



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ**

**Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

# **Supervize a její přínos pro pracovníky v přednemocniční neodkladné péči**

## **Supervision and its Benefits for Workers in Pre-hospital Emergency Care**

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Bc. Tereza Pevná

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Veverková

---

**Kladno 2020**



# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Pevná** Jméno: **Tereza** Osobní číslo: **465278**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Supervize a její přínos pro pracovníky v přednemocniční neodkladné péči**

Název bakalářské práce anglicky:

**Supervision and its Benefits for Workers in Pre-hospital Emergency Care**

Pokyny pro vypracování:

Předmětem této bakalářské práce bude zhodnotit přínos supervize pro pracovníky v přednemocniční péči. V teoretické části bude student pojednávat o supervizi, syndromu vyhoření, posttraumatických poruchách. Budou zde shrnuty dostupné prostředky supervize pro pracovníky přednemocniční péče. Praktická část bude pomocí dotazníkového šetření hodnotit, v jaké míře je již zavedená supervize v přednemocniční neodkladné péči využívána. Zdali je nabídka možné supervize dostupná pro všechny pracovníky v přednemocniční péči nebo zdali je jí naopak nedostatek. Jakým způsobem zdravotničtí pracovníci supervizi vnímají, zdali jako přínos či zbytečnost.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., Krize a krizová intervence, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0
- [2] HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, Supervize v pomáhajících profesích, ed. 2. vyd., Praha: Portál, 2016, 208 s., ISBN 978-80-262-0987-4
- [3] VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., Supervize v ošetrovatelské praxi, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2013, 104 s., ISBN 978-80-247-4082-9


Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**Mgr. Eva Veverková**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **27.02.2019**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2020**

  
prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.  
podpis vedoucí(ho) katedry

  
prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.  
podpis děkana(ky)

### III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

Student(ka) bere na vědomí, že je povinnen(a) vypracovat bakalářskou práci samostatně, bez cizí pomoci, s výjimkou poskytnutých konzultací. Seznam použité literatury, jiných pramenů a jmen konzultantů je třeba uvést v bakalářské práci.

29.3.2019

Datum převzetí zadání

Puma!

Podpis studenta(ky)

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Supervize a její přínos pro pracovníky v přednemocniční neodkladné péči vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 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.

V Praze dne 26.05.2020

Bc. Tereze Peřmel

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní Mgr. Evě Veverkové za trpělivost, ochotu, věcné a konstruktivní připomínky a čas, který mi při psaní práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu. Velké poděkování patří také všem těm, kteří vytrvali a svou podporou mi pomohli práci dokončit.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá pohledem pracovníků přednemocniční neodkladné péče na supervizi. Cílem bakalářské práce je zmapovat pohled pracovníků na supervizi, jakožto potřebný prvek prevence syndromu vyhoření a stresových poruch, přispění duševní hygieny a profesního růstu jedince.

Teoretická část shrnuje poznatky o supervizi, syndromu vyhoření a stresových poruchách. Zabývá se přirozenými mechanismy a psychohygienou, pomocí kterých pracovníci zvládají stresové situace přirozeně. Dále se zabývá první psychickou pomocí u nadměrně zátěžových situací.

V praktické části je pomocí dotazníkového šetření zjišťováno, jak je na supervizi v přednemocniční neodkladné péči pohlíženo a jak je nabízená péče přijímána. Dotazník tvořilo 20 otázek, které byly rozeslány pracovníkům zdravotnických záchranných služeb a zdravotnickým operačním střediskům napříč Českou republikou.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že pracovníci přednemocniční neodkladné péče vnímají supervizi v jejich profesi jako potřebnou. Pokud pracovníci zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnických operačních středisek absolvovali supervizi, shledávají ji přínosnou. Nabídka supervize ale zatím pro pracovníky zdravotnické záchranné služby a zdravotnických operačních středisek bohužel není dostatečná.

## **Klíčová slova**

Supervize; pracovníci přednemocniční neodkladné péče; syndrom vyhoření; akutní stresová reakce; posttraumatická stresová porucha; Critical Incident Stress Management (CISM); dotazníkové šetření.

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis focuses on the view of pre-hospital emergency care workers on supervision. The aim of the bachelor's thesis is to map the view of employees on supervision, as a necessary element of prevention of burnout syndrome and stress disorders, and on the contribution of mental hygiene and professional growth of the individual.

The theoretical part summarizes the knowledge about supervision, burnout syndrome and stress disorders. It deals with the natural mechanisms and psychohygiene by which workers manage stressful situations naturally. It also deals with the first psychological help in excessively stressful situations.

In the practical part, a survey is used to find out how supervision in pre-hospital emergency care is perceived and how the care offered is accepted. The questionnaire consisted of 20 questions, which were sent to the staff of emergency medical services and medical operating centers across the Czech Republic.

Based on this questionnaire survey, it was found that pre-hospital care workers perceive supervision in their profession as necessary. If employees of emergency medical services or emergency operations centers have completed supervision, they find it beneficial. Unfortunately, the offer of supervision is not yet sufficient for the staff of emergency medical services and emergency operations centers.

## **Keywords**

Supervision; Workers in Pre-hospital Emergency Care; burnout syndrome; acute stress disorder; posttraumatic stress disorder; Critical Incident Stress Management (CISM); questionnaire survey

# OBSAH

1	Úvod .....	10
2	Cíle práce .....	11
3	Náročnost práce zdravotnického personálu.....	12
3.1	Mechanismy zvládnání stresových situací.....	13
3.1.1	Copingové strategie.....	15
3.1.2	Obranné mechanismy .....	17
3.2	Psychohygienu .....	19
3.3	Péče o pracovníky v zátěžových situacích.....	20
3.3.1	Psychologická první pomoc podle systému Critical Incident Stress Management (CISM) .....	20
3.3.2	Defusing a debriefing .....	22
3.3.3	Psychosociální intervenční služba (PIS).....	24
4	Supervize .....	26
4.1	Definice supervize.....	27
4.2	Účastníci supervize .....	28
4.2.1	Supervizor.....	28
4.2.2	Supervidovaný.....	30
4.2.3	Zadavatel .....	30
4.3	Supervizní kontrakt.....	30
4.4	Historie supervize .....	32
4.5	Funkce supervize .....	33
4.6	Frekvence supervize .....	34
4.7	Formy supervize.....	35
4.7.1	Supervize přímá a nepřímá .....	35
4.7.2	Individuální, skupinová a týmová supervize.....	35



4.7.3	Externí a interní supervize.....	37
4.7.4	Supervize bez supervizora .....	37
4.8	Vzdělání supervizora .....	38
4.9	Etické principy v supervizi.....	39
4.10	Dostupné možnosti supervize pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče v dnešní době .....	40
5	Důsledky nedostatečné psychohygieny, selhání podpůrných prostředků .....	42
5.1	Syndrom vyhoření.....	43
5.1.1	Příznaky syndromu vyhoření.....	45
5.1.2	Vývoj syndromu vyhoření.....	46
5.1.3	Pomoc při vyhoření .....	47
5.2	Akutní stresová reakce.....	47
5.3	Posttraumatická stresová porucha (PTSP) .....	49
5.3.1	Průběh posttraumatické stresové poruchy .....	50
5.3.2	Léčba a resocializace .....	52
6	Metodika .....	53
7	Výsledky .....	55
8	Diskuze .....	75
9	Závěr.....	84
10	Seznam použitých zkratk.....	85
11	Seznam použité literatury .....	86
12	Seznam použitých obrázků.....	91
13	Seznam příloh.....	93

# 1 ÚVOD

Pracovníci ve zdravotnictví jsou vystavováni dlouhodobé psychické zátěži. Personál přednemocniční neodkladné péče se ve své práci dostává každý den do více či méně stresových situací. Tato dlouhodobá zátěž může být pro pracovníky ohrožující.

Osobně vnímám potřebu péče o duševní zdraví pracovníků ve zdravotnictví jako nesmírně důležitou a nedostačující. Během své praxe v nemocničních zařízeních a na zdravotnických záchraných službách jsem se nezdálo kdy setkala s pracovníky, u kterých se projevoval syndrom vyhoření nebo na kterých byl pozorovatelný negativní vliv chronického stresu. V supervizi ve zdravotnictví vidím v budoucnu velký potenciál, nicméně si myslím, že v dnešní společnosti je supervize vnímána zatím spíše negativně.

Svou prací bych chtěla poukázat na potřebnou změnu paradigmatu supervize, a proto mě zajímá pohled pracovníků zdravotnické záchrané služby (ZZS) a operátorů zdravotnických operačních středisek (ZOS) na supervizi. Ve své práci bych se ráda dozvěděla, zdali pracovníkům přednemocniční neodkladné péče zaměstnavatel nabízí možnost supervize, zdali ji někdy využili a pokud ano, jak na ni pohlížejí.

## 2 CÍLE PRÁCE

Cílem mojí bakalářské práce je zmapovat pohled pracovníků přednemocniční neodkladné péče na supervizi a zjistit, jak je nabízená péče přijímána. Dále jsme si stanovili 4 dílčí cíle, ke kterým jsme vyslovili hypotézy. V praktické části se budeme pomocí dotazníkového šetření snažit potvrdit pravdivost jednotlivých dílčích hypotéz.

Dílčí cíl 1: Prozkoumat, zdali pracovníci přednemocniční neodkladné péče supervizi využívají.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zdali je supervize v profesi pracovníka přednemocniční neodkladné péče vnímána jako potřebná nebo jako zbytečnost.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zdali je nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS dostatečná.

Dílčí cíl 4: Zjistit, je-li absolvovaná supervize pracovníky ZZS a ZOS hodnocena pozitivně, jako přínos.

Hypotéza 1: Pokud pracovníci přednemocniční neodkladné péče o možnosti supervize ví, využívají ji.

Hypotéza 2: Pracovníci přednemocniční neodkladné péče vnímají supervizi v jejich profesi jako potřebnou.

Hypotéza 3: Nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS není dostatečná.

Hypotéza 4: Pracovníci ZZS a ZOS po absolvování supervize vnímají supervizi jako přínosnou.

### 3 NÁROČNOST PRÁCE ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Zdravotnický personál se musí každodenně vyrovnávat s více či méně intenzivní zátěží a stresem, ať už hovoříme o lékařích, zdravotních sestrách, pomocném zdravotnickém personálu, zdravotnických záchranářích nebo o pracovnících operačních středisek. Tito lidé běžně čelí výrazně odlišné psychické zátěži, než by čelili u jiných profesí. Kvalita jejich odvedené práce má přímý dopad na osudy lidí, o které zdravotničtí pracovníci pečují a u kterých, v jisté míře, přebírají i zodpovědnost za jejich zdraví (Hoskovcová, 2009).

Odlišných **rizikových faktorů**, jimž jsou zdravotničtí pracovníci vystaveni, je poměrně velké množství, můžeme jmenovat například:

- setkávání se s tabuizovanými tématy dnešní společnosti (např. bolest, smrt, utrpení, ...);
- častá setkání s negativními emočními stavy pacientů (např. zlost, agrese, deprese, vyčerpání, hněv, ...);
- neúměrně velká odpovědnost pracovníků;
- nutná rozhodnutí při nedostatku informací;
- vynucené pracovní tempo – velké množství ošetrovatelských výkonů, bez možnosti uspokojení svých vlastních potřeb;
- práce na směny, noční provoz – narušení životního stylu, nedostatečný odpočinek;
- riziko ohrožení vlastního života či zdraví jiných osob;
- nároky na vzdělání, flexibilitu;
- interpersonální vztahy;
- hluk (lze považovat i zvuk, který daná osoba nechce poslouchat) a jiné fyzikální faktory;
- fyzická zátěž – ošetřování imobilních pacientů;
- nepříznivé pracovní podmínky (Nešpor a kolektiv, 2001; Kopecká, 2015; Humpl a kolektiv, 2013).

Na druhou stranu lze najít u zdravotnických pracovníků i **protektivní faktory**, které jim mohou pomoci se s náročností jejich práce vyrovnávat, například:

- znalost, kde vyhledat odbornou pomoc;
- nadprůměrná informovanost o zdraví a jeho ochraně;
- pocit smysluplnosti a zaujetí;
- společenská prestiž (ne u všech pracovních pozic) (Hoskovcová, 2009).

Na první pohled je vidět, že tyto dvě skupiny faktorů jsou velmi nevyrovnané a jednoznačně převažuje skupina rizikových faktorů.

Zátěž posádek zdravotnické záchranné služby je ještě specifičtější než obecně personálu ve zdravotnictví. Často jsou posádky vystaveny situacím, které se odehrávají na hranici mezi životem a smrtí, kde je snaha zachránit lidský život marná či velmi komplikovaná. Každý den pracovníci ZZS a pracovníci zdravotnických operačních středisek čelí nejrůznějším stresorům, ve své profesi musí zvládat zátěž nárazovou i chronickou (Baštecká a kol., 2005).

Mezi pracovníky přednemocniční neodkladné péče zahrnujeme dle zákona č. 347/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě posádky zdravotnické záchranné služby i operátory zdravotnických operačních středisek (Zákony pro lidi, 2017).

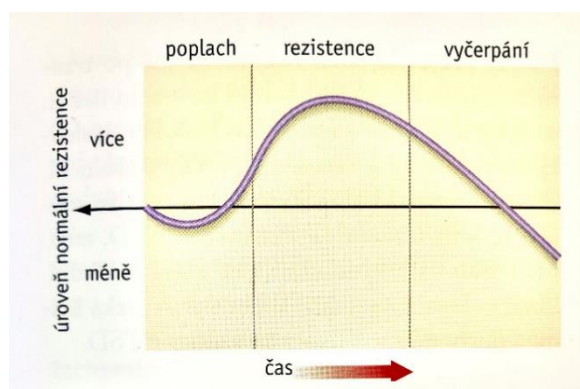
### **3.1 Mechanismy zvládnání stresových situací**

Je zcela přirozené, že v životě se musíme vypořádávat s různými stresovými situacemi. Pracovníci v přednemocniční neodkladné péči jsou nepopíratelně vystaveni větší psychické zátěži. Pro jejich práci je nutné, aby se se stresovými situacemi naučili pracovat a měli osvojené dostatečné množství účinných mechanismů pro zvládnání psychicky náročných situací dlouhodobě.

Každý jedinec má určitou **míru odolnosti** vůči stresu. Pro každého z nás je míra odolnosti vůči zátěžovým situacím zcela individuální a závisí na mnoha faktorech. V odborné literatuře je míra odolnosti označována jedním termínem **hardiness** – pevnost, tvrdost, nezdolnost. Tento termín vyjadřuje míru, stupeň odolnosti jedince, hranici, za níž je daná situace pro jedince již stresující. „Nezdolnost má tři složky: odhodlání angažovat se v boji proti obtížím, schopnost chápat obtíže jako výzvu a schopnost vidět možnosti, jak řídit chod událostí“ (Nolen-Hoeksema a kol., 2012 s. 605). Druhý termín s podobným významem je **resilience** – houževnatost, nezdolnost. Resiliencí vyjadřujeme schopnost jedince zvládat různé stresy a pružně na ně odpovídat (Nolen-Hoeksema a kol., 2012; Vágnerová, 2014).

Míra odolnosti jedince vůči stresovým situacím závisí na mnoha faktorech. Odolnost jedince ovlivňují například vrozené předpoklady, emoční vyrovnanost, stabilita jedince. Další roli hraje aktuální fyzický a psychický stav jedince nebo také věk a stav organismu, prodělaná traumata či nemoci. Další složkou jsou individuální zkušenosti, zážitky a jejich zpracování, konkrétní stresové situace, schopnost pružného reagování a rychlost zotavování se. V neposlední řadě můžeme zmínit například sociální oporu, vztahy s okolím, možnost požádat o pomoc a vyslechnutí někým ze svého okolí – podpora přátel, rodiny, partnera, širší sociální sítě – nebo možnost požádat o odbornou profesionální pomoc (Vágnerová, 2014; Kopecká, 2015; Venglářová a kol., 2011).

Soubor reakcí, kterými organismus reaguje na stres, pojmenoval ve své práci Hans Selye jako obecný adaptační syndrom. **Obecný adaptační syndrom** má tři fáze: poplach, rezistenci a vyčerpání.



Obrázek č. 1 – Obecný adaptační proces (Zdroj: Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 597)

- **Poplach:** V první fázi jedinec zmobilizuje veškeré síly pro střet s hrozbou, která dočasně vyčerpává zdroje organismu a snižuje odolnost jedince. Jedinec si uvědomuje zátěž a aktivuje obranné reakce.
- **Rezistence:** V druhé fázi se jedinec pokouší aktivně vypořádat s hrozbou útekem nebo únikem. Jde o fázi zvládnání stresu nebo alespoň snahu tento stres zvládnout. V této fázi je odolnost jedince vysoká. Jedinec hledá účelné strategie vedoucí ke zmírnění účinků stresu nebo jeho eliminaci. Nezbytně důležité je, aby jedinec neztratil pocit kontroly nad situací.
- **Vyčerpání:** Pokud hrozba trvá příliš dlouho a jedinec nemá možnost ani zaútočit, ani utéct nebo jeho snahy jsou marné, dostává se do třetí fáze, vyčerpání. Organismus vyčerpá své fyziologické zdroje. U jedince se mohou projevit stresem vyvolané poruchy, jež mohou nabývat trvalejšího charakteru. Mohou vznikat například různé psychosomatické poruchy (Nolen-Hoeksema a kol., 2012; Vágnerová, 2014; Vodáčková a kol., 2007).

Jak již bylo výše uvedeno, ve chvíli, kdy se jedinec aktivně vypořádává se stresovou situací (fáze rezistence), se mu nabízí dvě možná řešení – **útok a únik**. Buď se v dané situaci rozhodne bojovat, nebo před/z ní utéct. Jedná se o přirozenou reakci zděděnou od našich předků, kdy se často rozhodovalo o jejich životě nebo smrti. V dnešní době jsme jen málokdy v přímém ohrožení života, ale náš organismus reaguje velmi podobně. Útokem je zde míněno aktivní hledání řešení problému, mobilizace rezerv, příprava na akci. Útekem je zde pak myšlen nejen doslovný fyzický útek, ale třeba i přenesení zodpovědnosti na druhého nebo rezignaci (Vágnerová, 2014; Venglářová a kol., 2011).

### 3.1.1 Copingové strategie

„Copingové strategie jsou způsoby vyrovnávání se se zátěží“ (Venglářová a kol., 2011 s. 63). Někdy jsou copingové strategie označovány jako strategie zvládnání (z ang. coping, cope – vypořádat se, zvládnout, poradit si). Pojem zvládnutí rozumíme zvládnutí působícího stresoru a nasazení všech sil k boji, abychom nadlimitní zátěž zvládli. Jedná se o konkrétní aktivity, které respektují realitu, ale nijak ji nezkrusují. Copingové

strategie, které použijeme v dané situaci, si volíme na základě našich předchozích zkušeností a našeho subjektivního hodnocení události.

Celý proces zvládnání zátěžových situací je někdy též označován jako **moderování stresu**. Označujeme tak proces, při kterém by se děním měl změnit nepříznivý a nepříjemný stav stresu (Kopecká, 2015; Venglářová a kol., 2011; Humpl a kol., 2013; Špaténková a kol., 2017).

Copingové strategie můžeme rozdělit například dle Tobinova modelu copingových strategií. Tento model dělí copingové strategie do dvou základních kategorií, příklonové strategie a odklonové strategie. Příklonové strategie i odklonové dále dělí dle jejich orientace. Obě mohou být zaměřené na zvládnání problému nebo na zvládnání emocí.

### **Příklonové strategie**

- Strategie **zaměřující se na problém** jsou řešení problému nebo kognitivní restrukturační.
  - Zvolí-li jedinec hledání řešení problému, musí problém nejprve definovat, vytvořit několik variant řešení a zamyslet se nad jejich klady a zápory, hledá nejúčelnější způsob řešení situace. Nakonec jedno z možných řešení zvolí.
  - Strategie zaměřené na problém, ale můžou být mířeny i dovnitř, jedinec se nesnaží změnit okolí, ale svoje myšlení. Odborně mluvíme o kognitivní restrukturační, jedinec může změnit svoje cíle, změnit úhel pohledu na danou situaci, může hledat pozitiva, která situace může přinášet nebo si například osvojit nové dovednosti.
- Strategie **orientující se na emoce** jsou například vyhledávání sociální opory, hledání chápajícího a podporujícího prostředí (návštěva, telefon, ...) nebo samotné vyjádření emocí (pláč, křik, smích, ...).



## Odklonové strategie

- Mezi strategie **orientované na problém** patří například vyhýbání se problému (odpoutání se od něj, snaha přijít na jiné myšlenky) nebo fantazijní únik (neuvěření faktu, jeho pozměnění, únik od reality).
- Strategie **zaměřující se na emoce** jsou například sebeobviňování nebo sociální izolace. Jedinci své negativní emoce mohou popřít a snaží se je vytěsnit ze svého vědomí (Nolen-Hoeksema a kol., 2012; Vágnerová, 2014; Kopecká, 2015).

