

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Uplatnění supervize ve zdravotnictví v době pandemie COVID-19

Bc. Jana Krausová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Krausová**
Osobní číslo: **Z19268**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Uplatnění supervize ve zdravotnictví v době pandemie COVID-19**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Superoize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024740829.
- HAWKINS, Peter a Robin SHOHEET. *Superoize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026209874
- KRIVOHÁVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2017. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Uplatnění supervize ve zdravotnictví v době pandemie COVID-19 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 07. 2021

Jana Krausová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Adéle Michkové, Ph.D., za čas, který mi věnovala. Všechny rady a připomínky mi byly přínosem a velice si jich vážím. Dále také všem zúčastněným respondentům za ochotu a vstřícnost, kolegům za trpělivost při spolupráci a v neposlední řadě své rodině za cenou podporu.

ANOTACE

Diplomová práce se po teoretické stránce zabývá tématy zátěže a stresu v obecné rovině, společně s jejich specifiky ve zdravotnictví. Dále představuje metody efektivního řešení zátěžových situací. Vzhledem k cíli práce je značný rozsah práce věnován supervizi ve zdravotnictví.

Výzkumná část práce je zaměřena na vyhledání zátěžových faktorů vzniklých u nelékařských zdravotnických pracovníků, při práci na covidových odděleních standardního typu. Analýzou polostrukturovaných rozhovorů, provedených s nelékařskými zdravotnickými pracovníky, byly identifikovány zátěžové faktory, ze kterých byly následně označeny ty, jejichž zpracování je potenciálně vhodné s využitím aplikace supervize ve zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA

covid-19, zátěž, stres, supervize, zdravotnictví

TITLE

Application of supervision in health care during a pandemic COVID-19

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the topics of workload and stress in general, together with their specifics in healthcare. It also represents methods of efficient solutions to stressful situations. Given the aim of the diploma thesis, a large part of it is focused on supervision in healthcare.

The research part of the thesis is focused on finding stress factors developed by nursing staff while working in standard type Covid wards. Stress factors were identified by analysing semi-structured interviews with nursing staff, from which were subsequently identified those factors, whose processing is potentially appropriate by using the application of supervision in health care.

KEYWORDS

covid-19, load, stress, supervision, health care

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Zátěžové situace a stres.....	13
1.1 Specifika zátěže ve zdravotnictví.....	14
1.2 Stres.....	15
1.3 Stres a obranné mechanismy.....	17
1.4 Stres, zvládání a copingové strategie.....	18
1.5 Zdroje zvládání stresu.....	19
1.5.1 Vnitřní zdroje zvládání stresu.....	19
1.5.2 Vnější zdroje zvládání stresu.....	21
1.6 Syndrom vyhoření.....	22
1.6.1 Fáze syndromu vyhoření.....	22
1.6.2 Prevence syndromu vyhoření.....	23
1.7 Zátěžové životní situace.....	23
1.7.1 Dělení zátěžových situací.....	23
1.7.2 Nepřiměřené úkoly.....	24
1.7.3 Problémové situace.....	24
1.7.4 Překážky.....	24
1.7.5 Frustrace.....	25
1.7.6 Konflikty.....	25
1.7.7 Strach a úzkost.....	25
1.7.8 Nemoc.....	26
1.7.9 Bolest.....	26
1.7.10 Krize.....	26
2 Strategie zvládání zátěžových situací.....	27

2.1	Vhodné způsoby zvládání zátěžových situací.....	28
2.1.1	Fyzické dovednosti	28
2.1.2	Mentální dovednosti	28
2.1.3	Behaviorální dovednosti	29
3	Možné formy podpory nelékařských zdravotnických pracovníků při zvládání zátěžových situací.....	30
3.1	Přehled možné podpory.....	30
3.2	Psychosociální intervence	30
3.3	System psychosociální intervenční služby SPIS.....	31
3.3.1	Peer podpora	31
3.3.2	Intervenční podpora	31
3.4	Krizová intervence	32
3.4.1	Techniky krizové intervence.....	32
3.4.2	Prezenční forma krizové intervence	32
3.4.3	Distanční forma krizové intervence	33
3.4.4	Další možnosti podpory nelékařských zdravotnických pracovníků	33
3.5	Supervize jako forma podpory	33
3.5.1	Počátky supervize	34
3.5.2	Počátky supervize v České republice.....	35
3.5.3	Vymezení pojmů.....	35
3.5.4	Funkce supervize	37
3.5.5	Formy supervize	38
3.5.6	Průběh supervizního setkání	40
	VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	41
4	Cíle a východiska empirické části	42
4.1	Výzkumné otázky.....	42
5	Volba výzkumného designu.....	43

5.1	Zvolená výzkumná metoda	43
5.2	Výzkumný soubor	43
5.2.1	Charakteristika respondentek.....	44
5.3	Metodika sběru dat	44
5.4	Metodika analýzy dat	45
5.5	Prezentace výsledků	46
6	Souhrn výsledků (v kontextu odpovědí na průzkumné otázky)	62
7	Diskuze	64
	ZÁVĚR	69
	POUŽITÁ LITERATURA	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
FN	Fakultní nemocnice
HFNO	High-Flow Nasal Oxygen
KN	Krajská nemocnice
NHS	National Health Service
OOPP	Osobní ochranné pomůcky a prostředky
RTG	Rentgenové záření
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
UK	Univerzita Karlova

ÚVOD

Dle Marešové a Třešlové (2017, s. 55) pociťuje ošetrovatelský personál zátěžové situace velmi často. Vždy záleží na každém jedinci, do jaké míry je odolný vůči působící zátěži a jak kvalitní má zdroje opory. Mohou se však objevit situace mimořádné. Jedna z takových zatěžkávacích zkoušek pro zdravotníky, ale nejenom pro ně, je pandemie vysoce infekčního onemocnění COVID-19, která se od své první identifikace v Čínském Wu-chanu na konci roku 2019, rozšířila do celého světa. V momentě diagnostiky prvních případů se o samotném onemocnění věděla pouze hrstka informací, které mohli zdravotníci využít ve svůj prospěch. Řada ochranných zdravotnických pomůcek se stala nedostatkovým zbožím. Začaly se postupně zřizovat první jednotky určené pro infekční pacienty, s jejich péčí doposud neměl nikdo zkušenosti. Pandemie onemocnění ve svých mohutných vlnách přinesla zdravotníkům vypětí nejenom fyzických, ale i psychických sil. Celá situace je rozmanitou škálou zátěžových situací, které se mohou v profesi zdravotníka vyskytnout. Tato diplomová práce se proto snaží na vzniklou situaci reagovat a klade si za cíl identifikovat vzniklé zátěžové faktory u zdravotníku, pracujících v nelehkých dnech pandemie na covidových oddělení a rozpoznat takové zátěžové faktory, při jejich řešení by mohla být efektivně uplatněna aplikace supervize do zdravotnictví. Následující téma diplomové práce bylo zvoleno z hlediska své aktuálnosti pro zdravotníky. Jelikož v průběhu jednotlivých vln byli fyzicky a psychicky vyčerpáni všichni zdravotníci, snaží se následující práce pojmenovat, dostupné možnosti řešení zátěžových situací. Uvádí možnosti zdrojů podpory a mimo jiné také představuje metodu supervize, jako jednu z možných řešení vzniklých zátěžových faktorů. Dle Venglářové (2013, s.11) má supervize doposud své zásadní postavení v sociální oblasti. V ošetrovatelské praxi je stále ještě méně obvyklá, než je tomu u klinickými psychology či lékařů.

Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část se blíže věnuje pojmům jako je zátěž, zátěžové situace, stres a jejich specifikům ve zdravotnictví. Pojmenovává účelné a příznivé možnosti řešení těchto zátěžových situací. Vzhledem k tématu je věnovaná rozsáhlá část kapitole pojednávající o supervizi ve zdravotnictví. Praktická část zahrnuje interpretaci polostrukturovaných rozhovorů se zdravotníky pracujícími na covidových lůžkách. Identifikaci zátěžových faktorů za využití otevřeného kódování, navržená opatření na jejich řešení a doporučení, kde by mohla supervize účelně pomoci.

CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části práce

Cílem teoretické části práce je vytvořit informační úvod, jako podklad pro část výzkumnou.

Popsat témata zátěže a stresu v obecné rovině, společně se s jejich specifiky ve zdravotnictví. Uvést preventivní a ochranné faktory snižující dopad zátěže na zdravotníky, mezi něž mimo jiné patří i supervize a zároveň tuto metodu blíže představit.

Cíle praktické části práce

Cíl práce 1: Zjistit, které faktory jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky, v současné době působícími na covidových jednotkách standardního typu, vnímány jako zátěžové, překračující rámec zátěže vyplývající z praxe za standardních podmínek.

Cíl práce 2: Ze stanovených zátěžových faktorů poté označit takové, k jejichž zvládnutí by mohla přispět supervize.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce budou popsána především témata zátěže a stresu v obecné rovině, společně se s jejich specifiky ve zdravotnictví. Stejně tak preventivní a ochranné faktory snižující dopad zátěže na zdravotníky, mezi něž mimo jiné patří i supervize. S ohledem na cíl práce bude tématu supervize věnován rozsáhlejší prostor.

1 Zátěžové situace a stres

Za zátěž lze označit situaci, při které jsou namáhány adaptační mechanismy organismu. Jedná se o situaci, která působí mimořádně naléhavě a cítíme se jí limitováni. Pro takto vzniklé okolnosti nemáme žádné osvojené algoritmy řešení. Lze říct, že znatelně mění přirozené vzorce chování lidí. Ve svých důsledcích může způsobit až vznik některých psychických poruch. Pravidelné vystavení zátěžovým podnětům je jedna z možných příčin vzniku stresu. Tyto potenciální zátěžové podněty mohou vyplývat z pracovní činnosti, psychosociální sféry i fyzického prostředí. (Helus, 2018; Mlčák, 2011).

Podle intenzity lze zátěž rozlišit na:

- a) Reálnou životní zátěž – Míra zátěže vyplývající z každodenních složitostí života, přirozeně vyžadující od člověka zvýšenou míru pohotovosti, za účelem úspěšného zpracování těchto podmínek. Určitá míra takto vzniklé zátěže podněcuje u svého nositele k aktivitě a tvořivosti.
- b) Limitní zátěž – Rozpor, mezi vzniklými požadavky na schopnosti jedince a jeho předpoklady situaci zvládnout je větší, než tomu bylo v předešlém případě. Nositel je nucen vynaložit více sil společně se značným psychickým vypětím. V této situaci není dopředu jasné, zda výsledkem bude úspěch či selhání. Výsledný počet vzniklých selhání je v této situaci procentuálně vyšší.
- c) Nadlimitní zátěž – Představuje takové zvýšení nároků na jedince, které není dotyčný schopen zvládnout za pomoci vlastních sil a v této situaci selhává. Jedná o výjimečné situace jako například dopravní či jiná neštěstí, války, různé civilizační pohromy, pandemie onemocnění apod. Mnoho lidí nemá předpoklady pro jejich úspěšné zvládnutí. (Bedrnová, 2009)

1.1 Specifika zátěže ve zdravotnictví

Zdravotnická profese je typická výskytem různorodé zátěže působící na zdravotníky, která je mnohdy fyzická, v kombinaci s psychickou. Vyjma toho jsou zdravotníci vystaveni širokému spektru rizik, vznikajících v důsledku kontaktu s pacienty, jako je riziko vzniku infekce, riziko dlouhodobých zdravotních obtíží, riziko vzniku nemocí z povolání apod. Přidruženým zátěžovým faktorem je narušení spánkového režimu v důsledku střídáním denních a nočních směn. Není výjimkou ani nedostatek času na jídlo a pití během dne. (Bartošínková, 2006)

Zátěž spojenou s poskytováním zdravotní péče lze dle charakteru rozdělit na:

- a) Fyzickou zátěž – Tento typ zátěže spočívá nejčastěji v každodenní manipulaci s imobilními pacienty, či s pacienty se sníženými pohybovými schopnostmi. Vzniká také jako důsledek přemisťování jiných zátěžových břemen, jako jsou palety s infuzními roztoky apod. V důsledku chybné manipulace s břemeny a opakovaného působení zátěže může ve svých důsledcích dojít až k nevratnému poškození páteře, kloubů a vazů. (Vetchý, 2009; Tomeček, Jaroš a kol. 2011)
- b) Psychickou zátěž – Psychická zátěž zdravotnických pracovníků spočívá v každodenním působení negativních emocí pacientů, plynoucích z bolesti, utrpení či smrti. Vystavení pravidelné psychické zátěži vede k riziku vzniku syndromu vyhoření u pomáhajících zdravotníků. Kromě toho lze do této kategorie začlenit vysoké nároky na zapamatování si informací. S každým pacientem vzniká zodpovědnost za výsledek péče, nezbytnost rychlého a přesného rozhodování či práce s intimitou pacienta. (Bartošínková, 2006)
- c) Komunikaci jako zátěž – Vzhledem k cíli práce byla do druhů možné zátěže zařazena také vzájemná komunikace. Aby byla efektivní, jasná a snadno pochopitelná je náročná, pro sdělovacího i pro příjemce. V krizových situacích dochází k její proměně a mnohdy i zhoršení. Její kvalita se odvíjí od jasného vymezení kompetencí, složení týmu (např. množství brigádníků) či nedostatku informací o zvyklostech či chodu oddělení. Specifickou skupinou náročné komunikace pro zdravotníky je sdělování nepříznivých zpráv či komunikace se závažně nemocnými pacienty. (Venglářová, 2006)
- d) Chemickou, fyzikální a biologickou zátěž – Kategorie zátěže vyplývají z chemických a fyzikálních podmínek, zahrnuje méně častou variantu zátěže. Nejběžnější z této skupiny je zátěž vzniklá v důsledku ozáření např. následky použití RTG na operačním sále, kontakt s léky a dezinfekčními prostředky. Z biologických činitelů se může jednat o

přenos nákazy ze strany pacientů na zdravotnický personál. Do této kategorie lze zařadit také přímý kontakt s nepříjemnými podněty, jako jsou nehojící a zapáchající rány, exkrementy, zápach apod. (Bartošínková, 2006; Tomeček, Jaroš a kol. 2011)

- e) Jiné druhy zátěžových situací charakteristické pro obor zdravotnictví – Jedná se o různorodou škálu situací. Jako příklad budou uvedeny následující situace: Napadení zdravotnického personálu agresivním pacientem, nejčastěji na podkladě intoxikace pacienta alkoholem či v důsledku eskalace psychických obtíží. V případě neodborné manipulace s tlakovými lahvemi, výbuch způsobený pádem tlakové lahve. Jednou z nejvíce zatěžkavacích zkoušek, po stránce fyzické i psychické, je pro zdravotnický personál čelení následkům hromadného neštěstí. Jako zástupce lze jmenovat autonehody, výbuch plynu, či pandemie onemocnění. Tyto situace jsou charakteristické vysokým počtem zasažených osob vyžadujících neodkladné poskytnutí zdravotní péče, v opačném případě, je bohužel provází vysoký počet úmrtí. (Tomeček, Jaroš a kol. 2011)

1.2 Stres

Dle Kutínové (2015, s. 4) je stres popsán jako „stav organismu, při kterém se nelze vyrovnat se zátěží běžnými adaptačními či obrannými prostředky a musí dojít k mobilizaci svých rezerv“. Jedná se o jakýkoli druh nepřiměřené fyzické či psychické zátěže. (Kutínová, 2015)

Obsáhleji je stres popsán následujícím způsobem. „Stres je definován jako konsekvence v psychickém i fyziologickém dění, která vystupuje po určitém uspořádání podmínek v prostředí. Jsou to situace, v nichž je ztížená nebo znemožněná adaptace. V těchto podmínkách dochází k újmě psychického stavu nebo fyzických funkcí. Při déle setrvávajícím působení stresových podmínek se vytváří možnost patologických funkčních změn nebo také orgánového poškození.“ (Schandry, 1989 cit. podle Nakonečný, 1998, s. 544.)

Rozlišujeme dvě formy stresu, pozitivní eustres, a negativní distres. Eustres vede ke větší odolnosti vůči závažnému stresu. Naopak distres může ve svých důsledcích až poškozovat lidský organismus. Tento typ stresu má přímou souvislost se vznikem některých onemocnění (Bartůňková, 2010). Distresové situace lze rozdělit, dle míry a intenzity působení, na velké životní události a na zdánlivě, pro studium stresu bezvýznamné, každodenní nepříjemné události. Velké životní události svou intenzitou přímo ovlivňují tělesné a duševní zdraví. Jako zástupce takové zátěžové události může být vážné dlouhodobé onemocnění, dlouhodobá péče

o nemocného člena rodiny, konfliktní manželství, ztráta blízkého člověka a mnoho dalšího. Ve srovnání s tím, každodenní nepříjemné události ohrožují potencionální příjemce svým kumulovaným efektem. Lze sem zařadit opakované konflikty, neúspěchy či překážky. (Kutínová, 2015; Mlčák, 2011)

Samotná stresová reakce je vyvolána stresory, tj. činiteli stresové reakce. Jako nejčastější stresory jsou udávány nedostatek spánku, nedostatek odpočinku, pracovní přetížení, spěch, napjaté mezilidské vztahy, nepravidelné směny. Často však také rozvod, narození dítěte či úmrtí. Reakce organismu na stres se odvíjí od délky působení stresoru. Akutní stres se vyznačuje délkou trvání maximálně několik hodin. Odezvou organismu je aktivace osy hypothalamus – hypofýza – nadledviny a sympatoadrenálního systému. Souhrou těchto systémů dochází k vybavení energetických rezerv organismu a podpoře systémů, které jsou primární pro přežití organismu, jako je kardiorepirační systém, nervový, endokrinný i pohybový systém. V návaznosti na to je činnost trávicího systému utlumena. Odezva organismu probíhá ve třech fázích. Chronický stres se vyznačuje délkou v řádu od několika týdnů po několik let. Aktivovány jsou mechanismy imunologické, hormonální a nervové. Jako důsledek chronického stresu jsou pozorovány některé strukturální změny jako zmenšení sleziny, zvětšení nadledvinek, potlačení sexuálních funkcí, vyšší hladina stresových hormonů i v klidových podmínkách apod. (Bartůňková, 2010)

Lidský organismus při konfrontaci se stresem reaguje specificky. Podstatou je narušení homeostázy organismu a vznik obecného adaptačního syndromu. Jedná se o patofyziologický proces, který poprvé popsal H. Selye. Teno syndrom lze obecně rozdělit do třech fází, které na sebe plynule navazují. (Mlčák, 2011)

1. Fáze poplachová – Účelem je mobilizovat veškeré dostupné zdroje. Poplachová fáze má za úkol zajistit krevní zásobení mozku, srdce a kosterních svalů. Tento mechanismus je krátkodobý. Je však nezbytný pro překonání akutní situace. Aktivací sympatiku, společně se zapojením parasympatiku, za účelem potlačení systémů, které nejsou v této chvíli pro organismus nezbytně nutné, je společnými silami zajištěna rychlá mobilizace energetických zdrojů, zvýšení svalového tonu, snížení pocitu bolesti, zlepšení kognitivních funkcí, rozšíření zornic, utlumení trávicího systému a zvýšená schopnost pocení.
2. Fáze adaptační – Nastupuje jako důsledek opakované expozice stresoru na organismus. Adaptace s sebou může přinášet zdánlivě příznivé benefity jako je například zvýšená

fyzická zdatnost. Na straně druhé však neustálá expozice vůči stresorům vede k rozvoji škály psychosomatických onemocnění. Mezi nejčastější patří žaludeční dyspepsie, peptický vřed, ulcerózní kolitida, hypertenze, bronchiální astma, mentální anorexie, obezita a mnoho dalšího.

