



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**  

---

**FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ**  
**Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

# **Peer podpora v Systému psychosociální intervenční služby**

## **Peer Support in the Psychosocial Intervention Service System**

Diplomová práce

Studijní program: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Alexandra Plačková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Lukáš Humpl

---

**Kladno 2021**



# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Plačková** Jméno: **Alexandra** Osobní číslo: **465289**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Civilní nouzové plánování**

## II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

**Peer podpora v Systému psychosociální intervenční služby**

Název diplomové práce anglicky:

**Peer Support in the Psychosocial Intervention Service System**

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude problematika peer podpory a s tím související výzkum efektivity skupinových metod psychické pomoci zdravotníkům. Cílem práce bude analyzovat a začlenit výsledky šetření do běžného fungování peer podpory a přispět tak ke zvýšení efektivity poskytování skupinových metod psychické pomoci zdravotníkům a minimalizaci případných nedostatků v rámci celorepublikového Systému psychosociální intervenční služby (dále jen „SPIS“). Teoretická část bude řešit psychickou zátěž, otázky stresu, syndrom vyhoření, principy etiky ve zdravotnictví, překážky v zaměstnání. Rovněž bude popsán SPIS, jeho dělení, procesy a význam. Praktická část se bude zabývat zpracováním SWOT analýzy významu a zapojení skupinových metod péče o zdravotníky do systému psychosociální podpory v resortu zdravotnictví ČR. Klíčovou součástí bude dotazníkové šetření, zahrnující minimální počet 70 respondentů, které bude zkoumat efektivitu skupinových metod při poskytování psychosociální podpory zdravotníkům. Zaměřeno bude na zaměstnance poskytovatelů zdravotních služeb, kteří implementovali výše uvedený SPIS ve svém zdravotnickém zařízení a využili jej při mimořádných událostech.

Seznam doporučené literatury:

- [1] HUMPL, Lukáš, PROKOP, Jiří, TOBIÁŠOVÁ, Alena, První psychická pomoc ve zdravotnictví, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, ISBN 978-80-7013-562-4
- [2] ANDRŠOVÁ, Alena, Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4119-2
- [3] KOLAŘÍK, Marek, Interakční psychologický výcvik pro praxi: Nové hry pro výcvikové skupiny, Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-8602-5
- [4] VYMĚTAL, Štěpán, Krizová komunikace a komunikace rizika, Praha: Grada, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2510-9
- [5] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krize a krizová intervence, Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-2475-327-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

**PhDr. Lukáš Humpl**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

**Mgr. Vendula Kolářová**

Datum zadání diplomové práce: **24.03.2021**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2022**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.  
podpis vedoucí(ho) katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA  
podpis děkana(ky)

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „*Peer podpora v Systému psychosociální intervenční služby*“ 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 Kladně dne 13.05.2021

.....  
Bc. Alexandra Plačková

## PODĚKOVÁNÍ

Mé největší poděkování patří především PhDr. Lukáši Humplovi, který se mnou neochvějně spolupracuje již od roku 2018, kdy se stal konzultantem mé bakalářské práce a k mému velkému překvapení to se mnou doposud ještě nevzdal. Jeho trpělivost, důvěra, ale i schopnost mi vysvětlit, že takovou hloupost tam přece nemůžu napsat...vážím si ho nejen jako odborníka na danou problematiku, ale i, a to především, jako člověka.

Druhé, však neméně důležité poděkování, směřuji na Mgr. Vendulu Kolářovou, která počínání mě a Lukáše z povzdáli sledovala a byla připravena kdykoli zasáhnout a vyjádřit svůj odborný názor na věc, za což jí rovněž děkuji.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se zabývá problematikou poskytování peer podpory v rámci Systému psychosociální intervenční služby. Konkrétně je zde řešena oblast poskytování skupinových metod psychosociální podpory zdravotníkům.

