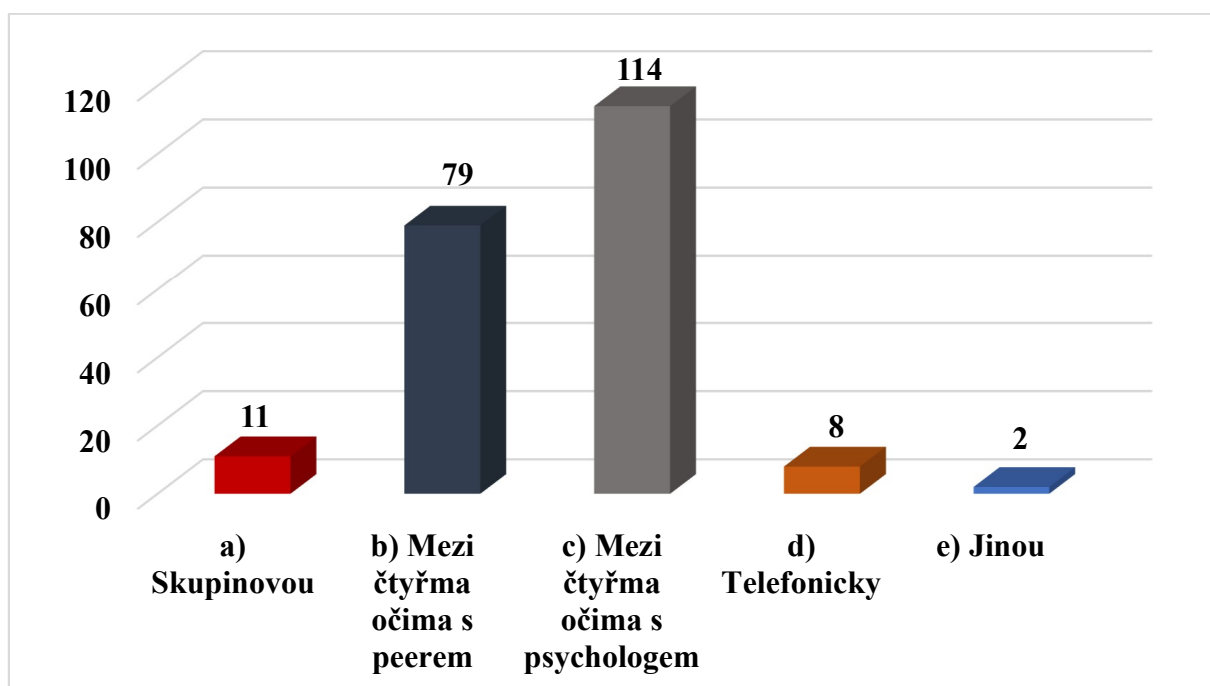


**Obrázek 19 – Důvod nevyužití peer podpory**

V otázce č. 19 mohli respondenti označit 1 nebo více odpovědí a nejčastější kombinace odpovědí byla dle grafu č. 19 možnost, že zasažený situaci zvládne buď sám nebo využije pomoc někoho z rodiny. Samostatně se prožitek krizové události pokusí zpracovat **85** respondentů. **82** dotázaných by poprosilo o pomoc nějakého člena rodiny. Pomoci kamarádů využije **58** respondentů. Pro **47** je nedůvěra k peerovi příliš velká na to, aby se mu se svým problémem svěřili. **3** dotázaných uvedlo, že mají jiný důvod k nevyužití peer podpory.



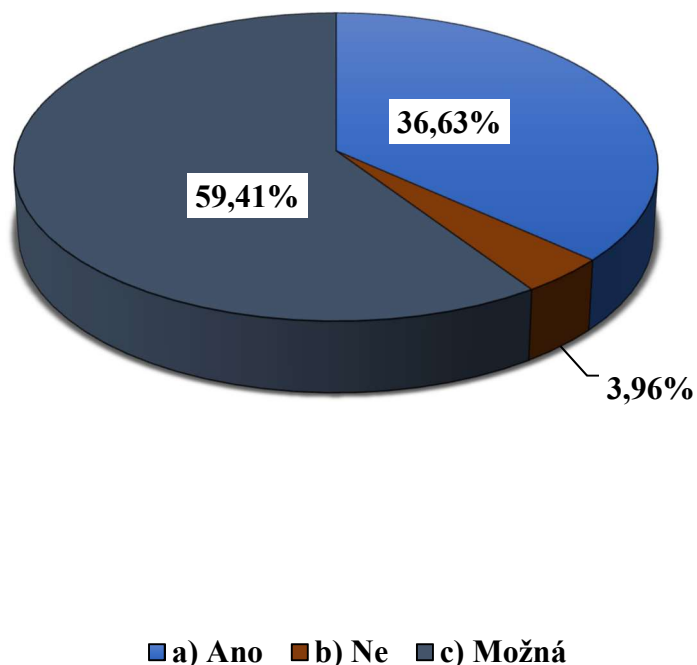
## 20) Jaký způsob psychosociální podpory byste v případě potřeby preferoval/a?