3. Fáze vyčerpání – V důsledku nadměrné intenzity působení stresorů se dříve získaná adaptace na stresor ztrácí, nebo se jeví jako nedostatečná. Poslední fáze stresového syndromu s sebou může přinášet chronický únavový syndrom, poruchy autoimunitního systému a mnoho dalšího. (Bartůňková, 2010)

Stres s sebou přináší nelibé emoce, z nich nejčastější je strach a úzkost vznikající jako reakce na ohrožení jedince. Nabádají k úniku, či rychlému vyhledání řešení. Úzkost se objevuje v momentě, není-li nebezpečí strukturováno. Příznaky stresu lze pozorovat na úrovni fyziologické, emocionální a behaviorální. Mezi nejčastější fyziologické příznaky patří bolesti břicha, průjem, napětí a bolesti páteře, vyrážka na kůži apod. Emocionální projevy zahrnují časté výkyvy nálad, neschopnost empatie, nadměrné denní snění, poruchy pozornosti, pocity únavy, zvýšená podrážděnost, lhostejnost. Behaviorální symptomy přinášejí zvýšenou nemocnost a nehodovost, nerozhodnost, zhoršenou pracovní výkonost, zvýšenou absenci, nechutenství, přejídání se, vyhýbání se úkolům, spotřebu návykových látek apod. Kromě těchto projevů vznikají jako přirozená obrana ohroženého sebepojetí člověka obranné mechanismy, které budou podrobněji rozebrány v následující podkapitole. (Mlčák, 2011)

1.3 Stres a obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou neuvědomované a často naučené výchovou. Mimovolně vystupují v situacích, kdy je na základě subjektivně nepříjemných situací ohroženo vlastní sebepojetí, či pocit jistoty. Jejich účelem je změna subjektivního prožívání a hodnocení reality a tím opětovné nalezení rovnováhy. Z hlediska efektivního vyrovnávání se člověka se stresem se jedná o maladaptivní mechanismy. Jedinec se vzniklým zátěžovým situacím, na podkladě těchto mechanismů, snaží spíše pasivně vyhnout. (Paulík, 2017)

Lze sem zařadit následující zástupce:

- a) Racionalizace – Své chování si nepřímou obhajujeme, čímž dochází k potlačení nepříjemných pocitů. Negativním sklonům přisuzujeme společensky přijatelnější vysvětlení.

- b) Identifikace – Probíhá na podkladě ztotožnění se s člověkem, který je nám vzorem a jeho chování v náročných životních situacích hodnotíme jako úspěšné. Přebíráme proto jeho skutky a obhajujeme jimi své vlastní činy.
- c) Útěk – Únik ze situace, která s sebou potenciálně přináší prožitky frustrace a ponížení. Typickým příkladem je útěk do nemoci např. v případě existence pracovních problémů.
- d) Útěk do fantazie – Denní snění přináší únik z neuspokojivé skutečnosti společně s pocitem náhradního uspokojení.
- e) Projekce – Promítání vlastních nedostatků do jednání jiných.
- f) Agrese – Jednání, které vzniká na podkladě konfliktního chování, zaměřeného na svůj protějšek, za účelem odvrácení pozornosti od vlastní osoby. Nejčastější formou je agrese verbální.
- g) Kompenzace – Člověk po neúspěšném dosažení cíle volí cíl méně náročný, čímž kompenzuje svůj prvotní neúspěch.
- h) Regrese – Symbolizuje pokles ve vývoji či návrat k nižším způsobům chování. Jedná se o jednu z možností úniku.
- i) Sebeobviňování – Vnitřní útok na svou vlastní osobu s cílem vyloučit cizí zavinění. (Hurníková, 2011; Mlčák, 2011)

1.4 Stres, zvládání a copingové strategie

Dle jedné z definic je zvládání charakterizováno jako „průběžně se odehrávající kognitivní, behaviorální a emoční snahy, či úsilí člověka, zvládnout vnější či vnitřní nároky, se kterými se střetává v rámci svého života v obklopujícím prostředí“ (Kliment, 2014, s.15) Variabilita specifických odpovědí za účasti stresu je celá škála. Několik autorů se proto snažilo popsat jednotlivé úrovně zvládání. Lazarus (1994) ve své práci určil koncept dvou obecných mechanismů copingu a rozdělil tím zvládací strategie zaměřené na problém a strategie zvládání zaměřené na emoce. Volba strategie záleží na úhlu pohledu řešitele. Pokud dotyčný soudí, že se vzniklou situací lze něco dělat, volí strategii zaměřenou na problém. Při zhodnocení situace s opačným závěrem volí coping zaměřený na emoce. (Kliment, 2014)

1. Strategie zaměřené na problém – Veškerá aktivita jedince je orientována na cíl definování a nalezení postupů vhodných pro řešení problémů. Změny zahrnují zvýšení znalostí, změny motivace, získání speciálních, pro dosažení cíle nezbytných dovedností. Lze sem zařadit aktivní zvládání (cílené zvýšení koncentrace), plánování (rozhoda nad

možnostmi řešení), omezení protichůdných aktivit, které by zdržovaly od plného soustředění se na dosažení cíle.

2. Strategie zaměřené na emoce – V této části se pracuje především s pozitivními emocemi za účelem zmírnění stresu a přehodnocení situace. Patří sem získávání informací a zkušeností, získávání podpory a porozumění, identifikace kladných stránek problému. (Mlčák, 2011; Blahutková, 2010)

Copingové strategie byly charakterizovány následujícím způsobem. Jedná se o „proces řízení vnějších i vnitřních zdrojů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující zdroje“. (Lazarus, 1966 cit. podle Blahutková, 2010, s. 40) Tyto strategie jsou přirozenou odpovědí jedince, jejichž cílem je zmírnit negativní dopady stresorů. Mohou být cíleně orientovány na stresor či za účelem doplnění zdrojů vnitřní podpory. Copingové strategie probíhají ve srovnání s obrannými mechanismy na vědomé úrovni, jejichž základem je aktivní hledání řešení. V konečných důsledcích působí na jedince protektivními faktory. (Mlčák, 2011; Kliment, 2014)

1.5 Zdroje zvládání stresu

Jejich funkce je především podpůrná. Uplatňují se v momentě konfrontace jedince se stresorem. Přítomnost těchto zdrojů napomáhá v úspěšném vyrovnání se s vzniklou situací. V opačném případě, absence těchto zdrojů, znemožňuje schopnost vyprostit se ze stresové situace. Vždy záleží na kvalitě a dostupnosti zdrojů. Od těchto ukazatelů se přímo odvíjí schopnost jedince vyrovnat se stresovými situacemi. Zdroje zvládání lze rozdělit na zdroje vnitřní a vnější. (Kliment, 2014)

1.5.1 Vnitřní zdroje zvládání stresu

Vnitřní zdroje zvládání stresu kopírují úrovně osobnostní charakteristiky. Lze sem zařadit optimismus, místo kontroly, sence of coherence, nezdolnost, životní smysl, sebehodnocení, očekávanou osobní zdatnost. (Kliment, 2014)

1.5.1.1 Optimismus

Dle Dosedlové (2016, s. 94) je optimismus charakterizován jako „generalizované očekávání kladného průběhu událostí“. Pokud optimismus tvoří psychickou dispozici, je poté vnímán jako sklon k takovému očekávání. Osoby inklinující ve svém uvažování spíše k optimismu než k pesimismu, oplývají ve svém uvažování přesvědčením v dosažení žádoucích výsledků, bez ohledu na typ využitých prostředků. Lze říct, že jedinec, u kterého převládají

sklony k optimistickému prožívání, je udržován v psychické pohodě a příznivém somatickém stavu. (Dosedlová, 2016; Kliment, 2014)

1.5.1.2 Místo kontroly *locus of control*

Místo kontroly se odvíjí od postoje, který je zaujímán k problémům, před nimiž se nacházíme. Jedinci s interním místem kontroly se spoléhají v rámci realizace a plánování především na své vlastní úsilí a iniciativu a zároveň jsou přesvědčeni, že sami ovlivňují průběh všech započatých aktivit. Pokud bychom měli zhodnotit dopad na fyzické a duševní zdraví, dle existence místa kontroly, lze říct, že jedinci s interním místem kontroly trpí podstatně méně fyzickými obtížemi a lépe si udržují také psychickou pohodu, než je tomu u osob s externím místem kontroly. Vlastníci externího místa kontroly zaujímají ve sledu události spíše pasivní roli. Při zpětném hodnocení upřednostňují prvek náročnosti a náhody. Za své jednání se většinou necítí být zodpovědní. (Kliment, 2014; Slezáčková, 2012)

1.5.1.3 Sense of coherence

Tento termín popisuje smysl pro osobnostní soudržnost. Pokud daná osoba vyniká vysokou mírou osobní soudržnosti, vyznačuje se poté lepšími podmínkami pro zvládnání stresu než osoby s nízkou mírou soudržnosti. Osobní soudržnost je vyjádřena srozumitelností, jako mírou rozumové uchopitelnosti. Pokud je přítomna vyšší míra srozumitelnosti, je jedinec schopen rámcově předvídat průběh jednotlivých situací. Svět se jeví jako přehlednější a méně potenciálně ohrožující. Druhou částí sence of coherence je zvládnutelnost neboli přesvědčení o tom, zda jsou vzniklé problémy řešitelné či naopak. Jedinci se zastoupením vysoké míry zvládnutelnosti se cítí být dostatečně vybavení, aby zvládli své každodenní obtíže. Třetím dílkem dotvářejícím sence of coherence je smysluplnost, zachycující emoční prožívání světa jedincem. Jedinci s vysokou mírou smysluplnosti hodnotí nastalé komplikace jako smysluplné výzvy. Jedinci dosahující vysokých hodnot měřené hodnoty sense of coherence zvládají lépe zdravotní obtíže a častěji využívají copingové strategie (Kliment, 2014; Slezáčková, 2012)

1.5.1.4 Nezdolnost v pojetí hardiness

Pojem hardiness, v českém překladu lze pojmenovat jako nezdolnost či houževnatost, popisuje schopnost odolat zátěži a nevzdat své úsilí. Obsahuje složky jako schopnost kontroly životních událostí, schopnost adaptovat se vůči prostředí, schopnost sebekontroly. Nositele vyšší míry hardiness vystihuje aktivní přístup, odhodlanost setrvat ve vytyčených aktivitách, k obtížným úkolům přistupují jako k výzvě v překonání vlastních možností. Dále jsou v lepší

fyzické i psychické pohodě. Ke vzniklým problémům přistupují konstruktivně. (Kliment, 2014; Svoboda a kol. 2013; Slezáčková, 2012)

1.5.1.5 Životní smysl

Nalezení životního smyslu je důležitým celoživotním úkolem. Uvědomění si podstaty životního smyslu za běžných podmínek často upozadíme a nevěnujeme mu přílišnou pozornost. Na mysl toto téma vytane především ve stresových situacích. Poté je smysl života hledán poměrně intenzivně. Hledání smyslu života je často přítomno v krajních životních situacích, jako je boj, vina, smrt, utrpení. Úspěšné nalezení smyslu života, je předpokladem pro adaptivní fungování jedince. (Kliment, 2014)

1.5.1.6 Sebehodnocení

Zahrnuje jednu z rovin sebepojetí. Sebehodnocení představuje srovnávání mezi vlastním pohledem na svou osobu z hlediska ideálního já a očekávaného pohledu širšího sociálního okolí. Sebehodnocení výrazně ovlivňuje dynamiku duševních dějů jedince. Lze rozlišit pozitivní či negativní sebehodnocení. Pozitivní sebehodnocení je dobrým pomocníkem při snaze odolat působícímu stresu, výrazně usnadňuje vyrovnávání se s neúspěšnými situacemi, podílí se na udržení psychické pohody. (Kliment, 2014)

1.5.1.7 Očekávaná osobní zdatnost *self-efficacy*

Mezi očekávanou osobní zdatností a sebehodnocením vedou neostré hranice. *Self-efficacy* vzniká na podkladě sebehodnotících procesů. Ve zkratce se jedná o důvěru ve vlastní schopnosti. Lze říct, že se jedná o přesvědčení, že má jedinec nastalou situaci pod kontrolou a může do ní libovolně zasahovat, popřípadě změnit průběh situace ve svůj prospěch. Ke stanovení míry očekávané osobní zdatnosti slouží dotazník General self-efficacy scale. Jedinci, kteří disponují vyšší mírou *self-efficacy* sami určují podobu svého života. Dále jsou lépe vybaveni za účelem zvládnání zátěžových situací. (Kliment, 2014; Slezáčková, 2012)

1.5.2 Vnější zdroje zvládnání stresu

Jedná se o zdroje pocházející z okolí jedince, které má v zátěžové situaci k dispozici. Lze sem zařadit sociální oporu ze strany rodiny a přátel, emocionální oporu s cílem zlepšení nálady, oporu s cílem posílení dosavadního sebehodnocení, informační oporu zahrnující předání nezbytně nutných informací, aby se jedinec mohl co nejlépe rozhodnout, jak bude při řešení vzniklé problémové situace dále postupovat. (Kliment, 2014)

1.6 Syndrom vyhoření

S tématem zátěže a stresu zdravotníků přímo souvisí také následující pojem s názvem syndrom vyhoření. *Burn out* vzniká jako důsledek zátěžových faktorů, kterým jsou zdravotničtí pracovníci vystaveni. Právě ti jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin. Poprvé byl syndrom vyhoření popsán mezi lety 1974–1975. Jedná se o proces vznikající v důsledku vyčerpání fyzického, psychického a emocionálního, který se může objevit nejčastěji u osob pracujících v pomáhajících profesích. Je důsledkem působení zátěže, společně se selháním copingových mechanismů. *Burn out* vzniká podle častého vzorce, vysoká očekávání zdravotníka společně s vysokým nadšením pro zvolenou profesi, v kombinaci se zátěží plynoucí z objektivních podmínek. Postiženi jsou především ti, kteří kladou sami na sebe vysoké nároky. Ve své profesi se vyznačují zodpovědným chováním s rysy perfekcionismu. Syndrom vyhoření provází celá řada možných příznaků. Vzniklé škody se na osobnosti pomáhajícího projevují nejčastěji jako ztráta empatie vůči ostatním, nepřátelskými či necitlivými reakcemi, absencí radosti kontaktu s lidmi, rodina již není zdrojem radosti. Život je vnímán jako soubor problémů a nároků. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, vyhýbání se pracovním povinnostem, negativismus. Vytrácí se smysl práce a později i života. Na úrovni fyzické dominuje únava, pocity tělesné slabosti, zvýšená potřeba spánku. Spánek je většinou nekvalitní, zvýšená náchylnost vůči drobným úrazům, změna stravovacích návyků, sklon k užívání návykových látek. Na sociální rovině převažuje vyhýbání se sociálnímu kontaktu, pacientům, spolupracovníkům, v nejzášší fázi sklon k izolaci. (Bartošínková, 2006)

1.6.1 Fáze syndromu vyhoření

Musil (2010, s. 37) uvádí ve své publikaci následující fáze syndromu vyhoření. Jsou jimi:

Předchorobí – fáze nadšení: Často předcházející období. Vyznačuje se snahou o co nejlepší pracovní výkon. Vysoké pracovní ideály, kterým se snaží jedinec dostát i za cenu přetížení. Žádaný úspěch se i přes veškerou snahu však nedostavuje.

1. Fáze Frustrace – Přibývající množství úkolů, které nelze z důvodu nedostatku času zvládnout tak, jak bylo očekáváno. Objevují se pocity zklamání plynoucí z neúspěchu.
2. Fáze Apatie a Stagnace – Dochází k uvolnění ve vynaloženém úsilí. Volí se spíše jednodušší a rutinní postupy. Vykonaná činnost je až chaotického rázu.
3. Fáze Celkové vyčerpání – Práce je jedincem vykonávána z nutnosti. Dřívější nadšení pro povolání se již vytratilo. Vůči původním cílům má spíše kritický postoj. V jeho

chování převládá únava a zklamání. Objevují se problémy i v ostatních životních liniích. V této fázi je pomoc profesionálů nezbytná.

1.6.2 Prevence syndromu vyhoření

Jedná se o souhrn obecných doporučení. Lze sem zařadit zdravou životosprávu, osvojení si techniky zdvořilého odmítnutí druhých, dostatečnou emocionální podporu okolí, dodržování pravidelného odpočinku, neodmítání pomoci druhých, důvěřování sami sobě a mnoho dalšího. (Musil, 2010)

1.7 Zátěžové životní situace

Lze je také označit jako náročné životní situace. Jedná se o momenty, které se staly přirozenou součástí života každého z nás. Společným prvkem pro všechny zátěžové situace je stres. Zátěžové životní situace nás provázejí životem napříč vývojovými obdobími. Nevyhýbají se ani dospělým, ani dětem. Reakce na náročné životní situace se během života mění. Některé, zejména obranné mechanismy, však zůstávají stejné ve všech etapách života. Jedná se o prapůvodní obranné reakce formou agrese, či úniku ze svízelné situace. I když jsou náročné životní situace spjaté s určitou mírou diskomfortu, v případě, že by tyto situace neexistovaly, mohlo by dojít k narušení plnohodnotného vývoje jedince. V opačném případě, pokud dochází ke kumulaci těchto situací, nebo je jejich intenzita nadměrná, není v silách žádného jedince, aby se na takto působící podněty vhodně adaptoval. (Jobánková, 2003; Kutínová, 2015)

1.7.1 Dělení zátěžových situací

Jednotlivé druhy životních situací, které jsou svými příjemci vnímány jako zátěžové, lze z teoretického hlediska, rozdělit do skupin. Tyto situace se liší především charakterem odezvy. V praxi se však jednotlivé druhy zátěže překrývají a nelze jim vytvořit ostré hranice. (Kutínová, 2015)

Jednu z prvních klasifikací provedl Mikšík (1978) cit. podle Jobánková (2003, s. 38), který rozdělil zátěžové situace podle rozporu mezi požadavky, které kladou na jedince různorodé situace a mezi východisky k jejich splnění. Na základě tohoto rozporu rozlišil pět základních zátěžových situací.

- a) Nepřiměřené úkoly a požadavky
- b) Problémové situace
- c) Překážky
- d) Konfliktové situace

e) Stresové situace

Další autoři přidali ještě několik dalších situací, které lze také označit za zátěžové.