Teoretická část se primárně zaměřuje na objasnění základních pojmů z oblasti psychosociální pomoci, rovněž na vysvětlení možných příčin stresu, reakce při nastalých traumatizujících událostech a taky důvody, kdy by měl profesionální zdravotník výše zmíněnou pomoc využít. Tuto službu zajišťuje u poskytovatelů zdravotnické péče Systém psychosociální intervenční služby, který je v rámci této teoretické části podrobně popsán, včetně definice skupinových metod psychosociálního ošetření zdravotníků.

Právě praktická část řeší skupinové metody ošetření. Zabývá se efektivitou, významem a možnostmi případného zlepšení celorepublikového systému poskytování tohoto druhu ošetření. K zodpovězení stanovených hypotéz v této problematice nám pomohly výsledky dotazníkového šetření a společně se SWOT analýzou přispěly ke splnění cílů této práce.

### **Klíčová slova**

Systém psychosociální intervenční služby, peer podpora, intervence, skupinové metody psychosociální podpory, krize, demobilizace, defusing, debriefing.

## **ABSTRACT**

This diploma thesis reviews a controversial topic of providing peer support within the Psychosocial Intervention Service System. Specifically addresses the area of providing group methods of psychosocial support to health professionals.

The theoretical part focuses primarily on clarifying the basic concepts of psychosocial assistance, as well as on explaining the possible causes of stress, the reaction to traumatic events and the reasons why a health professional should use the above-mentioned assistance. The assistance is provided for health care institutions by the Psychosocial Intervention Service System, which is described in detail in this theoretical part, including the definition of group methods of psychosocial treatment of health professionals.

It is the practical part that deals with group treatment methods. It reviews the effectiveness, importance and possibilities of potential improvement of the nationwide system of providing this type of treatment. The results of the questionnaire survey helped us to answer the established hypotheses within these problematics, and together with the SWOT analysis they contributed to the fulfillment of the goals of this diploma thesis.

### **Keywords**

Psychosocial Intervention Service System, peer support, intervention, group methods of psychosocial support, crisis, demobilization, defusing, debriefing.

# Obsah

## Úvod

1	Cíle práce a hypotézy .....	11
1.1	Cíle práce .....	11
1.2	Stanovení hypotéz .....	12
2	Přehled současného stavu.....	13
2.1	Základní terminologie .....	13
2.1.1	Mimořádná událost.....	13
2.1.2	Krize .....	13
2.1.3	Krizová intervence .....	14
2.1.4	První psychická pomoc .....	15
2.1.5	Sekundárně zasažení .....	15
2.2	Psychická zátěž a otázky stresu.....	16
2.2.1	Zdroje psychické zátěže .....	16
2.2.2	Projevy stresu.....	16
2.2.3	Emoce .....	17
2.2.4	Stresové reakce .....	17
2.2.5	Prevence.....	18
2.3	Syndrom vyhoření.....	20
2.3.1	Posttraumatická stresová porucha.....	20
2.3.2	Psychosomatická onemocnění.....	21
2.4	Principy etiky ve zdravotnictví .....	22
2.5	Překážky v zaměstnání .....	22
2.6	System psychosociální intervenční služby.....	24

2.6.1	Vznik a zákonné ukotvení .....	25
2.6.2	Pomoc zasaženým v době COVID-19 .....	26
2.6.3	Peer podpora.....	26
2.6.4	Peer podpora v době COVID-19 .....	27
2.6.5	Statistické rozložení SPIS v rámci krajů .....	27
2.7	Skupinové metody psychické pomoci zdravotníkům .....	29
2.7.1	Demobilizace.....	30
2.7.2	Defusing.....	31
2.7.3	Debriefing.....	32
2.7.4	Srovnání metod skupinového ošetření .....	33
3	Metodika.....	34
3.1	SWOT analýza.....	34
3.1.1	Popis výzkumného šetření.....	34
3.1.1	Definice prvků analýzy .....	34
3.1.2	Stanovení metodiky výpočtu jednotlivých kritérií.....	35
3.2	Dotazníkové šetření.....	36
3.2.1	Popis výzkumného šetření.....	36
3.2.2	Stanovení kritérií výzkumného vzorku .....	36
3.2.3	Výzkumný nástroj.....	36
3.2.4	Vyhodnocení získaných dat.....	37
4	Výsledky .....	38
4.1	SWOT analýza.....	38
4.1.1	Silné stránky .....	38
4.1.2	Slabé stránky .....	40