### 3.1.2 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročné životní situace. Obranné mechanismy jsou na rozdíl od copingových strategií klamné, fantastické, realitu nerespektující formy zvládnání náročných situací (Špaténková a kol., 2017).

Obecně bychom mohli říci, že se obranné reakce liší například mírou zkreslení reality, postojem, jenž k situaci jedinec zaujme, způsobem, jakým informaci zpracuje, jak se ve výsledku bude jedinec chovat. Obranné mechanismy představují náhražku něčeho, co nelze získat, například pocit pohody nebo uspokojení (Vágnerová, 2014).

Obranných reakcí a mechanismů zvládnání zátěžových situací je velké množství, vyjmenuji zde pouze několik z nich.

- Popření – jedinec odmítá přijímat informace, jež jsou pro něj ohrožující, odmítá realitu.
- Vytěsnění – myšlenky, vzpomínky, traumatizující zážitky a další jedinec přesouvá, vytlačuje z vědomí do nevědomí. Jedinec si je po nějaké době neuvědomuje. Situace se zdá být vyřešená nebo se promítá v pozměněné či zastřené podobě, která nevyvolává tak silný pocit ohrožení.

- Racionalizace – jedinec si rozumově vysvětlí citově ovlivněné chování a jednání. Zdánlivě logicky přehodnocuje zátěžovou situaci, toto přehodnocení mu nabídne subjektivně uspokojivý výklad, ač nemusí být zcela správný.
- Regrese – pro jedince se stává únikem návrat k vývojově nižší úrovni. Například samostatné, soběstačné děti mají potřebu se nechat krmit, dospělí nachází vzorce chování svého dětství (pláč a sliby).
- Rezignace – je většinou reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci. Jedinec nevidí řešení, stává se nedosažitelným. Obranou je zde fakt, že když jedinec nic neočekává, nemůže ho nic zklamat.
- Únik – jedinec utíká z reality pomocí alkoholu, cigaret, psychotropních látek, přejídáním nebo naopak anorexií, workoholismem, sexuální promiskuitou, ... Jedinec ale může utíkat doslova (tedy fyzicky) od situace, a to například odstěhováním, sebevraždou, odchodem ze zaměstnání a podobně. Jedinec může utíkat od situace symbolicky, například zakrytím očí rukama. Může ale utíkat i fantazijně, představami „co by, kdyby“.
- Agrese – jedinec je neadekvátně agresivní v jednání nebo v chování, může být agresivní i vůči sobě, například sebepoškozováním.
- Uzavření se do sebe – jedinec si vytváří svůj vlastní vnitřní svět.
- Projekce – jedinec má tendenci podsouvat své vlastní obavy, selhání, vlastnosti jiným lidem a poté je odsuzovat. Jedinec například svádí svojí vlastní vinu na někoho jiného.
- Bagatelizace – jedinec svůj problém zlehčuje.
- Sebeobviňování – jedinec se nepřiměřeně obviňuje, nepřiměřeně kriticky posuzuje svoje jednání vůči okolí, tak aby se ubránil negativní zpětné vazbě od druhých na mou vlastní osobu.
- Disociace – celistvost osobnosti je narušena, rozložena.
- A další ... (Vágnerová, 2014; Kopecká, 2015; Špaténková a kol., 2017).

## 3.2 Psychohygienu

**Péče o sebe sama** je důležitá pro každého z nás. Nicméně pro lidi, pečující nějakým způsobem o druhé, je ještě podstatnější. Pokud chceme zodpovědně pomáhat druhým, musíme se o sebe umět starat. Práce s klienty je vyčerpávající, emocionálně náročná a energii, kterou zdravotničtí pracovníci investují do druhých, je třeba získávat nazpět. Mezi dáváním a přijímáním energie musí existovat rovnováha. Pokud by dlouhodobě převažovalo rozdávat energii pro druhé, pracovníci jsou na nejlepší cestě k vyhoření. Dále pak tyto lidé nejsou schopni pomáhat druhým, ale pomoc většinou potřebují sami (Špaténková a kol., 2017).

Pro zachování zdravého rozumu je nutno, abychom o sebe pečovali nejen fyzicky ale i psychicky. Lidem, kteří mají zvýšenou fyzickou aktivitu ve své práci, se doporučuje všeobecně odpočívat s aktivizací mysli – čtení, luštění, plánování, ... Naopak lidé, na které je při jejich povolání vyvíjena větší psychická zátěž, by měli odpočívat fyzicky aktivněji – turistika, procházka se psem, zahradnické práce, relaxační sporty, ...

Jedinci pracující se zvýšeným psychickým tlakem by měli být obeznámeni s různými technikami **psychohygieny**. Psychohygienu, jinak též duševní nebo mentální hygiena, je systém vědecky propracovaných návodů a pravidel. Tato pravidla a techniky mají sloužit k udržení, prohloubení a znovuzískání duševní rovnováhy. Každý z nás je jedinečná osobnost, a proto každému z nás vyhovují různé relaxační postupy. Některé techniky slouží k rychlému znovunabytí klidu a energie, jiné slouží k dlouhodobému celkovému zklidnění a trvalé mentální pohodě.

Existují různé dechové relaxační techniky, tělesné relaxační techniky, mezi které patří fyzické aktivity a tělesná cvičení (sport, turistika, procházky, tanec, jóga), různé typy masáží, meditace nebo různé formy terapií (aromaterapie, muzikoterapie, arteterapie, taneční terapie, zooterapie či imaginace) (Kopecká, 2015; Kebza a kol., 2012; Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

### 3.3 Péče o pracovníky v zátěžových situacích

Při samotné práci někdy nemusí být dostačující pouze vlastní duševní hygiena. Kromě psychohygieny, která by nás měla udržovat v jisté psychické kondici, je u profesí s nadměrnou psychickou zátěží důležitá péče po prožití abnormálně stresové situace. Taková péče může být poskytnuta ve formě psychologické první pomoci, psychosociální intervence, supervize nebo například péče dlouhodobějšího charakteru ve formě terapie. Veškerá tato péče je nástrojem, který pomáhá předcházet profesnímu vyhoření či jiným psychickým následkům.

Existuje celá řada nadlimitně stresových situací, které si mohou žádat větší péči. Mezi situace vnějšího charakteru patří například úmrtí dítěte, hromadné neštěstí, smrtelné události s přítomností pozůstalých, výrazná deformace těl, setkání se situací, která vyvolá pocit bezmoci, řešení situací přesahující kompetence profesionála, události s nadměrným či negativním zájmem médií a další. Mezi události týkající se přímo profesionála řadíme například smrt nebo zranění kolegy při výkonu služby, ošetření známých nebo příbuzných, ohrožení nebo napadení posádky, vlastní ohrožení, nehoda sanitního vozidla a další (Humpl a kol., 2013).

#### 3.3.1 Psychologická první pomoc podle systému Critical Incident Stress Management (CISM)

**Critical Incident Stress Management (CISM)** je program preventivní psychologické péče, zaměřené na profesionály (záchranáře, psychology, psychiatry, hasiče, policisty, pracovníky urgentních příjmů, ...), kteří jsou konfrontováni krizovými událostmi během výkonu jejich profese. Program ale může být uplatňován i u partnerů zásahových jednotek či jiných rodinných příslušníků. Tento program vznikl na základě nutnosti čelit v dnešní době čtenějším teroristickým útokům, únosům, přírodním katastrofám, ... událostem, které jsou neobyčejně náročné na dynamiku psychické odolnosti jedince.

Podstatou programu je diskuze, jež by měla mít procesuální a podpůrný charakter.

Obsahem programu jsou:

- strukturovaná sezení v rámci prevence, přípravy a vzdělávání pracovníků;
- strukturovaná sezení po události;
- systém postupů, kterými by se mělo předcházet snížené výkonnosti v práci, případně zamezit psychologické morbiditě;
- zprostředkování následné odborné pomoci.

Současně má program za úkol vytipovat, vyškolit a vytvořit decentralizované týmy posttraumatické péče. Tyto kurzy se využívají v rámci prevence a terapie účinků akutního stresu na rozvoj posttraumatické stresové poruchy (Kebza, 2015; Špaténková a kol., 2017; Hoskovcová, 2009).

V rámci integrovaného záchranného systému existují takzvané **Critical Incident Stress Management (CISM) týmy**, ve kterých pracují dva typy odborníků. Jedni se zaměřují na duševní zdraví, mezi ty řadíme psychology, psychiatry, sociální pracovníky, lékaře či duchovní. Druhou skupinou odborníků tvoří vyškolení kolegiální poradci tzv. **peerové**, vyškolení kolegové z praxe poskytující podporu. Samotný peer program byl poprvé zaveden v Los Angeles v roce 1982 v policejních řadách. Odtud se šířil dále mezi další složky integrovaného záchranného systému. Peerem je v dnešní době člověk stejné nebo podobné profese se srovnatelnou zkušeností. U záchranářů může jít například o záchranáře z jiné výjezdové skupiny. Hasičům může v některých situacích dělat peera i záchranář. Odborníci CISM týmů prochází speciálním výcvikem, jsou průběžně doškolení a pořádají se pro ně pravidelná setkání.

CISM týmy mohou působit na několika úrovních.

- Mohou vytvářet podporu přímo na místě zásahu, v terénu.
- Mohou být využiti pro demobilizaci sil v případě katastrof velkého rozsahu. Demobilizace by měla být prováděna ihned po přesunu z akce. V takovém

případě je jejich cílem snížit stres spojený s kritickou událostí, podání jasných informací o vzniku možných symptomů a zahájení obnovy sil profesionálů na úrovni takzvaného autopilota.

- Mohou být součástí následné péče profesionálům. Následná péče je tvořena pozdějšími setkáními, telefonáty s účastníky, návštěvami duchovního, individuálními konzultacemi. Úkolem odborníka CISM týmu je kontrola, zdali nedošlo k návratu stresových symptomů a případné doporučení účastníkům k zahájení terapie.
- Dalšími technikami, ve kterých jsou odborníci z CISM týmů využíváni, jsou debriefing a defusing (Matoušková, 2013; Hoskovcová, 2009).

### 3.3.2 Defusing a debriefing

Defusing a debriefing jsou metody, které jsou aplikovány v nejbližších možných okamžicích po události dle náročnosti události.

Debriefing (dle anglického debrief – podat hlášení) a defusing (z anglického defuse – zbavit situaci výbušnosti) jsou krizově intervenční techniky uplatňující se při zvládnání zátěže, jež většinou pramení z mimořádné nebo traumatizující události.

**Defusing** se odehrává bezprostředně po události. Mohl by být charakterizován jako uvolňující rozhovor. Nacházíme u něj tři fáze: úvod, fázi průzkumu a fázi informací. Jde o zkrácenou verzi debriefingu. V diskuzi se účastníci vyjadřují k nejbližšímu časovému úseku, tedy co se bude dělat večer. Defusing probíhá často zcela spontánně (Baštecká a kol., 2005; Vodáčková a kol., 2007).

Pojem **debriefing** můžeme poprvé nalézt v 80. letech 20. století. Tehdy ho poprvé použil Američan Jeffrey T. Mitchell. Mitchell debriefing popsal jako „přísně strukturovanou metodu osvětového působení na oběti z řad záchranářů po traumatizující události“ (Baštecká a kol., 2005).

Rozlišujeme, zdali pomáháme přímým obětem nebo poskytujeme pomoc profesionálům. U profesionálních záchranářů existuje předpoklad, že k časně intervenci

dochází po zásahu spontánně. Je na veliteli skupiny, aby zajistil vhodné podmínky a vytvořil atmosféru pro svůj tým, ve které k debriefingu může dojít zcela nenuceně a automaticky (Baštecká a kol., 2005).

Debriefing se zaměřuje na omezení působení stresu, má stabilizovat situaci a zmobilizovat všechny síly takovým způsobem, aby pracovník byl schopen, co nejdříve začít normálně fungovat. Debriefing by měl usnadňovat účastníkům psychické uzavření události. Měl by být prováděn v rozmezí od 24 hodin po události do jednoho týdne (Kebza, 2015).

Debriefing probíhá většinou ve skupině. Je určen pro všechny typy obětí, ačkoli původně byl vytvořen pro záchranáře. Měl by být přítomen psychiatr nebo psycholog a několik peerů. Mitchellem zavedený **debriefing** má **7 konkrétních kroků** řídicích se přesnými pravidly:

1. Úvod – velmi důležitý bod a časově relativně krátký úsek trvající do pěti minut. Úvod musí obsahovat všechny zásadní informace od představení týmu, účelu, proč se setkáváme, zdůraznění, že nejde o kritiku ani o vyšetřování, ale má jít především o otevřenou diskusi nad událostí, zážitky a reakcemi účastníků. Důraz je kladen na důvěrnost sděleného a hierarchickou rovnost účastníků. Naposledy dojde k nastínění toho, co se bude dít a jak by to mělo probíhat.
2. Fáze faktická – v této fázi se vystřídají účastníci s vlastním popisem toho, co se stalo, uvádějí jméno a svojí funkci při zásahu.
3. Fáze myšlenek – jde o fázi, kde účastníci přechází z kognitivní fáze k emocionální. Vedoucí se ptá: „Co bylo vaší první myšlenkou poté, co jste přestali jednat automaticky.“
4. Reakční fáze – jedná se o plně emocionální fázi, kde se ptáme: „Co bylo pro vás na celé situaci to nejhorší“.
5. Fáze symptomů – druhá přechodná fáze. Vracíme se z emocionální roviny ke kognitivní. Cílem této fáze je shrnout konkrétní symptomy stresu, rozdělit si je, vysvětlit a informovat o možnostech, jakými by se daly řešit.

6. Fáze učení – dochází k plnému návratu do kognitivní fáze, zaměřuje se na hlavní projevy stresu, způsoby, jak se s nimi vyrovnávat pomocí copingových strategií.
7. Návrat – je poslední fází debriefingu. Dochází ke zodpovězení případných dotazů a pozváním k občerstvení. To vytváří nenásilnou nabídku individuální konzultace (Baštecká a kol., 2005; Kebza, 2015).

McMains a Mullins ve své práci shrnují cíle debriefingu jednoduše ve třech bodech. Prvním z nich je poskytnout rozumový vhled jak na událost, tak na její emoční důsledky. Druhým z cílů je nastartovat proces, při kterém by měl účastník přijmout svoje myšlenky, pocity a činy během traumatické události. Jako poslední cíl si stanovují znecitlivění nepřiměřeného rozrušení, které událost vyvolává.

Ačkoli na počátku zrodu měl debriefing přesnou strukturu a pravidla, v dnešní době se pojem debriefing užívá pro téměř jakékoli skupinové sezení, kde se nějakým způsobem probírá mimořádná událost. Většina těchto sezení má ale tři společné prvky:

- zabývají se tím, co se lidem během události přihodilo;
- věnují se tomu, jak se po události cítí a jak na to reagují;
- podávají informace o běžných reakcích lidí na traumatizující událost (Baštecká a kol., 2005).

### **3.3.3 Psychosociální intervenční služba (PIS)**

Další formou péče o zdravotníky po nadměrně náročných situacích je psychosociální intervenční služba.

V České republice je od roku 2010 v činnosti **Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)**. SPIS byl primárně založen za účelem poskytování psychosociální intervenční služby zdravotníkům hlavně v oblasti urgentní péče. „V roce 2011 pak bylo zajištění psychosociálních služeb zakotveno v zákoně č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele ZZS“ (SPIS (b)). Postupně se nabídka psychosociálních intervenčních služeb rozšiřuje od ZZS do velkých nemocnic.



SPIS nabízí **kolegiální peer podporu**, sdružuje peer pracovníky, které si i školí. Tito pracovníci jsou vyškoleni v první psychické pomoci a úzce spolupracují s odborníky na duševní zdraví. Peer pracovník je diskrétní, sdílí a podporuje, zachovává mlčenlivost, nekritizuje ani nehodnotí, respektuje právo na svobodné rozhodnutí přijmout nebo nepřijmout nabízenou podporu. Ze setkání nejsou pořizovány žádné záznamy, služba je zcela anonymní.

Setkání s peer pracovníkem může probíhat individuálně nebo skupinově. Může se uskutečnit na vlastní žádost nebo na doporučení nadřízeného, bezprostředně nebo s časovým odstupem po události (Humpl a kol., 2013; SPIS (b)).

V roce 2014 se činnost SPISu rozšířila, poskytuje kromě podpory zdravotníkům ještě **první psychickou pomoc sekundárně zasaženým** – nejčastěji se jedná o blízké osoby zažívající vlivem událostí těžký psychický nebo emoční otřes, osoby, kterým někdo umřel nebo umírá. Pro tuto činnost SPIS sdružuje vyškolené zdravotnické interventy (SPIS (a)).

Roku 2002 byla zřízena v resortu Policie ČR anonymní telefonická linka pomoci v krizi, která je oborovou linkou důvěry. Tato linka byla vytvořena pro potřeby policistů, hasičů, pracovníků Ministerstva vnitra a jejich rodinné příslušníky. Doposud neexistovala podobná linka pro zdravotníky. Od 30. března 2020 je nově zřízena anonymní **Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví** s nepřetržitým provozem. Linka je zajišťována členy SPISu a je určena nejen pro pracovníky přicházející do přímého styku s pacienty, ale i pro vedoucí pracovníky, operátory a operátorky tísňových linek či farmaceuty (Humpl, 2020; Baštecká a kol., 2005).

## 4 SUPERVIZE

S ohledem na zaměření bakalářské práce v následující kapitole rozebereme supervizi podrobněji.

Supervize je proces, při kterém dochází k dialogu mezi odborníkem a účastníkem nebo účastníky sezení. „Tento proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí“ (Venglářová a kol., 2013). Supervize nejsou určeny pouze po pomáhající profese, využívají se ve všech profesích, u kterých je nutné pracovat s lidmi, ať už ve zdravotnictví, sociálních službách nebo v řízeních lidských zdrojů, pronikají do oblasti vzdělávání a výchovy (Venglářová a kol., 2013).

Supervize je setkání, vedení dialogu. V těchto dialozích jsou rozebírány situace, se kterými se v našem případě zdravotníci setkávají ve své praxi. Nejedná se pouze o zatěžující situace při jednání s pacienty, vnímání bolesti, smutku, stresu. V dnešní době se často hovoří i o problémech a nepříjemných situacích, které vznikají mezi vedením týmu a podřízenými nebo mezi kolegy samotnými. Náplní supervizního setkání může být také rozebírání složité kazuistiky. V takovém případě není cílem setkání pouze hledání vhodného léčebného postupu, ale i zvědomění pocitů, emocí, obav, reflexi vlastního chování a přístupu k nemocným. Cílem supervize je hledání řešení, nikoli odsuzování profesních pochybení. (Venglářová a kol., 2013; Vávrová, 2012).

## 4.1 Definice supervize

Pokud bychom hledali výklad pojmu supervize, často najdeme překlad z anglického jazyka jako dozor, kontrola, dohled, inspekce. V našem případě tento výklad není zcela vhodný a negativně zkresluje představu o supervizi. Vhodnější je podívat se na původ hesla supervize do latiny. Zde bychom termín supervize našli pod pojmem *super* (nahore, shora) a *visio* (představa, vidění, pohled), tedy vidět shora. Tento překlad je pro pojetí supervize, jak je prezentována, zcela vystihující (Marková, 2010; Svobodová, 2015).

Definice supervize není jednoduchá. V odborné literatuře nacházíme mnoho různých definic. Jednu z možných definic můžeme nalézt například na stránkách Českého institutu pro supervizi. Ten supervizi definuje jako metodu poradenství, ve které účastníci hodnotí svoji profesionální aktivitu. Vidí ji jako postup, kde účastníci s pomocí supervizora (odborníka) hledají řešení problémů přítomných v pracovním procesu (Český institut pro supervizi, 2006a).

Venglářová (2011, s. 153) definuje supervizi užívanou ve zdravotnictví jako „setkávání za účelem reflexe zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta.“

Hawkins se ve své knize odvolává na Hessovu definici supervize z roku 1980. Hess supervizi popisuje jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“ (Hawkins a kol., 2016 s. 59).

## 4.2 Účastníci supervize

Mezi účastníky supervize patří supervizor, supervidovaný, popřípadě zadavatel. Samotné supervizní setkání, jak již bylo řečeno, je dialog mezi dvěma stranami. Na jedné straně stojí odborník – supervizor, na druhé straně může stát jeden nebo více účastníků supervize – supervidovaný. Jako posledního účastníka můžeme mnohdy najít zadavatele supervize (Venglářová a kol., 2013).

### 4.2.1 Supervizor

Supervizor je odborník. Jde nejčastěji o profesionála s dlouholetou praxí v oblasti práce s lidmi nebo ve vedení týmů, jež je vyškolený v oblasti supervize. Supervizor má za úkol pomáhat pracovníkům v jejich práci a v jejich reflexi (Venglářová a kol., 2013).