**Obrázek 20 – Preferovaný způsob v případě nutnosti využití psychosociální podpory**

Z grafu č. 20 vyplývá, že v případě potřeby psychosociální podpory by **114** respondentů využilo intervenci mezi čtyřma očima s psychologem. **79** dotázaných by volilo intervenci peera, ale opět pouze mezi čtyřma očima. Skupinovou intervenci by využilo **11** respondentů. **8** dotázaných uvedlo, že nejvhodnější forma psychosociální podpory by pro ně byla telefonická. **2** respondenti uvedli, že by preferovali jinou formu psychosociální pomoci.

**21) Doporučil/a byste službu peer podpory svým kolegům/kolegyním?**



**Obrázek 21 – Doporučení psychosociální intervenční služby kolegům**

Dle grafu č. 21 si **120** (59,41 %) dotázaných nebylo jistých, zda by svým kolegům doporučilo službu psychosociální intervenční péče. **74** (36,63 %) respondentů uvedlo, že by svým kolegům doporučili využít službu peer podpory. Pouze **8** (3,96 %) dotázaných uvedlo, že by peer podporu svým kolegům nedoporučilo.

## 4 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá tématem, jak je využívána kolegiální peer podpora nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Pro splnění cílů průzkumu bylo položeno celkem 7 průzkumných otázek. V mnoha případech byly výsledky průzkumu srovnávány s diplomovou prací, Bc. Veroniky Daškové z roku 2018, zabývající se podobným tématem jako je téma této práce.

### 1. Je psychicky náročná práce ve zdravotnictví důvodem k odchodu nelékařských zdravotnických pracovníků ze zdravotnictví?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastějším důvodem, kdy NLZP uvažuje o odchodu ze zdravotnického oboru, je opravdu psychická náročnost dané profese. Tento závěr dokazují grafy číslo 6 až 8, které popisují náročnost zdravotnického oboru. Graf č. 6 popisuje náročnost zdravotnické profese a lze z něj vyčíst, že z počtu 220 respondentů 172 uvedlo, že je pro ně práce ve zdravotnictví psychicky i fyzicky náročná. Z grafu č. 7 lze vyčíst, že o myšlence o odchodu z oboru uvažovalo celkově 117 dotázaných z 220. Graf č. 8 popisuje důvod k odchodu ze zdravotnictví a nejčastěji uváděná odpověď byla kombinace psychické i fyzické náročnosti, a to v počtu 52 respondentů. Odpověď na otázku tedy zní: Ano, psychická náročnost povolání nelékařského zdravotnického pracovníka je jeden z hlavních důvodů odchodu těchto pracovníků ze zdravotnictví.

Dašková (2018) ve své diplomové práci uvádí, že nejčastějším důvodem pro změnu zaměstnání by byla, v případě zdravotníků, kombinace psychické a fyzické náročnosti daného povolání. Výsledky mého průzkumu a výsledky Daškové jsou tedy shodné.

### 2. Kolik NLZP zažilo během své kariéry krizovou událost a za jak dlouho se s jejími následky vypořádali?

Odpověď na tuto otázku znázorňuje graf číslo 9 a 10. Z grafu č. 9 lze vyčíst, že z 220 dotázaných se během své kariéry octlo celkem 135 respondentů v krizové situaci. Dle grafu č. 10 se s touto situací nejrychleji vypořádali dotázaní, jenž uvedli, že se s krizovou situací vypořádali do jednoho měsíce.

Mnoho respondentů uvedlo, že příčinou jejich krizové situace bylo osobní vyčerpání, případně až burnout syndrom. Osobní názor na tyto situace je takový, že převážná většina těchto respondentů nevyhledala žádnou formu pomoci a postupná kumulace

nepříjemných zážitků (agresivní pacienti/rodiny, nedostatek personálu, mnoho přesčasů...) v práci, vedla až k vyhoření nebo vyčerpání.

K podobným výsledkům dochází i ve srovnávané diplomové práci Dašková (2018). V této práci je uváděno, že nejčastěji se respondenti vypořádali s krizovou situací do 4 týdnů nebo ihned. V mé práci je uvedeno, že dotázaní se s krizovou situací vypořádali do jednoho měsíce, tudíž v obou pracích bylo docíleno velmi podobných výsledků.