4.1.3	Příležitosti.....	42
4.1.4	Hrozby .....	44
4.1.5	Vyhodnocení SWOT analýzy .....	46
4.2	Vyhodnocení dat z dotazníkového šetření .....	48
4.3	Vyhodnocení zadaných hypotéz .....	65
5	Diskuze .....	69
6	Závěrečná doporučení.....	77
6.1	Osvěta.....	77
6.2	Sdělování úmrtí.....	77
6.3	Aplikace První psychická pomoc .....	77
7	Závěr .....	78
8	Seznam použitých zkratk.....	79
9	Seznam použité literatury .....	80
10	Seznam použitých obrázků .....	85
11	Seznam použitých tabulek.....	86
12	Seznam Příloh.....	87

## ÚVOD

V životě každého z nás se projeví tzv. bod zlomu, kdy už nejde přes myšlenkové pochody své hlavy pokračovat dál. Může se jednat o věc, která je v globálním měřítku naprosto nevýznamná, když ale jejím důsledkem nastane skutečnost, že profesionální zdravotník není schopen dále pokračovat ve své práci, tak se věc náhle stane daleko významnější a může ohrozit nejen zdraví, ale i životy lidí, kteří jsou tomuto „selhání“ přítomni.

Selhání bylo dáno do uvozovek, neboť u normálního člověka nahlížíme na takovou krizi v hlavě jakožto na standardní reakci na nestandardní situaci, ovšem u zdravotníka jsme schopni stejnou situaci označit jako selhání. Proč jsme schopni takto negativním pojmem odsoudit člověka, který je ale stále, přes všechny další okolnosti, pouze a jen „člověkem“?

Tato práce se snaží začlenit pojem peer podpora neboli kolegiální pomoc do zdravotnického systému v České republice. Snaží se vysvětlit, proč je psychohygiena a možnost svěřit se s problémem u zdravotníků nejen otázkou benefitu od zaměstnavatele, ale leckdy i jedinou možností, jak zvládnout nadlimitně stresující situace a nepodlehnout syndromu vyhoření či jiným rizikovým jevům.

Stejně tak se bude práce zabývat aktuálním stavem a kvalitou poskytované skupinové pomoci zdravotníkům, kdy bude hlavním cílem nalézt nedostatky a zefektivnit metody poskytování pomoci v rámci celorepublikového Systému psychosociální intervenční služby tak, aby byla peer podpora brána jakožto neochvějná součást každodenní činnosti profesionálních zdravotníků.

# 1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

## 1.1 Cíle práce

Teoretická část má za cíl popsat problematiku psychické zátěže, otázky stresu, syndromu vyhoření, principy etiky ve zdravotnictví, překážky v zaměstnání. Rovněž bude popsán Systém psychosociální intervenční služby, jeho dělení, procesy a význam.

Praktická část se bude zabývat zpracováním SWOT analýzy významu a zapojení skupinových metod péče o zdravotníky do systému psychosociální podpory v resortu zdravotnictví ČR. Klíčovou součástí bude dotazníkové šetření, zahrnující minimální počet 70 respondentů, které bude zkoumat efektivitu skupinových metod při poskytování psychosociální podpory zdravotníkům. Zaměřeno bude na zaměstnance poskytovatelů zdravotních služeb, kteří implementovali výše uvedený systém ve svém zdravotnickém zařízení a využili jej při mimořádných událostech.

Hlavním cílem práce bude analyzovat a začlenit výsledky šetření do běžného fungování peer podpory a přispět tak ke zvýšení efektivity poskytování skupinových metod psychické pomoci zdravotníkům a minimalizaci případných nedostatků v rámci celorepublikového Systému psychosociální intervenční služby.