1.7.2 Nepřiměřené úkoly

Požadavky, které jsou na jedince kladeny, jsou větší, než je člověk schopen splnit. V opačném slova smyslu se jedná o situaci, kdy se člověk není schopen vyrovnat s nepřiměřeně malými úkoly. Nejčastější vzorce chování zahrnují odkládání úkolu, obcházení úkolu, rezignace na jeho řešení hned z počátku. V nelepším případě vynaloží jedinec snahu o jeho vyřešení. Nejčastěji situace probíhá v následujícím schématu. Pokud dojde k vyčerpání všech dostupných možností řešení, přicházejí na řadu obranné mechanismy únavy společně s prvky stresového doprovodu. Psychická odezva probíhá v závislosti na sociálních podmínkách a naléhavosti splnění úkolů. V případě, že je splnění úkolu podmínkou dosažení odměny, může se člověk odměny vzdát. Pokud se však úkol týká naplnění základních fyziologických potřeb, probíhá na podkladě sebezáchovy jedince. Situace má povahu strádání. V závislosti na motivaci a povaze činnosti často předchází odmítnutí pokračovat v neúspěšné činnosti, společně s totálním vyčerpáním energetických zdrojů. (Jobánková, 2003; Hošek, 1999)

1.7.3 Problémové situace

Zahrnují orientaci v nepoznaných situacích nebo plnění nových, pro jedince doposud neznámých úkolů nebo činností. Člověk je pro řešení problémových situací vhodnými schopnostmi a dovednostmi vybaven jen částečně. Je na řešiteli, aby zvolil vhodnou metodu. Mnohdy je nezbytné učinit změnu v navyklém způsobu života. Ve zkratce lze říct, že organismus zatěžují v první řadě fyzicky a sekundárně po psychické stránce. Pokud nedojde k vyřešení problémové situace, mění se úzkost ve strach, až překotnou paniku či agresivní chování. Tyto nežádoucí doprovodné projevy výrazně snižují možnost úspěšného řešení problému. (Jobánková, 2003; Hošek, 1999)

1.7.4 Překážky

Jedná se o tendence zabraňující v úspěšném dosažení cíle. V důsledku toho dochází ke změnám v motivaci a jednání zaměřené na odstranění překážky zabraňující v dosažení cíle. Pokud se stane, že způsoby zvolené za účelem odstranění překážky jsou neúspěšné, v prožívání a chování dominuje agrese, vztek a zlost. Tato vzniklá reakce na nedostatečné uspokojení potřeby se nazývá frustrace. (Jobánková, 2003)

1.7.5 Frustrace

Stav zklamání, který vzniká v případě, pokud se vyskytne překážka znemožňující dosažení žádoucího cíle. Vzniklá překážka znemožňuje uspokojení potřeb. Následující zátěžová situace vzniká nejčastěji u silně motivovaných jedinců, kteří se ocitnou v neřešitelné situaci. Frustraci provází napětí z nedosaženého cíle. Na tomto podkladě jsou spuštěny ego-obranné mechanismy za účelem odstranění překážky, či zamaskování neúspěchu. U svého nositele vyvolává řadu nepříjemných emocí jako zklamání, pocit neuspokojení, napětí z neuspokojené potřeby. Osoba, která trpí pocit frustrace sama, snáší takové emoce podstatně hůře než v případě, že si je vědoma faktu, že podobný nedostatek trápí také ostatní. Frustraci lze v chování zpozorovat následujícími možnými projevy – stereotypní pohyby, chaotičnost, zmatenost, projevy psychické tenze apod. (Hartl, 2015; Nakonečný, 2013)

1.7.6 Konflikty

Jádrem každého konfliktu je spor. Rozlišujeme konflikty interpersonální, jejichž podstatou je střet jednotlivce s vnějším prostředím (jedinci či skupiny lidí). V případě intrapersonálního konfliktu jedná o vnitřní konflikt jedince, kdy se střetávají dva či více vyznaných cílů. Existuje poměrně mnoho mechanismů k úspěšnému vyřešení konfliktů. Těmi jsou dialog, tolerantní konfrontace, hlasování apod. Jednu nejobtížněji řešitelných situací je konflikt postojů. Tento typ konfliktu zásadně ovlivňuje vzájemnou spolupráci. Vhodným východiskem v takové situaci je smíření se s určitými postoji partnera. Nejzávažnější jsou konflikty na úrovni vzájemných zájmů. Jejich kulturně uznávaným řešením je soud. Kulturně nepřijatelné formy řešení jsou různé formy agrese. (Hošek, 1999; Výrost a kol., 2019)

1.7.7 Strach a úzkost

Jedná se o nelibé emocionální jevy, které jsou doprovodným projevem především ohrožujících situací. Tyto emoce často jdou ruku v ruce s nejrůznějšími tělesnými projevy (zrychlený dech, tep, změna výrazu obličeje apod.) Hlavní rozdíl mezi strachem a úzkostí spočívá v jejich samotné podstatě. Strach je obava z něčeho konkrétního. U úzkosti si však, v porovnání se strachem, neuvědomujeme její bezprostřední příčinu. Obě emoce s sebou přinášejí rozmanité důsledky, ať už v rovině psychické (pocit ohrožení, tísně), mimické, somatické (tachykardie, nauzea, svalové napětí), manifestaci obranného chování apod. (Paulík, 2017; Vymětal, 2003)

1.7.8 Nemoc

Je vnímána jako protiklad zdraví. „Nemoc je stav založený na subjektivním pocitu narušení nebo absenci tělesného či duševního zdraví“ (Paulík, 2010, str. 62). Pohled na nemoc je ovlivňován kulturními a sociálními podmínkami. Na prožívání nemoci se významně podílí míra zdravotní informovanosti pacienta, sklon jedince podléhat negativním emocionálním stavům a obranné mechanismy. V případě diagnostikování závažného onemocnění, vyvolává taková událost u pacientů známky psychické krize, probíhající mnohdy v obdobných etapách šok, popírání, intruze, vyrovnávání a smíření. (Paulík, 2017; Mlčák, 2005)

1.7.9 Bolest

Bolest je nepříjemná zkušenost, zpravidla spojená s možným poškozením organismu. Má funkci obrannou a signální. V důsledku jejího prožívání dochází ke spojení tělesných a emočních prožitků. Odezva na bolest zahrnuje vnější, snadno pozorovatelné prvky (zblednutí, zrychlený dech, změna výrazu obličeje). Dále změnu chování (třes a reflexní pohyby) či fyziologické a biochemické změny v organismu. Ačkoli je míra prožívání bolesti individuální a ovlivňuje ji řada činitelů, patří silná bolest k závažným stresorům, na které se nelze adaptovat. Interindividuální rozdíly ve vnímání bolesti jsou způsobeny prahem bolesti, který je u každého člověka jedinečný. (Paulík, 2017)

1.7.10 Krize

Krize je situace, která nastane tehdy, dostane-li se člověk do střetu s překážkou. Tuto překážku však není schopen odstranit vlastními silami, navyklym způsobem a v přijatelném čase. V případě, že nedojde k vyřešení krize, nastává po určité době narušení až ztráta duševní rovnováhy. Příčina se mnohdy ukrývá v interpersonálních vztazích (pracovních, manželských, partnerských), či ve vnitřních konfliktech. Na jejich podkladě může vzniknout široká škála psychosomatických onemocnění. Krize se u svých nositelů může projevat subjektivními pocity ztráty bezpečí, bezradnosti, pocity úzkosti či životní únavy. Z tělesných symptomů se často objevují bolesti zad, hlavy, únava, nerovnováha zažívacího ústrojí apod. Krize však nemusí představovat jenom negativní událost v životě člověka. Opačný pól ve svém důsledku představuje příležitost k pozitivní změně a osobnostnímu růstu. Ke zvládnutí duševní krize je mnohdy vhodné přispět psychologickou první pomocí. (Vymětal, 2003)

2 Strategie zvládání zátěžových situací

Na schopnostech zvládat zátěžové situace se kromě vnějších faktorů, podílejí také vnitřní faktory, zahrnující genetické předpoklady, individuální zkušenosti, úroveň učení. Stupeň odolnosti vůči zátěžovým situacím popisují termíny *hardiness* neboli pevnost a termín *resilence* neboli nezdolnost. Jejich spojením vzniká komplex protektivních faktorů, který člověku napomáhá zdolat nepříznivé události, bez maladaptivních reakcí, se zachovanou duševní rovnováhou. Ochranné faktory zahrnují mimo jiné i sociální oporu, která je jedinci dostupná (podpora rodiny, přátel, partnera, profesionálů). (Vágnerová, 2012)

Je několik způsobů, jakými lze zpracovávat zátěžové situace. První způsob zahrnuje původní obranné reakce útok, stavění se stresu na odpor a únik neboli vyhýbání se stresu a zátěžovým situacím. Obě strategie zvládání těžkostí se zdají být vhodné pro jiný druh situace. Aktivní přístup k zátěžové situaci je vhodnější v případě, že nežádoucí situace má předpoklady k delšímu trvání a je pravděpodobné, že se bude opakovat. Člověk, který se ve své situaci cítí ohrožen zaujímá obranný postoj, který má mnohdy prvky agresivního chování vůči svému okolí. Opačným chováním je únik, kdy se dotyčný snaží vymanit ze situace, která se pro něj zdá neřešitelná, ve smyslu přenesení odpovědnosti na někoho jiného, rezignaci na uspokojení potřeby apod. (Vágnerová, 2012), (Holahan a Moos, 1987 podle Křivohlavý, 2009)

Další možnost zahrnuje řešení za pomoci obranných mechanismů, které nejsou plně uvědomované. Jednotlivé typy se liší mírou zkreslení skutečnosti. Konkrétní příklady obranných mechanismů a jejich charakteristika, již byly uvedeny v předchozí kapitole. (Mlčák, 2011)

Řešení zátěžové situace heuristickým způsobem je metoda řešení, která využívá náhodné a intuitivní přístupy. Tyto tvůrčí mechanismy slouží mimo jiné k podněcování hledání řešení a aplikaci na situace, které jsou si podobné. (Vykopalová, 2007)

Snaha ulevit člověku od napětí a odstranění tenze svadí k maladaptivním způsobům zvládání, kterými se jedinec snaží o zvládnutí zátěžové situace. Patří sem bohatá škála metod jako např. užívání psychotropních látek (alkohol, nikotin, drogy), přejídání, agrese apod. Těmto metodám je vhodné se zcela vyvarovat. Nejedná se o efektivní možnosti zvládání zátěžových situací. (Vágnerová, 2012)

2.1 Vhodné způsoby zvládání zátěžových situací

Nadějně způsoby zvládání zátěžových situací jdou ruku v ruce s copingovými strategiemi úspěšného zvládání stresu, uvedené v předchozí kapitole. Hariharan a Rath (2008) ve své publikaci *Coping with life stress* uvádí následující nadějně způsoby zvládání, které autoři rozdělili na fyzické dovednosti, mentální dovednosti, behaviorální dovednosti.

2.1.1 Fyzické dovednosti

Autoři doporučují jakoukoli fyzickou aktivitu. Může se jednat o chůzi, běhání, plavání, jako vhodný způsob zpracování impulzivní stresové reakce, jako jsou hněv či podrážděnost. K udržení psychické pohody a zmírnění dopadu stresu jsou uváděny následující protektivní techniky: jednoduchá dechová cvičení prováděná alespoň 15 minut denně za účelem odstranění příznaků stresu, protahovací cviky prováděné za účelem snížení svalového napětí a ztuhlosti. Pokud jsou cviky prováděny správným způsobem pomáhají zároveň odstranit příznaky stresu. Dále sem lze zařadit pravidelnou nenamáhavou chůzi, klidný spánek nezbytný pro správné metabolické fungování, aplikace technik jako jóga či meditace, pro zklidnění těla i mysli. (Hariharan a Rath, 2008)

2.1.2 Mentální dovednosti

Tyto dovednosti jsou založeny na realistickém hodnocení stresoru a schopnostech zvládat emoce, aby byl vzniklý problém řešen vhodným způsobem. Nutno dodat, že níže uvedené techniky vyžadují trénink. Pro nováčky je vhodné v průběhu jejich osvojování vyhledat pomoc zkušenějšího mentora.

- a) Průvodcovské snímky: Tato technika využívá vizualizace příjemné atmosféry vycházející ze snímků, kterou jsou klientovi předloženy. Základem je zvolit pro tuto techniku klidné místo. Zavřete oči, zvolna dýchejte a soustřeďte se na klidnou atmosféru vycházející z předloženého obrázku. Zážitek stresu je nahrazen uvolňujícími pocity obrázku. Například pokud dostane klient předložený obrázek pláže, vybaví si pravděpodobně zážitky z letní dovolené, šumění moře, či písčaná pláž.
- b) Ventilace emocí: Dovednost, která vychází z poznatku, že potlačování pocitů, jako je úzkost a strach může mít zpětný negativní vliv na strategie zvládání zátěžových situací. Autoři proto udávají, jako nelepší možné řešení, svěřit své pocity někomu blízkému, nebo své pocity zapsat na papír. Metodu lze uplatnit také po prožití traumatického zážitku. (Hariharan a Rath, 2008)

2.1.3 Behaviorální dovednosti

Doména dovednostních schopností vychází z poznatku, že změny vzniklé na fyziologické úrovni způsobují odezvu na úrovni emoční. Tato skutečnost platí i opačně. To znamená, že dobré zprávy zanechávají pozitivní účinek po fyziologické stránce a zároveň pomáhají úspěšně překonat působící stres. Základem úspěchu je procvičování chování, které úspěšně rozptýlí stres. Cílem je posoudit a upravit chování a zároveň účelně a objektivně zhodnotit stresové situace. Pro behaviorální úroveň byly stanoveny následující doporučení jako možná cesta k úspěšnému zvládnání stresu a zátěžových situací. (Hariharan a Rath, 2008)

- a) Zpomalte: První doporučení nabádá ke zpomalení životního tempa. Pokud cítíte známky fyzické či duševní vyčerpanosti, je vhodnější nepřemáhat tyto pocity, ale ubrat ve svém snažení a pokusit se opětovně načerpat nové síly.
- b) Uspořádanost: Druhý bod nabádá ke stanovení priorit ve svých cílech, kdy konečným cílem je dosažená vlastní kvalita života.
- c) Vyhledávejte sociální oporu: Pevné vztahy s ostatními plní funkci včasné pomoci v době obtíží. Sociální opora může představovat podporu emocionální, materiální či informační.
- d) Úspěšné zvládnání konfliktů a frustrace: Zvládnání vychází z úspěšného posouzení sebe sama a identifikace slabých stránek. Pro zdárné zpracování postupujte následovně a zkuste si zodpovědět následující otázky. Pokuste se určit zdroj frustrace. Může dojít ke změně? Pokud ano, jak těžké to bude? Máte situaci pod kontrolou? Je vyvinuté úsilí o změnu nezbytné? Odpovědi na otázky nám poskytnout vodítko k tomu, zda bychom měli ve svém úsilí vytrvat, či bychom svých snah zanechat. Pro zvládnání je podstatný také dostatek volného času a relaxace. (Hariharan a Rath, 2008)

3 Možné formy podpory nelékařských zdravotnických pracovníků při zvládnání zátěžových situací

Zdravotnický personál se mnohdy musí potýkat s celou řadou zátěžových situací. Některé již byly rozebrány v předchozí kapitole. Stále však existuje celá řada zátěžových situací, které nelékařský zdravotnický personál významně ovlivňují a nebyly zmíněny. Dle L. Marešové a M. Třešlové (2019, s. 58-59) a jejich studie s názvem *Zvládnání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích*, pociťuje ošetrovatelský personál zátěžové situace velmi často. Podle jejich studie jsou nejnáročnějšími situacemi kontakt s nevyлéčitelně nemocnými a trpícími pacienty, s agresivními pacienty, kontakt s rodinami pacientů, střety názorů a rozpory v morální oblasti. V návaznosti na existenci různorodých zátěžových situací, znesnadňujících práci nelékařských zdravotnických pracovníků, vzniklo několik různorodých možností podpory, které si kladou za cíl naučit zdravotnické pracovníky čelit zátěžovým situacím, pomáhat jim v co nejúspěšnější adaptaci a snažit se svou účinnou aplikací předejít syndromu vyhoření.

3.1 Přehled možné podpory

Cílem následující podkapitoly je představit nejčastější zdroje podpory, které mohou nelékařští zdravotní pracovníci využít, ocitnou-li se v jakékoli zátěžové situaci a je žádoucí využít podporu zvenčí.

3.2 Psychosociální intervence

„Psychosociální intervence je 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, str. 9). Jejím cílem je mimo jiné předcházet psychickým obtížím, které jsou způsobeny neštěstím či traumatizující událostí. Samotná intervence je mnohdy prováděna mimo zdravotnické zařízení. (Hoskovcová, 2009)

Účel psychosociální intervence je v první řadě preventivního charakteru, kdy je jejím cílem vybudovat odolnost vůči psychické zátěži. Dále zajišťuje emocionální podporu a usiluje o pozitivní změnu v jednání klienta. V akutní fázi normalizuje stresovou reakci klienta. Za tímto účelem je využíváno nejrůznějších strategií, v závislosti na potřebách klienta. Samotná intervence využívá nejčastěji strategie psychologického charakteru – naslouchání, umožnění vyjádření emocí, různé terapeutické postupy. Může rovněž zaujímat vzdělávací funkci ve

smyslu poskytnutí informací o metodách zvládnání obtíží či prožívání smutku apod. (Hoskovcová, 2009)

3.3 Systém psychosociální intervenční služby SPIS

Organizace SPIS funguje za účelem poskytování podpory nejenom zdravotníkům, ale také příbuzným, známým, kteří se stali svědky nečekaných událostí, psychicky nadlimitně zátěžového charakteru. SPIS poskytuje tzv. první psychickou pomoc. Následující intervenční podpora může být poskytnuta dvěma způsoby, buď jako peer podpora nebo intervenční podpora. (SPIS, 2020)

3.3.1 Peer podpora

Metodická příručka Ministerstva zdravotnictví (2019, s. 4) charakterizuje peer podporu, kolegiální podporu, „jako způsob psychosociální podpory poskytovaný samotným zdravotnickým pracovníkům, kteří v rámci svého povolání prožili zátěž psychicky nadlimitně zátěžového charakteru“. Využitím peer podpory lze předejít vzniku posttraumatické stresové poruchy, či syndromu vyhoření. Tento druh podpory zahrnuje diskusi peera s klientem, podporu a provedení procesem vyrovnávání se se zátěžovou situací a v neposlední řadě edukaci klienta na téma včasného rozpoznání známek zvýšeného stresu. Služba je vždy poskytována na bázi dobrovolnosti. (SPIS, 2020)

3.3.2 Intervenční podpora

Dle příručky Ministerstva zdravotnictví (2019, s. 4) je intervenční podpora poskytována, na rozdíl od peer podpory, sekundárně zasaženým. Jedná se o blízké pacienta. Tím je zároveň dosaženo psychosociální podpory zdravotnických pracovníků, kteří jsou následkem nepříznivých událostí nuceni poskytovat zdravotnickou péči v nadlimitně psychicky zatěžující situaci. Ačkoli se to tak nemusí zdát, poskytnutí první psychické pomoci je mnohdy důležité v situacích, kde se nejedná o neštěstí hromadného charakteru. Tento druh podpory mohou poskytovat vyškolení zdravotníci, označovaní jako interventi. Jedná se o osoby, které mají zkušenosti s poskytováním první psychické pomoci v terénu. Svou činností usnadňují práci zdravotnického personálu, jenž se může plně věnovat zajištění všech nezbytných zdravotnických úkonů s vědomím, že o psychickou stránku pacienta bude dobře postaráno. V neposlední řadě provází blízké osoby zasaženého nově vzniklou situací. Rozsah intervenční péče je individuální od několika minut po několik hodin. I když se jedná o poměrně nový druh podpory intervenční týmy již působí v některých zdravotnických organizacích jako například

FN Hradec Králové, KN Liberec, FN Královské Vinohrady a některá další zařízení. (SPIS, 2020)

3.4 Krizová intervence

O pojmu krize, možných příčinách a důsledcích již bylo pojednáváno v předchozí kapitole. Nyní nás zajímá způsob, jakým nejlépe čelit vzniklé krizové situaci. Krizovou intervencí lze ve zkratce interpretovat jako zásah uskutečněný u osoby, která se ocitla v krizi. Dle Špatenkové (2011, s. 13) je krizová intervence „metoda, jejímž cílem je eliminace současné situace a stabilizace jedince“. Jako celek zahrnuje několik různorodých forem pomoci klientovi s cílem navrátit jeho psychickou rovnováhu, která byla porušena v důsledku působení krizové situace. Zásadní je, aby poskytovaná pomoc byla intenzivní a cílená. K řešení krizové intervence využívá metody psychologické. Podstatou je terapeutický kontakt orientovaný na příčinu, která krizi vyvolala. Klient postupně nachází řešení krize a jsou eliminovány její negativní projevy. V případě potřeby lze učinit lékařskou pomoc, která zahrnuje intervenci psychiatra, popř. ordinace podpůrné medikace. V neposlední řadě krizová intervence myslí i na sociální stránku věci, kde je možné zajistit poskytnutí ubytování, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, stravy a mnoho dalšího (Špatenková, 2011; Vodáčková, 2012)

3.4.1 Techniky krizové intervence

Rozlišujeme několik možností aplikace krizové intervence. Podle osobní přítomnosti klienta na krizové intervenci je možná prezenční, ale i distanční forma pomoci. (Špatenková, 2011)

3.4.2 Prezenční forma krizové intervence

Ambulantní pomoc: Aplikace této formy pomoci je vhodná u klientů, kteří jsou ochotni a schopni dostavit se do ambulance. Klienti mohou tyto služby využít na základě vlastního rozhodnutí, či na základě doporučení od pracovníků zdravotnických či sociálních zařízení, policie apod. Jako příklad lze uvést následující ambulantní sektory krizové intervence – poradna pro rodinu a mezilidské vztahy apod. (Špatenková, 2011)

Terénní služby: Opakem ambulantní pomoci jsou terénní služby, kdy je krizový intervent přesunut na místo klienta v krizové situaci. Může se jednat o domov, školu, zdravotnické zařízení, či jakékoli jiné místo, na kterém došlo k neštěstí. (Špatenková, 2011)

Pobytové služby: Tuto možnost nabízí nejčastěji tzv. krizová centra, která jsou za tímto účelem uzpůsobena a disponují přítomností krizového lůžka, kam je možné pacienta

krátkodobě umístit. Vhodné je především pro pacienty, jejichž setrvání v domácích podmínkách není možné, či dokonce rizikové např. z důvodu suicidální hrozby pacienta, týrané osoby, pro matky s dětmi v nouzi. Zahrnují služby terapeutické a sociální opory. (Špatenková, 2011)

3.4.3 Distanční forma krizové intervence

Telefonická pomoc: Zahrnuje široké spektrum linek pomoci orientujících se na rozličná témata. Jedná se například o Linky důvěry pro děti a mládež, Senior telefon, Help line AIDS, Rodičovská linka apod. Klíčovou roli v telefonickém kontaktu hraje komunikační technika pracovníka linky důvěry a nastolení přirozeně plynoucí komunikace. (Špatenková, 2011; Vodáčková, 2012)

Internetová pomoc: Relativně nová forma pomoci. Díky velkému množství internetových uživatelů však má své neodmyslitelné zastoupení. (Špatenková, 2011)

3.4.4 Další možnosti podpory nelékařských zdravotnických pracovníků

Nesmíme zapomínat ani na další možnosti podpory zdravotnických pracovníků, které ovšem nejsou ve všech zdravotnických zařízeních samozřejmostí. Může se jednat o propracovaný benefiční program pro zaměstnance, školení na vybrané téma, jako metoda seberozvoje, příspěvek na zotavenou, po prožité krizové situaci v souvislosti s výkonem povolání, zvýšené platové ohodnocení, podpora zaměstnance formou několika dní volna navíc a mnoho dalších možností.