### **3. Kdo je nejčastějším poskytovatelem první psychické pomoci v případě krizové události a bývá jeho pomoc účinná?**

První volbou, na koho se zdravotníci v případě krize obrátili byli rodinní příslušníci případně kolegové v práci. V grafu č. 12 zvolilo 33 dotázaných jako první osobu, poskytující psychickou pomoc v době krizové události, nějakého člena rodiny. Druhou volbou byl kolega nebo kolegyně v práci. Dle grafu č. 13 uvedlo 95 % dotázaných, že pomoc, kterou jim oslovení poskytli, byla účinná.

### **4. Jaké je povědomí o možnosti využití systému psychosociální intervenční služby mezi zdravotníky?**

Dle průzkumu bylo povědomí o možnosti využití systému psychosociální intervenční služby většinové. Konkrétně se jednalo o 81 % nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří o této službě slyšeli. Většinová byla i odpověď na otázky, zda mohou dotázaní ve své nemocnici využít služby kolegiální peer podpory a zda mají na svém pracovišti kontakt na krizového pracovníka. Na tyto otázky odkazují grafy č. 14 až 16. Graf č. 14 popisuje povědomí o využití peer podpory a o možnosti využití této služby slyšelo celkem 177 respondentů z 220. Graf č. 15 popisuje povědomí o přítomnosti peer pracovníka v nemocnici ve které respondenti pracují a 177 respondentů uvedlo, že jsou si vědomi přítomnosti peera. Pouze 5 dotázaných odpovědělo záporně.

System psychosociální intervenční služby vznikl oficiálně v roce 2010 a od roku 2011 je dokonce zakotven v zákoně č. 374/2011 sb. a prezentace systému v nemocnicích, na záchranných službách nebo dokonce i v médiích je rok od roku větší.

Osobní názor na prezentaci SPIS je takový, že letáková forma nebo záložka na intranetu opravdu nestačí a zaměstnavatel by měl zaměstnance informovat nejen při nástupu na pracoviště, ale také průběžně během jejich kariéry.

**5. Jak často je zdravotníky využívána kolegiální peer podpora ve vybraných nemocnicích a co brání jejímu většímu využívání?**

Dle dotazníkového šetření, které bylo provedeno ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních, bylo využití peer podpory převážně menšinové. Z grafu č. 17 lze vyčíst, že z 220 respondentů využilo peer podporu pouze 8 dotázaných. Vzhledem k výsledku vzešlého z této otázky to vypadalo, že se nejedná o příliš velký vzorek, ale dle výsledků SPIS ve FNHK bylo například v roce 2016 provedeno celkem 35 peer intervencí (Tuček, ©2020). Jelikož má FNHK podle výroční zprávy z roku 2018, okolo 4500 zaměstnanců, byl dle průzkumu provedeného v této práci, zaznamenaný vzorek dotázaných, kteří měli zkušenost s peer podporou, úspěšný (Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2020). Z grafu č. 18 lze vyčíst, že úplná úspěšnost v intervencích, které provedli peer pracovníci, byla 75 % a v důsledku stále psychicky náročnější práci zdravotníků se do budoucna bude jednat o nepostradatelnou službu.

Jako důvod nevyužití peer podpory byly nejčastěji označovány odpovědi, že dotázaný zvládne situaci sám nebo pomocí rodiny případně požádá o pomoc kamarády. Mezi častými důvody byla označena i nedůvěra k peerovi. Mnoho intervencí prováděných právě peery se týká příliš osobních situací, za které se intervenovaný často i stydí. Jelikož je peer kolega pracující ve stejné nemocnici, někdy dokonce i na stejném oddělení, jsou zasažení hledající podporu často nedůvěřiví. V roce 2020 byla zavedena telefonická linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví (viz obrázek č. 22). Tato linka by v budoucnu měla možnost tento problém nedostatečné anonymity vyřešit a intervenovaných by v mohlo být mnohem víc.

**6. Který způsob psychosociální podpory by v případě prožití krizové události zdravotníci využili?**

V dotazníku byla otázka zabývající se preferovaným způsobem psychosociální podpory a většina dotázaných uvedla, že by preferovala intervenci prováděnou psychologem. Jako druhá nejčastější odpověď byla intervence peerem. Zde se nabízí otázka, zda je povědomí o možnosti využití peer podpory dostatečně prezentováno systémem psychosociální služby a zaměstnavatelem. Příkladem rozdílné prezentace mohou být obě nemocnice, ve kterých byl prováděn průzkum k této práci. Jedna z nemocnic provádí prezentaci SPIS úvodní přednáškou během nástupního procesu každého zaměstnance, zatímco druhá nemocnice tento systém aktivní prezentace nevyužívá a spoléhá převážně na formu papírových letáků nebo informace vyskytující se na intranetu daného zařízení. Výsledek těchto rozdílných typů prezentací je v konečném

důsledku viditelný tak, že v nemocnici, ve které je SPIS prezentován aktivně, mají zaměstnanci o této službě mnohem větší povědomí a péři jsou jimi mnohem více využívání.