Supervizor je jakýsi průvodce, který pomáhá supervidovaným vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací (Český institut pro supervizi, 2006b). Supervizor má při sezení za úkol nabízet supervidovanému náhled na problém zvenčí, přináší svoje zkušenosti a případná doporučení. U složitějších případů či při účasti na mimořádné události se supervizor snaží poskytnout podporu, dodat inspiraci pro nové postupy, posílit jeho pracovní kompetence, navrhnout pracovníkovi další vzdělávání (Venglářová a kol., 2013).

Supervizor by měl mít určité předpoklady pro to, aby mohl být dobrým supervizorem. Potřebné **dovednosti** pro supervizora jsou:

- vžít se do klienta ještě před rozhovorem;
- uzavírat kontrakt;
- vést rozhovor od obecnějších informací ke konkrétnějším;
- naslouchat, dotazovat se;
- nestranně, ale zaujatě, starostlivě a s citem pohlédnout na problém;
- postřehnout důležité detaily, na první pohled nedůležité a nezřetelné;
- sdílet vlastní pocity (Venglářová a kol., 2013; Kosová a kol., 2014).

Supervizor by **měl být schopen** vytvořit bezpečné prostředí, místo podpory a přijetí. Supervizor vytváří prostředí důvěry, kde nastavuje pracovníkům „zrcadlo“, přináší nadhled nad jejich těžkostmi, nedorozuměními či problémy. Je důležité, aby uměl pracovat s etickými problémy a normami. Supervizor musí zvládat svoje emoce a pocity. Supervizor by měl rozvíjet své dovednosti, schopnosti, sledovat aktuální situace, aby na ně byl schopen pružně reagovat. Musí umět oddělit osobní problémy supervidovaného, které nemají být součástí supervize. K řešení osobních problémů slouží například psychoterapie. Úkolem supervizora je udržet supervizní setkání pouze v pracovní oblasti, neslouží k probírání osobních témat (Vávrová, 2012; Venglářová a kol., 2013).

Během supervizního setkání má supervizor několik možností, jakým způsobem bude se supervidovaným jednat a jakou **intervenci** zvolí:

- předpisující – supervizor může udílet rady, bude direktivní;
- informující – supervizor může informovat, instruovat;
- konfrontující – supervizor může vyzývat, může poskytovat supervidovanému přímou zpětnou vazbu;
- katarzní – supervizor může supervidovaného uvolňovat, odreagovávat;
- katalytickou – supervizor může být reflektivní, může nabízet vlastní řešení problému;
- podporující – supervizor může uznávat supervidovaného, potvrzovat nebo supervidovaného oceňovat (Venglářová a kol., 2013).

Supervizor **nemá možnosti** ani pravomoci provádět změny na pracovišti supervidovaného. Nepřebírá zodpovědnost za supervidovaného, nekontroluje jeho práci, nekritizuje, neponižuje, nemá pouze poučovat.

Někdy můžeme vnímat, jak obtížné je pro supervizora udržet tenkou hranici obsahu supervizního setkání, **supervizor není** tutorem ani mentorem supervidovaného, není jeho psychoterapeutem a není ani jeho nadřízeným (výjimkou je zvláštní forma supervize manažerská – supervizor je zde přímo nadřízený) (Venglářová a kol., 2013).

#### **4.2.2 Supervidovaný**

Supervidovaný, někdy též označovaný jako supervizant, je pracovník, účastník supervize, který vnímá důležitost v reflexi své práce i tímto způsobem. Tento pracovník cítí supervizi jako součást svého profesního růstu. Může vnímat supervizi i jako součást prevence proti vyhoření (Venglářová a kol., 2013).

#### **4.2.3 Zadavatel**

Jsou případy, kdy sám pracovník cítí potřebu supervize a vyhledá supervizora sám. Jindy v supervizi existuje třetí strana, která sjednává supervizi pro svoje zaměstnance. Tato strana se nazývá zadavatel supervize. Úkolem zadavatele je nejen sjednat supervizi, ale i zajistit pro ni podmínky – časové, prostorové, někdy i finanční.

Někdy může docházet ke zneužití či špatného využívání supervize zadavatelem. Účel, za kterým zadavatel supervizi sjednává, by měl být čistě prospěch a rozvoj svých zaměstnanců, zlepšení situace na pracovišti, nikoli za účelem získání informací od zaměstnanců nebo o svých zaměstnancích. Supervizor musí mít vždy na paměti ochranu informací nabitých během supervizního setkání. Supervize neslouží ke kontrole zaměstnanců, ani k řešení manažerských otázek či děláním důležitých rozhodnutí například propouštění (Venglářová a kol., 2013).

### **4.3 Supervizní kontrakt**

Mezi jednotlivými účastníky supervize se uzavírá tzv. supervizní kontrakt – forma dohody o spolupráci. Kontrakt obsahuje informace o formálních, ale i praktických stránkách supervize. Většinou se kontrakt uzavírá písemně na dobu určitou. Jakékoli změny či dřívější ukončení spolupráce, než bylo dohodnuto, bývá písemně dokládáno také.

Samotný kontrakt je složený ze dvou částí – **obecný kontrakt a užší kontrakt**. Obecná část, v některých literaturách označována jako širší, obsahuje spíše formální informace. Širší kontrakt uzavírá často zadavatel supervize – vedení nemocnice, vrchní sestra, vedoucí pracovník. V širším kontraktu jsou vymezovány tyto údaje:

- kdo bude účastníkem supervize;
- frekvence supervize, s jakou bude probíhat;
- délka supervize – doba trvání kontraktu a délka jednotlivých sezení;
- forma supervize;
- cíl supervize;
- financování supervize;
- evidence docházky;
- zhotovení závěrečné zprávy (Venglářová a kol., 2013; Venglářová a kol., 2011).

Užší kontrakt je uzavírán výhradně pouze mezi supervizorem a supervidovaným. Obsahem užšího kontraktu je konkrétní obsah a metody práce v supervizi. Témata a náměty supervize přináší na úvod supervize supervidovaný. Výběr témat probíhá formou rozhovoru, supervizor témata nepřináší. Rozhovor může supervizor vést, může proces vybírání témat řídit, případně témata pojmenovávat. Kontrakt není omezení volby, vzniká v dialogu, vytváří pocit vzájemnosti, důvěry, měl by bránit zneužití moci (Kosová a kol., 2014; Venglářová a kol., 2013).

V rámci dohody je nezbytné, aby bylo prodiskutováno, jakým způsobem bude zajištěna jednak **ochrana pacientů** (důvěrnost informací, uvádění jmen a jiných citlivých údajů sdílených během supervize), jednak **ochrana supervidovaných** (předcházení úniku informací ze supervizního setkání mimo skupinu, ať už k zadavateli, nebo k jiným pracovníkům organizace nebo k vedení organizace).

V případě, že je kontrakt uzavírán mezi třemi stranami (supervizor, supervidovaný a zadavatel), jsou se zněním kontraktu obeznámeny všechny strany (Venglářová a kol., 2013).

## 4.4 Historie supervize

K rozvoji supervize ve smyslu, jakém ji známe dnes, došlo na konci 19. století v anglosaské oblasti v sociálním odvětví. Tehdy dobrovolníci (dnešní sociální pracovníci) využívali supervizi v terénu ve smyslu poradenství a administrativní podporu placených, zkušenějších kolegů.

Počátky supervize ve zdravotnictví jsou známy ze začátku 20. století z Velké Británie. Zde byla první supervize zavedena porodním asistentkám. Porodní asistentky dennodenně doprovázela supervize, kterou vedly zkušenější asistentky. Supervize měla především funkci řídicí, zkušenější asistentky dohlížely na administrativní úkony a propojení porodnické praxe s právními a organizačními předpisy. Supervizor tehdy přejímal odpovědnost za to, že mladší porodní asistentky dodržují všechna nařízení.

Dále se supervize nejvíce rozvíjela v sociální oblasti, která se rozšiřovala o vzdělávací funkci. Rozvoj dalších forem supervize nastává ve 20. letech 20. století, kdy se vytváří úzký kontakt sociálních pracovníků s lékaři. Tím vzniká skupinová forma supervize, sociální pracovníci se stali podporou lékařů v nemocnicích svými informacemi o sociálních okolnostech života pacientů. Složitost případů byla patrná už v dřívějších dobách a bylo jasné, že jeden odborník není dostačující. To vše dalo základ skupinové supervizi, během níž docházelo k výměně postřehů a obohacení znalostí z jednotlivých případů vedoucích ke zlepšení práce účastníků sezení (Marková, 2010).

V roce 1995 proběhlo v Čechách 1. třídní symposium o supervizi v psychoterapii, kde proběhlo k výměně supervizních zkušeností z různých škol a směrů u nás. V druhé polovině 90. let se objevuje poptávka po supervizi v novém systému komunitní péče o duševně nemocné. V roce 2002 vzniká Český institut pro supervizi pětiletou spoluprací České asociace pro transakční analýzu, Pražským psychoterapeutickým institutem a britskou psychoterapeutkou a supervizorkou Julií Hewson (Supervize Praha, 2013b).



## 4.5 Funkce supervize

Každá zavedená supervize musí mít svůj cíl, tento cíl určuje také funkci supervize. Cílem supervize může být např. prevence syndromu vyhoření, vedení případu, zvládnání emocí, zlepšení předávání informací a další. Funkce se v supervizích mohou prolínat. Podle zvoleného cíle ale mohou být některé funkce upřednostňovány před jinými. Nejčastěji se v odborných literaturách setkáme s dělením na 3 hlavní funkce – vzdělávací, podpůrnou a řídicí.

- **Vzdělávací (formativní) funkce supervize** – účelem této supervize má být rozvoj dovedností a schopností supervidovaných, porozumění, získání nových vědomostí. Většinou k tomu dochází při analýze kazuistik. Členové supervize, nejen supervizor, sdílejí své poznatky a zkušenosti s ostatními členy supervize. Tím ostatním umožňují vlastní rozvoj.
- **Podpůrná (restorativní) funkce supervize** – podpora prolíná všechny formy supervize. Supervizor se snaží pochopit obtíže pracovníka, porozumět jim. Na supervidované působí zoufalství, bolest, roztržitost klientů, dalším úkolem supervizora je reflektovat emoce supervidovaného. Poté se snaží pracovníka naučit o prožívání těchto náročných situací hovořit a využít tak možnosti ventilovat je a sdílet je. Často se nacházejí pracovníci v prostředí, kde dochází spíše k potlačování emocí a snaze je vytěsnit. Tyto tendence se mohou podílet na vzniku psychosomatických onemocnění či jiných psychických problémů. Podpůrná supervize může napomoci řešení a odolávání stresových situací i jejich důsledkům. Patří mezi základní pilíře v boji proti vyhoření.
- **Řídicí (normativní) funkce supervize** – tato supervize se využívá zvláště u začínajících pracovníků. Plní při práci s lidmi hlavně funkci kontroly kvality. Supervizor dělá dohled nad postupy a způsoby práce supervidovaného (supervizor nepřebírá odpovědnost za práci supervidovaného). Supervizor například nabízí možnosti, kde a kdy si může supervidovaný doplnit potřebné vědomosti a dovednosti v případě nejistoty nebo obav při vykonávání profese (Venglářová a kol., 2013; Venglářová a kol., 2011; Hawkins a kol., 2016).

## 4.6 Frekvence supervize

Frekvence supervizních setkání je předem stanovenou položkou v rámci supervizního kontraktu. Supervize může probíhat formou pravidelných setkání, může být příležitostná nebo v případě mimořádné události v zařízení může být svolána krizová supervize.

**Pravidelná setkání** bývají nejefektivnější. Pochopení a správné využívání supervize potřebuje čas. Nejčastěji dochází k setkání v intervalech 1x za 6-8 týdnů, v závislosti na typu pracoviště. Do úvahy je brána míra zátěže, zralost a pracovní zkušenosti pracovníků. Pokud je na pracovišti frekvence nových a náročných případů velká, volí se častější a kratší setkání, tedy například šestitýdenní intervaly s dvou až tří hodinovými sezeními.

**Příležitostná supervize** je využívána k řešení konkrétních témat. Pracovníci se domluví na tématu, může jít o změny v organizaci práce, rekapitulaci období, změny v pracovních týmech. K supervizi v tomto případě dochází jednou za několik měsíců, nedochází při ní ke kontinuálnímu rozvoji pracovníků.

**Krizová supervize** je svolávána v případě ojedinělé, mimořádné události. Může jít například o sebevraždu kolegy, napadení spolupracovníka, krádeže na oddělení, problémy s návykovými látkami u pracovníka, a další. V ideálním případě krizová supervize pouze doplňuje supervize pravidelné. Není vhodné řešení, aby docházelo pouze ke krizovým supervizím, ty pak mohou nabývat spíše podob debriefingu (popsán v kapitole 3.3.2).

V praxi často dochází k podhodnocování počtu sezení. Ta pak neplní svoji úlohu. Pracovníci se následkem této skutečnosti utvrzují ve faktu, že pro ně supervize není užitečná. V tomto případě dochází spíše o formální splnění supervize než o skutečnou supervizi a možnosti naplnění její podstaty (Venglářová a kol., 2013).

## 4.7 Formy supervize

Způsobů, jak hledět na supervizi je velké množství. Supervize můžeme rozdělit podle různých aspektů do několika skupin.

### 4.7.1 Supervize přímá a nepřímá

První z možností, jak hledět na supervize, je podle **přítomnosti supervizora při práci**. Pokud je supervizor přítomen při práci supervidovaného, jedná se o **supervizi přímou**. Pokud supervidovaný zpětně referuje o své práci na supervizním setkání, jde o **supervizi nepřímou** (Venglářová a kol., 2011; Venglářová a kol. , 2013; Vodáčková a kol., 2007).

### 4.7.2 Individuální, skupinová a týmová supervize

Dalším možným dělícím kritériem jsou samotní přítomní **supervidovaní**. Supervidovaní se mohou setkávat se supervizorem buď sami, nebo ve skupině. Pokud se setkávají sami, jedná se o individuální supervizi. Pokud se setkávají všichni členové jednoho týmu, jde o týmovou supervizi. Poslední možností je setkání skupiny pracovníků s podobnou náplní práce z různých pracovišť, v tomto případě jde o skupinovou supervizi. Společným jmenovatelem skupiny je účel setkání – hovor o práci a klientech.

**Individuální supervize** je setkání právě dvou osob, pracovníka a supervizora. Supervizní setkání probíhá formou strukturovaného rozhovoru. U této formy supervize může být pro supervizora obtížné uhlídat tenkou hranici mezi supervizí a psychoterapií. Obsahem supervizního sezení má být stále pouze pracovní problematika pracovníka.

**Skupinová supervize** zprostředkovává setkání skupiny pracovníků se stejným zájmem, s podobnými pacienty, problémy, s podobným způsobem práce. Nemusí se nutně jednat o pracovníky stejné profese, ale stejného principu práce. Účastníci nepociťují žádné vztahy ve smyslu nadřízenosti či podřízenosti, což je zde výhodou. Supervidovaní se mohou účastnit supervize zcela anonymně bez udání názvu pracoviště či organizace, ve kterém pracují. Skupinu tvoří většinou 8-12 pracovníků ze stejných nebo různých organizací.

Skupiny mohou být **otevřené nebo uzavřené**. V uzavřených skupinách je stálý počet účastníků. Uvnitř skupiny se vytváří vztahy mezi členy, je umožněna vzájemná větší podpora, snadněji dochází ke sdílení nových informací ve známém prostředí. Otevřené skupiny fungují v některých zdravotnických zařízeních, předem je dána délka a termín supervize, na tu se mohou volně dostavovat pracovníci organizace. U otevřených skupin je nutná zvýšená obezřetnost při ochraně soukromí – je třeba ohlídat zamezení šíření informací ze supervizního setkání napříč organizací.

Cílem skupinové supervize je profesionální rozvoj pracovníků a získávání nových poznatků. Společným prvkem skupiny je předem jasně stanovený cíl, obsah a požadavky supervize. Nejčastěji je obsahem supervizních setkání rozebírání kazuistik.

**Týmové supervize** se účastní všichni členové týmu. Supervize se zaměřuje na spolupráci pracovníků, jejich komunikaci a zlepšení efektivity práce. Týmová supervize se může zabývat: vztahy uvnitř týmu (role, hierarchie, etika, komunikace, práce s klienty, ...), vztahy v organizaci (hodnocení, efektivita práce, vzdělávání, péče o zaměstnance, finanční hledisko), vztahy k vnějšku (společenské klima, ekonomika, politika, ...). Často se rozebírají komplikované případy, konflikty, negativní zážitky, pravidla ošetřování a další.

I u týmové supervize se vyplácí omezit počet účastníků na 15, při větším počtu nemají zpravidla účastníci dost prostoru. Supervizní skupina je ovlivněna přítomností pociťované hierarchie mezi pracovníky, nejen nadřízeností a podřízeností, ale také délkou praxe jednotlivých pracovníků, jejich zkušenostmi, vzděláním nebo oblíbeností pracovníků. Při supervizním setkání může být přítomen nejbližší nadřízený, jeho účast je ovšem dobré zvážit (Venglářová a kol., 2011; Venglářová a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2007).

### 4.7.3 Externí a interní supervize

Další z možností, jak rozdělit supervize, je do skupin dle **přítomnosti supervizora na pracovišti**.

Pokud není přítomen ve skupině pracovníků/v organizaci supervizor, je pro supervizi přizván **externí supervizor**. Dalším důvodem přizvání externího supervizora může být snaha o náhled do organizace bez zaujetí, objektivněji. Externí supervizor má šanci vidět věci v pracovní skupině v širším kontextu, z jiných úhlů, má možnost odhalit případné nedostatky a kritické body skupiny pracovníků. Externí supervizor není zaměstnancem organizace, ve které supervize probíhá, ani s ní nespolupracuje jakoukoli jinou formou.

Pokud supervizor poskytuje supervizi na svém pracovišti, v organizaci, pro kterou pracuje, jedná se o **interního supervizora** (Venglářová a kol., 2011; Venglářová a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2007).

### 4.7.4 Supervize bez supervizora

Existují specifické supervize **bez přítomnosti supervizora**. Jednou z nich je intervize – supervize na jednom pracovišti mezi spolupracovníky bez supervizora. Zvláštním případem je potom autosupervize, kdy je pracovník sám sobě supervizorem.

**Intervize** je specifická supervize probíhající v jedné organizaci mezi spolupracovníky. Formální náležitosti jsou svěřeny jednomu z pracovníků, ve vedení supervize se mohou kolegové střídat. **Skupinová intervize** bývá označována jako peer-supervize. **Individuální intervize** je supervize probíhající mezi dvěma kolegy. Jeden pracovník si sjedná konzultaci s druhým za předem ujasněných podmínek konzultace.

**Autosupervize** se jindy též označuje také autovize nebo sebesupervize. Autosupervize je dlouhodobý proces, ve kterém se pracovník sám zamýšlí nad svými postupy a seberefektuje svoji práci. Základní oblasti autosupervize jsou sebehodnocení a sebezpozorování (Venglářová a kol., 2011; Venglářová a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2007).

## 4.8 Vzdělání supervizora

Podmínky pro to, stát se supervizorem nejsou doposud nikde vymezeny. Prozatím neexistuje profese „supervizor“, proto nemůžeme tyto podmínky ani nikde nalézt. Byť je setkání supervizora a supervidovaného na kolegiální úrovni, musí supervizor být odborníkem ve své oblasti vzděláním, praxí i zkušenostmi, jinak by supervidovanému nebyl schopen odpovědět na jeho otázky a pomoci mu (Venglářová a kol., 2013).

V dnešní době je možné získat vzdělání například formou čtyřletého výcviku v **Českém institutu pro supervizi**. Podmínky pro vstup do tohoto supervizního výcviku jsou:

- „vysokoškolského vzdělání zakončené magisterským titulem humanitního směru nebo medicína s možností žádat výjimku;
- 13 let praxe v oblasti pomáhajících profesí;
- psychoterapeutický výcvik;
- 120 hodin vlastní supervize, z toho minimálně 20 hodin individuální supervize
- zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí (minimálně 200 hodin) nebo zkušenost s vedením pracoviště, týmu – minimálně tříletá praxe“ (Český institut pro supervizi, 2006a).

Vzhledem k rozsáhlosti a náročnosti podmínek pro vstup do supervizního výcviku Českého institutu pro supervizi je vyškolených supervizorů poměrně málo (Venglářová a kol., 2013).

Existují ještě další organizace zabývající se výcvikem supervizorů, liší se náročností vstupních požadavků, rozsahem výcvikových hodin, někdy se mohou odlišovat i filozofií supervize. Jednou z takových organizací je například **Remedium Praha**. Organizace Remedium Praha v rámci vlastního vzdělávacího programu Řízení a supervize v pomáhajících profesích nabízí několik výcviků s různým zaměřením. Pro každý výcvik jsou stanoveny vlastní vstupní specifické podmínky (Remedium Praha, 2015).