3.5 Supervize jako forma podpory

Supervize je metoda, která se v současné době dostává stále více do povědomí širší veřejnosti. Ve svém základním slova smyslu lze supervizi chápat jako „vyšší či širší nahlížení na danou situaci, případ či záležitost“ (Baštecká, 2001, cit. podle Jičínská, 2006, str. 1). Jelikož zatím není akceptována jednotná definice klinické supervize, je zde předkládáno hned několik pohledů jednotlivých autorů na výklad a definování supervizní práce. Jednotlivé charakteristiky jsou ovlivněny názorem samotného autora. Poměrně hojně citovanou je následující definice zahraničního autora, ve které je supervize předkládána jako „čistá mezilidská interakce, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného a účinně pomáhat lidem“ (Hess, 1980, s. 25 cit. podle Hawkins, 2000, s. 59). Jako poslední je uváděna poměrně výstižná definice, ve které je supervize charakterizována následujícím způsobem „Supervize je strukturované uvažování nad

konkrétními problémovými situacemi, které vznikly v interakci jednotlivého pracovníka s klienty, případně s příbuznými klienta nebo i s dalšími pracovníky, přičemž těžiště procesu spočívá ve vzdělávání (rozvoji kompetence) pracovníka, zatímco prvek kontroly je méně výrazný“ (Matuška, 2005, s. 38 cit. podle Jičínská, 2006, s. 1)

Každá z výše uvedených definic nad supervizí uvažuje z odlišného pohledu. Pokud bychom měly obsah následujících charakteristik, dle různých autorů shrnout, je supervize poskytována jako jeden z nástrojů podpory. Poskytována je na základě dobrovolnosti, a to jak absolventům, tak profesionálům. Jedná se o pohled z vnějšku, pomoc při zvládnání těžkých situací, poradenství, podpora při zavádění nových postupů, učení a v neposlední řadě přináší možnost profesního růstu. Naproti tomu supervize stojí v opozici proti složkám kontroly a řízení, kterým se ve své podstatě snaží vyvarovat. (Venglářová a kol., 2013)

3.5.1 Počátky supervize

V souvislosti s vývojem klinické supervize rozlišujeme, dle místa vzniku, dvě základní odvětví vzniku supervizní práce, a to severoamerickou a evropskou konceptualizaci supervize. Myšlenky severoamerického diskurzu pocházejí z počátku 20. století a spočívají ve striktním dodržování následujících tezí. Supervizor je charakterizován jako odborník v příslušném oboru působnosti. Své nasbírané zkušenosti v oboru by měl být schopen zúročit ve spojení s pedagogickými schopnostmi a dovednostmi. Příjemcem supervize se stává nejčastěji méně zkušenější všeobecná sestra. Tento model klade důraz především na manažerskou a administrativní funkci supervize. (Vaňková, Bártlová, 2015)

Počátky evropské konceptualizace supervizní práce pochází z Velké Británie a jsou datovány kolem devadesátých let 20. století, kdy se akademičtí pracovníci v čele s T. Butterwort a J. Faugier snažili zavést prvky formální podpory pro všeobecné sestry s cílem ochrany klienta. Ukotvit tyto normy se podařilo v roce 1994 zveřejněním dokumentu ministerstva zdravotnictví nazvaném Práce v partnerských vztazích *Working in Partnership*. Zde je nastíněn první požadavek pravidelného přijímání supervize všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení psychiatrie. Dalším z dokumentů významných z hlediska přijetí konceptu klinické supervize byl dokument s názvem Prvotřídní služba *A First Class Service*. Koncept supervize se stal součástí celoživotního vzdělávání všeobecné sestry. Tento diskurz, na rozdíl od severoamerické větve, zaměřuje supervizní práci především na reflexi a sdílení osobních zážitků a rozvíjení mezilidských vztahů. Není zde striktně požadována klinická odbornost supervizora. (Vaňková, Bártlová, 2015)

Ačkoli se oba modely ve své podstatě liší, cíl zůstává stejný – podpora profesního růstu všeobecných sester, který ve svém důsledku směřuje k zajištění poskytování kvalitní péče pacientům. (Vaňková, Bártlová, 2015)

3.5.2 Počátky supervize v České republice

Supervize se na území České republiky začala rozvíjet výrazně později, než je tomu ve světě. Rozvoj supervize je spojován s oblastí aplikace psychoterapie a vzdělávání v psychoterapii, především s tzv. Balintovskými skupinami. Postupem času se supervizní práci podařilo implementovat do programů v oblasti sociální a zdravotní péče. Supervize je zde vnímána spíše jako forma odborného dohledu. I přes to však začínají na řadě pracovišť vznikat první supervizní týmy. Přibližně v druhé polovině devadesátých let jsou uskutečněny první supervizní kurzy pro sociální pracovníky v návaznosti na ně vzniká koncepce tzv. rozvojové supervize. Znalosti a podněty byly čerpány především z Velké Británie a Německa. V roce 1997 je zařazen Českou psychoterapeutickou společností požadavek na zavedení supervize do systému akreditace komplexních vzdělávacích programů pro psychoterapii ve zdravotnictví. Po absolvování mezinárodních odborných výcviků v supervizi, několik dobrovolníků navazuje kontakty se zahraničními institucemi, organizuje další kurzy a mimo jiné pokládá základní kameny výcvikového institutu – Českého institutu pro supervizi (2002). (Šimek, 2002)

Supervize doposud zaujímá své nedílné postavení v oblasti psychoterapie a poradenství. Dále také v oblasti sociální práce. Ačkoliv v roce 2002 došlo k zavedení standardů supervizní práce v sociálních službách, např. jako součást celoživotního vzdělávání byla implementována povinnost zajištění spolupráce s nestranným odborníkem, jehož úkolem je sledovat práci sociálních pracovníků a také pracovníků v přímé péči. Ve zdravotnictví je klinická supervize doposud přijímána zatím pouze v omezené míře, vyjma soukromých praxí a psychoterapeutických pracovišť. Dále také není doposud upravena vyhláškou ani zákonem. Definitivní ukotvení supervize ve zdravotnictví v zákonech se stále připravuje. (Venglářová a kol. 2013) „V České republice je prostor pro konceptualizaci a legitimizaci supervize, včetně jejího legislativního ukotvení do oboru ošetrovatelství, stále ještě otevřený. Diskutabilně se uvádí, že prvním krokem k zavedení klinické supervize do praxe je vytvoření definice klinické supervize“ (Vaňková a Bártlová, 2015, s. 46).

3.5.3 Vymezení pojmů

S klinickou supervizí se neodmyslitelné pojí dva klíčové pojmy supervizor a supervizant. Proto je důležité jejich smysl vyložit na pravou míru.

Supervizor je osoba, často odborník v příslušném oboru, není to však podmínkou, která je vyškolená v oblasti supervize. Kromě požadavku odbornosti je od supervidující osoby očekávána několika letá praxe v oblasti práce s lidmi, četné zkušenosti s vedením týmu. Výhodou pro supervizora je zajisté psychoterapeutické vzdělání. Osoba, která usiluje o profil supervizora je následně povinna absolvovat supervizní výcvik pod záštitou Českého institutu pro supervizi a po jeho ukončení je podmínkou úspěšné absolvování závěrečné zkoušky, která se skládá z obhajoby kazuistiky, rozboru audio či video nahrávky a prokázání znalosti teorie integrativní supervize. Úspěšný absolvent získává certifikát k provádění supervize. Tím však povinnosti nového supervizora nekončí. V etickém kodexu se objevuje nutnost dalšího vzdělávání ve formě pravidelné reflexe jeho práce – znamená to, že sám pravidelně podstupuje supervizi. V současné době je také možnost vystudovat vysokoškolské studium v oboru supervize a řízení na Fakultě humanitních studií UK. (Supervize, stránky pro supervizory a supervidované, 2020)

Kromě vzdělání je žádoucí, aby osoba poskytující supervizi byla nositelem určitých charakterových vlastností jako je schopnost empatie, porozumění, upřímnost, flexibilita, zájem o supervidovaného, pozornost, zvědavost a otevřenost. Užitečnými vlastnostmi supervizora je také schopnost vytvořit si na situaci pohled z vícero perspektiv, schopnost práce napříč více kulturami, odolnost a schopnost zvládat úzkost, a to nejen supervidovaného, ale také svou vlastní, otevřenost k vzdělávání a mnoho dalšího. Práce supervizora by měla podléhat vytyčeným etickým standardům. Společně s vlastnostmi dobrého supervizora se vytvářejí jeho role, které vůči supervidovanému zaujímá. Jsou to role poradce poskytujícího oporu, pedagoga pomáhajícího rozvíjet se, manažera nesoucího zodpovědnost za supervidovaného, či organizaci, která supervizi hradí. (Hawkins, P., Shohet, R. 2000). Supervizor může být externí, tzn. že není zaměstnancem organizace, ve které je supervize vedena. Výhodou externího supervizora je, že vidí problémy nezaujatě a v širším kontextu. Interní supervizor naopak působí na stejném pracovišti jako supervidovaný. (Venglářová a kol. 2013)

Supervidovaným (supervidantem) je osoba, která se stává příjemcem supervize. Ideální situace nastane, pokud sám supervidant přináší námět pro supervizi. V úvodu je důležitým mezníkem supervidovaného ujasnění svých vlastních potřeb a očekávání se kterými přichází. A také vymezení hranic, za které je v rámci sebeotevření schopen jít. Pro mnoho supervidovaných může být zpočátku problém hovořit o svých problémech či obavách vznikajících v souvislosti s pracovním prostředím. V této situaci by měl být příjemci supervize dostatečnou podporou supervizor. (Venglářová a kol. 2013)

Vyjasnění těchto pojmů bylo klíčové pro pochopení úlohy všech účastníků supervize. V rámci procesu supervize dochází k interakcím mezi tím, kdo usměrňuje průběh supervize a supervidovanými, kteří určují témata, směr a tempo průběhu supervizního sezení. (Vávrová, 2012)

3.5.4 Funkce supervize

Kadushin (1976) cit. podle Hawkins, P., Shohet, R. (2000, s. 60–62) pojmenoval tři základní úlohy supervize.

Vzdělávací (formativní) funkce zahrnuje v první řadě rozvoj odborných kompetencí a schopností zaměstnance s cílem dosažení dostatečné míry sebereflexe. Vzdělávací funkce je uskutečňována za pomoci reflektování práce s klienty. Úkolem supervizora je pomoci supervidovanému klientovi lépe porozumět, uvědomit si odezvu svého chování, které jako zrcadlo vystavuje klientovi. Dále pochopit, jakým způsobem probíhá jeho vzájemná interakce mezi zdravotnickým pracovníkem a klientem. (Hawkins, P., Shohet, R. 2000).

Podpůrná (restorativní) funkce vyvstává jako reakce na fakt, že všichni, kteří pracují v důvěrném vztahu se svými klienty jsou přímo ovlivňováni jejich nepříjemnými pocity jako je bolest, zoufalství a bezmoc. Díky supervizi se pracovník naučí lépe čelit přenosu emocí, které jsou v důsledku empatie s klientem nevyhnutelné. Supervize poskytne svým uživatelům schopnost tyto emoce adekvátně zvládnout a vyrovnat se s nimi. Jedná se o jednu z forem emoční podpory pro zaměstnance. Pokud je příjemcem supervize organizace, nikoli fyzická osoba, je úkolem supervize zpracovat negativní emoce v týmu jako je popírání problémů, mlčení, zatajování informací či bagatelizace problémů, které negativně působí na jeho fungování a ovlivňují komfort pracovníků. Zde je na místě spolupracovat s externím supervizorem. (Hawkins, P., Shohet, R. 2000).

Řídící (normativní) funkci supervize zastává složka kontroly kvality. Tato funkce poskytuje nadhled na práci supervidovaných zdravotníků s klienty. Především se snaží monitorovat citlivé oblasti a předsudky, které vyvstávají ve vztahu mezi příjemcem zdravotní péče a supervidovaným na podkladě předešlých zkušeností. Supervizor nese nepsanou odpovědnost za svou práci s klientem a formu, jakou jeho osobu ovlivňuje. (Hawkins, P., Shohet, R. 2000).

Havrdová (2008, s. 54) doplnila funkce supervize o další doplňkové a udává také funkci zpětnovazebnou, zpracování změn a zprostředkování propojení mezi jednotlivými subkulturami, které se v rámci organizace vyskytují.

3.5.5 Formy supervize

Jsou strukturovány podle toho, jakým způsobem je supervize vedena. Odvíjí se často od počtu účastníků a účelu supervize. Velmi efektivní je supervize individuální, kdy supervidovaným je jednotlivec. Proces supervize je veden formou strukturovaného rozhovoru. Úskalí individuální supervize tkví v možném překročení hranic mezi supervizí a psychoterapií. Supervizor má proto za úkol dohlížet na to, aby supervize nepřesáhla do psychoterapie. (Marková, 2010; Venglářová, 2013)

3.5.5.1 Skupinová supervize

Jak již sám název napovídá jedná se o supervizi, které se účastní skupina lidí se stejným zájmem či způsobem práce. Není nutné dodržet požadavek stejné profese. Často využívaná je například u skupiny nově nastupujících sester do praxe, skupiny staničních sester z různých oddělení či u zdravotních sester z různých organizací domácí péče. Předmětem setkávání je především vzájemné získávání nových poznatků nasbíraných v praxi. Členové supervizní skupiny by měly mít totožný účel a potřeby. Ideální skupina je složená nejméně ze tří a nejvíce ze sedmi členů. Jeden z nejdůležitějších úkolů při skupinové supervizi nese na svých bedrech supervizor, který vede celé setkání a snaží se zajistit bezpečnou atmosféru pro účastníky sezení. Cílem je dosáhnout sebeotevření u členů skupiny. Dalším z důležitých úkolů, které stojí před supervizorem je zajistit strukturované dění supervize. Způsobů se nabízí hned několik. Je možné členy skupiny požádat, aby zvolily problém, jehož rozbor by byl pro všechny přítomné nejpřínosnější. Další možnou variantou je rozdělení celkového času sezení rovnoměrně, mezi všechny zúčastněné. Pokusit se vypracovat rozvrh, kdy každý člen skupiny již předem ví, kdy bude svůj problém představovat. Lze začít také navázáním na předchozí sezení a kontrolou poznatků z minula. (Venglářová, 2013; Hawkins, P. a Shohet, R., 2000)

3.5.5.2 Týmová supervize

Skupina, která se účastní týmové supervize, je provázána pracovním životem, narozdíl od supervize skupinové. Členové mají i mimo skupinu společné cíle a zájmy. Za tým může být považována na příklad skupina všeobecných sester pracujících na konkrétním oddělení. V ideální situaci by se supervize účastnila nejen skupina všech pracujících sester, ale také ostatní lékařský společně s nelékařským personálem, pracující na zvoleném oddělení. Cílem týmové supervize je pracovat na zlepšení spolupráce v týmu, na dosažení efektivity práce a zlepšení komunikace mezi jednotlivými členy týmu. Aby však týmová supervize mohla vůbec začít, je nutné v samotných základech splnit několik nutných podmínek vzniku týmové

supervize, jako jsou společný cíl celého týmu, dohoda o složení a souhlasu všech účastníků skupiny, v neposlední řadě dostatek času a finančních prostředků všech členů týmu na pravidelnou supervizi. (Hawkins, P. a Shohet, R., 2000)

3.5.5.3 Supervize mezi kolegy

Další možností volby, ač podstatně méně využívanou, je supervize mezi kolegy. Její úskalí spočívá, v případě absence vedoucího skupiny, v nutnosti dodržení pevné a jednoznačné struktury supervize. Tím je kladen větší důraz na aktivitu přítomných členů supervize. V mnoha aspektech se tato forma supervize podobá skupinové či týmové supervizi. (Hawkins, P. a Shohet, R., 2000)

3.5.5.4 Manažerská supervize

Tento styl supervize klade vysoké nároky na osobnostní vlastnosti a předpoklady osoby v postavení manažera. Dle Bělohávků a kol. (2006) cit. podle Plevová (2014, s. 15), „je manažer především profese a její nositel je zodpovědný za dosahování cílů svěřené mu organizační jednotky, s využitím kolektivu spolupracovníků a poskytnutých zdrojů, včetně tvůrčí účasti, za stanovení cílů a jejich zajištění.“ Pracovník na základě jmenování, pověření, ustanovení, zmocnění nebo zvolení aktivně realizuje řídicí činnosti, pro které je vybaven příslušnými kompetencemi. Jelikož je zdravotnictví specifickým odvětvím služeb, které ovlivňuje základní hodnoty člověka – zdraví a tím také kvalitu života, jsou na osobnost manažera ve zdravotnictví kladeny obzvláště vysoké nároky. Takový manažer by měl mít všechny potřebné vlastnosti pro práci v týmu, silné morální sebevědomí a dovednost regulovat své vlastní chování (Ivanová, 2003, podle Plevová, 2014).

Je důležité, aby osobě, která zastává funkci manažera-supervizora, zaměstnanci důvěřovali a neměli před ní žádné obavy. Úkolem manažera-supervizora je především poskytnutí pomoci v rámci adaptačního procesu zaškolení nových zaměstnanců, při snižování úzkosti a stresu. Pomáhá poskytnout svým zaměstnancům pocit sounáležitosti v souvislosti s naplněním vize organizace a v neposlední řadě řeší konflikty mezi zaměstnanci. Manažerská supervize může být organizována, dle potřeb zaměstnanců, formou individuální, skupinové, či týmové supervize. Zkušený manažer-supervizor by měl být schopný, dle potřeby, volně přecházet mezi jednotlivými styly vedení a uplatňovat, dle potřeby, styl demokratický, autokratický či liberální přístup. Manažerská supervize může být v kombinaci s aplikací externí supervize, vhodný nástroj v péči o zaměstnance a dosažení naplnění společné vize organizace. (Venglářová, 2013)

3.5.6 Průběh supervizního setkání

Pro zajištění příjemné atmosféry na sezení je klíčové promyslet vhodný prostor. Mělo by se jednat o příjemné a nerušené prostředí, s možností pohodlného sezení. Pokud nikdo z přítomných netuší nic o průběhu supervize, je vhodné uspořádat vstupní seznamovací seminář pro nové účastníky. Zahájení se opět liší u skupiny či jednotlivce, kteří se účastní prvního sezení. V úvodu je vhodné představit všechny členy společně se supervizorem a vyjasnit důvěrnost sdělených informací. Jedná-li se o skupinu, která se společně se svým supervizorem účastní sezení opakovaně, je vhodné zahájit sezení společným přivítáním, zopakováním závěrů ze sezení minulých. Po úvodních slovech přichází na řadu volba témat. Je žádoucí, když supervidovaní přinášejí vlastní téma k diskusi. Z předložených témat jsou následně zvolena ta, která je možno za jedno sezení zvládnout představit. Supervizor stanoví pořadí témat, ve kterém budou předkládána a vyzve skupinu ke společné volbě metody, která bude v rámci supervize použita. Vždy záleží na tom, aby se jednalo o takovou metodu, která je přijatelná pro všechny členy sezení. Může se jednat o rozhovory, plány péče, kresby klienta, videonahrávky, metodu hraní rolí apod. Pomocí cílených otázek supervizora, ale i ostatních supervidovaných je předkládající účastník veden, aby viděl souvislosti v širším kontextu, naučil se více naslouchat, uvědomoval si význam vlastní interakce a hledal nové postupy. V samotném závěru následuje rekapitulace celého setkání a finální zhodnocení nositele tématu. Pokud bylo představeno více témat, je vhodné uskutečnit krátkou reflexi ke každému tématu. Vhodné je také zodpovědět následující otázky. Byla splněna očekávání všech zúčastněných? Co vám přineslo užitek? Byly vám některé momenty nepříjemné? V závěru mohou být také formulována doporučení na nadcházející setkání. Z celého setkání může být vytvořen finální zápis, sloužící jako doklad o průběhu, který následně zúčastnění členové odsouhlasí. V úvahu přichází také možnost, že zápis píše každý člen individuálně a lépe tak zachytí svůj osobní přínos sezení. (Havrdová a Hajný, 2008; Venglářová, 2013)

VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

Praktická část výzkumu vychází z provedených rozhovorů, jejich doslovného přepisu a interpretace rozhovorů se zdravotníky, pracujícími na standardních covidových lůžkách. Otázky rozhovoru byly stanoveny jako reakce na aktuální situaci, probíhající ve velké části zdravotnických zařízeních. Cílem otázek rozhovorů bylo zjistit, které faktory hodnotí respondenti, v rámci pracovního zařazení, jako zátěžové.