**7. Doporučili by zdravotníci, v případě potřeby, systém psychosociální intervenční služby svým kolegům?**

Z grafu č. 21 je patrné, že většina dotázaných si nebyla jista, zda by v případě potřeby doporučila svému kolegovi nebo kolegyni peer podporu. Dle osobního názoru nemá tato většina dostatečné informace, jak systém funguje a zcela mu nevěří. Informace o SPIS by měly být zahrnuty i do výuky budoucích zdravotníků. Bohužel tyto informace v současné době buď zcela chybí nebo jsou nedostatečné.

## 5 ZÁVĚR

Zdravotnický obor je s modernější medicínou a lepšími znalostmi ošetrovatelství stále více psychicky náročný. Tato náročnost se týká nejen větších nároků na vzdělání zdravotníků, ale také rostoucího tlaku ze strany managementu a ze stále zvětšujícího se počtu přesčasů z důvodu nedostatku personálu. Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou využíváni peeri ve vybraných nemocnicích a dílčím cílem bylo ověřit informovanost zaměstnanců, vybraných zdravotnických zařízení, o možnosti využití kolegiální peer podpory. Pro splnění těchto cílů byla použita forma dotazníkového šetření. Jako cílová skupina byli zvoleni nelékařští zdravotničtí pracovníci z nemocnice krajského typu a z jedné Fakultní nemocnice.

V bakalářské práci jsem se věnoval využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků. K dosažení výsledků jsem vytvořil dotazníkové šetření zabývající se tímto tématem. Z průzkumu je patrné, že ačkoli má většina nelékařských zdravotnických pracovníků alespoň minimální znalost o systému psychosociální intervenční služby, tak by v případě krize, byl první volbou kamarád, rodinný příslušník nebo psycholog. V případě spatření kolegy, nacházejícího se v krizi, by si většina zdravotníků nebyla jista, zda by mu tuhle službu doporučila. Při srovnání obou nemocnic, ve kterých byl průzkum prováděn, je patrné, že zaměstnanci nemocnice, ve které je systém psychosociální intervenční služby aktivně prezentován, mají o systému mnohem větší povědomí, ale nevyužívají naplno jeho kapacitu. Zatímco u zaměstnanců nemocnice, ve které je SPIS prezentován pouze formou letáků a informacemi na intranetu, je povědomí mnohem menší a jeho využití zcela minimální. Po dokončení průzkumu jsem došel k názoru, že ačkoli byly všechny cíle mé bakalářské práce splněny, je nutno systém stále více prezentovat a ukazovat pozitivní výsledky této služby.

Tato práce může být užitečná při vytváření jiných závěrečných prací věnujících se tomuto tématu. Využití psychosociálních intervencí je velmi široké téma a vzhledem k tomu, že systém je stále relativně nový, je potřeba se mu neustále věnovat a zviditelňovat jej. Mnoho zdravotníků by pak mohlo získat větší důvěru v systém psychosociální péče, který by jim pomohl v lepším psychickém zvládnání jejich oboru. A protože je psychosociální zátěž i v dnešní době velmi podceňovaná, bylo by přínosem provést výzkum o znalostech této problematiky mezi studenty pomáhajících profesí.

Při vytváření bakalářské práce byli neúčelně srovnáváni respondenti z obou nemocnic a vzhledem k tomu, že ve Fakultní nemocnici je prezentace systému psychosociální intervenční

služby kvalitnější, tak i zaměstnanci této nemocnice využívají systém mnohem více. Nemocnice krajského typu by se dle mého doporučení měla zaměřit na lepší prezentaci celého systému psychosociální intervenční služby.



## 6 POUŽITÁ LITERATURA

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3439-9.

DAŠKOVÁ, Veronika, 2018. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc.PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

*Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online], ©2020. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocnizpravy>

FREUDENBERGER, H. J., 1974. Staff burn-out. *Journal of social.* 1(30), 159–165, doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.

HOFFMAN, A., HRDINOVÁ, L., KERDOVÁ, M., HUMPL, L., 2017. PEER je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí. *Florence.* 13(10), s. 20-21. ISSN 1801-464 X.

HONZÁK, Radkin, 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 2. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-552-2.