Další organizací poskytující výcvik supervizorů je například **Asociace supervizorů pomáhajících profesí**. I tato organizace nabízí akreditované vzdělávání Ministerstvem práce a sociálních věcí. Její kurzy jsou zaměřené hlavně na vzdělávání supervizorů v sociálních službách, zdravotnických službách a oblasti školství (Asociace supervizorů pomáhajících profesí (b)).

Zcela odlišným typem vzdělání je **magisterský obor Supervize a řízení v sociálních a zdravotnických organizacích** na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Tento obor má za úkol připravit absolventy na pozici manažerskou ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ve státní správě i neziskových organizacích, kde nejčastěji zastávají pozici manažera kvality, lektora, projektového manažera nebo supervizora (UK, 2019) .

#### 4.9 Etické principy v supervizi

Je vhodné, aby se každý supervizor hlásil k etickému kodexu některých z asociací pro supervizi, ať už českou, nebo světovou. Etický kodex zahrnuje platné a mravné základní principy v dané oblasti. Etické zásady pro supervizory uvádí například Evropská asociace supervize (EAS). Některé principy tohoto kodexu jsou:

- **Prospěch klienta** – nejvyšší princip supervize. Podstatou supervize je osobní a profesní rozvoj pracovníka, což by se mělo odrazit na kvalitě práce s klientem.
- **Dobré úmysly** – vše by mělo vycházet z dobrých úmyslů, vedoucích k rozvoji pracovníka.
- **Autonomie** – supervizor by měl chránit vlastní názor klienta, ačkoli může být v rozporu s názorem supervidovaného. Taktéž je to i s názory supervizora a supervidovaného, nemusí se shodovat, ale supervizor by měl respektovat volbu supervidovaného, supervidovaný by se měl svobodně a kompetentně rozhodovat sám.

- **Věrnost** – supervizor by se měl držet své odbornosti, kompetence, etiky a zásad.
- **Důvěrnost** – informace sdílené při supervizi mezi účastníky jsou důvěrné a citlivé. Supervizor ani supervidovaný nevynášejí informace.
- **Závažné ohrožení zájmu klienta** – informace jsou mezi účastníky důvěrné do doby, kdy nejde o závažné ohrožení klienta. V takovém případě, pokud supervidovaný není ochoten situaci měnit, se spojí supervizor s přímým nadřízeným ke konzultaci celé situace. Supervizor se nadále řídí platnými zákony.
- **Myslet na sebe** – supervizor by se měl sám dál vzdělávat, sdílet se svými kolegy a také mít svou vlastní supervizi (Venglářová a kol., 2011; Venglářová a kol., 2013; Český institut pro supervizi (b); Kosová a kol., 2014).

Obecně bychom mohli říci, že se etické principy zohledňují čtyři roviny: dodržování platné legislativy a zásad, prospěch klienta, prospěch supervidovaného, prospěch supervizora.

#### **4.10 Dostupné možnosti supervize pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče v dnešní době**

V dnešní době patří mezi povinnosti ZZS dle zákona č. 374/2011 Sb. zajistit psychosociální službu pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče. Tato povinnost nijak nezahrnuje supervizi. Pokud zaměstnavatel tuto možnost nabízí nebo k supervizi na pracovišti dochází či upozorňuje na její nabídku, jde spíše o výjimku (Zákony pro lidi, 2017).

Prozatím není jednoduché najít organizaci, která by se zabývala cíleně supervizí pro zdravotníky. Zatím lze dohledat pouze jedince supervizory, kteří se této oblasti věnují. Takové supervizory můžeme nalézt například v seznamu supervizorů zaregistrovaných v Českém institutu pro supervizi. Ojediněle můžeme najít supervizory věnující se oblasti



zdravotnictví i v dalších organizacích například Remedium Praha, Supervize1. Asociace supervizorů pomáhajících profesí nebo Supervize Praha poskytují na svých stránkách jmenný seznam supervizorů s kontaktními údaji ovšem bez udání jejich zaměření. Dalšími podobnými organizacemi, které v popisu své činnosti nabízejí supervizi ve zdravotnictví, ale informace o zaměření se na oblast zdravotnictví u jednotlivých supervizorů již nenajdeme, jsou například Alternis, MAMADŮ institut s.r.o. nebo HERMÉS Group Praha (Český institut pro supervizi (a); Remedium Praha, 2006; Supervize1; Supervize Praha, 2013a; Asociace supervizorů pomáhajících profesí (a); Alternis; MAMADŮ; HERMÉS Group Praha, 2020).

Supervizorů specializujících se na péči o zdravotnický personál není sice příliš, nicméně dobrý supervizor nemusí být primárně zaměřen na tento sektor, přesto může zdravotníkům poskytovat kvalitní supervizi.

## 5 DŮSLEDKY NEDOSTATEČNÉ PSYCHOHYGIENY, SELHÁNÍ PODPŮRNÝCH PROSTŘEDKŮ

Velká zátěž se na zdravotnických pracovnících může projevat v širokém spektru důsledků. Díky působení různých zátěží může u jednotlivců dojít až k **narušení psychické rovnováhy**. To může mít za následek výkyvy v prožívání, uvažování nebo i chování. Někdy může dojít pouze k dočasné změně, v jiných případech může mít změna trvalejší charakter (Vágnerová, 2014).

Kromě psychických poruch se můžeme setkat i **somatickými poruchami** jako jsou například alergie, ekzémy, astma, únavový syndrom, žaludeční vředy, zvracení, impotence, bolesti v zádech, za krkem, v oblasti hrudníku, bolesti hlavy, návaly, vysoký krevní tlak, srdeční vady, snížení obranyschopnosti organismu a podobně. Často opomíjený důsledek, ale stále velmi závažný, je závislost na psychoaktivních látkách (Hoskovcová, 2009; Nešpor a kol., 2001; Nolen-Hoeksema a kol., 2012; Venglářová a kol., 2011).

Nejvíce ohrožující jsou pak sebevražedné úvahy, sebevražedné pokusy či dokonané sebevraždy. Nejde o nikterak výjimečnou situaci, často se zde odráží nejen pracovní zátěž, ale i přidružená porucha či závislost na psychoaktivní látce (Hoskovcová, 2009).

**Mezi psychické poruchy** způsobené stresogenním prostředím můžeme zahrnout úzkostné poruchy, deprese, akutní stresovou reakci, posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření, obsedantně-kompulzivní poruchu.

## 5.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (z anglického burnout syndrome) můžeme někdy v literatuře nalézt jako syndrom vyhasnutí, vyprahnutí, vypálení. Termín **burnout syndrome** vzešel do pracovní oblasti poprvé na přelomu 70. a 80 let 20. století ve Spojených státech. Tehdy Herbert Freudenberger popsal syndrom vyhoření jako rezignaci, letargii a vyčerpání v zaměstnání, které se projevuje na psychosomatické, psychické i behaviorální úrovni jedince.

Výstižně a zjednodušeně lze syndrom vyhoření popsat jako označení procesu, během něhož se zápal pro věc mění v naprosté odcizení, chlad a rezignaci. Na začátku silně plápolající oheň aktivity, nadšení a zájmu, již spálil vše a nemá nadále co hořet.

Syndrom vyhoření popisuje proces, při kterém dochází k profesionálnímu selhávání jedince na základě vyčerpání.

Toto **vyčerpání** nejčastěji **způsobuje**:

- navyšování požadavků zaměstnavatele, okolí nebo jedince samotného;
- nejasnost profesionální role;
- nesplnitelnost pracovních úkolů nebo jejich neslučitelnost;
- neadekvátní finanční ohodnocení;
- nerovnováha mezi kritikou a oceněním (někdy až úplnou absencí ocenění).

Jedinec ztrácí zájem o práci, ztrácí ideály, nenachází v práci smysl, chybí mu energie a chuť činnost nadále dělat, ztrácí motivaci, jeho postoj k práci je negativní. Dochází k odosobnění pracovníka ve smyslu dehumanizujícího postoje vůči klientům (Venglářová, a kol., 2011; Vodáčková a kol., 2007; Špaténková a kol., 2004; Kebza, 2015).

Nejčastěji se můžeme se syndromem vyhoření setkat u **profesí**, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a neadekvátním ohodnocením. Mezi profese, jež jsou více ohroženy syndromem

vyhoření, řadíme například učitele, zdravotnické pracovníky, duchovní, policisty, sociální pracovníky, podnikatele, úředníky a další (Kopecká, 2015; Hoskovcová, 2009).

Syndrom vyhoření nachází i své místo v **Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10)**, kde je tato diagnóza vedena pod označením Z 73.0 (problémy spojené s obtížemi při vedení života). Syndrom vyhoření není uznán jako nemoc, je pouze zařazen do doplňkové kategorie diagnóz (Hoskovcová, 2009; Stock, 2010).

Pokud bychom chtěli začít uvažovat u jedince nad syndromem vyhoření, je nutné se zamyslet, zdali je pracovník dostatečně vzdělán, má dostatek kompetencí, není vystaven velké emocionální zátěži v mimopracovní rovině (např. rodina) nebo zdali u něj nenacházíme symptomy duševních poruch (Venglářová a kol., 2011).

Někdy je těžké oddělit syndrom vyhoření od **deprese**, zvláště pokud je syndrom vyhoření již v pokročilém stádiu. Mezi vyhořením a depresivními stavy existuje řada podobností a některé symptomy se překrývají. U jedince je pro správné určení diagnózy nutné znát veškeré zátěžové faktory, které k vyčerpání jedince vedly. Syndrom vyhoření nemá vztah k zážitkům z dětství a léčí se spíše psychoterapií, zatímco deprese mívají vztah k ranným zkušenostem a léčí se častěji antidepresivy (Stock, 2010; Hoskovcová, 2009).

Někdy je vyhoření propojováno se **stresem**. Stres může jedince k vyhoření dovést, ale nemusí. Stres není nutně fatální příčinou vyhoření. Pokud jedinci ve vysoce stresovém zatížení jsou schopni nalézt smysl své práce a nacházejí dostatečnou satisfakci, jsou v takovém zatížení schopni pracovat bez problémů dlouhodobě. Nutno podotknout, že akutní stres k syndromu vyhoření nevede, ten může spíše přejít v posttraumatickou stresovou poruchu. Jedním z nejdůležitějších faktorů vedoucích k vzniku syndromu vyhoření je **chronický stres**, dále k němu vede i dlouhodobá nerovnováha mezi fází klidu a zátěží (Vodáčková a kol., 2007; Stock, 2010).

### 5.1.1 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Symptomy můžeme rozdělit do třech základních rovin, psychické, fyzické a sociální.

**Psychické příznaky** můžeme popsat v kognitivní a emocionální rovině. Na kognitivní úrovni dochází ke ztrátě nadšení, úniku do fantazie, k zapomínání, přichází nechuť, lhostejnost. Mizí tvořivost, dochází k utlumení celkové aktivity jedince. Život a práce přestávají dávat smysl, mohou se dostavit až sebevražedné myšlenky. Na emocionální úrovni se jedinec může cítit vysátý, bezmocný, nespokojený, agresivní, podrážděný, depresivní. Jedinec může být pesimistický, cynický, negativistický nebo sebelítostný. Nechce slyšet žádná další trápení. Cítí pocit marnosti, zklamání a zbytečnosti.

Ve **fyzické rovině** mohou jedince trápit například poruchy spánku, nechuť k jídlu, bolesti hlavy nebo pohybového aparátu, vyčerpanost, snadná unavitelnost, svalové napětí, vysoký krevní tlak, abúzus alkoholu, drog nebo léků. Jedinec může mít zhoršený imunitní systém nebo být náchylný k psychosomatickým onemocněním.

Na **sociální úrovni** jedinec omezuje kontakt s kolegy. Do práce se jedinec není schopen dostatečně připravovat. V soukromí přibývá konfliktních situací. Rodina a přátelé již nejsou radostí, ale přítěží.

Na počátku bývá emoční vyhoření, které ženy vnímají více než muži. Následně může docházet k psychickému vyhoření a ztrátě inspirace. Jako poslední dojde k fyzickému vyčerpání, jež může vést k psychosomatickým onemocněním. Jde o následek dlouhodobého potlačovaného stresu a přirozených emočních reakcí (Venglářová a kol., 2011; Kopecská, 2015; Stock, 2010; Kebza, 2015).

### 5.1.2 Vývoj syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření je dlouhodobý proces, který se může vyvíjet několik měsíců až let. V literatuře můžeme najít různá rozdělení. Jedno z nich člení vývoj vyhoření do 5 fází.

1. fáze – Na počátku stojí **idealistické nadšení**. Jedinec nastupuje do nové práce s očekáváním, velkým nadšením, s ideály. Pracovník je plný optimismu, přichází se svými představami, s touhou realizování svých (někdy nereálných) plánů. Staví se nekriticky k signálům únavy a trvale se vystavuje přetížení.
2. fáze – Následně dochází ke **stagnaci**. Počáteční nadšení uvažá, pracovníkovi se nedaří naplňovat své ideály a začíná slevovat ze svých nároků. Práce už pro pracovníka není tak vzrušující jako na začátku. Věci, které na začátku pracovník nepovažoval za důležité, se dostávají do popředí, například výše platu, možnosti kariérního růstu. Postižený ani okolí ještě nevnímá žádné známky změn.
3. fáze – Další fází je **frustrace**. Pracovník přichází o iluze, klienty vnímá negativně, pracoviště je pro něj velké zklamání. Možnosti na pracovišti jsou omezené, pracovník začíná pochybovat o smyslu svého snažení, přichází otázky efektivity a uvědomuje si vlastní bezmocnost. Pracovníka zajímá jen práce, cítí se osamělý se svými problémy.
4. fáze – Následuje fáze **apatie**. Jako obranná reakce nastupuje vnitřní rezignace. Mezi pracovníkem a klientem je nepřátelská atmosféra. Povolání se stává pouze zdrojem obživy. Pracovník se vyhýbá odborným rozhovorem, jakýmkoli aktivitám navíc a dalšímu vzdělávání. Počáteční nadšení se vytratilo úplně.
5. fáze – Poslední fází je již samotný **syndrom vyhoření**. Přichází totální vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, negativismus, dochází k odcizení a vyhýbání se profesním povinnostem (Kopecká, 2015; Stock, 2010; Venglářová a kol., 2011).

Pokud syndrom vyhoření není včas rozpoznán, může přerůst až v profesionální deformaci, jež například u zdravotníka může znamenat lhostejnost osudu pacienta (Venglářová a kol., 2011).

### 5.1.3 Pomoc při vyhoření

Syndrom vyhoření přichází pomalu a je těžko rozpoznatelný hlavně pro ty, kteří jsou jím postiženi. Pokud však postižený svůj problém rozpozná, je nejdůležitější jeho vůle, proto aby mohlo dojít ke zlepšení situace, okolí jedince může být nápomocno, ale většina práce čeká na něj.

Jedinec musí plně **převzít zodpovědnost** za sebe a svůj život. Musí znovu nabýt smysluplnosti jeho osobního života mimo pracovní rovinu, znovu nalézt spokojený, fyzicky aktivní život.

Jedinec musí sebekriticky **zhodnotit svůj momentální stav**. Je potřeba zvážit závažnost příznaků. Důležitá je úprava denního režimu – pravidelné stravování, dostatek spánku a odpočinku. Jedinec by měl začít vyhledávat regenerační aktivity, které ho posílí a přinesou radost.

Jedinec by si měl vytvořit svoje **místo odpočinku**, prostor a dostatek času. Tento prostor by měl využívat pouze k hlubokému odpočinku, pokud možno pouze pro sebe.

Naposlední řadě může jedinec vyhledat **odbornou pomoc** na mezilidské a duševní zdraví (Kopecká, 2015; Venglářová a kol., 2011).

## 5.2 Akutní stresová reakce

Akutní stresová reakce nebo také akutní reakce na stres vzniká bezprostředně po prožití výjimečně silného fyzického či psychického stresu. Příznaky mohou být viditelné již několik minut po samotném stresovém zážitku, odeznívají v řádu hodin maximálně dnů po události. Může se ale objevit kdykoli do čtyř týdnů od traumatické události. Nakonec si toto období postižený nemusí pamatovat, na tento časový úsek může mít částečnou nebo i úplnou amnézii. Podstatou akutní stresové reakce jsou obranné a ochranné reakce, jejichž účelem je mobilizovat rezervy postiženého jedince.

Akutní stresovou reakci můžeme rozdělit na boj, útěk a zamrznutí. Boj a útěk jsou aktivní obranné mechanismy, které řadíme do reakce typu alfa, někdy též reakce typu A. Zamrznutí patří do reakce typu beta nebo také reakce typu B.

**Reakce typu alfa** je častější. Jedinec rychle mobilizuje síly za účelem aktivní obrany. Na jedinci můžeme pozorovat změny různé intenzity na tělesné, emoční úrovni i v rovině chování:

- dochází k aktivaci sympatiku, zvýšení krevního tlaku, zrychlení reakci, zvýšení dechové frekvence;
- nastává silně pocení, přichází pocity horka, třes celého těla, dostavuje se častější potřeba močení;
- projevují se výrazněji emoce (pláč, křik, vztek, ...), v dané situaci působící neadekvátně;
- zvyšuje se psychomotorické tempo, jedinec může pobíhat, být neklidný, nesoustředěný, může se objevit nekoordinovaný pohyb nebo jedinec může rychleji, překotně hovořit;
- mohou přijít i agresivní projevy.

Reakce typu beta mají víceméně opačné projevy. U jedinců se vyskytuje méně často, častěji spíše u velmi závažných událostí. Jedná se o pasivní reakci, vývojově starší. Někdy je tato reakce nazývána reakcí „mrtvého brouka“. Chrání nás před silnými emocemi, jež bychom v daný okamžik nebyli schopni ustát nebo udržet pod kontrolou. **Reakce typu B** nese tyto znaky:

- zpomaluje se tepová frekvence, snižuje se dechová frekvence, pot je studený, odkrvují se periferní části těla, dochází ke zblednutí;
- přichází pocit chladu, chvění, studený pot;
- může dojít k mdlobě;
- emoce se projevují jen minimálně;
- zpomaluje se chování, pohyby jsou ztuhlé až strnulé, nekoordinované, dochází k neporozumění situaci, je narušeno verbální porozumění;



- může dojít k depersonalizaci („to se neděje mně“), derealizaci („není to skutečné“), výpadkům paměti či narušení časového vnímání;
- jedinec má upřený pohled, často nelze navázat oční kontakt.

Pokud akutní stresová reakce přetrvává déle, může se rozvinout v posttraumatickou stresovou poruchu. Někdy je možno rozvoj posttraumatické stresové poruchy předpovídat již na základě průběhu akutní stresové reakce (Kopecká, 2015; Humpl a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2007; Vágnerová, 2014).

### 5.3 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Posttraumatická stresová porucha je prodloužená nebo zpožděná, oddálená reakce na stresovou událost, která byla traumatizující. Takovou událostí může být dopravní nehoda, exploze, přírodní katastrofa, znásilnění, napadení a další. Postihovat může jak přímé oběti události, tak i zasahující jednotky na místě události, záchranáře, policisty a další. Pro vznik PTSP jsou kritické především první tři měsíce po události, její rozvoj ale může nastat až do šesti měsíců po prožitém traumatu. PTSP se může projevat měsíce i roky. Někdy má podobu takzvané výroční reakce, příznaky se připomínají vždy v období okolo výročí traumatické události.

Někdy můžeme i v české literatuře najít označení posttraumatické stresové poruchy pod zkratkou **PTSD**. Tato zkratka vychází z původního anglického termínu posttraumatic stress disorder. Poprvé byla popsána a pojmenována, tak jak ji známe v dnešní podobě, v roce 1920. Až v roce 1980 byla vyčleněna jako specifická psychiatrická diagnóza a dostala se tak na oficiální seznam nemocí. Posttraumatická stresová porucha má dnes své místo v Mezinárodní klasifikaci nemocí (**MKN-10**). Diagnóza je zařazena mezi nemoc dušení a poruchy chování pod zkratkou F 43.1 (Humpl a kol., 2013; Hoskovcová, 2009; Vágnerová, 2014; Vodáčková a kol., 2007; Malá, 2002).

### 5.3.1 Průběh posttraumatické stresové poruchy

**Symptomy** posttraumatické stresové poruchy se projevují na psychické a somatické úrovni a vyvíjejí se postupně. Proces PTSP prochází několika fázemi. Nejprve se objevují nespecifické obtíže, narůstá úzkost, přichází například poruchy spánku a další. Ve druhé fázi se zesilují pocity bezmoci a ztráty kontroly. U jedince se projevují afektivní reakce, jedinec se začíná izolovat. V poslední fázi se všechny symptomy prohlubují a dochází k narušení běžného života.