4 Cíle a východiska empirické části

Za účelem výzkumu byly stanoveny dva hlavní cíle práce.

Těmi jsou:

Cíl práce 1: Zjistit, které faktory jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky, v současné době působícími na covidových jednotkách standardního typu, vnímány jako zátěžové, překračující rámec zátěže vyplývající z praxe za standardních podmínek.

Cíl práce 2: Ze stanovených zátěžových faktorů poté označit takové, k jejichž zvládnutí by mohla přispět supervize.

4.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka číslo 1: Které faktory jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky, působícími na covidových jednotkách, vnímány jako zátěžové?

Výzkumná otázka číslo 2: Ke zpracování, kterých zátěžových prvků by mohla efektivně přispět aplikace supervize?

5 Volba výzkumného designu

5.1 Zvolená výzkumná metoda

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda sběru a zpracování dat. Důvodem výběru této metody byl především charakter zkoumaného problému. Ten se zaměřuje na zjištění povahy vzájemných vztahů a úskalí fungování týmu. Středem zájmu je také prostor pro možné efektivní řešení problémů, v rámci nově vzniklých covidových oddělení. Dalším z důvodů byl nízký počet oslovených respondentů, hloubkové zkoumání problematiky a existence specifických otázek, nevhodných pro dotazníkové zpracování s nutností širší interpretace odpovědí respondentem. Zkoumaný problém není dále zcela ohraničen. Význam a důraz je přikládán ke každé individuální zkušenosti zdravotníka se zkoumaným problémem. Cílem zvolené výzkumné metody je identifikovat subjektivní názory, pocity, obavy a získané zkušenosti jednotlivých respondentů s novou prací na covidové jednotce. (Kutnohorská, 2009)

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnují respondentky působící v ON ANONYMIZOVÁNO, které v období pandemie COVID-19 pracovaly na některé z nově vzniklých standardních jednotek pro covid pozitivní pacienty. Zařazující faktory, dle kterých byli respondenti zvoleni jsou následující: Stávající pracovní zařazení na covidovém oddělení, chuť spolupracovat a ochota zodpovědět otázky rozhovoru. Všechny respondentky zastávají pozici všeobecné či praktické sestry a jejich kmenovým oddělením je jedno z oddělení chirurgického traktu, a to lůžková chirurgie, lůžkové ORL nebo operační gynekologie. Respondentky byly vybrány takovým způsobem, aby působily napříč covidovými odděleními chirurgického pavilonu, které v postupném sledu vznikaly z lůžkového ORL oddělení, gynekologického oddělení a septické chirurgie. Mimo lůžková oddělení jedna respondentka kmenově působila na operačních sálech. Do výzkumu nebyl zařazen žádný lékařský pracovník či jiní členové působící v ošetrovatelském týmu na pozici ošetřovatele, fyzioterapeuta, vypomáhajících studentů či brigádníků z jiných oborů apod. Nejmladší respondentka působí dva roky ve zdravotnické praxi. Respondentky jsou stálými zaměstnankyněmi zvolené nemocnice. Nejedná se o výpomoc ze strany jiného zdravotnického zařízení. Pro výzkum bylo osloveno následujících pět respondentek, které vyjádřily souhlas s nahráváním rozhovoru, provedením výzkumu a zároveň byly ujištěny o anonymitě.

5.2.1 Charakteristika respondentek

- Respondentka 1: Rozhovor byl proveden 7. 5. 2021. V praxi působí 20 let. Dříve pracovala na oddělení ARO. Na lůžkové chirurgii působí 5 let. Dosažené vzdělání – středoškolské s maturitou.
- Respondentka 2: Rozhovor proveden dne 12. 5. 2021. V praxi působí 2 roky. Pracuje na lůžkovém oddělení ORL. Na žádném jiném oddělení doposud nepůsobila. Dosažené vzdělání – vysokoškolské.
- Respondentka číslo 3: Rozhovor byl proveden 24. 5. 2021. V praxi působí 11 let. Po dokončení SZŠ pracovala 2 roky na lůžkové chirurgii. Poté na začala pracovat na operačních sálech, kde působí do teď. Dosažené vzdělání – středoškolské s maturitou.
- Respondentka číslo 4: Rozhovor byl proveden dne 28. 5. 2021. V praxi působí 5 let. Po dokončení VOŠ nastoupila na lůžkovou chirurgii, kde působí i nyní. Dosažené vzdělání – vyšší odborné.
- Respondentka číslo 5: Rozhovor byl proveden dne 29. 5. 2021. V praxi působí 3 roky. Po dokončení VOŠ nastoupila na lůžkovou operační gynekologii, kde působí i nyní. Dosažené vzdělání – vyšší odborné.

5.3 Metodika sběru dat

Jako zvolená technika sběru dat byl stanoven polostrukturovaný rozhovor. Otázky zařazené do rozhovoru se snažily postihnout následující oblasti zkoumání:

- Proměna charakteru práce a denního režimu zdravotníků
- Dostupnost potřebných zdrojů (personálních či materiálních)
- Proměna komunikace a spolupráce v rámci týmu ve vypjatých situacích
- Vliv psychické a fyzické zátěže na zdravotníky
- Zvolené strategie zvládnutí zátěžových situací jednotlivci
- Možná vzniklá profesní dilemata
- Identifikace zdrojů podpory, které jsou přítomné a které by naopak byly užitečné a žádané
- Vzniklé dopady pandemie na osobní život zdravotníků

Po vlastním provedení byly jednotlivé rozhovory přepsány metodou doslovné transkripce. Přepisy jednotlivých rozhovorů nejsou součástí práce. V rámci výzkumu byla zachována anonymita jednotlivých účastníků rozhovoru.

5.4 Metodika analýzy dat

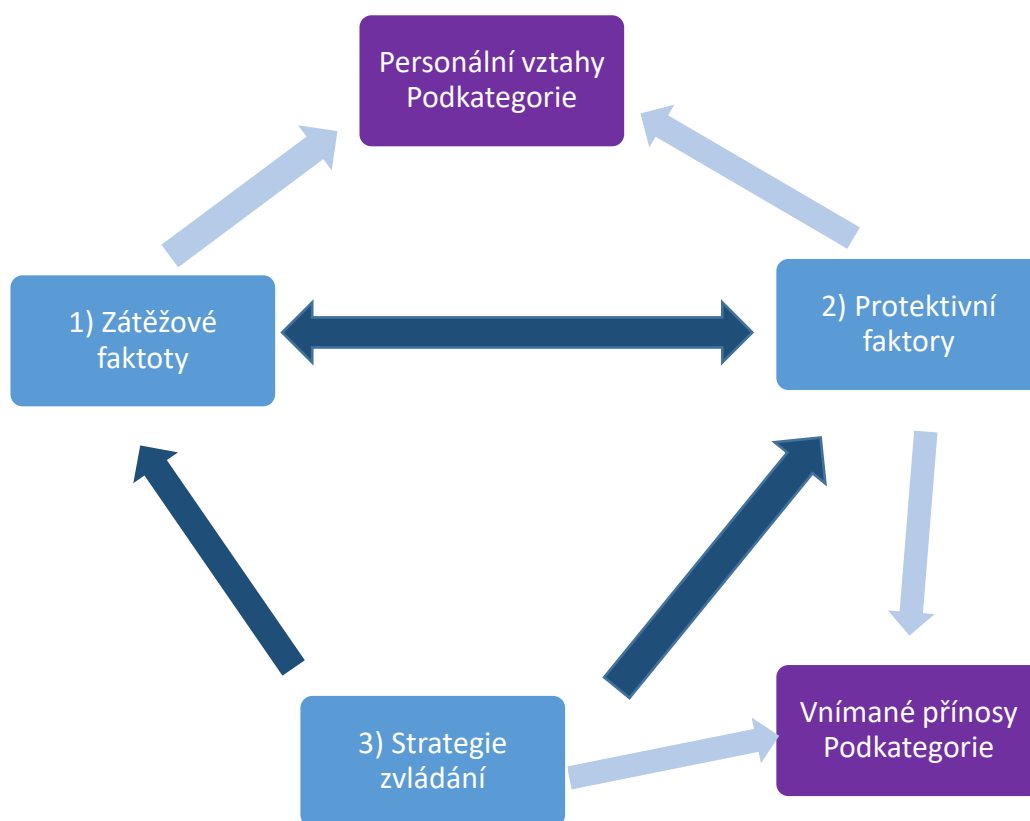
Výsledné zhodnocení přepisu polostrukturovaných rozhovorů bylo inspirováno Metodou zakotvené teorie dle Řiháčka a Hytycha, (2013). Po přečtení jednotlivých rozhovorů bylo klíčové, zachytit v jednotlivých výpovědích respondentů tzv. významové jednotky neboli kódy, které zachycují povahu myšlenek respondenta a zároveň přináší klíčové informace, vzhledem ke stanoveným cílům. Každá označená významová jednotka byla pojmenována, stručně popsána a byla k ní přiřazena charakteristická výpověď respondentky, dokládající vše popsané v konkrétních výrociích. Samotná analýza byla prováděna ručně na papír. Další krok byl zaměřen na hledání teoretických vztahů, mezi popsanými koncepty, na základě poznámek a krátkých určujících charakteristik, které jim byly přiděleny. Identifikované koncepty byly dále seskupeny, dle společných znaků, do užších a výstižnějších kategorií. Kategorie byly několikrát přehodnoceny a opětovně seskupeny. Postupně se stávaly stále více zaměřenými. V závěru analýzy byl seskupeným kódům přidělen ústřední motiv, který je souhrnně charakterizoval. Celkem byly stanoveny tři klíčové kategorie a dvě podkategorie. (Řiháček, Hytych a kol., 2013)

Za klíčovou byla vzhledem k cíli stanovena kategorie Zátěžové faktory covidu. Z těchto zátěžových faktorů byly následně identifikovány ty, kde lze aplikovat supervizi. Vyhodnocení příslušné skupiny zátěžových prvků probíhalo na základě studia odborné literatury. V rámci určování zátěžových faktorů, kde by mohla být využita aplikace supervize, byly zásadní publikace: Supervize v pomáhajících profesích od autorů Peter Hawkins a Robin Shohet, Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize od českých autorů Zuzany Havrdové a Martina Hajného. A také publikace Supervize v ošetrovatelské praxi od autorky Martiny Venglářové. Kompletní citace použité literatury se nacházejí v kapitole s názvem použitá literatura. Za pomoci studia odborné literatury bylo identifikováno celkem osm takových zátěžových faktorů.

5.5 Presentace výsledků

Předložené výsledky jsou výstupem analýzy polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondentkami. Podrobný postup analýzy, kódování a kategorizování je popsán v podkapitole s názvem Metodika analýzy dat. Dle společných vypovídajících znaků byly identifikovány následující zastřešující kategorie: Zátěžové faktory covidu, Protektivní faktory a Strategie zvládání. V návaznosti na ně byly stanoveny dvě podkategorie s názvem Personální vztahy a Vnímané přínosy, které stojí na pomezí mezi výše uvedenými zastřešujícími kategoriemi. Jejich vzájemné vztahy jsou graficky znázorněny na následující straně. Vzhledem k cíli práce byla jako klíčová stanovena kategorie **Zátěžové faktory covidu**. Jako další byla identifikována kategorie s názvem **Protektivní faktory**. Jedná se o vnímané ochranné faktory, které brání před důsledky působení zátěžových faktorů. Jsou to prvky přirozeně se vyskytující či respondentkami vědomě udržované. Respondentky je berou již jako danost. Třetí kategorie nese název **Strategie zvládání**. Tato kategorie zahrnuje techniky, které respondentky efektivně využily při konfrontaci se zátěžovou situací.

Kromě těchto tří samostatných kategorií byly také pojmenovány dvě podkategorie – **Personální vztahy a Vnímané přínosy**. V grafickém zpracování jsou označeny odlišně barevně. Personální vztahy stojí na pomezí mezi Zátěžovými a Protektivními faktory, jelikož zahrnují kódy, které mohou, dle svého smyslu inklinovat spíše k faktorům zátěžovým či protektivním. Dále budou rozděleny podle jejich povahy vnímané respondentkami. Podkategorie Vnímané přínosy stojí opět na pomezí mezi kategorií Strategie zvládání a Protektivní faktory. I zde budou kódy opět rozděleny podle toho, zda mají povahou spíše zvládací strategie či protektivních faktorů.



Obrázek 1 - Grafické zpracování vzájemně působících faktorů, které byly ve výzkumu zjištěny.

Kategorie Zátěžové faktory

Tato hlavní kategorie obsahuje prvky, které byly respondentkami vnímány jako zátěžové, dále prvky, které vznikly na základě pracovního zařazení na covidovém oddělení a v neposlední řadě faktory, ve kterých by mohla být účelně využita aplikace supervize do zdravotnictví. Na základě analýzy rozhovorů byly identifikovány následující zátěžové faktory. Jejich řešení bylo stanoveno, na základě studia odborné literatury, jako potencionálně vhodné, s využitím aplikace supervize do zdravotnictví. Jedná se o konflikty, omezení sociálních kontaktů, zhoršené adaptační schopnosti, pocity ohrožení, obavy o blízké, nemožnost volby, nejistota a atmosféra.

- **Konflikty:** Respondentky udávaly vyšší frekvenci konfliktů než za běžného chodu oddělení, především v důsledku dosud nepoznané, vypjaté situace a existence konfliktní osoby, která se stala zdrojem zhoršené atmosféry. Ve srovnání s tím však respondentky udávaly menší výskyt konfliktů mezi pacienty a personálem.

Respondentka 2: „*Jo, asi se konflikty vyskytovaly, trochu víc, než za běžného provozu...Ale nenapadá mě nic významného. Byla to nová situace. Všichni byli vyčerpaní*“

Respondentka 5: „*No vždyť to víš, že ta jedna tady prostě dělala dusno. Měla neustále tendenci rozdělovat práci, což jí z její pozice absolutně nepříslušelo a vozit se po těch slabších holkách, co se úplně neuměly ozvat. Potom s ní ty služby nebyly úplně příjemný. Jinak, ale nikdo žádný problémy nedělal.*“

Respondentka 4: „*Konflikty? Jako mezi námi a pacienty? No během provozu standardního oddělení mi přijde, že si ty lidi stěžovali kolikrát daleko víc a byli horší. Tady jsme s nima snad žádný konflikt neřešili. Jako vždycky se najde někdo, kdo prudí, ale to jiný nebude.*“

Respondentka číslo 2 přiznává vyšší výskyt konfliktů, v porovnání s běžným chodem oddělení. I tak však tento výskyt konfliktů hodnotí jako výjimečný, za běžných podmínek se nevyskytující. Nepřisuzuje jim zvláštní důraz. Zdrojem konfliktů je podle ní nová situace a mnohdy únava personálu. Respondentka 5 udává existenci jediné konfliktní osoby a v důsledku toho proměnu atmosféry na celém oddělení. Dle dalších výpovědí byla celá situace vyřešena odchodem konfliktní členky týmu na své domovské oddělení.

Poslední respondentka se na dotaz, zaměřený ohledně výskytu konfliktů, dívá jiným pohledem. Označuje pacienty jako spořádanější a není si vědoma žádného konfliktu mezi izolovanými pacienty a personálem. Udává, že za standardního chodu jsou konflikty mezi pacienty a personálem častější.

→ Navržená aplikace supervize: Zlepšení spolupráce v týmu, především v krizových situacích. Nepodléhání stresu a zvýšeným požadavkům. Odstranění konfliktů v rámci týmu. Odstranění konfliktního jednání jednotlivce. Supervizor by v tomto případě mohl poskytnout cenný pohled zvenčí na konfliktní situace, které mohou být pod jeho vedením rozebrány či zrekonstruovány a následně zpracovány.

- **Obavy o blízké a omezení sociálních kontaktů:** Ve všech výpovědích respondentek se objevila obava o členy rodiny či blízké přátele, v důsledku jejich pracovního zařazení a omezení sociálních kontaktů oproti normálu. Především se jednalo o starší rodinné příslušníky. Obavy pramenily ze zkušeností získaných díky péči o pozitivní pacienty.

Respondentka 1: „*Odcizila jsem se lidí, co znám, abych je náhodou nenakazila. Bála jsem se o ně. Za sousedkou jsem radši nechodila. Do zahradnictví taky radši ne.*“

Respondentka 2: „*Bála jsem se, že to chytnu taky a nakazím svoji rodinu. Když jsem viděla, jak se s tím lidi perou tady...No, bála jsem se o ně dost.*“

Respondentka 3: „*Bála jsem se. Spíš o ostatní. Třeba se svojí těhotnou ségrou jsem se zas tolik nevidala. Spíš jsem si s ní volala... Akorát když jsem to chytla. To jsem se pak snažila izolovat, jak to šlo, v domácích podmínkách v bytu 2+1*“

Dotazované respondentky se mnohdy odcizily velké části sociální opory, která je jim přítomna, ze strachu o zdraví nejbližších. Z toho důvodu lze říct, že výkon práce je podstatně omezoval v efektivním udržování vztahů, v rámci svého osobního života a byly v důsledku svého pracovního zařazení vystaveny také jisté míře izolace.

→ Navržená aplikace supervize: Pomoc s efektivním vyjádřením emocí v rámci týmu. Supervizní sezení může také dočasně suplovat chybějící, či nedostatečný sociální kontakt. Pod vedením supervizora budou rozebrány především obavy zdravotníků o zdraví svých nejbližších. Dále lze vyvinout snahu o zpracování sociální izolace zdravotníků.

- **Zhoršené adaptační schopnosti:** Tento zátěžový faktor zahrnuje individuální zhoršené schopnosti přizpůsobení se nově vzniklým podmínkám. V následujícím případě se nejspíše jednalo o zvýšené osobnostní tendence k úzkostnému chování, společně s faktorem nového prostředí, jinými podmínkami a konfrontace zhoršenému stavu pacientů či častým úmrtím. Jedná se o kombinaci hned několika zátěžových faktorů. Dle definice stresu uvedené na str. 14, teoretická část práce, lze usuzovat, že následující situace mohla být pro kolegyni respondentky potencionálně stresující. V následující výpovědi popisuje respondentka známky zhoršeného přizpůsobení se vzniklé situaci u svých kolegyň.

Respondentka 1: „*To bych spíš řekla, že to pár holek celkově psychicky prostě nedávaly. Nový prostředí, podmínky, to zhoršení stavu a často úmrtí pacientů. Kolikrát se plno věci musely učit. No bylo toho na ně hodně.*“

→ Navržená aplikace supervize: Možnost využití individuálního sezení zaměřeného na nejpálčivější obtíže jednotlivce, či týmové supervize. Pomoc supervizora zaměřená na efektivní zpracování nově získaných emocí. Pomoc v adaptaci na nově vzniklou situaci.

- **Pocity ohrožení:** Především v počátcích práce na covidovém oddělení popisovalo několik respondentek obavy o své zdraví, pocity hněvu a ohrožení v souvislosti s péčí o infekční pacienty. Jedná se o pocity vzniklé v souvislosti s pracovním zařazením.

Respondentka 1: „*No... asi takhle, začátku, když nám řekli, že z nás udělají covid, tak se všichni hodně báli, asi i jsme byli i trochu naštvaní, bych řekla.*“

Respondentka 4: „*Bála jsem se, že to chytanu taky. Měla jsem z toho respekt.*“

Respondentka 2: „*Ty začátky nebyly lehký...Asi to i bylo do jistý míry stresující. Hlavně ta nejistota, když jsme začali fungovat jako covid. Člověk pořádně nevěděl, co se bude dít, co má očekávat. Pro mě byl v prvních měsících teda stresuji už jenom ten fakt, že se budu starat o pacienty s vysoce infekční chorobou, která se neustále probírá ve všech možnejch médiích a kvůli, který se tady přijali opatření, který se týkaly všech. Když pak člověk viděl ty katastrofický scénáře, no nebyl to pěkněj pocit.*“

V uvedených výpovědích lze pozorovat strach a obavy respondentek z nové a neznámé situace. Respondentka 2 novou situaci sama označila jako stresující. Dále je z výpovědi patrná nejistota v důsledku nízké informovanosti o samotné progresi onemocnění a doposud nepoznané, nové situace. Dominují zde pocity ohrožení a obavy z dalšího průběhu situace.