HOLCNER, Tomáš, 2020. Posttraumatická stresová porucha – PTSD a její léčba. *Psycholog Praha: Psychologická poradna v centru Prahy* [online]. Praha: Mgr. Tomáš Holcner, 5.1.2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://psycholog-holcner.cz/posttraumaticka-stresova-porucha/>

HUMPL, L., 2020. [online]. *SPIS-systém psychosociální intervenční služby*. [cit. 2020–02–29]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>

HUMPL, L., 2020. [online]. *SPIS-systém psychosociální intervenční služby*. [cit. 2020–03–31]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/peer/>

HUMPL, Lukáš, 2020. Linka kolegiální podpory. *Spis.cz* [online]. 9.4.2020 [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <https://spis.cz/2020/04/09/linka-kolegialni-podpory/>

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

JAMETON, Andrew, 1984. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. ISBN 0-13-627448-X.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-179-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

MAREŠ, Jiří, 2016. *Morální distres: terminologie, teorie a modely*. Kontakt [online]. 18(3), 151–159 [cit. 22.3.2020]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/03/02.pdf>

*MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

PAVLICA, Karel, 2000. *Sociální výzkum, podnik a management: průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. Praha: Ekopress. ISBN 80-861-1925-4.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.

PRIESS, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najdete cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.

ŠEBLOVÁ, J. a kol., 2009. *Preventivní a psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*. Urgentní medicína, roč. 12, č. 1, s. 26-31. ISSN: 1212-1924.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2004. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.

TUČEK, David a Martina DRÁPALOVÁ, ©2020. Systém psychosociální intervenční služby ve FN Hradec Králové současnost a perspektivy. In: *Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. Praha: Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny, 2018 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/pomahame-si-pomahat-peer-podpora-v-ramci-spis-ve-fn-hradec-kralove.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela, 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

## 7 PŘÍLOHY

Obrázek 22 Linka kolegiální podpory (Humpl, 2020)

**LINKA  
KOLEGIÁLNÍ  
PODPORY**  
pro pracovníky  
ve zdravotnictví

☎ **607 400 591**  
☎ **720 219 618**

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

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

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

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

   MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY 

[www.spis.cz](http://www.spis.cz) [www.soggiorno.cz](http://www.soggiorno.cz)



Obrázek 23– Informativní leták o SPIS pro zaměstnance Nemocnice Pardubického kraje

**JAK požádat o pomoc?**  
Neostýchejte se na naše NPK peery a interventy obrátit.  
Budeme respektovat Vaše potřeby, zaručujeme Vám naprostou anonymitu a diskrétnost při řešení Vaší situace.

**Koho požádat o tuto službu?**  
Kontaktujte koordinátora služby / peera / intervanta osobně, telefonicky nebo e-mailem:


Jméno: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_



**I zdravotníci jsou jen lidé!**

System psychosociální intervenční služby podporuje Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR a Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP


Koordinátoři společnosti Nemocnice Pardubického kraje, zajišťují dostupnost péče v jednotlivých lokalitách.

Další informace a kontakty na:  
[www.spis.cz](http://www.spis.cz)  
[www.nempk.cz](http://www.nempk.cz)



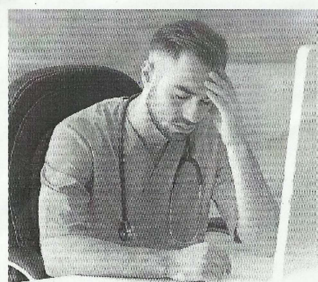



**NEZŮSTÁVEJTE SAMI S NÁROČNOU PROFESNÍ ZKUŠENOSTÍ!**



**PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA**  
pro zaměstnance  
NPK

Obrázek 24 - Informativní leták o SPIS pro zaměstnance Nemocnice Pardubického kraje



**PROČ využít odbornou pomoc?**

- Prožitou traumatickou událost je potřeba uzavřít, aby se nepřipomínala v situacích, kdy Vám bude komplikovat práci.
- Pociť bezmoci v obtížné životní nebo profesní situaci Vás může ochromit.
- Je důležité zpracovat a vypořádat se se situacemi, které Vás mohou zasáhnout osobně.

Psychosociální podpora je služba pro zaměstnance NPK, kteří prožívají profesně náročné a někdy i nadlimitně zátěžové situace.

Zdravotník má právo na péči o své duševní zdraví, což podporuje i zákon č. 374/2011 Sb., paragraf 16, odst. b).