U postiženého dochází k **emočnímu narušení**. Je to jeden z důsledků nedostatečně zpracovaného traumatu. Jedinec trpí úzkostmi, mohou se objevit panické stavy, je přecitlivělý, vznětlivý, podrážděný, přehnaně bdělý, hodně ostražitý, má zvětšené úlekové reakce. Mohou se projevit deprese jako reakce na smutek či truchlení nad ztrátou pocitu jistoty a bezpečí. Může se dostavit citové otupění, apatie, neschopnost radovat se či cítit uspokojení. Někteří pociťují lhostejnost, nezájem, pocit odcizení, v nejhorším případě se u jedince objevují až suicidální sklony či sklony k sebepoškozování. Postižený prožívá tzv. flashbacky. Navracejí se mu silně a velmi živě vzpomínky na trauma nebo jeho části. Přidává se iracionální neopodstatněný strach.

Pokud se traumatizovaný jedinec není schopen vyrovnat s prožitou stresovou událostí, může u některých jedinců docházet ke změnám **kognitivních funkcí**. Může docházet k poruchám pozornosti. Dále u postiženého přetrvává vytěsnění nepříjemných zážitků, které není schopen zvládnout. Vyhýbá se všemu, co by trauma mohlo připomenout, místům, podnětům, nechce o zážitku mluvit. Jedinec se může chovat, jako by se nic nestalo. Některé vzpomínky jedinec nedokáže ani správně popsat, některé detaily může zdůrazňovat, jiné bagatelizovat. Může přetrvávat i selektivní amnézie. U některých postižených může docházet ke zcela opačnému efektu, prožité trauma se vrací neustále do vědomí a postižený jej musí stále dokola prožívat znovu a znovu. Jedinec celou událost stále dokola analyzuje, přemýšlí, co mohl udělat jinak, zdali nemohl události zabránit nebo ji nějakým způsobem ovlivnit. Vzpomínky a myšlenky se mohou navracet i ve formě snů. Opakované znovuprožívání traumatu, které není nijak zpracováno, bývá velmi trýznivé.

Někdy se může objevit pocit bezmoci jako reakce na přesvědčení o vlastní neschopnosti. Prožitá trauma ovlivňuje uvažování postižených, někteří mají sklon ke zkratkovitým závěrům, někdy nadměrně generalizují. Často uvažují černobíle, nepřipouští pochybnosti, objektivnost myšlení bývá těžko dosažitelná. Jedinec může pociťovat i vinu za vlastní přežití.

Pokud dojde ke **změně v chování**, buď převáží nadměrná aktivizace nebo naopak může dojít k útlumu aktivity. Při nadměrné aktivizaci se navyšuje výskyt afektivních reakcí, napětí, podrážděnost je vyjadřována výbušností, vztek a pocity bezmoci posilují agresivitu. Jedinec upadá do celkového útlumu, ztrácí zájem o cokoli, snaží se vyhýbat okolí.

Nezpracované psychické trauma se může projevit i **tělesnými příznaky**. Typickým symptomem bývá porucha spánku, pocitem únavy a vyčerpání. Některé reakce jsou somatického původu. Neprožitá a nevyjádřená emoce se mohou přenášet na fyzickou úroveň. Může se objevit třes, nadměrné pocení, mohou se objevit potíže s dýcháním, hyperventilace, tachykardie. Přítomny mohou být také nejrůznější bolesti svalstva, hlavy, v hrudníku (pocit sevřeného hrudníku), v pánvi nebo pánevním dně, v zaživacích cestách a další. V neposlední řadě se mohou dostavit například pocity nevolnosti, jež jsou způsobeny vzpomínkami na trauma.

V neposlední řadě může dojít i ke **změně osobnosti**. Ve vztahu k lidem mohou být postižení nedůvěřiví, podezíraví. Postoj k životu může být negativistický. Jedinci se může změnit hodnotový systém, přetrvává pocit prázdnoty a beznaděje, mohou se objevit i pochybnosti o smyslu života. Negativní postoj se může odrazit nejen v přítomnosti, ale i v myšlenkách na budoucnost. Postižený už nic pozitivního neočekává, pozitivním změnám v budoucnu nevěří. Ztráta smyslu života může vést například ke zvýšenému užívání psychoaktivních látek nebo alkoholu (Humpl a kol., 2013; Hoskovcová, 2009; Vágnerová, 2014; Vodáčková a kol., 2007).

### 5.3.2 Léčba a resocializace

Posttraumatická stresová porucha může být řešena pomocí farmakologické léčby nebo psychoterapie nebo kombinací obou těchto metod. Farmakologická léčba má za úkol zmírnit akutní příznaky PSTP jako je úzkost nebo poruchy spánku. Účelem psychoterapie je zpracovat traumatickou událost. Cílem je vrátit postiženého do běžného života, s co nejmenšími duševními i tělesnými následky. Psychoterapie využívá k léčbě PTSP různé metody například kognitivně-behaviorální, relaxační metody, metody imaginace nebo hypnózu. Někdy je využíváno individuální terapie, jindy skupinové. Skupinová terapie bojuje především s překonáváním pocitu osamění a tendencí izolace.

**Výskyt** posttraumatické stresové poruchy u postižených osob traumatickou událostí má značný rozptyl. Záleží na mnoha faktorech. Jde například o povahu traumatizujícího podnětu, odolnost a stabilitu osobnosti jedince nebo o sociální zázemí, které může fungovat buď jako opora, nebo jako další zátěž. Další vliv může mít například skutečnost, zdali je jedinec nadále vystavován dalším životním ranám nebo zdali nevnímá svoje jednání v traumatizující události negativně. Ohroženější osoby jsou ty, které již před traumatem trpěly nějakými psychickými potížemi, nebo ty, jež nemají dobré sociální zázemí.

Pokud dojde k zahájení léčby mezi prvním a třetím měsícem po události, může být značně sníženo riziko rozvoje poruchy. Asi jedna třetina pacientů se uzdraví úplně. U jedné třetiny pacientů se situace spontánně vyřeší. Jedna třetina postižených se musí vyrovnávat s dlouhodobými mírnými následky. 10 % jedinců se musí vyrovnávat s chronickými obtížemi. I ty se ale soustavnou léčbou mohou zlepšit. Dlouhodobé studie ukazují, že ženy jsou dvakrát náchylnější k onemocnění než muži (Humpl a kol., 2013; Hoskovcová, 2009; Vágnerová, 2014).

## 6 METODIKA

Praktickou částí této bakalářské práce byl kvantitativní výzkum. Tento výzkum byl prováděn formou anonymního dotazníkového šetření. Cílovou skupinu tvořili pracovníci přednemocniční neodkladné péče a zdravotnických operačních středisek (ZOS) – zdravotničtí záchranáři, lékaři zaměstnaní u ZZS, řidiči ZZS a operátoři zdravotnických operačních středisek.

Po stanovení cílů a hypotéz byl sestaven polostrukturovaný dotazník. Na začátku dotazníku se studentka představila a popsala problematiku, jakou se dotazník zabývá. Před samotnými otázkami byl do dotazníku vložen ještě krátký text, který respondentům objasňuje, co v tomto dotazníku je míněno pojmem supervize. Tento text byl zařazen proto, aby nedošlo ke zkreslení výsledků z důvodu mylných představ o významu pojmu supervize. Po vysvětlení pojmu následoval dotazník obsahující 20 otázek.

Prvních pět otázek je analytických, mají nám přinést představu o výzkumném vzorku. Tyto otázky se ptají na rodinný vztah, kraj, ve kterém respondent pracuje, délku jeho praxe, typ pracoviště a jeho profesi. Zbýlých patnáct otázek dotazníku je meritorních. Otázky č. 6–12 jsou zaměřené na informace o supervizi, otázky č. 13 a 14 se ptají na péči po výjezdech/směnách, otázky č. 15–17 mají objasnit náladu a nynější postoj respondentů k jejich práci. Otázky č. 18–19 prozrazují četnost důsledků nedostatečné psychohygieny, prevence a péče, otázka č. 19 pak specificky u pracovníků ve zdravotnictví. Otázka č. 20 zkoumá spektrum řešení lidí postižených PTSP nebo stresovými poruchami.

Respondenti odpovídali na různé typy otázek, otázky otevřené (otázky č. 10, 16, 17), uzavřené (otázky č. 1–4), uzavřené alternativní (otázky č. 5), uzavřené dichotomické (otázky č. 6, 8, 9, 11–15, 18, 19) a polouzavřené (otázky č. 7, 10, 20). Mezi meritorními otázkami byly použité i otázky filtrační (otázky č. 9 a 11).

Žádná z otázek nebyla v dotazníku povinná, proto ne všechny otázky mají stejný počet odpovědí. Na dotazník odpovědělo 133 respondentů, jeden dotazník byl odeslán úplně prázdný, proto ze vzorku byl vyjmut. Vyhodnocení dotazníkového šetření tedy probíhalo

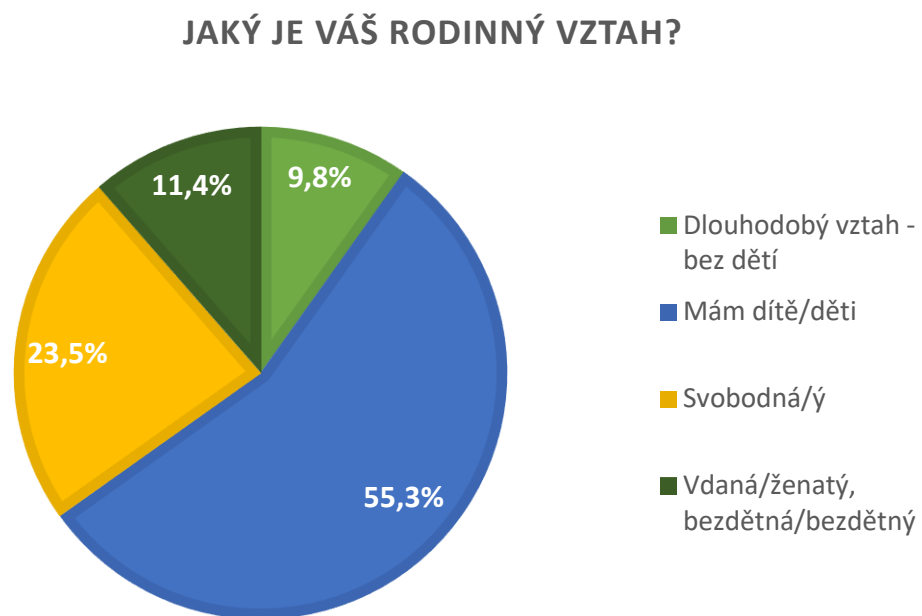
se vzorkem 132 respondentů. Výsledky budou prezentovány pomocí grafů a slovního hodnocení.

Dotazník byl rozeslán elektronickou formou. Ke sběru dat byl vytvořen on-line formulář v prostředí Google. Data byla sbírána v době od 17. dubna 2020 do 18. května 2020.

## 7 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření. Odpovědi na uzavřené nebo polouzavřené otázky jsou zpracovány pomocí grafů a slovního komentáře. Odpovědi na otevřené otázky jsou popsány pouze slovně.

### Otázka č. 1:

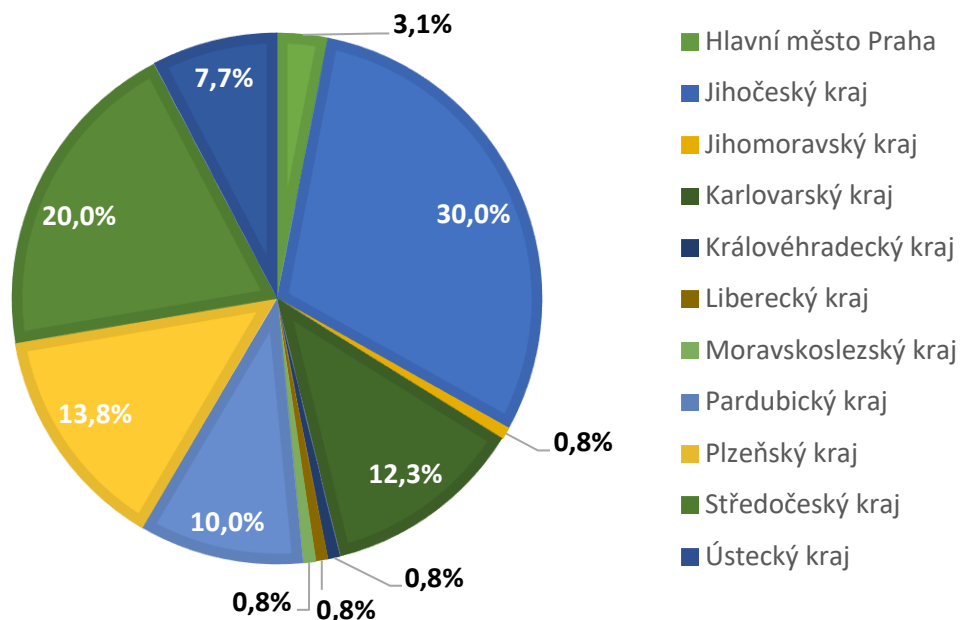


Obrázek č. 2: Graf 1 vyjadřující rodinný vztah, ve kterém se respondenti nacházejí.

Na otázku č. 1 odpovědělo 132 respondentů. 73 respondentů (55,3 %) odpovědělo, že má doma minimálně jedno dítě. 31 odpovídajících (23,5 %) zaškrtnulo možnost, že je svobodných. 15 dotazovaných (11,4 %) jsou vdané nebo ženatí, zatím ale bez dětí. 13 respondentů (9,8 %) žije v dlouhodobém vztahu, prozatím bezdětném.

## Otázka č. 2:

### VE KTERÉM KRAJI PRACUJETE?

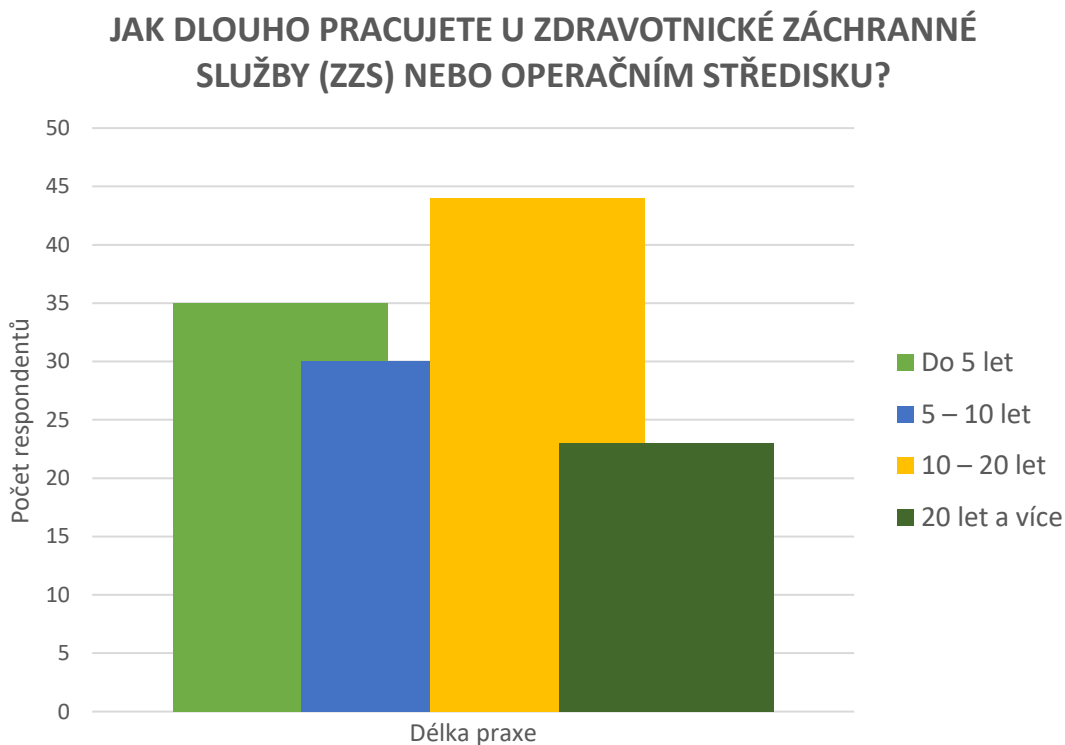


Obrázek č. 3: Graf 2 ukazující rozdělení respondentů dle kraje, ve kterém dotazovaní pracují.

Tuto otázku zodpovědělo 130 respondentů. Nejvíce odpovědí se sešlo z Jihočeského kraje – 39 (30,0 %). Druhou nejvíce početnou skupinou byli respondenti pracující ve Středočeském kraji – 26 (20,0 %). Následovalo 18 odpovědí (13,8 %) z Plzeňského kraje. Z Karlovarského kraje 16 odpovědí (12,3 %), z Pardubického kraje se sešlo 13 odpovědí (10,0 %). Z Ústeckého kraje přišlo 10 odpovědí (7,7 %). 4 účastníci (3,1 %) dotazníkového šetření jsou zaměstnáni v hlavním městě Praze. Z Královéhradeckého, Moravskoslezského, Libereckého a Jihomoravského kraje odpovědělo po 1 respondentovi (0,8 %). Ze Zlínského, Olomouckého kraje a Kraje Vysočina nepřišla žádná odpověď.



### Otázka č. 3:

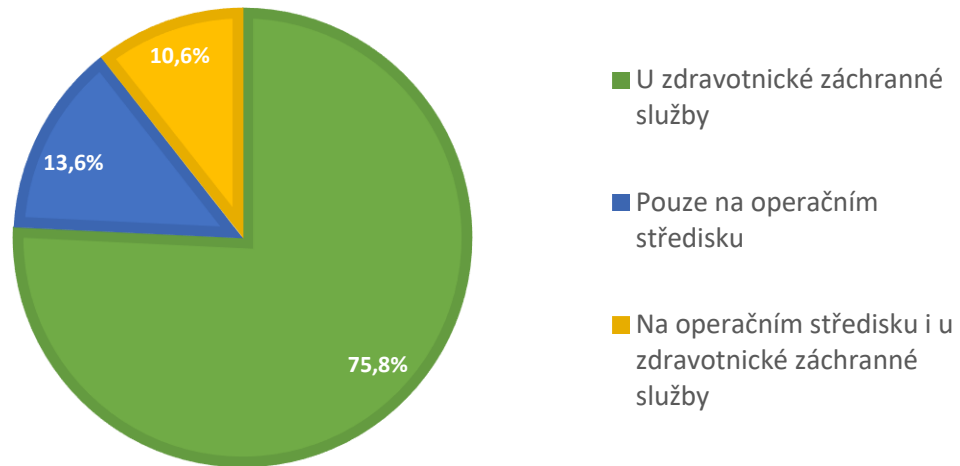


Obrázek č. 4: Graf 3 vyjadřující délku praxe respondentů u ZZS nebo OS.

Ze 132 respondentů pracuje 44 (33,3 %) u ZZS nebo na operačním středisku 10–20 let. 35 respondentů (26,5 %) je zaměstnáno u ZZS nebo na operačním středisku méně než 5 let. Možnost 5–10 let praxe zvolilo 30 respondentů (22,7 %). Nejméně dotazovaných, 23 (17,4 %), slouží u ZZS nebo na OP více než 20 let.

#### Otázka č. 4:

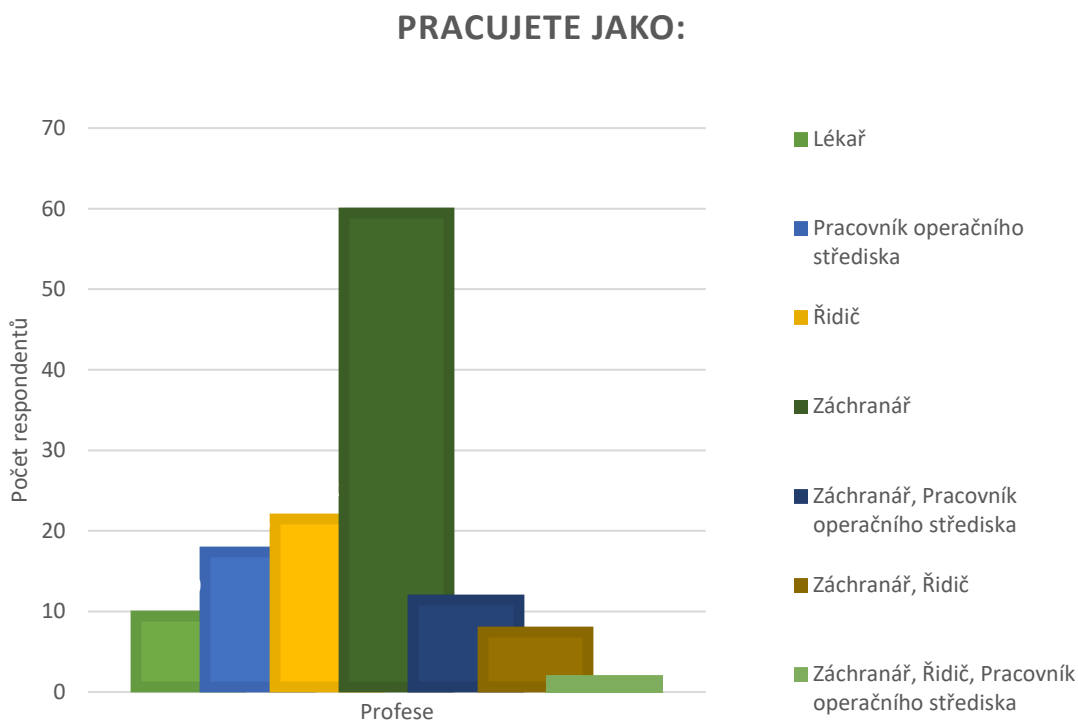
#### NA JAKÉM TYPU PRACOVIŠTĚ PRACUJETE?