→ Navržená aplikace supervize: Sezení zaměřená na zpracování obav, pocitů ohrožení a dalších negativních emocí společně s jejich efektivním vyjádřením. Nalezení podstaty těchto obav a efektivní zpracování v rámci supervizního týmu, či individuální supervize.

- **Nemožnost volby:** Respondentka udává pocity omezení, z důvodu nemožnosti volby svého pracovního zařazení v období pandemie. Respondentka pracovní zařazení bere jako svou povinnost, vnímá ho jako úkol a staví se k němu čelem. I přes to však cítí nemožnost volby, což může být do budoucna zdrojem tísně či úzkosti.

Respondentka 4: „*Byla jsem ráda, že jsem mohla pomoci lidem. Na druhou stranu, co si budeme povídat, nikdo se nás úplně neptal a neměli jsme moc na vybranou*“

→ Navržená aplikace supervize: Sdílení nabytých pocitů, pod vedením supervizora, v rámci týmové supervize.

- **Nejistota:** V počátcích působení na oddělení, jako důsledek neznalosti nového režimu, postupů, správnosti prováděných úkonů. Pro respondentky se stala mnohdy zdrojem obav, zda provádějí všechny doposud neosvojené postupy správně. U jiné respondentky se jednalo o nejistotu vzniklou důsledkem, mnohdy špatného zdravotního stavu

přijímaných pacientů. I zde se poté stává zdrojem obav. V tomto případě se však jedná o obavy v důsledku dalšího vývoje zdravotního stavu hospitalizovaných pacientů.

Respondentka 4: „Člověk se učil všechno od začátku. Než se do toho zaběhl. Kolikrát jsem nevěděla, jestli dělám všechno dobře, tak jak mám“

Respondentka 1: „Stresující pro mě bylo, že člověk nevěděl minuty. Na chůři jde většinou zdravý člověk na operaci. Tady tomu tak ale nebylo. To mě nejvíc stresovalo.“

→ Navržená aplikace supervize: Vyjádření obav a pocitů nejistoty pod vedením supervizora. Zaměření se na podstatu a zpracování vzniklých obav. Rozhovor o možných příčinách nejistoty.

- **Atmosféra:** Vlivem vzniklých situací udávají respondentky proměnu (zhoršení) atmosféry panující na oddělení. Zdrojem zhoršené atmosféry byla především úmrtí pacientů či izolace a odtržení pacientů od svých rodin. Na tomto zátěžovém prvku se také výrazně podílí přítomnost konfliktní osoby v týmu, která již byla rozebrána výše. Kromě těchto událostí, dle výpovědí, panovala v týmu příznivá atmosféra.

Respondentka 4: „No, vystreslá nálada byla, když tady bylo hodně úmrtí. To byly pro nás jednoznačně ty nejhorší chvíle. Lidi taky nemohli vidět svoje rodiny. To pro mě bylo taky dost nepříjemný. Kromě toho ale si myslím, že jako kolektiv jsme si sedli a nálada tu byla dobrá.“

Respondentka 5: „Byla tady většinou, i přes to všechno, pozitivní atmosféra na tu dobu. I když to všechno bylo náročný, tak jsme se snažili neztrácet hlavu a navzájem jsme tak jako vtipkovali a snažili si to co nejvíc zpříjemnit.“

Respondentka 5 udává přítomnost pozitivní atmosféry týmu. Z výpovědi je patrné odhodlání členů týmu udržet si klidné a nekonfliktní prostředí.

→ Navržená aplikace supervize: Efektivní zpracování nepříjemných zkušeností. Zabránění přenosu nepříjemných pocitů stran pacientů. Osvojení si nových zvládacích technik a ventilace emocí.

Kromě zátěžových faktorů, ve kterých lze uplatnit supervizi, byly označeny také vedlejší zátěžové faktory, které můžeme, dle charakteru, seskupit na zátěžové faktory vzniklé jako důsledky pracovního nasazení, specifika práce na jednotce a skupinu faktorů s vypovídající hodnotou směrem ke covidovým pacientům.

- **Důsledky pracovního nasazení:** Společným rysem této podskupiny zátěžových faktorů jsou důsledky vysoké pracovní vyčerpání, vysokého počtu služeb, v kombinaci

s nedostatkem personálu. Objevují se zde zátěžové faktory jako **Únava, Nedostatek odpočinku**.

Respondentky mnohdy rozlišovaly přítomnost fyzické a psychické zátěže. Obě situace se pro ně staly, dle jejich působícího charakteru, zdrojem únavy a vyčerpání po fyzické i psychické stránce. Nyní se cítily se během dne unavenější, než tomu bylo doposud. Únavu respondentky samy označují jako klíčovou ve svých výpovědích. V následující výpovědi respondentka uvádí proměnu zátěžových faktorů ve srovnání s prací na domovském oddělení. Respondentka 3: *„Cítila jsem se unavená. To určitě. V těch ochranných overalech bylo hrozný vedro. A po tý psychický stránce mě dost vyčerpávalo, že pacienti hodně umírali. To bylo nesrovnatelný oproti klasický chře.“* Respondentka 4: *„Jo, unavená jsem byla. Fyzicky určitě. To jo. Ze začátku teda hodně i psychicky, kvůli těm úmrtím. Ten leden, únor. Fakt jo. Pak si člověk asi tak nějak zvyknul, no.“*

Ve své výpovědi udává respondentka 3 fyzické zátěžové faktory ze strany nošení špatně prodyšných ochranných obleků. Po psychické stránce jí zatěžovalo vysoké procento úmrtnosti hospitalizovaných pacientů s COVID-19.

Zátěžový faktor **nedostatku odpočinku** se objevuje jako důsledek nepoměru počtu odpracovaných směn přes čas a volných dní za účelem efektivní regenerace. Respondentka 3 o proměně odpočinku uvedla následující: *„No, měla jsem fakt hodně směn. Odpočinek nebyl skoro žádný. Mezi směnami byl akorát v podstatě takovej nutnej, abychom vůbec byli schopný fungovat. Takže dostatek odpočinku jsem vážně neměla.“* Z výpovědi je patrné, že odpočinek byl nedostatečný a je hodnocen jako žádaný. V souvislosti s kvalitou odpočinku udává respondentka 2 jeho špatnou kvalitu, ne takový, na jaký byla zvyklá a nedostatečné podmínky k odpočinku v důsledku restriktivních opatření. Respondentka 2: *„Ono zas to bylo v době, kdy zas takový prostor k regeneraci sil nebyl. Ale nebylo to ono. Venku to nešlo, všechno bylo zavřený, takže nejvíc asi spánek a často jsem si něco přečetla, nebo se podívala na film.“*

- **Specifika práce na jednotce:** Tento zátěžový faktor zastřešuje prvky spojené s udržováním chodu oddělení a péčí o infekční pacienty. Nejčastěji byly zátěžové faktory z této podskupiny spojeny s dodržováním zvýšeného hygienického režimu, oblékáním ochranných obleků, pravidelným měněním osobních ochranných pomůcek. Zvýšený hygienický režim byl respondentkami označen jako příčina následujících zátěžových faktorů. **Zdroj zpomalení / prodlení**, nikoliv za běžného režimu, především

v akutních situacích. Snaha o urychlení procesu oblékání často vedla k nedodržení předepsaného postupu až nedostatečné ochraně zdraví personálu. Respondentka 4: *„V těch běžnejch normálních aktivitách, ani ne. Horší, ale bylo, když člověk potřebovat hned teď na pokoj, třeba resuscitovat.“* Další respondentka uvedla o zvýšeném hygienickém režimu následující: *„Jo, brala jsem to jako překážku v poskytování péče. Když se řešilo něco neodkladnýho, co zrovna spěchalo, tak se člověk musel převlíkat a nemohl hned vlízt na pokoj. To mi vadilo. Samozřejmě už jsme to potom moc nehrotili, hlavně teda ke konci, když jsme to už všichni dávno prodělali. Ale stejně tam pořád takovej respekt je.“*. Dále respondentky vnímaly ruku v ruce se zvýšeným hygienickým režimem **Diskomfort plynoucí z nošení ochranných obleků**. Pro respondentky byl zdrojem únavy, ztížení práce, nepohodlí, či zdravotních problémů. Respondentka 5: *„No určitě to stěžovalo naši péči. Nedalo se v tom dýchat. Člověk byl zpocenej. A po celou dobu práce na covidu jsem si stihla vypěstovat ošklivý ekzém na rukách. Já jsem to jako překážku vnímala“*. Do podskupiny specifika práce na jednotce lze zařadit také vnímané zátěžové faktory související s osobními ochrannými pomůckami. Patří sem **Nedostatek OOPP, zhoršená kvalita OOPP**. Respondentkami byl udáván nárazový nedostatek jednotlivých pomůcek, který přisuzovaly celosvětově zvýšené poptávce po osobních ochranných pomůckách v důsledku pandemie. Byla také pozorována vysoká spotřeba tohoto materiálu ve srovnání s normou. Vzniklý nedostatek se snažily respondentky vyřešit nejčastěji šetřením nedostatkovým materiálem. Respondentka 4: *„Občas jsme teda neměli respirátory. Čepice taky chvíli nebyly. Bylo to dost nárazový. Asi hodně v závislosti vůbec na celkový dostupnosti těch pomůcek, jestli se vůbec stihly naskladnit, protože si myslím, že nedostatek respirátoru byl přeci jednu dobu úplně všude.“* Zhoršenou kvalitu pomůcek pozorovaly respondentky u rukavic a často také u respirátorů. Výjimečně u ochranných oděvů. Respondentka 3: *„Tak určitě u rukavic. Ty se trhaly, to je fakt. Jo a některý respirátory u těch se trhaly takový ty gumičky. Ale to nebylo u všech respirátorů. Sem tam nějakej. Ale ty rukavice, to bylo fakt strašný. Ještě, že už je nemáme.“* Pouze jedna respondentka ve své výpovědi vnímala zvýšenou spotřebu materiálu ve srovnání s běžným provozem oddělení. Důsledkem zvýšené spotřeby byly OOPP přisuzovány nároky na nižší cenu a jejich zhoršená kvalita. Respondentka 5: *„Rukavice se trhaly a z respirátoru se odtrhávaly gumičky. Je ale jasný, že když je momentálně tak obrovská spotřeba, hlavně těch rukavic, je jasný, že z cenovýho hlediska se radši nakoupí ty levnější. To máš dva páry rukavic na sobě a*

svrchní by si měl člověk měnit ke každému pacientovi zvlášť. Znat to určitě je, ale nikdo s tím nic neudělá.“

Jiný druh vykonávaných činností se stal také poměrně často udávaným zátěžovým faktorem stran respondentek. Respondentky vnímaly širokou škálu odlišností, ve srovnání s kmenovým oddělením. Mnohdy uváděly konkrétní činnosti, odlišné diagnózy hospitalizovaných pacientů, nové požadavky, nová očekávání od personálu, jinou dobu na plnění stanovených úkolů, nutnou změnu navyklých stereotypů, maximální nasazení v době ustrojení ochranných obleků, jinou organizaci režimu. Respondentka 1: *„Spíš to bylo o kyslíku...(odmlka). Spíš se řešila interní stránka věci než chirurgická. Nebylo to prostě tak, jak jsme byli zvyklí. Nezabývali jsme se operační ránou. Žádný drény, převazy, to vůbec ne. Pořád jsme řešili fyziologický funkce. Několikrát denně jsme je měřili. Dávali jsme taky víc léků, no. To je asi to hlavní.“* Lze sem také zařadit pohled respondentky vzniklý v důsledku **jiného pracovního zařazení**: Respondentka 3: *„Pro mě to bylo úplně celý odlišný, ve všem. Jinak pracuju na sálech a na standardu jsem dělala někdy buh ví kdy. Takže jsem samozřejmě to, co jsem se naučila a už jsem nepoužívala, jsem zapoměla. Plno věcí jsem se tady s holkama učila znovu. Jak se píchá flexila, vyšetřuje glykemie dělá s oddělenkejma papíra a tak dále...O to to bylo horší, že se navíc pracovalo v izolačním režimu.“* Z výpovědi lze konstatovat, že pro respondentku byly důsledky jiného pracovního zařazení, zvláště ve svých počátcích náročné, především na učení a zapamatování nových postupů. Jako pozitivum lze v této kapitole označit průnik mezioborových informací a načerpání nových zkušeností.

- **Covidoví pacienti:** Poslední souhrnná podkategorie zátěžových faktorů se týká pacientů samotných. Jako zátěžové zde byly identifikovány následující prvky: vysoký počet úmrtí pacientů, vysoký počet hospitalizovaných pacientů, akutní pacienti, vnímaná proměna potřeb pacientů. Respondentky vnímaly ve svých výpovědích závislost eskalace počtu přijímaných a hospitalizovaných pacientů na jednotlivých vlnách onemocnění. Jako nejkrizovější měsíce v tomto ohledu hodnotily respondentky především zimní měsíce leden a únor. Nejvíce zatěžujícím byl uveden faktor vysokého počtu úmrtí pacientů na covidovém oddělení. Tento faktor vnímaly jako zdroj smutku, špatné nálady, psychického vyčerpání. Respondentka 1: *„Po tý psychický stránce mě dost vyčerpávalo, že pacienti hodně umírali. To bylo nesrovnatelný oproti klasický chíře“.*

Respondentka 5: *„Nejnáročnější bylo vyrovnat se častým zhoršením stavu pacientů a častým úmrtím pacientů. Někdy to bylo u lidí, kde by to člověk ještě prostě nečekal. Jeden den si s nima člověk povídal, přes noc se zhoršili, spadla jim saturace a ráno už je v práci nepotkal. Do teď vidím před očima sice starší, ale pěknou a udržovanou pacientku, kterou jsme přijímali. I když měla ráno saturaci 70, vždycky si sundala kyslík a šla se do koupelny přečesat a upravit. Z našich výzev, aby se moc nevyčerpávala a kyslík si při takhle nízké saturaci nesundávala, si příliš velkou hlavu nedělala. Vždycky když jsem tam přišla, dělala něco mimo lůžko. Odpoledne jsme jí resuscitovali.“* Respondentka 5 uvádí jako náročný prvek práce na covidovém oddělení sledování častého zhoršení stavu pacientů a úmrtí pacientů. Zhoršení stavu, byla dle jejího názoru, často nečekaná a náhlá.

Další zátěžové faktory se týkají úrovně zdravotního stavu pacientů. Péče o pacienty v těžším stavu vyžadující, kromě základní ošetrovatelské péči i specifickou ošetrovatelskou péči, byli pro respondentky náročnější po fyzické i psychické stránce. Klíčový byl také faktor obsazenosti lůžek a počtu akutních pacientů na vytíženosti personálu Respondentka 4: *„Pro nás byli určitě nejnáročnější pacienti v těžkém stavu, kteří byli hodně dušní, imobilní a nesoběstační. To pak pro nás bylo fyzicky i časově náročnější, protože ta ošetrovatelská péče tam byla, jak ta úplně základní, jako pomoc s mytím, krmením, ale i ta odbornější jako péče o jednotlivé vstupy a ovládání hafin a podobně. No a když na oddělení bylo takových pacientů třeba pět a k tomu plný oddělení ostatních izolovaných pacientů“*. Jedna z respondentek v souvislosti s pacienty vnímala proměnu potřeb, ve srovnání s operačními sály, kde pracuje za standardního provozu. Zde se pro ni stal zásadním především bližší kontakt s pacientem a nutnost vnímat také jeho psychickou stránku. Respondentka 3: *„Na sále má ten pacient úplně jiný potřeby. Nehledě na to, že je u nás maximálně několik hodin. Je to trochu jako na běžícím páse. Člověk si k nim nestihne vypěstovat nějaký vztah. Ono to ale ani nejde. Tady už k tomu ta sestřička má rozhodně blíž. Vnímá ho jako celkem s jeho problémy a mnohdy i příběhy. Takže svým způsobem to pro mě náročnější bylo“*

Kategorie Protektivní faktory

V rámci výzkumu byly identifikovány následující protektivní faktory respondentek: Spolupráce, odreagování, podpora rodiny, podpora stranou kolegů.

- **Spolupráce:** Spolupráce dobře fungujícího týmu byla uvedena respondentkou jako faktor, který jí pomohl v náročných chvílích na pracovišti. Dobře fungující spolupráce pro ni byla zdrojem opory v náročných situacích. Respondentka si vzniklý protektivní faktor sama uvědomovala a popisovala jeho nezbytnost. Respondentka 1: *„Spolupráci jsem tady u nás vnímala hodně pozitivně. I když je pravda, že ten začátek byl masakr. Než jsme se sehráli a tak. Všichni jsme si tady hodně pomáhali. To bych chtěla zdůraznit. Ten tým se tady prostě uživil. Byly jsme jako jedna velká rodina. Zrovna na tohle ráda vzpomínám.“* Respondentka 5: *„Celkově ta spolupráce byla v pohodě. Byla tady většinou, i přes to všechno, pozitivní atmosféra na tu dobu.“*
- **Odreagování:** V části rozhovoru zaměřené na způsoby, kterými respondentky čelí důsledkům zátěže, se u všech dotázaných objevil protektivní faktor odreagování. Respondentky odreagování dále vnímaly jako efektivní v boji s únavou. Preferovaly takový druh odpočinku, který jim přinesl oproštění se od myšlenek na pracovní problémy. Jeho konkrétní forma byla volena dle preferencí jednotlivce. Mnohdy však byly odpovědi respondentek neurčité. Respondentka 3: *„Když jsem doma prostě relaxovala a odpočinula jsem si fyzicky i psychicky, a hlavně jsem nemyslela na práci.“* Respondentka 4: *„Prostě odpočinek, jakýkoli možný. Odreagování. Že člověk mohl na chvíli vypnout a myslet na něco jiného. To my pomáhalo nejvíc“.* Respondentka 5: *„Celkově prostě odejít z práce a doma vypnout. Dělat něco jiného, zabavit tu hlavu taky nějak jinak. A hlavně nemyslet na práci.“*
- **Podpora rodiny:** Vyjádřená podpora rodiny představovala častý motivační prvek, především co se týče smysluplnosti vykonávání práce. Respondentky si podporu stranou rodinných příslušníků vysoce cenily. Jedná se o jeden z nejdůležitějších protektivních faktorů a jak se zároveň ukázalo i hlavním zdrojem sdílení nově nabytých dojmů. Respondentka 4: *„Bála jsem se, že nakazím svoji rodinu. Ale oni sami mi řekli, že se se mnou chtějí vidat, to bylo celkem milý a hodně mi to pomohlo“.* Podporu rodiny lze označit za jeden z vnějších zdrojů zvládnání stresu.
- **Podpora stranou kolegů:** Tento protektivní faktor přináší sdílení nově nabytých dojmů a zkušeností. Zároveň se podpora mezi kolegy pro respondentky stala zdrojem motivace v nelehké situaci. Lze také říct, že se podpora ze strany kolegů a kolegyně podílí na rozšíření sítě dostupné sociální opory. Respondentka 5: *„Nejvíc mě motivovali ty lidi a hodně taky podpora ze strany kolegyně. To dělalo opravdu hodně, mít se v práci o koho opřít.“* Respondentka 3: *„Nebo vlastně, je pravda, že jsme to, co se děje v práci možná*

víc řešily mezi sebou s holkama, abychom se z toho nezbláznily. Myslím, že to tak i bylo.“

Výše uvedená výpověď dokládá, že faktor vzájemného sdílení nových zážitku byl mezi kolegyněmi hojně využívaný.

Kategorie Strategie zvládnání

Pokud bychom měli shrnout zjištěné zvládací strategie aplikované respondentkami na různé druhy zátěžových situací, jednalo se především o následující způsoby: pochopení, postavení se situaci čelem, smíření se s náročnými podmínkami, náročná situace jako výzva, adaptace, vůle, konstruktivní přístup.