**KDO vám může v těžké situaci pomoci?**

**PEER** – kolega z NPK vyškolený v oblasti psychosociální intervence a ořené podpory zdravotnickým pracovníkům

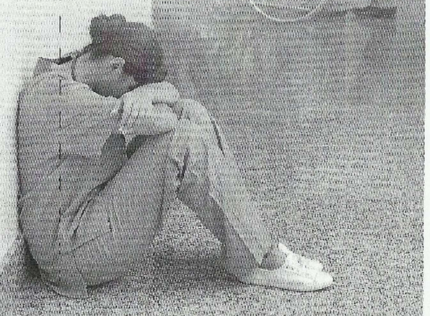
**ZDRAVOTNICKÝ INTERVENT** – vyškolený odborník v oblasti krizové intervence a první psychické pomoci (S.O.S. pomoc)

**KTERÉ události mohou být „nadlimitní“?**

- Vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- Péče o extrémně nezralého novorozence
- Úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- Vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy nebo jeho blízkých
- Hromadné neštěstí, tragické události
- Péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- Neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/ záchrana mladého pacienta
- Sebevražda pacienta nebo pokus o ni
- Mobbing/bossing na pracovišti
- Nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti
- Zásah/ošetřování u osoby blízké
- Nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci
- Dopravní nehoda posádky ZZS
- Napadení zdravotníka při výkonu práce
- Péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- Péče o agresivního pacienta
- Péče o pachatele závažného trestného činu
- Událost s nadměrným zájmem médií
- Profesní pochybení, selhání zdravotníka
- Stížnost podaná pacientem/příbuzným

**Co vám psychosociální intervence v rámci NPK nabízí?**

- **Individuální nebo skupinové formy intervence**
- Budeme Vám **pozorně naslouchat**
- Budeme Vás **zcela respektovat** ve Vaší situaci
- Budeme Vás **odborně provázet** při zpracovávání negativních zážitků
- Pomůžeme Vám **identifikovat problém**
- **Podpoříme Vás při mobilizaci Vašich sil** k řešení a správnému zpracování situace
- Zaručujeme Vám **absolutní důvěrnost a anonymitu**
- **Nebudeme Vás kritizovat** ani hodnotit Vaše postoje
- **Služba je bezplatná**, jsme tu pro Vás





Obrázek 25– Informativní leták o SPIS (www.spis.cz)

SPIS je služba orientovaná na podporu všech zdravotníků, kteří prožívají profesně náročné a někdy i nadlimitně zátěžové situace.

Systém zahrnuje jak poskytování intervenčních služeb, tak i preventivní opatření – informuje a provádí edukaci vhodných strategií při zvládání stresu.

#### CO PROGRAM NABÍZÍ?

Pomáhá obnovit duševní rovnováhu po prožití nadlimitní profesní situace.

Vede k pochopení reakce na nadlimitní událost.

Podporuje hledání vlastních zdrojů zvládání psychické zátěže.

Slouží jako prevence vzniku a rozvoje:

- syndromu profesního vyhoření
  - závislosti na psychotropních látkách
  - posttraumatické stresové poruchy
  - psychosomatických onemocnění
- Snižuje riziko profesního selhání.

#### PEER PODPORA

Je poskytována v situacích, při nichž došlo k psychickému zasažení profesionálů, nejčastěji při výkonu práce zdravotnických pracovníků. Může se jednat o náraz akutní události, stejně jako o chronické zatížení, či přetížení profesionála. Jedná se o první psychickou podporu (nikoliv péči psychologickou, či psychotherapeutickou) vedenou vyškoleným zdravotníkem – peerem. Jejím cílem je podpořit zdravotnického pracovníka, zasaženého psychicky nadlimitně zátěžovou situací.

Služba je pro uživatele, který ji vyhledá, bezplatná.

#### KDO JE TO PEER

Peer je profesní kolega, tedy zdravotnický pracovník, který absolvoval specifický výcvik v systému psychosociální podpory o kolegy. Na základě tohoto výcviku může poskytovat v definovaném rozměru první psychickou podporu kolegům. Peer podpora patří mezi benefity péče o zaměstnance příslušné organizace a vychází z osvědčeného modelu používaného v řadě zemí.

#### ZDRAVOTNÍCI JSOU PROFESIONÁLOVÉ, PROČ POTŘEBUJÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORU?

Zdravotníci jsou také „jen“ lidé, proto na ně mohou dopadat vlivy prožitých traumatických událostí úplně stejně, jako na přímo zasažené.

Úkolem této podpory je prožité události uzavřít, aby se nepřipomínaly v situacích, kdy budou komplikovat práci.

#### JAK PROBÍHÁJÍ INTERVENCE?

Individuálně (osobně, telefonicky, emailem) – Je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, poskytnutí emoční podpory, empatie, doporučení. Cílem je obnovení vlastních sil, zmírnění stresové reakce, případně předání zasaženého do další, odborné péče.

Skupinově – Je poskytována prostřednictvím specifických metod:

Debriefing – cílem je uzavření události, zmírnění příznaků stresu, případně předání do další péče.

Defusing – má za cíl zmírnění příznaků po zasažení stresu a je určen malým skupinám profesionálů.

Demobilizace – cílem je snížit hladinu stresu a podpořit u zasažených účastníků startování obnovy jejich psychických sil.