Obrázek č. 5: Graf 4 rozděluje respondenty podle typu pracoviště, na kterém pracují.

Na tuto otázku odpovědělo 132 pracovníků. Nejvíce respondentů, 100 (75,8 %), pracuje na ZZS. 18 respondentů (13,6 %) jsou zaměstnanci operačních středisek. Na operačním středisku i u ZZS zároveň pracuje 14 účastníků (10,6 %) výzkumu.

## Otázka č. 5:

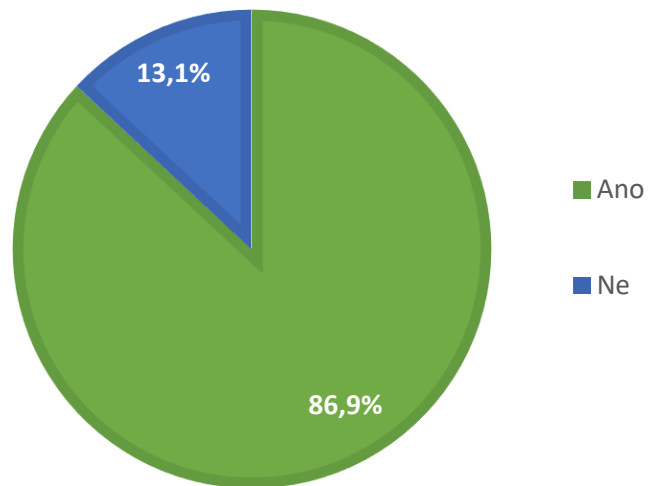


Obrázek č. 6: Graf 5 znázorňující počet respondentů rozdělených podle profesí.

U páté otázky měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Odpovědělo celkem 132 respondentů. Nejvíce odpovědí jsme získali od zdravotnických záchranářů – 60 (45,5 %). 22 odpovídajících (16,7 %) jsou zaměstnání jako řidiči ZZS. 18 respondentů (13,6 %) jsou operátoři operačních středisek. 12 respondentů (9,1 %) je zaměstnáno jako záchranáři i jako pracovníci operačních jednotek. 10 odpovědí (7,6 %) tvoří odpovědi od lékařů. Záchranářů řidičů v jedné osobě se dotazníkového šetření zúčastnilo 8 (6,1 %). 2 respondenti (1,5 %) pracují zároveň jako záchranáři, řidiči a pracovníci operačních středisek.

**Otázka č. 6:**

**MYSLÍTE SI, ŽE JE SUPERVIZE VE VAŠÍ PROFESI  
POTŘEBNÁ?**

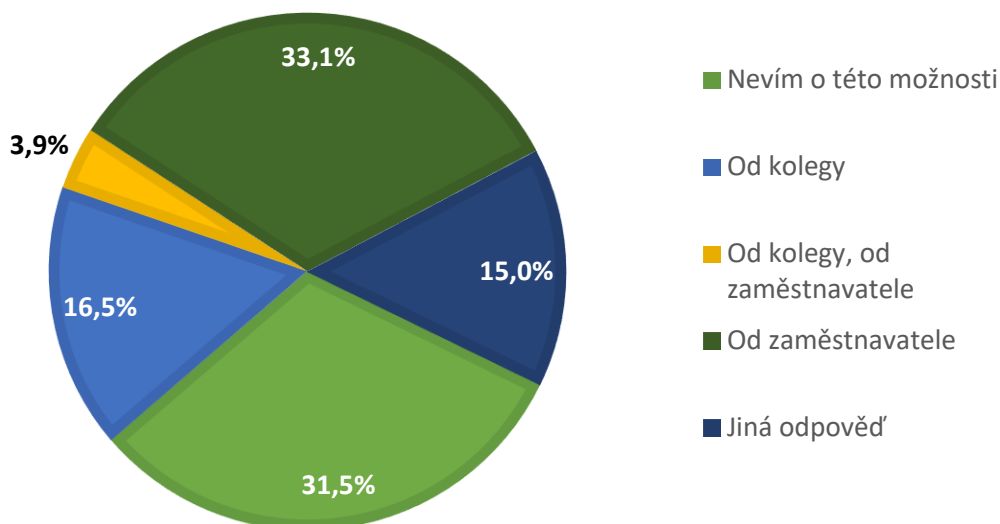


*Obrázek č. 7: Graf 6 vyjadřující názor respondentů na potřebnost supervize v přednemocniční neodkladné péči.*

Na tuto otázku přišlo 130 odpovědí. Drtivá většina, 113 dotazovaných (86,9 %), si myslí, že je supervize v jejich práci potřebná. Pouhých 17 respondentů (13,1 %) je opačného názoru.

## Otázka č. 7:

### ODKUD JSTE SE O MOŽNOSTI SUPERVIZE DOZVĚDĚL/A?



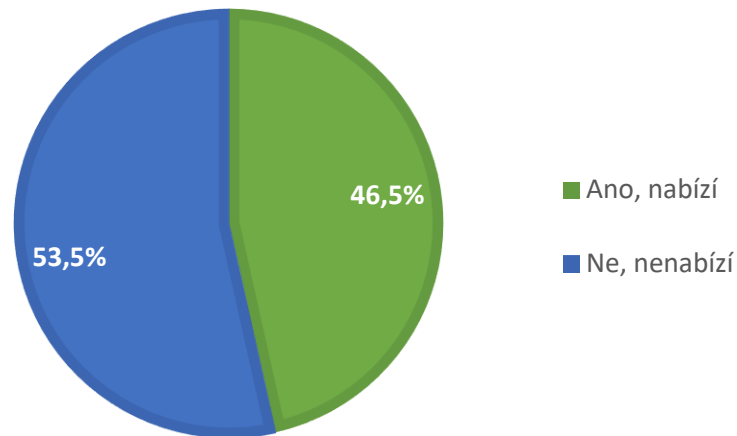
Obrázek č. 8: Graf 7 znázorňující původ informace o existenci supervize.

Na otázku č. 7 odpovědělo 127 respondentů. Respondenti mohli označit více odpovědí. Od zaměstnavatele se o této možnosti dozvědělo 42 respondentů (33,1 %). 40 účastníků výzkumu (31,5 %) uvedlo, že neví o možnosti supervize. Od kolegy potom 21 respondentů (16,5 %). 19 respondentů (15,0 %) napsalo, že o supervizi vědí z jiných zdrojů. 5 dotazovaných (3,9 %) odpovědělo, že se o možnosti supervize dozvěděli od kolegů i od zaměstnavatele.

Mezi jinými zdroji nejčastěji respondenti uváděli školu, jiná výjezdová stanoviště nebo zcela jiná pracoviště (hospicová péče, sociální služby). Jako další informační zdroj byly uváděny odborné kurzy, samostudium či internet.

**Otázka č. 8:**

**NABÍZÍ VÁM VÁŠ ZAMĚSTNAVATEL MOŽNOST  
SUPERVIZE?**

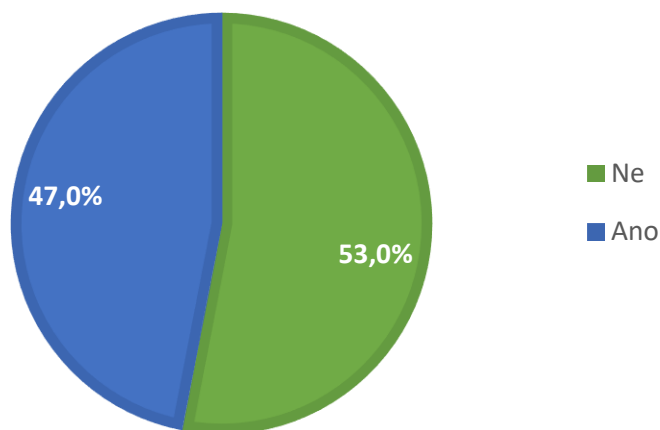


*Obrázek č. 9: Graf 8 informující o nabídce supervize od zaměstnavatele.*

Na tuto otázku přišlo 129 odpovědí. Více než polovina, 69 respondentů (53,5 %), odpověděla, že jejich zaměstnavatel jim supervizi nenabízí. 60 dotazovaných (46,5 %) si je vědomých toho, že jim zaměstnavatel supervizi nabízí.

**Otázka č. 9:**

**DOSTAL/A JSTE SE NĚKDY DO SITUACE, V NÍŽ JSTE SUPERVIZI POTŘEBOVAL/A?**



*Obrázek č. 10: Graf 9 – Dostal/a jste se někdy do situace, v níž jste supervizi potřeboval/a?*

Na devátou otázku odpovědělo 132 respondentů. 70 účastníků (53 %) dotazníkového šetření uvádí, že se nikdy nedostala do situace, kdyby potřebovali supervizi. Na druhé straně 62 respondentů (47 %) se dostali do situace, kdy by supervizi ocenili.

## Otázka č. 10:

**Pokud jste se do takové situace nikdy nedostal/a, dokážete si představit, v jakém případě byste supervizi ocenil/a? V jaké situaci konkrétně?**

Na tuto otázku mohli odpovídat pouze ti respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli, že se do situace, ve které by potřebovali supervizi, nikdy nedostali. Ze 70 možných respondentů, na tuto otázku přišlo 44 odpovědí.

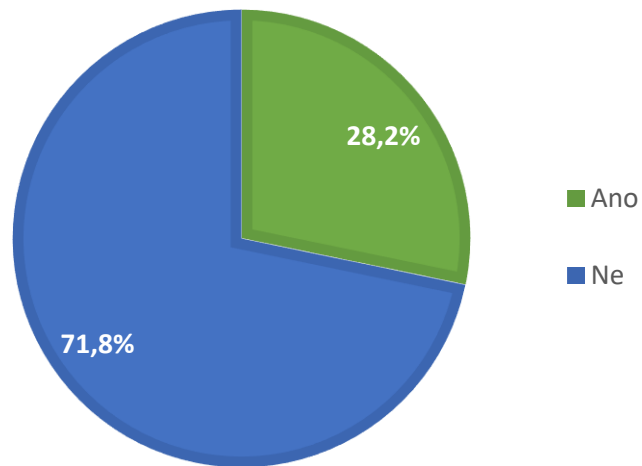
14 respondentů v odpovědi uvedlo, že si nedovede představit situaci, ve které by supervizi ocenili. 7 dotazovaných napsalo, že takovou pomoc by uvítali při úmrtí dítěte, další zmiňovali úmrtí někoho blízkého nebo těhotné osoby. Několik respondentů uvedlo, že o supervizi by stálo například při řešení hromadných neštěstí, o něco méně respondentů potom po zásazích u těžkých dopravních nehod. V dalších odpovědích dotazovaní hovoří o zásazích u psychiatricky nemocných pacientů nebo drogově závislých.

Další dotazovaní hovoří o situacích, kdy měli pochybnosti o diagnostice, vlastním postupu při poskytnutí péče nebo kdy nesouhlasili s léčbou či postupem lékaře na výjezdu, v situacích, ve kterých došlo subjektivně nebo objektivně k nezvládnutí výjezdu. Jiní respondenti by ocenili supervizi při nástupu do práce po dlouhé nemoci nebo nástupu nového zaměstnance, při zaučování v nových postupech. Ojedinele by si dotazovaný přál supervizi kontinuální nad svou prací například při příjmech tísňových výzev.



**Otázka č. 11:**

**ABSOLVOVAL/A JSTE NĚKDY SUPERVIZI?**

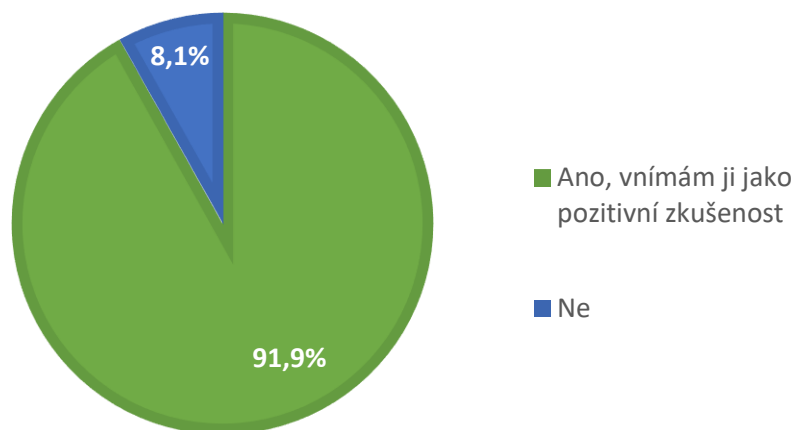


*Obrázek č. 11: Graf 10 znázorňující využití supervize.*

Odpovědí na tuto otázku přišlo 131. 94 dotazovaných (71,8 %) odpovědělo, že na supervizi nikdy nebylo. 37 respondentů (28,2 %) někdy absolvovali supervizi.

## Otázka č. 12:

### POKUD ANO, VNÍMÁTE JI JAKO POZITIVNÍ ZKUŠENOST?

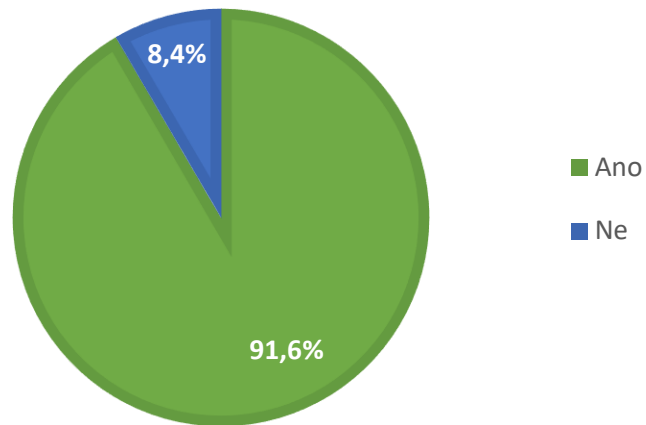


Obrázek č. 12: Graf 11 ukazující názor na absolvovanou supervizi.

Otázka č. 12 byla určena těm, kteří na předchozí otázku odpověděli, že někdy absolvovali supervizi. Těchto respondentů bylo 37 a všichni odpověděli i na tuto otázku. Většina respondentů, 34 (91,9 %) se shoduje, že supervize pro ně byla pozitivní zkušenost. Pouzí 3 respondenti (8,1 %) odpověděli, že pro ně supervize přínosnou zkušeností nebyla.

**Otázka č. 13:**

**JE U VÁS NA PRACOVIŠTI DOSTUPNÁ PEER PÉČE?**

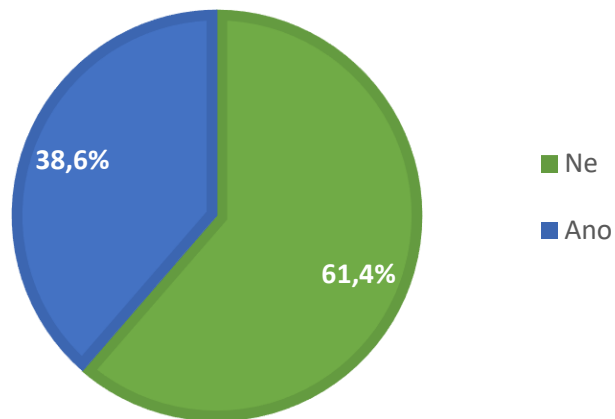


*Obrázek č. 13: Graf 12 vyjadřující dostupnost peer péče na pracovišti.*

Na 13. otázku přišlo 131 odpovědí. 120 respondentů (91,6 %) uvedlo, že na jejich pracovišti je dostupná peer péče. 11 respondentů (8,4 %) označilo, že peer péče na jejich pracovišti dostupná není.

**Otázka č. 14:**

**UVÍTAL/A BYSTE VÍCE PÉČE PO NÁROČNÝCH ZÁSAZÍCH?**

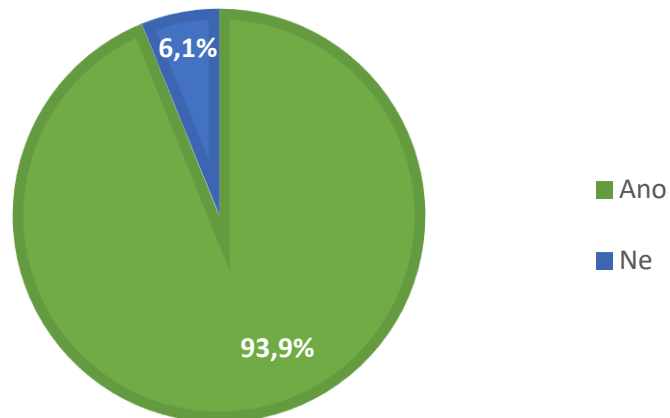


*Obrázek č. 14: Graf 13 – Uvítal/a byste více péče po náročných zásazích?*

81 respondentů (61,4 %) ze 132 odpovídajících nestojí o více péče po náročných zásazích. Zbýlých 51 dotazovaných (38,6 %) by více péče ocenilo.

**Otázka č. 15:**

**CHODÍTE RÁD/A DO PRÁCE?**



*Obrázek č. 15: Graf 14 vyjadřující radost z práce.*

Na otázku č. 15 odpovědělo 131 respondentů. Většina respondentů, 123 (93,9 %), chodí do práce rádo. Pouze 8 dotazovaných (6,1 %) uvedlo, že svou práci rádi nemají.

## Otázka č. 16:

### Mohl/a byste krátce zdůvodnit svoji předešlou odpověď?

Na tuto otázku odpovědělo 111 respondentů.

Mezi odpovědi, proč respondenti chodí **rádi** do práce, uváděli dotazovaní velmi často tyto důvody:

- Práce mě baví, mám ji rád.
- Práce mě naplňuje, vidím v ní smysl.
- Rád pomáhám lidem.
- Práce je pro mě srdeční záležitostí, je to mé poslání.
- Pohybuji se ve skvělém kolektivu.
- Práce je zajímavá a obohacující, není stejnorodá ani stereotypní.
- Důvodem, proč rád chodím do práce, jsou peníze.

Důvody respondentů, kteří **nerádi** chodí do práce, byly tyto:

- Ze ZZS se stala taxislužba.
- Nemám se co naučit od svých vedoucích.
- Nulový motivační systém, jak pro ohodnocení či sebevzdělávání.
- Jsem ve stresu.
- Výjezdy k příliš mnoha neindikovaným případům.

## Otázka č. 17:

### **Čeho si na sobě profesně nejvíce vážíte?**

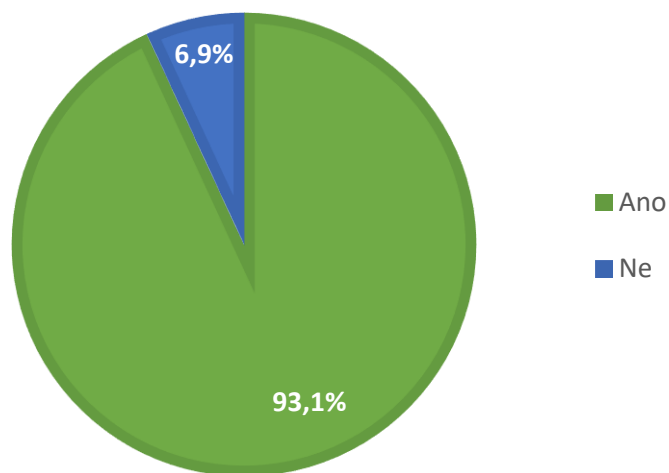
Sedmnáctou otázku zodpovědělo 113 pracovníků.

Mezi nejčastější odpovědi pracovníci uvedli, že si na sobě samém váží empatie, zodpovědnosti, odborných znalostí, rozhodnosti, spolehlivosti, pečlivosti, tolerance, odvahy, asertivity, flexibility, odolnosti a psychické síly, sebekritiky a sebereflexe.

Vůči pacientům pak byly na předních místech jmenovány tyto kvality: profesionalita, slušnost, umění naslouchat, pozitivní a lidský přístup k pacientům, komunikační schopnosti, nadhled, klidný přístup ve stresových situacích, fyzická síla, zvládnutí stresových situací.