- **Pochopení a smíření se s náročnými podmínkami:** I přes to, že respondentka uvádí jistou míru diskomfortu spojenou s dodržováním zvýšeného hygienického režimu, vyjadřuje souhlas s tímto režimem a chápe nutnost dodržování stanovených opatření. Stanovená pravidla bere za své. Respondentka 2: *„No určitě to stěžovalo naši péči. Nedalo se v tom dýchat. Člověk byl zpocenej. A po celou dobu práce na covidu jsem si stihla vypěstovat ošklivý ekzém na rukách. Já jsem to jako překážku vnímala. Ale zase jsme pracovali s infekčními pacienty, byla to nutnost a snažila jsem se k tomu tak přistupovat.“* Respondentka ve své výpovědi přesně popisuje faktory, které jí ztěžovaly práci na covidovém oddělení. V samotném závěru však vyjadřuje souhlas s přijatými opatřeními. Druhá výpověď nese opět znaky pochopení a neměnnosti vzniklých podmínek. Náročnou situaci bere jako danost. Respondentka 2: *„Prostě to k tomu režimu patřilo. Jinak o tom přemýšlet ani nemělo cenu.“*
- **Postavení se situaci čelem neboli konstruktivní přístup:** Ve výpovědích bylo respondentkami udáváno mnoho příkladů konstruktivního přístupu řešení vzniklé nesnáze na oddělení. Respondentka 1: *„Občas nám došli třeba vody do hafin, to bylo ale taky nárazově v důsledku zvýšený spotřeby, když třeba jelo několik hafin na maximální výkon. Ale většinou jsme si jich pár půjčili z jiných covidů na baráku, takže jsme to nahradili“.* Respondentka 2: *„Respirátory nám chyběly jednu dobu a rukavic bylo málo. I těch ochranejch obleků moc nebylo. Museli jsme šetřit. Nic jinýho se dělat nedalo.“* Respondentky se nepoddávají vzniklé nesnázi. Nevolí jednu z obranných strategií typu agrese, racionalizace či kompenzace. Naopak se snaží vzniklou situaci obrátit ve svůj prospěch, všemi možnými prostředky. Jejich jednání se vyznačuje vysokou mírou nezdolnosti, aktivního přístupu a schopnosti přizpůsobit se vzniklým podmínkám, viz str. 19, teoretická část.

- **Náročná situace jako výzva:** Jedna z možností vnitřního zvládnání zátěže a stresu, jak se postavit náročné situaci. Následující respondentka ji bere jako výzvu či úkol k řešení a oni jsou ti, kteří daný úkol zvládnou. Výzva poskytuje v jednání jeden ze zdrojů motivace při plnění pracovních úkolů. Respondentka 1: *„Motivovala mě ta nutnost postarat se o lidi, protože někdo to prostě udělat musel.“* V uvedeném případě lze tvrdit, že respondentka disponovala dostatečnou mírou očekávané osobní zdatnosti. Měla dostatečnou víru ve své vlastní schopnosti a byla přesvědčená, že situaci zvládnou. Vzniklý problém obrátila ve svůj prospěch a vytvořila z něj zdroj motivace.
- **Adaptace:** Jedná se o schopnost přizpůsobit se jakýmkoliv vnějším určujícím podmínkám situace. Ve výpovědích byla identifikována adaptace vůči náročným pracovním podmínkám. Respondentka 4: *„Jo, unavená jsem byla. Fyzicky určitě. To jo. Ze začátku teda hodně i psychicky, kvůli těm úmrtím. Ten leden, únor. Fakt jo. Pak si člověk asi tak nějak zvyknul, no.“* I když hovoří respondentka o únavě a vyčerpání dodává poté, že si na stanovené podmínky zvykla. Ve druhé výpovědi se objevuje přizpůsobení se respondentky vůči jiným potřebám pacientů. Respondentka 5: *„Ne, to pro mě obtížnější rozhodně nebylo, starat se o jiný pacienty. Celkem rychle jsem si na to zvykla, že se musím přeorientovat zase na jiný režim práce a jiný priority pacientů.“*
- **Vůle:** Poslední z využitých strategií zvládnání je volní faktor. V následující výpovědi se jedná především o vnímanou vůli zdravotníka pomoci a existence radosti a útěchy z poskytnuté pomoci. Pomoc je dále vnímána jako morální povinnost. Respondentka 3: *„Byla jsem ráda, že jsem mohla pomoci lidem.“* Respondentka 2: *„Neustále se to všechno probíralo v médiích a člověk tak nějak věděl, že to je to pomalu jediný, jak teď může pomoci.“*
Lze říct, že ze všech uvedených strategií zvládnání převažovaly copingové strategie zaměřené na problém viz str.17, teoretická část

Po rozebrání tří hlavních kategorií bude pozornost zaměřena na dílčí podkategorie **Personální vztahy** a **Vnímané přínosy**.

Podkategorie Personální vztahy – zátěžové faktory

Jak již bylo řečeno, personální vztahy stojí na hranici mezi zátěžovými a protektivními faktory. Kódy, vztahující se k této podkategorii, byly setříděny, dle určujících znaků. Jedná se o vzniklý nedostatek pomocného personálu na některých covidových odděleních, nemocnost personálu, různorodý tým.

Výše uvedené kódy jsou navzájem provázané. Vzniklým nedostatkem stálého personálu, vlivem nemocnosti či již v důsledku přetrvávajícího nedostatku personálu z kmenového oddělení, bylo zapotřebí obrátit se na možnou pomocnou sílu z řad vojáků, studentů, brigádníků či dobrovolníků. Ti mnohdy účelně zastoupili chybějící personál, vznikaly však zátěžové faktory v rovině vzájemné spolupráce nového týmu.

- **Nedostatek pomocného personálu:** Respondentka jednoho z covidových oddělení, na rozdíl od ostatních respondentek, hovoří o vnímaném nedostatku ošetřovatelek na směnu a větší zátěži sloužících všeobecných sester. Respondentka 2: *„Chyběly nám ošetřovatelky. Měli jsme tak jednu na denní směnu, a to bylo v provozu izolovaného oddělení hodně málo. Na noc tady nebyla žádná, takže to bylo všechno jenom na nás. Museli jsme si navzájem hodně pomáhat jinak byste to prostě nedali“*
- **Nemocnost personálu:** Práce na covidovém oddělení se vyznačovala vysokou nemocností z řad personálu. Respondentky uváděly, že v případě onemocnění člena týmu, docházelo k větší pracovní vytíženosti zdravých členů týmu. Respondentka 2: *„No (odmlka)...bylo nás málo. Když do toho třeba jedna nebo dvě z holek začaly marodit, tak jsme byli v práci prakticky nonstop“*
- **Různorodý tým:** Na každém covidovém oddělení byla snaha vedoucího pracovníka doplnit chybějící personál z řad brigádníků, nebo pokud to bylo možné, z řad zaměstnanců jiného oddělení. Jak respondentky uvádí, tato situace byla, především v začátcích obtížnější na vzájemnou koordinaci, především u dobrovolníků stran nezdravotnických profesí. Respondentka 5: *„No my jako sestry jsme tady byly zpytlíkovány ze všech možných oddělení, co to šlo. Byly tady kromě nás holky z psychiatrie, sálů, chirurgie a k tomu ještě brigádníci a vojáci jako ošetřovatelé. Místy to bylo náročnější, hlavně v začátku. Každá z nás byla zvyklá na jiný systém práce. To sehrání bylo náročné“*. Respondentka hodnotí vzájemnou spolupráci jako náročnou především díky odlišnému spektru zkušeností. U všech respondentů však dominovala snaha o co nejlepší fungování týmu, i přes ztížené podmínky.

Podkategorie Personální vztahy – protektivní faktory

Stran protektivních faktorů personálních vztahů lze hovořit o **brigádnících jako o účinné pomoci**. Faktory, které byly zpočátku vnímány jako zátěžové, se díky vzájemné toleranci a respektu týmu, efektivního zaškolení a seznámení s chodem oddělení staly nedocenitelnou pomocí a ve finále i jeho protektivním faktorem. Respondentka 4: *„Brigádníci se zajeli celkem*

rychle. Oni tohle zrovna byli ti, kteří u nás už byli, buď na praxi nebo v létě na brigádě. Ty to tady u nás už celkem znali a o to to s nimi bylo jednodušší. Byli i šikovný. Já jsem to s nikým problém neměla. Se všemi jsme to zvládli, jak nejlíp to šlo. Postavili jsme se k tomu všichni dobře“ Po zaučení se, dle výpovědi, dokázali brigádníci efektivně začlenit a stali se důležitými členy týmu.

Podkategorie Vnímané přínosy – protektivní faktory

Tato podkategorie zahrnuje faktory, které respondentky označily jako přínosné. Lze je označit jako protektivní faktory. Označené faktory nemají povahu procesů. Jedná se spíše o vnímané benefity. Byly sem zařazeny **nové zkušenosti a spokojenost s platovým ohodnocením.**

- **Nové zkušenosti:** Respondentka vidí v práci na covidových lůžkách přínos z hlediska osvojených nových zkušeností a průniku mezioborových informací, se kterými by se na svém kmenovém oddělení setkala s minimální pravděpodobností a dále poté v nácviku akutních situací, jako je například resuscitace. Respondentka 2: *„S plno věcma co dělají internisti jsme se tady na operačních oborech moc nesetkávali. Takže určitě. Člověk si zase vyzkoušel něco nového. I přes to všechno jsme tady zažili plno akutních situací. Bylo to pestré...Naučili jsme se pracovat s hafinou (pozn. HFNO). Měli jsme tady třeba pacienta s peritoneální dialýzou, interoseálním vstupem. No a často jsme tady resuscitovali, bohužel.“* V jednání respondentky lze opět pozorovat konstruktivní přístup. Ze vzniklé situace se snaží odnes co nejvíce nových zkušeností do budoucna.
- **Spokojenost s platovým ohodnocením:** Cílem bylo zjistit, zda jsou respondentky platovým ohodnocením dostatečně motivovány. Všechny respondentky vyjádřily spokojenost a motivaci jako dostatečnou. V tomto směru nebyly pokládány žádné další doplňující otázky.

Podkategorie Vnímané přínosy – strategie zvládání

Faktory vnímaných přínosů zastávající funkci spíše strategií zvládání, které byly stanoveny následující: samostatnost a vlastní koordinace práce.

- **Samostatnost:** Respondentka udává, že se díky práci na covidové jednotce naučila být samostatnější a spoléhat se ve svém jednání a rozhodování více na sebe samotnou. Respondentka 5: *„Třeba jsem se naučila pracovat a rozhodovat se víc sama za sebe,*

kolikrát i bez lékaře a ten už přišel k hotovému. Taky jsem se asi naučila trošku předvídat některý kroky.“

- **Vlastní koordinace práce:** Pro některé respondentky byla covidová situace, dle výpovědí, příležitost k seberealizaci a vytvoření vlastního pracovního režimu, kde dominovala vzájemná pomoc a spolupráce. Respondentky měly možnost využít vlastní organizační schopnosti a mnohdy si upravit režim za stávajících podmínek tak, aby jim co nejvíce vyhovoval. Respondentka 5: *Byla to i příležitost k seberealizaci, když jsme si sami tvořili režim, ve kterém jsme schopný fungovat... My jsme se tady střídali navzájem v pozici staniční sestry. Zase se ale prostě nic nehrotilo. Navzájem jsme si pomáhali a vycházeli vstříc... Celkově ta spolupráce byla v pohodě. “*

6 Souhrn výsledků (v kontextu odpovědí na průzkumné otázky)

V rámci výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka číslo 1: Které faktory jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky, působícími na covidových jednotkách, vnímány jako zátěžové?

Výzkumná otázka číslo 2: Ke zpracování, kterých zátěžových prvků by mohla efektivně přispět aplikace supervize?

Výzkumná otázka číslo 1

Výsledkem analýzy rozhovorů s respondentkami vyšlo poměrně velké množství zátěžových faktorů, které byly pro lepší přehlednost seskupeny do dalších zastřešujících kategorií. Kategorie Zátěžové faktory covidu, byla vzhledem k cíli práce, stanovena jako klíčová. Další dílčí kategorie, které skupina Zátěžové faktory covidu zastřešuje, byly identifikovány následující: Důsledky pracovního nasazení, Specifika práce na jednotce a Covidoví pacienti. Všechny kategorie spojují společné znaky. V rámci jednotlivých podkategorií, byly jako zátěžové respondentkami označeny následující faktory.

- **Důsledky pracovního nasazení:** Následující kategorie zastupuje takové znaky, které vznikají u svých nositelů v důsledku pracovní vyčerpání, často z důvodu vysokého počtu odpracovaných služeb, nedostatku pomocného či kvalifikovaného personálu a v návaznosti na vysoký počet služeb nedostatek odpočinku. Vyšší pracovní vyčerpání, než tomu bylo doposud. Jako zátěžové v této kategorii byly identifikovány faktory únavy a nedostatku odpočinku. U zátěžového faktoru odpočinku, je také uveden faktor špatné kvality odpočinku. V důsledku restriktivních opatření nebyl takový, na jaký byla respondentka zvyklá.
- **Specifika práce na jednotce:** Tato kategorie zahrnuje prvky spjaté s působením NLZP na covidové jednotce, přímým kontaktem a ošetrovatelskou péčí poskytovanou infekčním pacientům. Nejčastěji se v této kategorii vyskytovaly zátěžové prvky spojené s nutností nosit osobní ochranné pomůcky a vzniklého diskomfortu. Zvýšený hygienický režim byl mnohdy respondentkami vnímán jako příčina následujících zátěžových faktorů: zdroj zpomalení, diskomfort plynoucí z nošení ochranných obleků. Dále byly identifikovány následující zátěžové faktory: nedostatek OOPP, zhoršená kvalita OOPP, jiný druh vykonávaných činností, jiné pracovní zařazení.
- **Covidoví pacienti:** Následující kategorie přímo souvisí s úrovní zdravotního stavu hospitalizovaných pacientů, jejich potřebami a specifiky péče. Na základě analýzy zde

byly identifikovány následující zátěžové faktory: vysoký počet úmrtí pacientů, vysoký počet hospitalizovaných pacientů, akutní pacienti, a vnímaná proměna potřeb pacientů.

Výzkumná otázka číslo 2

Na základě studia odborné literatury (viz Teoretická část, kapitola Funkce supervize) byly ze zátěžových faktorů covidu identifikovány následující, k jejichž zpracování by mohla přispět aplikace supervize. Jedná se o tyto zátěžové faktory: konflikty, omezení sociálních kontaktů, zhoršené adaptační schopnosti, pocity ohrožení, obavy o blízké, nemožnost volby, nejistota, atmosféra na pracovišti.

7 DISKUZE

Cílem práce bylo identifikovat, které faktory vnímají nelékařští zdravotničtí pracovníci na standardních covidových lůžkách jako zátěžové. Z těchto zátěžových faktorů poté určit takové, které by byly vhodně zpracovány s pomocí aplikace supervize. Výzkum identifikoval tři hlavní kategorie a dvě dílčí kategorie. Jako klíčová byla popsána, vzhledem k cíli práce, kategorie Zátěžové faktory covidu. Kromě toho byly identifikovány také kategorie Protektivní faktory a Strategie zvládnání a podkategorie Personální vztahy a Vnímané přínosy. Po zhodnocení byly následně, ze zátěžových faktorů zvoleny ty, kde lze aplikovat supervizi. Zhodnocení zátěžových prvků probíhalo na základě studia odborné literatury. Konkrétně byly stěžejními publikacemi Supervize v pomáhajících profesích od autorů Peter Hawkins a Robin Shohet, Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize od českých autorů Zuzany Havrdové a Martina Hajného. Dále poté publikace Supervize v ošetrovatelské praxi od autorky Martiny Venglářové. Kompletní citace použité literatury se nacházejí v kapitole s názvem Použitá literatura.

Již nyní lze dohledat poměrně velké množství závěrečných prací, které svým obsahem, z různých úhlů pohledu, reagují obdobně na pandemii onemocnění COVID-19. Žádná z nich se však s největší pravděpodobností doposud nezabývala identifikováním zátěžových faktorů a jejich řešením za pomoci aplikace supervize. Pokud by měla být následující závěrečná práce srovnána s pracemi na podobné téma, ráda bych v diskuzi uvedla následující dvě diplomové práce, s jejichž výsledky bych vlastní výzkum porovнала. První z nich je diplomová práce z roku 2021. Nese název Stres, strategie zvládnání a psychická kondice u zdravotnického personálu od autorky Bc. K. Glombkové. Cílů práce autorka stanovila hned několik. Stěžejním cílem bylo pojmenovat percipovanou úroveň stresu zdravotníky. Dále poté identifikovat využívané zvládací strategie a zmapovat aktuální psychický stav zdravotníků v této nelehké situaci. Autorka zvolila kvantitativní metodu výzkumu za použití tří dotazníků – Perceived Stress Scale, který vyšetřuje úroveň momentálně pocíťovaného stresu respondenty, dotazník SVF 78 zaměřený na strategie zvládnání stresu a dotazník SUPSO zaměřený na zkoumání dynamiky psychických pocitů i stavů. Autorka do svého výzkumu zařadila respondenty, ze stran zdravotnických pracovníků působících na covidových ARO či JIP společně s NLZP působícími na standardních covidových lůžkách. Výzkum autorce přinesl následující výsledky. Respondenti, dle autorky, prožívají střední úroveň percipovaného stresu. V kategorii identifikace strategie zvládnání se výsledky mé práce shodují s výsledky autorky a těmi jsou: Respondenti se uchýlovali častěji k pozitivním strategiím zvládnání zátěžových situací,

v porovnání s negativními strategiemi zvládnání. I v mé práci se potvrdilo, že respondentky upřednostňovaly, v rámci zdrojů zvládnání, spíše vhodné zdroje vyrovnávání se s těžkostmi. Na úrovni vnitřních zdrojů zvládnání lze jmenovat konstruktivní přístup k řešení zátěžových situací, na rozdíl od maladaptivních strategií či obranných mechanismů. Pokud se objevily komplikace, mnohdy je respondentky hodnotily jako zvládnutelné či smysluplné. Příčině nastalých nesnází, za zástupce lze jmenovat například nedostatek osobních ochranných pomůcek, přisuzovaly konkrétní důsledek spočívající v celosvětově zvýšené spotřebě pomůcek. Toto projevené chování se vyznačovalo vysokou mírou osobní soudržnosti. V působení na covidovém oddělení viděly respondentky, i přes pocity obav a ohrožení o své vlastní zdraví a zdraví blízkých, smysl a práci vnímaly jako výzvu k překonání vlastních možností. Proto lze říct, že u všech respondentek byla přítomna vysoká míra nezdolnosti. U jedné z kolegyně respondentky byla identifikována nižší schopnost adaptovat se na prostředí, což mělo zásadní vliv na její fyzickou i psychickou pohodu. V rámci vnějších zdrojů zvládnání, které měly respondentky k dispozici, můžeme jmenovat podporu ze strany rodiny, přátel a také kolegů a kolegyně. V tomto výzkumu nebyly identifikovány žádné maladaptivní způsoby zvládnání zátěže. V rámci strategií zvládnání převažovaly copingové strategie zaměřené na problém viz str. 59–61, kapitola Prezentace výsledků. Autorka ve svém výzkumu dále zjistila souvislost mezi délkou praxe respondenta a zvolenou technikou zvládnání. Ukázalo se totiž, že zkušenější kolegové volili častěji pozitivní strategie zvládnání než jejich mladší kolegové. Souvislost faktoru délky praxe se zvolenou technikou zvládnání nebyla v tomto výzkumu, s ohledem na cíl práce, potvrzena. (Glombková, 2021)