#### CO MŮŽE BÝT NADLIMITNÍ UDÁLOST NEBO SITUACE?

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- péče o extrémně nezralého novorozence
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy
- hromadné neštěstí, tragické události
- péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta
- sebevražda pacienta nebo pokus o ni
- mobbing/bossing na pracovišti
- nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti
- úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob
- zásah/ošetrování u osoby blízké
- nezdařený pokus o záchranu spojený s pocíty bezmoci
- dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby
- napadení zdravotníka při výkonu práce
- kontakt s pozůstalými
- péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- péče o agresivního pacienta
- ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci
- péče o pachatele závažného trestního činu
- událost s nadměrným zájmem médií
- profesní pochybení, selhání zdravotníka
- stížnost podaná pacientem/příbuzným.

Zdravotník má právo na péči o své duševní zdraví, což podporuje i zákon č. 374/2011Sb. § 16, ods. b.



www.spis.cz



Obrázek 26– Informativní leták o SPIS (www.spis.cz)

SPIS je služba orientovaná na podporu všech zdravotníků, kteří prožívají profesně náročné a někdy i nadlimitně zátěžové situace.

Systém zahrnuje jak poskytování intervenčních služeb, tak i preventivní opatření – informuje a provádí edukaci vhodných strategií při zvládání stresu.

### CO PROGRAM NABÍZÍ?

Pomáhá obnovit duševní rovnováhu po prožití nadlimitní profesní situace.

Vede k pochopení reakce na nadlimitní událost.

Podporuje hledání vlastních zdrojů zvládání psychické zátěže.

Slouží jako prevence vzniku a rozvoje:

- syndromu profesního vyhoření
  - závislosti na psychotropních látkách
  - posttraumatické stresové poruchy
  - psychosomatických onemocnění
- Snižuje riziko profesního selhání.

### PEER PODPORA

Je poskytována v situacích, při nichž došlo k psychickému zasažení profesionálů, nejčastěji při výkonu práce zdravotnických pracovníků. Může se jednat o náraz akutní události, stejně jako o chronické zatížení, či přetížení profesionála. Jedná se o první psychickou podporu (nikoliv péči psychologickou, či psychotherapeutickou) vedenou vyškoleným zdravotníkem – peerem. Jejím cílem je podpořit zdravotnického pracovníka, zasaženého psychicky nadlimitně zátěžovou situací.

Služba je pro uživatele, který ji vyhledá, bezplatná.

### KDO JE TO PEER

Peer je profesní kolega, tedy zdravotnický pracovník, který absolvoval specifický výcvik v systému psychosociální podpory o kolegy. Na základě tohoto výcviku může poskytovat v definovaném rozměru první psychickou podporu kolegům. Peer podpora patří mezi benefity péče o zaměstnance příslušné organizace a vychází z osvědčeného modelu používaného v řadě zemí.

### ZDRAVOTNÍCI JSOU PROFESNÁLOVÉ, PROČ POTŘEBUJÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORU?

Zdravotníci jsou také „jen“ lidé, proto na ně mohou dopadat vlivy prožitých traumatických událostí úplně stejně, jako na přímo zasažené.

Úkolem této podpory je prožité události uzavřít, aby se nepřipomínaly v situacích, kdy budou komplikovat práci.

### JAK PROBÍHÁJÍ INTERVENCE?

Individuálně (osobně, telefonicky, emailem) – Je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, poskytnutí emoční podpory, empatie, doporučení. Cílem je obnovení vlastních sil, zmírnění stresové reakce, případně předání zasaženého do další, odborné péče.

Skupinově – Je poskytována prostřednictvím specifických metod:

Debriefing – cílem je uzavření události, zmírnění příznaků stresu, případně předání do další péče.

Defusing – má za cíl zmírnění příznaků po zásahovém stresu a je určen malým skupinám profesionálů.

Demobilizace – cílem je snížit hladinu stresu a podpořit u zasažených účastníků startování obnovy jejich psychických sil.

### CO MŮŽE BÝT NADLIMITNÍ UDÁLOST NEBO SITUACE?

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte
- péče o extrémně nezralého novorozence
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy
- hromadné neštěstí, tragické události
- péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta
- sebevražda pacienta nebo pokus o ni
- mobbing/bossing na pracovišti
- nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti
- úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob
- zásah/ošetrování u osoby blízké
- nezdařený pokus o záchranu spojený s pocíty bezmoci
- dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby
- napadení zdravotníka při výkonu práce kontakt s pozůstalými
- péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými
- péče o agresivního pacienta
- ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci
- péče o pachatele závažného trestního činu
- událost s nadměrným zájmem médií
- profesní pochybení, selhání zdravotníka
- stížnost podaná pacientem/příbuzným.