**Otázka č. 18:**

**SETKAL/A JSTE SE S NĚKÝM, U KOHO SE  
PROJEVOVAL SYNDROM VYHOŘENÍ, AKUTNÍ  
STRESOVÝ SYNDROM NEBO POSTTRAUMATICKÁ  
STRESOVÁ PORUCHA?**



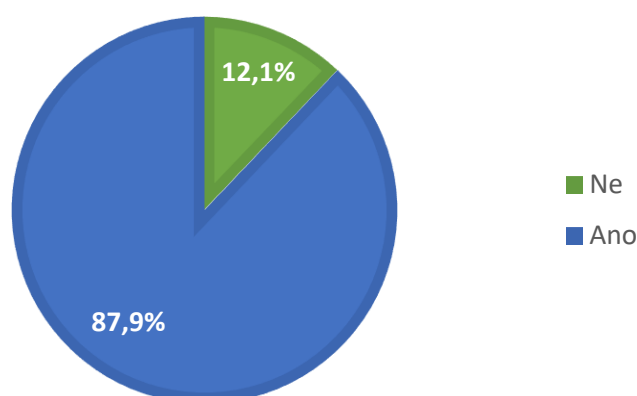
*Obrázek č. 16: Graf 15 – Setkal/a jste se s někým, u koho se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha?*

131 respondentů vyplnilo osmnáctou otázku. 122 (93,1 %) z nich odpovědělo, že se ve svém životě setkali s někým, u koho se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo PTSP. Pouze 9 dotazovaných (6,9 %) uvedlo, že se s nikým takovým zatím nesetkali.



**Otázka č. 19:**

**SETKAL/A JSTE SE S PRACOVNÍKEM  
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE (LÉKAŘ,  
ŘIDIČ, ZÁCHRANÁŘ, OPERÁTOR), U KTERÉHO SE  
PROJEVOVAL SYNDROM VYHOŘENÍ, AKUTNÍ  
STRESOVÝ SYNDROM NEBO POSTTRAUMATICKÁ  
STRESOVÁ PORUCHA?**

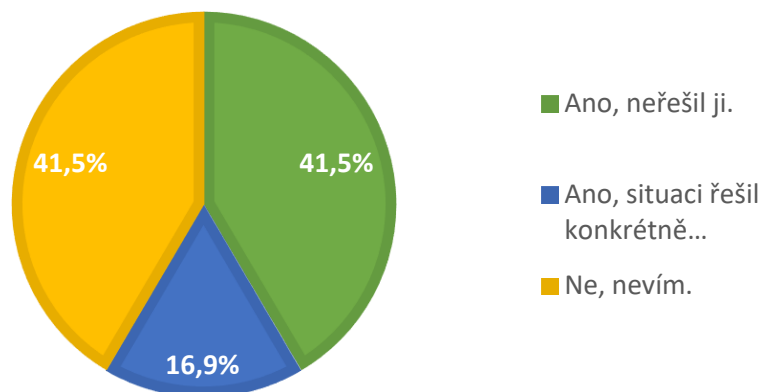


*Obrázek č. 17: Graf 16 – Setkal/a jste se s pracovníkem v přednemocniční neodkladné péči (lékař, řidič, záchranář, operátor), u kterého se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha?*

Na tuto otázku odpovědělo 132 účastníků výzkumného šetření. 116 respondentů (87,9 %) označilo, že se někdy setkalo s jedincem, pracujícím v přednemocniční neodkladné péči, který trpěl syndromem vyhoření, akutním stresovým syndromem nebo PTSP. Jenom 16 respondentů (12,1 %) nikoho takového nepotkali.

## Otázka č. 20:

### VÍTE, JAKÝM ZPŮSOBEM DOTYČNÝ SITUACI ŘEŠIL?



Obrázek č. 18: Graf 17 – Způsob řešení situace dotyčným.

Poslední otázku zodpovědělo 130 respondentů. 54 dotazovaných (41,5 %) uvedlo, že neví, jakým způsobem postižený situaci řešil. 7 z těchto 54 respondentů označilo tuto možnost, protože se s nikým, kdo by trpěl syndromem vyhoření, akutním stresovým syndromem nebo PTSP, nikdy nesetkali. 54 respondentů (41,5 %) zná pracovníky trpící syndromem vyhoření, akutním stresovým syndromem nebo PTSP, ale svou situaci podle nich nijak neřeší. Někteří do poznámky uvedli, že pracovníci svou situaci neřeší, protože jim chybí pár let do důchodu. 22 dotazovaných (16,9 %) označilo, že ví, jakým způsobem konkrétně situaci dotyční řešili.

Mezi nejčastější řešení uváděli respondenti změnu zaměstnání, odchod z pracoviště, přeřazení na jinou výjezdovou základnu, odchod z pozice do jiného zaměstnání ve zdravotnictví. Zhruba stejný počet respondentů napsalo, že pracovníci řešili svou situaci navázáním kontaktu s peer pracovníkem nebo vyhledáním jiné odborné pomoci (psycholog, psychoterapeut, psychiatr). Ve dvou odpovědích uvedli respondenti jako řešení alkohol.

## 8 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat pohled pracovníků přednemocniční neodkladné péče na supervizi a zjistit, jak je nabízená péče mezi pracovníky přijímána. Pomocí dotazníkového šetření jsme dále chtěli vyhodnotit námi stanovené 4 dílčí cíle a z nich vyplývající hypotézy. Jako první dílčí cíl jsme si stanovili prozkoumat, zdali pracovníci přednemocniční neodkladné péče supervizi využívají. K tomuto cíli se váže i první hypotéza, která předpokládá, že pokud pracovníci přednemocniční neodkladné péče o možnosti supervize ví, využívají ji. Ve druhé dílčím cíli jsme se rozhodli zjistit, zdali je supervize v profesi pracovníka přednemocniční neodkladné péče vnímána jako potřebná nebo jako zbytečnost. K druhému dílčímu cíli byla vyřčena druhá hypotéza: Pracovníci přednemocniční neodkladné péče vnímají supervizi v jejich profesi jako potřebnou. Ve třetím dílčím cíli nás zajímalo, zdali je nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS dostatečná. Třetí stanovená hypotéza tvrdí, že nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS není dostatečná. Posledním čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, je-li absolvovaná supervize pracovníky ZZS a ZOS hodnocena pozitivně, jako přínos. Čtvrtá hypotéza souvisí se čtvrtým dílčím cílem a tvrdí, že pracovníci ZZS a ZOS po absolvování supervize vnímají supervizi jako přínosnou.

Před začátkem samotného vyplňování dotazníku se respondentům zobrazil krátký text, který vysvětloval, co je v tomto dotazníku míněno pojmem supervize. Tímto krokem jsme chtěli předejít zkreslení údajů neznalostí nebo nesprávným výkladem termínu supervize. Často bývá termín supervize vnímán pouze jako kritika nebo dohled nad činností pracovníků. Nežřídko kdy se setkáváme v praxi i s mylným označením supervizor pro osobu školitele.

K otázce č. 10 se dostali pouze respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli, že se nikdy neocitli v situaci, kdyby supervizi ocenili. Na základě slovních odpovědí desáté otázky jsme dospěli k závěru, že by bylo zajímavé zjistit, jaké situace by uvedli respondenti, kteří u předchozí otázky odpověděli, že se v situaci, kdy by supervizi ocenili, již ocitli. Většina dotazovaných totiž uvádí situace, ve kterých by ocenili supervizi, které nejsou určeny primárně pro supervizi, ale spíše pro peer péči nebo jinou

psychologickou pomoc. To nás přivádí k pochybnostem o správné interpretaci supervize a správnému pochopení náplně a cílů supervize.

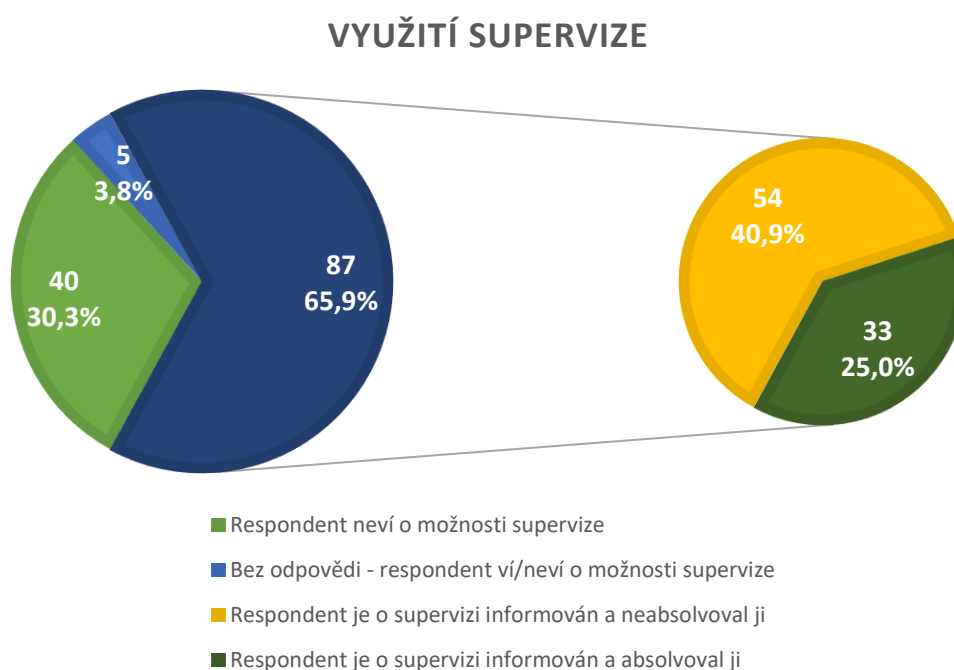
V minulosti již bylo napsáno velké množství bakalářských a diplomových prací dotýkajících se tématu supervize, ať už konkrétně ve zdravotnictví nebo v jiných oborech. Práce věnující se oblasti zdravotnictví se ve velké většině zaměřují na profesi zdravotní sestry. Odborných prací, zabývajících se supervizí pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče, je minimum. Ke srovnání některých tvrzení nám stačí i výzkumy prováděné u zdravotních sester Plzeňského kraje na význam pojmu supervize. Z 520 odpovědí, správnou možnost vybralo pouze 54 % respondentů. Tento fakt nás utvrzuje v našich pochybnostech o malém povědomí správného výkladu pojmu supervize mezi zdravotnickými pracovníky.

Z prvních pěti otázek jsme získali charakteristické rysy naší skupiny respondentů. Celkem se dotazníku zúčastnilo 132 respondentů, z nichž přes polovinu (55,3 %) tvořili respondenti mající alespoň jednoho potomka, 23,0 % respondentů je svobodných, 11,4 % jsou vdané nebo ženatí bez dětí, 9,8 % žije v dlouhodobém vztahu. Nejvíce odpovědí se sešlo z Jihočeského kraje (30,0 %), dále pak Středočeského kraje (20,0 %), Plzeňského kraje (13,8 %), Karlovarského kraje (12,3 %), Pardubického kraje (10,0 %) a z Ústeckého kraje (7,7 %). Ostatní kraje zastupovalo nemnoho jedinců v řádech jednotek. Co se týče délky praxe je skupina respondentů rozložena ve všech kategoriích rovnoměrně. Nejvíce respondentů (33,3 %) pracuje v oboru 10-20 let, těsně za nimi tvoří část respondentů osoby s praxí do 5 let (26,5 %), další kategorii vytvářejí respondenti s délkou praxe mezi 5 a 10 lety (22,7 %) a poslední odpovídající skupinou jsou respondenti s praxí více než 20 let (17,4 %).

Nejvíce odpovědí jsme získali od pracovníků ZZS (75,8 %). Z těchto 75,8 % pracuje 51,6 % respondentů jako zdravotnický záchranář nebo záchranář-řidič. 16,7 % odpovědí odeslali řidiči ZZS. Samotných lékařů sloužících na ZZS se k dotazníku vyjádřilo 7,6 %. (Odchylka 0,1 % v součtu pracovníků ZZS byla vytvořena zaokrouhlováním výsledků na jedno desetinné místo v jednotlivých grafech.) 13,6 % tvoří pracovníci operačních

středisek. Nejméně početná je skupina osob pracujících zároveň u ZZS i na operačních střediscích (10,6 %).

Jako první námi stanovený dílčí cíl bylo prozkoumat, zdali pracovníci přednemocniční neodkladné péče supervizi využívají. K tomuto dílčímu cíli byla stanovena první hypotéza, která předpokládá, že pokud pracovníci přednemocniční neodkladné péče o možnosti supervize ví, využívají ji. Z otázky č. 7 se dozvídáme, kolik respondentů o možnosti supervize ví a kolik o této možnosti neslyšelo vůbec. U skupiny respondentů, kteří o možnosti supervize věděli, jsme následně sledovali odpovědi na otázku č. 11, zda supervizi někdy absolvovali či nikoli.



Obrázek č. 19: Graf 18 – Využití supervize v závislosti na informovanosti o existenci supervize.

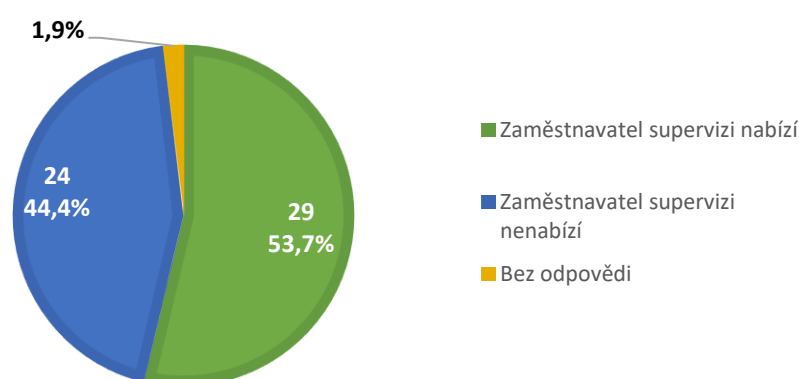
Z grafu 18 je patrné, že jako odpověď na 7. otázku 87 respondentů (65,9 %) uvedlo, že o supervizi ví, zbylých 40 respondentů (30,3 %) o možnosti supervize neslyšeli, 5 dotazovaných (3,8 %) na tuto otázku neodpovědělo. Na skupinu 87 informovaných respondentů jsme aplikovali otázku č. 11, jejichž odpovědi jsou znázorněny v malém koláčovém grafu 18. Z této skupiny 33 odpovídajících někdy na supervizi bylo. Ostatních 54 respondentů nikdy supervizi neabsolvovali. První hypotéza byla vyvrácena. I přesto, že dotazovaní o supervizi vědí, více než polovina jich na supervizi nikdy nebyla.

Nevyužívání supervize, i přesto, že o této možnosti pracovníci ví, může být způsobeno různými důvody. Například faktem, že pracovníci zkrátka necítí potřebu supervize. Dále se může projevit odmítavý skeptický přístup k supervizi na základě špatných zkušeností jiných kolegů. Někteří respondenti v supervizi nevidí přínos, a tak také nemají potřebu ji zkoušet. Respondentům může také bránit pocit studu nebo pocit selhání, pohlížejí-li supervizi jako formu pomoci, jejichž využití by mohlo ohrozit vnímání jejich odbornosti sebe samými nebo okolím.

Pocit studu se objevuje také jako jeden z důvodů, který uvádějí i zdravotní sestry coby respondentky výzkumu diplomové práce autorky Vanclové (2014). Ve slovních odpovědích dotazníků, respondenti vyjadřují obavu z neznámého prostředí a strach ze svěřování se citlivých údajů, pocitů a emocí o sobě samých před ostatními účastníky supervize.

Existuje také možnost, že by se respondentům kvůli malé nabídce, supervizora nepodařilo najít. V této souvislosti jsme se podívali dále na získaná data a zajímalo nás, zdali najdeme respondenty, kteří o možnosti supervize ví a nikdy na ni nebyli, přestože jim jejich zaměstnavatel supervizi nabízí.

### INFORMOVANÝ RESPONDENT NA SUPERVIZI NEBYL



Obrázek č. 20: Graf 19 – Ne/využití supervize, i přes nabídku zaměstnavatele.

Graf 19 nám říká, že z 54 respondentů, kteří o supervizi vědí a nikdy na ni nebyli, 29 uvedlo, že jim zaměstnavatel supervizi nabízí. 24 respondentů uvedlo, že jim supervizi zaměstnavatel nenabízí a 1 na tuto otázku neodpověděl. Důvody, proč respondenti, kterým je supervize zaměstnavatelem nabízena, ji nevyužijí, se mohou z části shodovat s těmi, které jsou uvedeny v případě, že o supervizi ví a nikdy na ní nebyli. Nicméně dalším důvodem v tomto případě může hrát i obava z profesionality supervizora – s ohledem na etické zásady. Pracovník se může obávat, že citlivé informace či informace o jeho osobě ze supervizní setkání se donesou k jeho zaměstnavateli.

Další důvody, proč nevyužít supervizi, mohou být čistě praktické. Respondent by se mohl odvolávat na finanční stránku, časovou tíseň nebo geografickou vzdálenost dostupného supervizora.

Srovnáme-li odpovědi našich respondentů a respondentů výzkumu Šellingové (2013) o informovanosti existence supervize, na kterou se ptáme v našem dotazníku v otázce č. 7, docházíme k závěru, že není dostatečně rozšířená ani mezi zdravotními sestrami. Šellingová (2013) uvádí, že s existencí supervize není seznámeno 52 % respondentů, 48 % dotazovaných tento pojem zná.

Ve druhém dílčím cíli jsme se rozhodli zjistit, zdali je supervize v profesi pracovníka přednemocniční neodkladné péče vnímána jako potřebná nebo jako zbytečnost. K tomuto dílčímu cíli se přímo váže otázka č. 6. Většina respondentů (86,9 %) si myslí, že je supervize v jejich oboru potřebnou. Pouze 13,1 % respondentů si myslí, že supervize potřebná v jejich profesi není. Druhá hypotéza vztahující se k tomuto dílčímu cíli – Pracovníci přednemocniční neodkladné péče vnímají supervizi v jejich profesi jako potřebnou – byla potvrzena. U otázky č. 6 jsme dále zkoumali, zdali nemůžeme najít závislost odpovědí na délce praxe respondentů. Domnívali jsme se, že jedinci s delší praxí by si mohli uvědomovat jejich náchylnost k možnému vyhoření, proto by supervizi ocenili. Toto tvrzení se nám nepotvrdilo, naopak se zdá, že služebně mladší jedinci (s praxí do 5 let) vnímají supervizi jako potřebnou. Vysvětlením by mohla být větší informovanost o supervizi již z průběhu studií. Jiným možným vysvětlením by mohla být touha

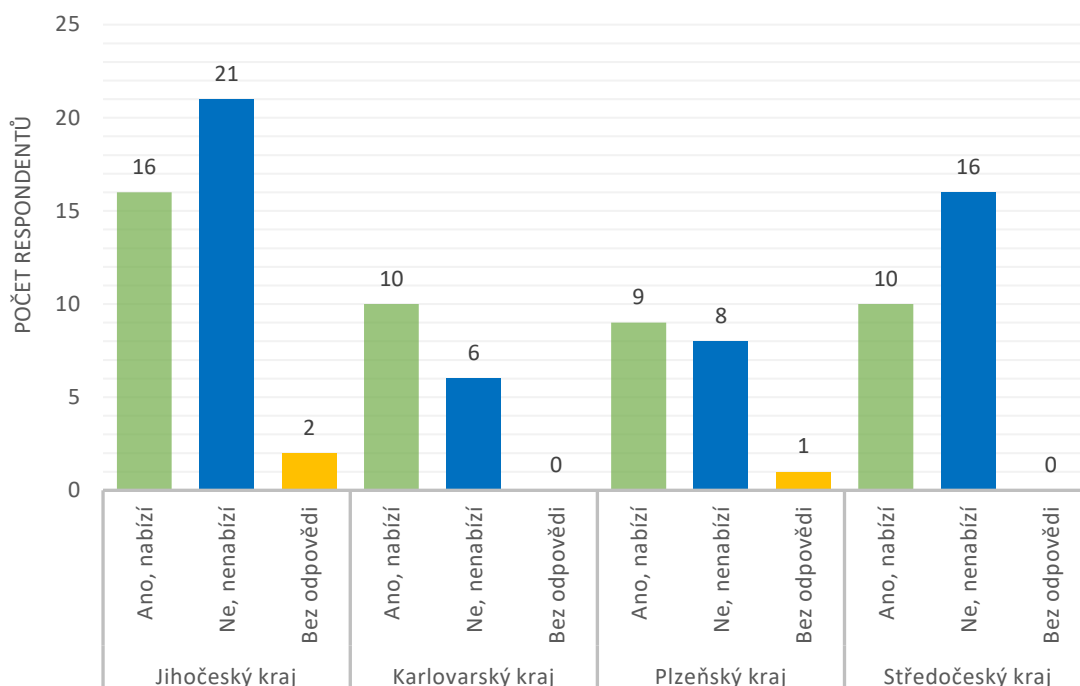
po ujištění o správných pracovních postupech, myšlenkových pochodech a rozhodnutích v prvních letech praxe.