Druhá, svým charakterem podobná, je diplomová práce z roku 2021 s názvem Pohled NLZP na změnu pracovních podmínek na interním příjmu v době epidemie COVID – 19, autorky Bc. Š. Albrechtové. Autorka využila v rámci výzkumu kvalitativní metody šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Zároveň si stanovila dva základní cíle práce. Zjistit, jaké faktory mohou působit na zdravotníky pracující s infekčními pacienty v osobních ochranných pomůckách. Druhým cílem práce bylo stanovit změny, které vznikly u nelékařských zdravotnických pracovníků, v jejich sociálním prostředí, v důsledku pandemie COVID-19. Výsledky výzkumu autorky jsou v mnohém totožné s tímto výzkumem. Případné odchylky vycházejí pravděpodobně z odlišné skupiny respondentů. Autorka si pro výzkum, jako respondenty, zvolila pracovníky infekčního urgentního příjmu. Výsledky výzkumu autorky se v některých oblastech shodují s identifikovanými zátěžovými faktory covidu. Autorka identifikovala následující faktory, které mohou negativně působit na zdravotníky

v OOPP. Ty v rámci výzkumu dále rozdělila, dle povahy, na fyzické, psychické a sociální faktory. Fyzické faktory obsahovaly následující oblasti: Fyzické nepohodlí, nemožnost uspokojit základní potřeby, omezené smyslové vnímání, omezený pohyb, nadměrné pocení, zhoršené dýchání, nevyhovující OOPP, nevyhovující prostorové uspořádání, časový úsek v OOPP. Psychické faktory zahrnovaly obavy z přenosu infekce, dlouhotrvající únavu a zátěž. Sociální aspekty zahrnovaly vykonávání práce v izolovaném prostředí, nedostatek proškoleného personálu, práce v infekčním prostředí a střídání pracovního prostředí. Výsledky mého výzkumu se s autorčiným shodovaly v následujícím: V hlavní kategorii zátěžové faktory byly označeny prvky, které vznikly v souvislosti s prací na covidovém oddělení. Zde lze pozorovat následující obdobné výsledky: Pociťovaný diskomfort při práci v ochranných pomůckách NLZP. Tento faktor je autorkou dále podrobně rozebírán, dle jednotlivých vyvolávajících faktorů. Pro potřeby tohoto výzkumu však rozlišení příčin diskomfortu nebylo klíčové. Tato témata se ve výpovědích respondentek v mém výzkumu neobjevovala. Témata zvýšeného fyzického nepohodlí a to, jak jej zdravotníci vnímají a prožívají a které faktory toto prožívání ovlivňují, se nabízí jako samostatná oblast zkoumání. Faktor nevyhovující OOPP, stanovený autorkou výzkumu, lze srovnat se zhoršenou kvalitou OOPP udávanou respondenty. V identifikovaných zátěžových faktorech se s autorkou rovněž shodoval faktor únavy a nedostatku odpočinku. Obdobný byl také faktor obav z přenosu infekce. V mé práci byl tento zátěžový faktor, ve srovnání s autorkou, rozebrán podrobněji a dále rozlišen na zátěžový faktor pocity ohrožení, obavy o blízké, omezení sociálních kontaktů. I některé z prvků sociálních faktorů výše uvedené autorky byly obdobné. Lze říct, že nedostatek proškoleného personálu koresponduje s podkategorií Personální vztahy – zátěžové faktory, konkrétně nedostatek pomocného personálu. Autorka dále stanovila kategorii kompenzační mechanismy, kterou lze přirovnat, v rámci mého výzkumu, k identifikovaným strategiím zvládnutí, které respondentky označily jako efektivní v rámci vyrovnávání se zátěžovými situacemi. Z výpovědí respondentek bylo identifikováno celkem pět využitých strategií zvládnutí. Výsledky mého výzkumu se shodovaly s výsledky autorky porovnávaného výzkumu v následujícím. Jako shodné lze označit dva kompenzační mechanismy, a to relaxace a adaptace. Ve zbylých strategiích se výsledky výzkumů rozcházejí. Širší interpretace výsledků práce viz str. 50–63, kapitola Presentace výsledků. (Albrechtová, 2021)

Následující představené práce se snažily svými výsledky reagovat na aktuální situaci v současném zdravotnictví, tak jako na vzniklou pandemii reagovala všechna dostupná media. Ta sledovala progresi onemocnění a kapacity volných lůžek takřka nepřetržitě. Covidová

epidemie byla a stále je jednou z nejsledovanějších událostí této doby. V současnosti, kdy je denní přírůstek nově potvrzené nákazy minimální, se začíná objevovat otázka dopadů pandemie COVID-19 na duševní zdraví NLZP bojujících v první linii. Jak ale nejefektivněji bojovat s dopady zátěže? Autor Mirko Prosen ve svém článku s názvem *Strengthening nurses' resilience and reducing burnout during the COVID-19 pandemic* udává, že péče o psychickou pohodu zdravotníků by měla být zajišťována pravidelně, ne jenom v období krize. Jako řešení navrhuje nastolení vhodných strategií, které pomohou efektivně snášet důsledky dlouhodobého stresu a také poskytování psychologického poradenství pro všechny zdravotníky. V otázce vyrovnávání se zdravotníků s možnými důsledky pandemie lze vnímat prostor pro aplikaci, nejlépe týmové supervize. Z důvodu velké vyčerpání zdravotníku se nejvíce jeví jako nejlepší řešení situace, aplikace supervize v krizových momentech pandemie. Kromě řešení zátěžových faktorů se nabízí možnost aplikace supervize, mimo vlny pandemie, jako individuální podpůrná supervize, či jako supervize týmová, s cílem zlepšení vzájemné spolupráce v týmu a sdílení nabitých zkušeností a zážitků. (Prosen, 2021)

Druhým zahraničním zdrojem, který dochází k obdobným výsledkům je studie z roku 2020 od kolektivu autorů s názvem *Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses*. Výzkum probíhal v raných stádiích pandemie covidu. Jednalo se o průřezovou studii sester v Michiganu. Pro účely výzkumu byl vyvinut dotazník. 84 položek dotazníku obsahovalo položky s nucenou volbou. Poslední položka byla otevřená a zahrnovala popsání nejvíce stresující situace, kterou respondenti během pandemie byli nuceni vyřešit. Ke zhodnocení této otázky byla použita kvalitativní obsahová analýza. Cílem studie bylo prozkoumat vnímání nejzávažnějších zdrojů stresu v raných fázích pandemie na vzorku amerických zdravotních sester. Z analýzy vyplynulo šest hlavních témat expozice/infekce, nemoc/smrt, pracoviště, osobní ochranné prostředky/spotřební materiál, neznámo, názory/politika. A také dvě témata dílčí – omezení vzniklá v souvislosti s pandemií a pocity nedostatečnosti/bezmocnosti, kde respondenti vnímali zdroje stresu. V návaznosti na získané odpovědi stanovil tým výzkumníků následující závěry. Jako klíčové v ochraně fyzického zdraví se jeví poskytovat sestřím odpovídající ochranné prostředky. Zdravotnická zařízení by dále měla poskytovat svým zaměstnancům příležitost k diskusi o stresu, který zažívají v pracovním prostředí, jako vhodnou cestu k udržení dobrého psychického zdraví sester. Autoři článku, podobně jako předchozí autor, vnímají jako důležité zpracovat negativní emoce, vzniklé v souvislosti s pracovními podmínkami, v rámci týmu. I ve výsledcích tohoto

výzkumu lze spatřit prostor pro aplikaci týmové supervize. (Arnetz, Judith, E. and Goetz, Courtney, M. and Arnetz, Bengt a kol., 2020)

Předložená práce měla kvalitativní charakter za využití metody polostrukturovaných rozhovorů s pěti dotazovanými respondentkami. Uskutečněné rozhovory byly zaměřeny na subjektivní prožívání zátěže respondentkami. S ohledem na charakter výzkumu nelze jeho výsledky zobecňovat. Mohou však přispět k porozumění tématu, případně se stát podkladem pro kvantitativně zaměřené šetření či inspirací pro šetření obdobné, kvalitativního charakteru, u jiné skupiny NLZP. Možná východiska k rozšíření práce jsou následující: Rozšíření okruhu respondentů také na zdravotníky pracující na covidových ARO či JIP, infekčních urgentních příjmech. V dalším kroku určení specifických kategorií zátěžových faktorů pro jednotlivé skupiny zdravotníků, dle jejich pracovního zařazení – pro zdravotníky pracující na urgentních příjmech, standardních odděleních a intenzivních odděleních typu ARO/JIP. Poté by mohly být obdobně identifikovány zátěžové faktory, vhodné pro aplikaci supervize a zároveň by mohl být stanoven specifický supervizní model, který lze aplikovat u NLZP pracujících na těchto covidových jednotkách. Toto je jeden z možných postupů dalšího rozšíření výzkumu práce. Lze předpokládat, že subjektivní vnímání zátěžových faktorů se bude u různých skupin lišit, v závislosti na ovlivňujících okolnostech. Současně můžeme předpokládat, že ty zátěžové faktory, k jejichž zvládnání může účinně přispět supervize se budou pravděpodobně opakovat.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se snaží reagovat na aktuální situaci ve většině zdravotnických zařízení, vzniklou šířením viru COVID-19. Předmětem zájmu jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci, konkrétně všeobecné či praktické sestry. Jako odezva na přetrvávající vyčerpání zdravotníků, v důsledku pandemie, bylo hlavním zájmem zjistit, jaké podmínky tíží nelékařské zdravotnické pracovníky v první linii nejvíce a jakým způsobem, popř. jestli vůbec, by jim mohla v řešení některých zátěžových situací pomoci supervize.

Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část zastává funkci informačního úvodu. Zabývá se tématem zátěže a stresu v obecné rovině, určuje jejich specifika ve zdravotnictví. Stejně tak udává preventivní a ochranné faktory, snižující dopad zátěže na zdravotníky, mezi něž mimo jiné patří i supervize. Pojmu supervize a jejímu objasnění byl vzhledem k cíli práce věnovat rozsáhlejší prostor. Praktická část práce se snaží poskytnout odpověď na stanovené cíle práce a výzkumné otázky. Těmi jsou: Identifikovat faktory, které jsou vnímány nelékařskými zdravotnickými pracovníky jako zátěžové, překračující míru běžné zátěže a následně z těchto zátěžových prvků zvolit takové, jejich zpracování by bylo vhodné za pomoci aplikace supervize do zdravotnictví.

Výzkum byl realizován kvalitativní výzkumnou metodou za použití polostrukturovaných rozhovorů s pěti zvolenými respondentkami. Rozhovory byly zaměřeny na zjištění subjektivního prožívání zátěže. Identifikované zátěžové faktory byly pro lepší přehlednost rozděleny do následujících zastřešujících kategorií. Důsledky pracovního nasazení: Z této kategorie vnímaly respondentky jako nejtěžší zátěžové faktory únavy a nedostatku odpočinku mezi směnami, vlivem vysoké pracovní vyčerpání. Specifika práce na jednotce: Zde označily respondentky jako zátěžový, diskomfort plynoucí z nošení ochranných obleků, dále vnímaly podmínky zvýšeného hygienického režimu, v akutních situacích, jako zdroj zpomalení. Byla identifikována zhoršená kvalita OOPP a jejich nedostatek. V neposlední řadě udávaly respondentky širokou škálu nových dovedností, které si musely osvojit. Kategorie covidoví pacienti zahrnuje zátěžové faktory spojené s péčí o infekční pacienty. Na této úrovni byly identifikovány jako zátěžové faktory, vysoká úmrtnost pacientů, vysoký počet hospitalizovaných pacientů, akutní pacienti a vnímaná proměna potřeb pacientů. Poslední kategorie zátěžových faktorů odpovídá druhé stanovené výzkumné otázce a zahrnuje zátěžové faktory, ve kterých lze uplatnit supervizi. Celkem bylo identifikováno osm těchto zátěžových faktorů společně s navrženými možnostmi zpracování. Jsou to konflikty, obavy o blízké a

omezení sociálních kontaktů, zhoršené adaptační schopnosti, pocity ohrožení, atmosféra, nejistota a nemožnost volby.

Přínosem práce jsou identifikované zátěžové faktory, které mohou přispět k lepšímu pochopení problematiky působení NLZP na covidových lůžkách v izolačním režimu. Dále se, dle identifikovaných zátěžových faktorů, nabízí možnost provedení intervencí daným zdravotnickým zařízením např. v oblasti zajištění dostatečného počtu kvalifikovaného personálu na jednotkách, nastavení pravidelné péče o psychickou pohodu NLZP, vytvoření vhodného prostředí pro zpracování dojmů získaných v podmínkách pracovního prostředí, například za využití supervize apod. Nebo se zjištěné výsledky mohou stát inspirací pro další oblasti zkoumání.

9 POUŽITÁ LITERATURA

Knižní zdroje

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.

BEDRNOVÁ, Eva. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Eva MATĚJKOVÁ a Lucie PERIČKOVÁ. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5417-2.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8458-2.

HARIHARAN, Meena, RATH, Radhanath. *Coping with life stress, the indian experience*. London: SAGE Publications Inc, 2008. ISBN 978-0-7619-3655-8

HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026209874.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-889-1.

HURNÍKOVÁ, Květa a Gabriela KLOSOVÁ. *Psychologie osobnosti: studijní opora pro kombinovanou formu studia*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské Hory, 2011. ISBN 978-80-87540-50-3.

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-390-2.

KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024442068.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUTÍNOVÁ, Zdeňka. *Náročné životní situace a jejich řešení: metodická příručka*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2015. ISBN 9788086302492.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 9788073689513.

MUSIL, Jiří V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna, 2010. ISBN 978-80-903449-9-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář, 2013. ISBN 978-80-7439-056-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 8020006893.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

- PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 9788021063822.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3507-8.
- SVOBODA, Mojmír a Pavel HUMPOLÍČEK, ŠNOREK, Václav, ed. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024740829.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
- VYKOPALOVÁ, Hana. *Krize a psychosociální pomoc*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-621-0.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.

Internetové zdroje

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. In: mzcr.cz [online]. 24.6.2020 [cit. 2020-4-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicke-doporuceni-pro-poskytovani-psychosocialni-podpory-ve-zdravotnictvi/cz>

SUPERVIZE: STRÁNKY PRO SUPERVIZORY A SUPERVIDOVANÉ. Výchvik v supervizi. In: supervize.eu [online]. 5.6.2016 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/>

SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ PODPORY. Podpora zdravotníkům. In: spis.cloud [online]. 2.10.2018 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/podpora-zdravotnikum/cz>

Internetové zdroje – autorské články

ŠIMEK, A. Historie supervize v ČR. In: *supervize.eu* [online]. 8. 11. 2002 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/publikace-a-clanky/ruzne-texty/historie-supervize-v-cr/cz>

TOMEČEK, M., JAROŠ, J. a kolektiv. Charakteristika nebezpečí při práci ve zdravotnictví. In: BOZP PROFÍ.cz [online]. 18.3.2011 [cit. 2021-4-10]. Dostupné z: https://www.bozpprofi.cz/33/charakteristika-nebezpeci-pri-praci-ve-zdravotnictvi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ElDaKU2cPzBGGYLNSzcDawZZwRYsMFH_3w/.cz

VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Supervize a mentoring v ošetrovatelství – Koncepty podporující profesionální rozvoj a identitu sester. In: Florence – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky [online]. 6.9.2015 [cit. 2021-2-18]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/supervize-a-mentoring-v-osetrovatelstvi-koncepty-podporujici-profesionalni-rozvoj-a-identitu-sester/>

VETCHÝ, K. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. In: *zdravi.euro.cz* [online]. 9.7.2009 [cit. 2021-2-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429.cz>

Články v elektronickém časopise

ARNETZ, Judith E. and GOETZ, Courtney M. and ARNETZ, Bengt B. and ARBLE, Eamonn. Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, 17 (21) [cit. 2021-6-10]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/8126>

MAREŠOVÁ, L., TŘEŠLOVÁ, M. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty* [online]. 8 (1), 2017, 55–65: [cit. 2021-3-6]. Dostupné z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017_1_5_Maresova-V.pdf

PROSEN, M. Strengthening nurses' resilience and reducing burnout during the COVID-19 pandemic. *Kontakt* [online]. 2021, 23(1) [cit. 2021-6-10]; Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2021/01/01.pdf>

VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Historical and foreign legacy for the supervision concept in the Czech nursing. *Kontakt* [online]. 2015, 17(1) [cit. 2020-12-23]; Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.008>

Příspěvek v online sborníku

JIČÍNSKÁ, K. Supervize jako forma podpory duševního zdraví sester. In Výzkumný záměr škola a zdraví pro 21. století, 2006: 2. ročník konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21, Brno 28. – 30. 8. 2006 [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2006 [cit. 2020-12-28]. Dostupný z: https://www.ped.muni.cz/z21/puv/sbornik_06/pdf/029.pdf

Závěrečné práce

ALBRECHTOVÁ, Š. *Pohled NLZP na změnu pracovních podmínek na interním příjmu v době epidemie COVID-19* [online]. Brno, 2021 [cit. 2021-07-3]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Katedra Ošetrovatelství. Vedoucí práce, Mgr. Marta Šenkyříková, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ubqde/Sarka_Albrectova_Diplomova-prace-Pohled_NLZP_na_zmenu_pracovnich_podminek_na_internim_prijmu_v_dobe_epidemie_COVID-19.pdf

GLOMBKOVÁ, K. *Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu* [online]. Olomouc, 2021 [cit. 2021-07-3]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce, PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/63wcka/>. cz

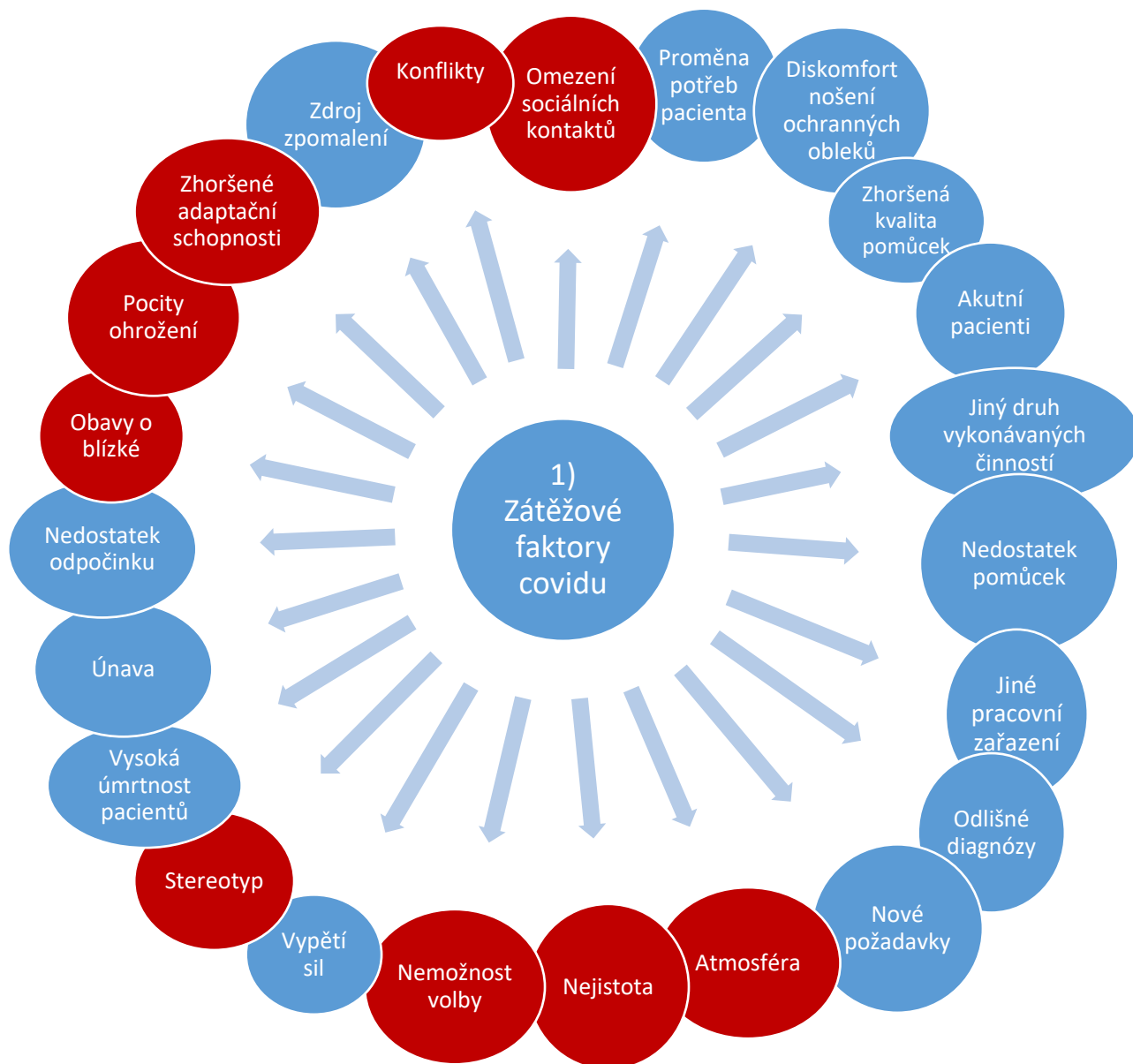
10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Grafické vyjádření identifikovaných zátěžových faktorů.....78

Příloha B – Vyjádření.....79

Příloha A – Grafické vyjádření identifikovaných zátěžových faktorů.

Zátěžové faktory, kde lze uplatnit aplikaci supervize, jsou vyznačeny červeně.



Příloha B – Vyjádření

Závěrečná práce byla dodatečně upravena dne 16. 8. 2021 (s. 43) za účelem dostatečného zachování anonymity všech účastníků výzkumu.