Zdravotník má právo na péči o své duševní zdraví, což podporuje i zákon č. 374/2011Sb. § 16, ods. b.



[www.spis.cz](http://www.spis.cz)

## **Příloha č. 1 – Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Daniel Mácha a jsem studentem 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Touto cestou bych Vás rád požádal o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit pro účely mé bakalářské práce s názvem *Psychosociální intervence a jejich využití zdravotnickými pracovníky*. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé práce. Odpověď na každou otázku je dobrovolná.

Předem Vám děkuji za upřímné odpovědi.

----- **Obecné otázky**

### **1) Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena
- c) Nechci uvádět

### **2) Jaký je Váš věk?**

- a) 18–25
- b) 26–40
- c) 41–60
- d) 60 a více

### **3) Na jaké pozici pracujete?**

- a) Všeobecná sestra
- b) Praktická sestra
- c) Zdravotnický záchranář
- d) Ošetřovatel(ka)/sanitář(ka)
- e) Jiná (doplňte)

### **4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) Do 5 let
- b) 6–10 let
- c) 11–20 let
- d) 21 let a více



**5) Ve kterém oboru pracujete?**

- a) Interní
- b) Chirurgický
- c) Urgentní příjem pacientů
- d) Onkologie
- e) Anesteziologie a resuscitace
- f) Jiný? (jaký?)

-----Náročnost zdravotnického oboru

**6) Je pro Vás práce ve zdravotnictví náročná?**

- a) Ano, fyzicky i duševně
- b) Ano, pouze fyzicky
- c) Ano, pouze duševně
- d) Ne

**7) Přemýšlel/a jste někdy o odchodu z oboru?**

- a) Ano
- b) Ne

**8) Pokud ano, co bylo důvodem?**

- a) Fyzická náročnost
- b) Psychická náročnost
- c) Něco jiného... (napište)

-----Krizové situace a jejich řešení

**9) Dostal/a jste se během své kariéry do krizové situace?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

*V případě odpovědi ne nebo nechci odpovídat, přejděte prosím na otázku č. 14*

**Pokud ano, popište prosím stručně o jakou situaci šlo:**

**10) Za jak dlouho jste se s touto situací vypořádal/a?**

- a) Do měsíce
- b) Do půl roku
- c) Do roka
- d) Nevypořádal/a jsem se s tím dodnes

**11) Zažil/a jste během své kariéry situaci, kdy jste musel/a vyhledat nějakou formu pomoci?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**12) Pokud ano, kdo Vám s vypořádáním se se situací pomáhal?**

- a) Setkal/a jsem se s peerem
- b) Vyhledal/a jsem pomoc psychologa
- c) Mluvil/a jsem o situaci s kolegou/kolegyní
- d) Mluvil/a jsem o situaci s nadřízeným
- e) S vypořádáním se se situací mi pomáhal rodinný příslušník
- f) Někdo jiný (kdo?)

**13) Byla pro Vás tato forma pomoci účinná?**

- a) Ano
- b) Ne

-----Míra povědomí o SPIS

**14) Slyšel/a jste už o možnosti využití peer podpory?**

- a) Ano
- b) Ne

**15) Pokud ano, máte ve Vaší nemocnici možnost využití služby peera?**

- a) Ano
- b) Ne

**16) Máte na svém pracovišti kontakt na krizového pracovníka – peera?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**17) Využil/a jste někdy jeho služeb?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**18) Pokud byla Vaše odpověď ano, byla pro Vás jeho intervence přínosem?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně
- d) Nechci odpovídat

**19) Co by pro Vás mohlo být důvodem nevyužití peer podpory?**

- a) Nedůvěra k peerovi
- b) Situaci zvládnu sám/sama
- c) Využiji pomoc kamarádů
- d) Situaci zvládnu s pomocí rodiny
- e) Jiný (doplňte)

**20) Jaký způsob psychosociální podpory byste v případě potřeby preferoval/a?**

- a) Skupinovou
- b) Mezi čtyřma očima s peerem
- c) Mezi čtyřma očima s psychologem
- d) Telefonicky
- e) Jinou (doplňte)

**21) Doporučil/a byste službu peer podpory svým kolegům/kolegyním?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Možná

**Příloha č. 2 – Seznam počtu peerů ve dvou mnou vybraných zdravotnických zařízeních**

**Nemocnici krajského typu:**

Traumatologie – 1

Kardiologie – 1

Urologie – 1

Onkologie – 1

Neurologie – 1

UZS – 2

**Fakultní nemocnice:**

Klinika anesteziologie a resuscitace – 1

Onkologie – 1

Gerontometabolická klinika – 1

Psychiatrie – 2

Dětská klinika – 1

Oddělení urgentní medicíny – 1