Ve třetím dílčím cíli nás zajímalo, zdali je nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS dostatečná. Z odpovědí na otázku č. 8 vyplývá, že 47 % respondentům nabízí jejich zaměstnavatel supervizi, 53 % respondentů uvádí, že jim jejich zaměstnavatel supervizi nenabízí. V rámci bakalářské práce jsme se zabývali dostupností supervize se zaměřením na oblast zdravotnictví v kapitole 3.10, kde je uvedeno, že dostupná nabídka není velká. Otázkou je, jaká je hranice pro to, abychom mohli říci, že nabídka supervize je dostatečná. Podíváme-li se na výsledky otázky č. 19, vidíme, že ze 132 respondentů odpovídajících na tuto otázku 116 (87,9 %) uvedlo, že se setkali s pracovníkem v přednemocniční neodkladné péči (lékař, řidič, záchranář, operátor), u kterého se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha. Vezmeme-li v úvahu, jak výraznou roli může sehrát supervize coby preventivní prvek proti syndromu vyhoření či jako pomocný nástroj proti vzniku nebo rozvoji akutního stresového syndromu či posttraumatické stresové poruchy, domníváme se, že nabídka dostatečná není. Třetí stanovená hypotéza tvrdí, že nabídka supervize pro pracovníky ZZS a ZOS není dostatečná. Tato hypotéza je potvrzena.

Přišlo nám zajímavé zkusit se podívat na shodu odpovědí o nabídce supervize od zaměstnavatele ve vybraných krajích. Odpovědi respondentů jsme porovnali ve čtyřech krajích s nejčtenějšími odpověďmi. Porovnávali jsme odpovědi respondentů v Jihočeském kraji, Středočeském, Karlovarském a Plzeňském kraji.



## NABÍDKA SUPERVIZE OD ZAMĚSTNAVATELE V ZÁVISLOSTI NA VYBRANÝCH KRAJÍCH



Obrázek č. 21: Graf 20 – Nabídka supervize od zaměstnavatele v závislosti na vybraných krajích.

V grafu 20 výsledky ukazují, že v každém ze čtyř porovnávaných krajů se respondenti v odpovědích rozcházejí. V Jihočeském kraji 16 respondentů tvrdí, že jim zaměstnavatel supervizi nabízí, 21 respondentů tvrdí opak. V Karlovarském kraji zaškrtno 10 respondentů odpověď kladnou, 6 respondentů jim v odpovědi oponuje. V Plzeňském kraji vycházejí odpovědi skoro shodně, 9 respondentů označilo, že jim je nabízena supervize zaměstnavatelem, 8 dotazovaných uvedlo, že není. V posledním testovaném kraji se také účastníci šetření neshodli. Ve středočeském kraji má 10 dotazovaných za to, že jim zaměstnavatel supervizi nabízí, 16 tvrdí, že nikoli.

Například na stránkách ZZS Středočeského kraje se můžeme dočíst, že operátorkám a operátorům operačních středisek je nabízena týmová a individuální supervize, přesto v dotazníku nalezneme odpovědi, které tvrdí, že zaměstnavatel supervizi nenabízí (Zdravotnická záchranná služba SČK, p.o., 2019).

Z takto rozporuplných odpovědí ve všech testovaných krajích můžeme dojít k závěru, že informovanost zaměstnanců není stejná. Je možné, že určitou roli na těchto výsledcích mohou hrát jednotlivé výjezdové základny/konkrétní zdravotnická operační střediska a jejich vrchní sestry. Jednou z možností je nedůsledné předávání informací od zaměstnavatele/zřizovatele, kdy se skrze vrchní sestru informace o možnosti supervize nedostala k podřízeným. Nebo například jednotlivé výjezdové základny/zdravotní operační střediska mohou naopak mít angažované vedení, které jim supervizi nabízí samo nebo o její možnosti alespoň iniciativně informace poskytuje.

Posledním čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, je-li absolvovaná supervize pracovníky ZZS a ZOS hodnocena pozitivně, jako přínos. Otázka č. 11 se respondentů ptala na to, zdali někdy absolvovali supervizní sezení. Pokud respondenti na tuto otázku odpověděli kladně, dotazník je pustil dále k otázce č. 12, ve které se respondentů doptávali, zdali po absolvování supervize ji vnímají jako přínosnou nebo jako zbytečnou. Na otázku č. 11 odpovědělo 131 dotazovaných, z nichž pouhých 37 (28,2 %) někdy vyzkoušelo supervizi. Z těchto 37 dotazovaných ji hodnotí 34 (91,9 %) jako pozitivní zkušenost, pouzí 3 respondenti (8,1 %) uvedli, že pro ně absolvovaná supervize nebyla ničím přínosná. Tento fakt nás velice mile překvapil. Na základě prozkoumání diskuzí ve virtuální prostředí, si dovoluujeme tvrdit, že při absolvovaném supervizním setkání jsou porušovány základní principy a etické zásady supervize, citlivé informace od supervidovaných jsou poskytovány zadavateli supervize (např. zaměstnavateli, nadřízenému). V takovém případě dochází ke zklamání důvěry mezi supervidovaným a supervizorem, tím dochází k šíření negativního jména supervize. Čtvrtá hypotéza souvisí se čtvrtým dílčím cílem a tvrdí, že pracovníci ZZS a ZOS po absolvování supervize vnímají supervizi jako přínosnou. Na základě odpovědí na otázku č. 12 tvrdíme, že čtvrtá hypotéza byla potvrzena.

Ze slovních odpovědí diplomového výzkumu autorky Vanclové (2014) vyplývá, že většina sester, které absolvovaly supervizi dobrovolně, se k ní staví pozitivně. Některé z nich uvedly, že k supervizi přistupovaly z počátku s ostychem, ale po jejím absolvování ji zhodnotily jako užitečnou a přínosnou. Některé vyjádřily touhu po dalších supervizních sezeních. V těchto zjištěních spatřujeme jistou naději, že v budoucnu bychom se mohli

setkat s lepším přijímáním supervize ve zdravotnictví na základě šíření pozitivních zkušeností pracovníků přednemocniční neodkladné péče i zdravotních sester.

Jako poslední zajímavý postřeh bychom rádi v diskuzi uvedli překvapivý argument, jenž jsme se dočetli v našem dotazníku mezi slovními odpověďmi na dvacátou otázku. Proč někteří vyhořelí pracovníci odmítají svou situaci jakkoli řešit, přestože o svém vyhoření ví? Několik respondentů uvedlo, že tito vyhořelí pracovníci svůj stav přijímají, „spadli do letargie... tzv. nějak to tu doklepu“, s odkazem jejich důchodový věk.

V průběhu vyhodnocování dotazníku se nám otevřely nové cesty, kterými by bylo možné dotazník rozšířit a získané informace zpřesnit. Například by bylo zajímavé zjistit, proč pracovníci nešli na supervizi, když uvedli, že o supervizi ví, ocitli se v situaci, ve které by supervizi ocenili a zaměstnavatel jim supervizi nabízí. I tací respondenti se v našem dotazníkovém šetření objevili.

Z dotazníku vyplývá, že dostatečných informací o supervizi v podvědomí pracovníků přednemocniční neodkladné péče je stále nedostatek. Není divu, že na ni pracovníci zatím pohlíží s určitými obavami.

## 9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se v teoretické části snažila zasadit supervizi do kontextu a pokusila se vysvětlit, jaký může mít přínos její zavedení do praxe ve větším měřítku. Nebylo snadné dohledat jakékoli informace o aktuálně nabízené supervizi. Téma supervize je pro mě osobní, při jeho zkoumání jsem se do tématu ponořila a zjistila, jak je pro správné pochopení důležitý kontext a jak je tento kontext velmi obsáhlý. Bylo těžké vytřídit, které informace do teoretické části zařadit a které lze vynechat. V tomto ohledu práce není vyčerpávající.

V této práci se nám povedlo zmapovat pohled pracovníků přednemocniční neodkladné péče na supervizi s pomocí dotazníkového šetření. Na základě odpovědí jsme si mohli udělat poměrně jasnou představu o tom, jak je supervize mezi pracovníky vnímána. Cíl bakalářské práce byl naplněn.

V České republice je supervize ve zdravotnictví stále ještě relativně novým fenoménem, není rozšířená, a ne pro všechny zaměstnance přednemocniční neodkladné péče je supervize dostupná. Problém spatřujeme také v nedostatečné kvalitě, často je k supervizi již dopředu přístupováno skepticky a odmítavě. Pokud by se podařilo změnit nynější paradigma, supervize by se mohla stát v budoucnu velmi přínosnou. Je nutné, aby došlo k pochopení a správnému výkladu supervize a pracovníci neměli o supervizi zkreslené představy, které podněcují odmítavý přístup a nechuť supervizi vyzkoušet. Správný výklad a podpora vedoucí k pravidelným sezením by mohla mít velmi pozitivní vliv na snížení výskytu a vliv na rozvoj stresových poruch a výskytu syndromu vyhoření u pracovníků přednemocniční neodkladné péče.

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CISM – Critical Incident Stress Management

EAS – Evropská asociace supervize

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PIS – psychosociální intervence

PTSD – posttraumatic stress disorder

PTSP – posttraumatická stresová porucha

SPIS – systém psychosociální intervence

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba

## 11 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

**Alternis.** Alternis. [Online] [Citace: 26. květen 2020.] <https://alterniszs.cz/supervize/>.

**Asociace supervizorů pomáhajících profesí (a).** ASuPP. [Online] [Citace: 22. května 2020.] <https://asupp.cz/supervizori/>.

**Asociace supervizorů pomáhajících profesí (b).** ASuPP. [Online] [Citace: 9. května 2020.] <https://asupp.cz/kdo-jsme/>.

**Baštecká, Bohumila a kolektiv. 2005.** *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN: 80-247-0708-X.

**Český institut pro supervizi (a).** Supervize. [Online] [Citace: 22. května 2020.] <https://www.supervize.eu/supervizori/seznam-supervizoru-cis-podrobne/>.

**Český institut pro supervizi (b).** Supervize. [Online] [Citace: 9. května 2020.] <https://www.supervize.eu/o-techto-strankach/eticke-zasady/>.

**Český institut pro supervizi. 2006a.** Supervize. [Online] 2006a. [Citace: 27. února 2020.] <https://supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/>.

—. **2006b.** Supervize. [Online] 2006b. [Citace: 13. května 2020.] <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>.

**Hawkins, Petr a Shohet, Robin. 2016.** *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. Praha : Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-0987-4.

**HERMÉS Group Praha. 2020.** HERMÉS Group Praha. [Online] 2020. [Citace: 26. května 2020.] <http://www.hermesgroup.cz/supervize/>.

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

**Humpl, Lukáš. 2020.** SPIS - Systém Psychosociální Intervenční Služby. [Online] 2020. [Citace: 13. května 2020.] <https://spis.cz/2020/04/09/linka-kolegialni-podpory/>.

**Humpl, Lukáš, Prokop, Jiří M. a Tobiášová, Alena. 2013.** *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN: 978-80-7013-562-4.

**Kebza, Vladimír a kolektiv. 2012.** *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. 3. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2012. ISBN: 978-80-247-4569-5.

**Kebza, Vladimír. 2015.** *Chování člověka v krizových situacích*. ISBN: 978-80-213-2591-3. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2015.

**Kopecká, Ilona. 2015.** *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. 3. díl*. 1. Praha : Grada Publishing, 2015. ISBN: 978-80-247-3877-2.

**Kosová, Martina a kolektiv. 2014.** *LOGOTERAPIE: Existenciální analýza jako hledání cest*. 1. Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN: 978-80-247-4346-2.

**Malá, Eva. 2002.** Remedia Praha. [Online] 2002. [Citace: 28. dubna 2020.] <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Posttraumaticka-stresova-porucha/6-L-g8.magarticle.aspx>.

**MAMADŮ.** MAMADŮ institut, s.r.o. [Online] [Citace: 26. května 2020.] <https://mamadu.cz/supervize>.

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

**Matoušková, Ingrid. 2013.** *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-8422-9.

**Nešpor, Karel a Csémy, Ladislav. 2001.** *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí.* Praha : Sportpropag, 2001.

**Nolen-Hoeksema, S., a další. 2012.** *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda.* 3. Praha : Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0083-3.

**Remedium Praha. 2006.** Remedium Praha. [Online] 2006. [Citace: 22. května 2020.] <https://www.remEDIUM.cz/seznam-supervizoru.php?kraj1=&akreditace1=&forma1=&oblastprace1=zdravotnictv%ED&prijmeni1=&submit=Hledat>.

—. **2015.** Remedium Praha. [Online] 2015. [Citace: 9. května 2020.] <https://www.remEDIUM.cz/vzdelavaci-programy/popis-programu-rizeni-a-supervize-v-pomahajicich-profesich.php>.

**SPIS (a).** SPIS - Systém psychosociální intervenční služby. [Online] [Citace: 13. května 2020.] <https://spis.cz/zdravotnicti-interventi/>.

**SPIS (b).** SPIS - Systém Psychosociální Intervenční Služby. [Online] [Citace: 13. května 2020.] <https://spis.cz/kdo-jsme/vznik-a-vyvoj-systemu/>.

**Stock, Christian. 2010.** *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* 1. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN: 970-80-247-3553-5.

**Supervize Praha. 2013a.** Supervize Praha. [Online] 2013a. [Citace: 22. května 2020.] <http://www.supervizepraha.cz/nabidka-supervizoru/>.

—. **2013b.** Supervize Praha. [Online] 2013b. [Citace: 21. května 2020.] <https://www.supervizepraha.cz/historie-supervize-v-cr/>.

**Supervize1.** supervize1. [Online] [Citace: 22. května 2020.] <http://supervize1.cz/o-nas/>.



**Svobodová, Dagmar. 2015.** *Profesní poradenství: vybrané kapitoly*. 1. Praha : Grada Publishing, 2015. ISBN: 978-80-247-5092-7.

**Šellingová, Martina, 2013.** *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry*. Plzeň. Dostupné také z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/8990/1/Sellingova%20DP.pdf>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni.

**Špaténková, Naděžda a kolektiv. 2017.** *Krizové intervence*. 1. Praha : Grada Publishing, 2017. ISBN: 978-80-247-5327-0.

—. **2004.** *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN: 80-247-0586-9.

**UK, Fakulta humanitních studií. 2019.** Fakulta humanitních studií. [Online] 2019. [Citace: 9. května 2020.] <https://fhs.cuni.cz/FHS-2139.html>.

**Vágnerová, Marie. 2014.** *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. Praha : Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0696-5.

**Vanclová, Markéta, 2014.** *Supervize ve vzdělávání sester?*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

**Vávrová, Soňa. 2012.** *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. Praha : Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0087-1.

**Venglářová, Martina a kolektiv. 2011.** *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3174-2.

—. **2013.** *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-4082-9.

**Vodáčková, Daniela a kolektiv. 2007.** *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-342-0.

**Zákony pro lidi. 2017.** Zákony pro lidi. [Online] 2017. [Citace: 14. května 2020.]  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

**Zdravotnická záchranná služba SČK, p.o. 2019.** Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje o.p. [Online] 2019. [Citace: 27. května 2020.]  
<https://www.uszssk.cz/ksvs/>.

## 12 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Obecný adaptační proces (Zdroj: Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 597)	14
Obrázek č. 2: Graf 1 vyjadřující rodinný vztah, ve kterém se respondenti nacházejí.	55
Obrázek č. 3: Graf 2 ukazující rozdělení respondentů dle kraje, ve kterém dotazovaní pracují.	56
Obrázek č. 4: Graf 3 vyjadřující délku praxe respondentů u ZZS nebo OS.	57
Obrázek č. 5: Graf 4 rozděluje respondenty podle typu pracoviště, na kterém pracují.	58
Obrázek č. 6: Graf 5 znázorňující počet respondentů rozdělených podle profesí.....	59
Obrázek č. 7: Graf 6 vyjadřující názor respondentů na potřebnost supervize v přednemocniční neodkladné péči.....	60
Obrázek č. 8: Graf 7 znázorňující původ informace o existenci supervize.	61
Obrázek č. 9: Graf 8 informující o nabídce supervize od zaměstnavatele.	62
Obrázek č. 10: Graf 9 – Dostal/a jste se někdy do situace, v níž jste supervizi potřeboval/a?.....	63
Obrázek č. 11: Graf 10 znázorňující využití supervize.....	65
Obrázek č. 12: Graf 11 ukazující názor na absolvovanou supervizi.....	66
Obrázek č. 13: Graf 12 vyjadřující dostupnost peer péče na pracovišti.	67
Obrázek č. 14: Graf 13 – Uvítal/a byste více péče po náročných zásazích? .....	68
Obrázek č. 15: Graf 14 vyjadřující radost z práce.	69
Obrázek č. 16: Graf 15 – Setkal/a jste se s někým, u koho se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha? .....	72
Obrázek č. 17: Graf 16 – Setkal/a jste se s pracovníkem v přednemocniční neodkladné péči (lékař, řidič, záchranář, operátor), u kterého se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha? .....	73
Obrázek č. 18: Graf 17 – Způsob řešení situace dotyčným.	74
Obrázek č. 19: Graf 18 – Využití supervize v závislosti na informovanosti o existenci supervize.	77
Obrázek č. 20: Graf 19 – Ne/využití supervize, i přes nabídku zaměstnavatele.....	78

Obrázek č. 21: Graf 20 – Nabídka supervize od zaměstnavatele v závislosti na vybraných krajích. ....	81
--	----

## 13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

### **Dostupnost supervize pro pracovníky přednemocniční neodkladné péče**

Dobrý den,

Jsem studentkou oboru zdravotnický záchranář a dotazník je součástí mé bakalářské práce. Ve své práci se zabývám dostupností supervize pro pracovníky záchranných služeb a operačních středisek, náladou, s jakou je na supervizi mezi pracovníky pohlíženo. Dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za Váš čas, který jste se rozhodli dotazníku věnovat.

Tereza Pevná

### **SUPERVIZE**

Supervizí v tomto dotazníku jsou míněna setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce. Supervize slouží v tomto případě k podpoře Vašeho profesního růstu. Poskytuje Vám prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů.

### **SAMOTNÝ DOTAZNÍK:**

1. Jaký je Váš rodinný vztah?
  - Svobodná/ý
  - Dlouhodobý vztah – bez dětí
  - Vdaná/ženatý, bezdětná/bezdětný
  - Mám dítě/děti

2. Ve kterém kraji pracujete?

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Kraj Vysočina
- Královéhradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj

3. Jak dlouho pracujete u zdravotnické záchranné služby (ZZS) nebo operačním středisku?

- Do 5 let
- 5-10 let
- 10-20 let
- 20 let a více

4. Na jakém typu pracoviště pracujete?

- Pouze na operačním středisku
- U zdravotnické záchranné služby
- Na operačním středisku i u zdravotnické záchranné služby

5. Pracujete jako:

- Lékař
- Záchranář
- Řidič
- Pracovník operačního střediska

6. Myslíte si, že je supervize ve Vaší profesi potřebná?

- Ano
- Ne

7. Odkud jste se o možnosti supervize dozvěděl/a?
- Od kolegy
  - Od zaměstnavatele
  - Nevím o této možnosti
  - Jiná (stručná odpověď):
8. Nabízí Vám Váš zaměstnavatel možnost supervize?
- Ano, nabízí
  - Ne, nenabízí
9. Dostal/a jste se někdy do situace, v níž jste supervizi potřeboval/a?
- Ano
  - Ne
10. Pokud jste se do takové situace nikdy nedostal/a, dokážete si představit, v jakém případě byste supervizi ocenil/a? V jaké situaci konkrétně?
- Stručná odpověď:
11. Absolvoval/a jste někdy supervizi?
- Ano
  - Ne
12. Pokud ano, vnímáte ji jako pozitivní zkušenost?
- Ano, vnímám ji jako pozitivní zkušenost
  - Ne
13. Je u Vás na pracovišti dostupná peer péče?
- Ano
  - Ne
14. Uvítal/a byste více péče po náročných zásazích?
- Ano
  - Ne
15. Chodíte rád/a do práce?
- Ano
  - Ne
16. Mohl/a byste krátce zdůvodnit svoji předešlou odpověď?
- Stručná odpověď:

17. Čeho si na sobě profesně nejvíce vážíte?

- Stručná odpověď:

18. Setkal/a jste se s někým, u koho se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha?

- Ano
- Ne

19. Setkal/a jste se s pracovníkem v přednemocniční neodkladné péči (lékař, řidič, záchranář, operátor), u kterého se projevoval syndrom vyhoření, akutní stresový syndrom nebo posttraumatická stresová porucha?

- Ano
- Ne

20. Víte, jakým způsobem dotyčný situaci řešil?

- Ne, nevím.
- Ano, neřešil ji.
- Ano, řešil ji – do položky "jiná" uveďte prosím, jakým způsobem
- Jiná (stručná odpověď):

## **ZÁVĚR:**

Vaše odpověď byla zaznamenána. Děkuji za Váš čas.