## **1.2 Stanovení hypotéz**

V této práci jsou stanoveny 3 hypotézy, které budou následně vyhodnoceny na základě výsledných dat z dotazníkového šetření.

### **HYPOTÉZA 1**

*Předpokládáme, že více než 75 % respondentů se po prožité traumatizující události zúčastní podpůrného skupinového setkání.*

### **HYPOTÉZA 2**

*Předpokládáme, že více než 90 % události, které předchází účasti respondentů na podpůrném skupinovém setkání, mají za následek smrt.*

### **HYPOTÉZA 3**

*Předpokládáme, že více než 50 % respondentů bude chtít na formě podpůrného skupinového setkání něco změnit.*

## 2 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

### 2.1 Základní terminologie

Problematika této práce není až tak náročná na odbornou terminologii. I přesto se zde musíme seznámit se základními pojmy, zpravidla nejčastěji používanými v rámci Integrovaného záchranné systému (dále jen „IZS“). Většina specificky zaměřených názvů (peer podpora, SPIS atd.) jsou popsány v rámci stejně pojmenovaných kapitol níže.

#### 2.1.1 Mimořádná událost

Zákon [1], definuje mimořádnou událost (dále jen „MU“) jakožto: *„Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“*

#### 2.1.2 Krize

Na krizi se díváme z obecného hlediska ze dvou směrů. Krizí se může stát konkrétní situace (rozvod, úmrtí, ztráta přítele atd.), stejně tak ale můžeme krizi vnímat jako pocit (beznaděj, strach, stud atd.). V obou případech se jedná o situaci neočekávanou a nechtěnou, která má ale člověk od člověka značně subjektivní charakter. Jako příklad můžeme uvést typovou situaci, kdy lékaři ženě oznámí, že vlivem úrazu při dopravní nehodě již nebude schopna nikdy otěhotnět. K tomu si přidáme dvě úplně rozdílné ženy – jedna z nich je v produktivním věku a již druhým rokem se s manželem snaží o dítě, druhá žena je v postarším věku a doma jí již běhají čtyři děti. Už z logiky věci vyplývá, že na každou z nich bude toto nové zjištění působit jinak. Zatímco mladší z žen v tu chvíli nejspíše ztratí veškeré naděje a ocitne se v krizi, starší ženu to možná vůbec neovlivní, neboť již další potomky ani neplánovala [2].

Novějším synonymním pojmem ke krizi je označován „stres“, který ale od pojmu krize nelze plně terminologicky rozlišit. Stresovou reakci v důsledku psychické zátěže popisujeme v kapitole 2.2.4 – Stresové reakce [3].

### 2.1.3 Krizová intervence

Intervence může být poskytnuta na základě vlastní žádosti a fyzické přítomnosti, tedy v případě, že se klient sám dostaví do krizového centra, které je zřízeno pro pozůstalé a další osoby nacházející se v bezvýchodné životní situaci. První centrum tohoto typu bylo založeno ve Vídni, již v roce 1948. U nás se čekalo až do roku 1989, kdy první krizové centrum zahájilo svou činnost v Brně v rámci Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Masarykovi univerzity [4].

Linky důvěry, tedy telefonická pomoc v krizi, jsou dnes již známou a hojně využívanou pomocí. První linka důvěry vznikla už v roce 1964, do konce roku 1989 bylo v tehdejší ČSSR v provozu dokonce 12 plně zavedených linek důvěry, které byli obsluhovány zpravidla zdravotnickým personálem k řešení různých životních událostí, a především k prevenci sebevražedného chování. Situace dnes je již ale úplně jiná. Pověštinou klasické linky důvěry fungují v rámci zařízeních sociálního charakteru, nikoliv zdravotnického. Jen výjimečně se setkáme s obdobou takovéto linky v působnosti zdravotnického zařízení [9, 11].

Telefonická intervence má své pro a proti. Mezi výrazná pro spadá nepochybně široká dostupnost v aktuálním čase a prakticky odkudkoli. Jakožto značnou nevýhodu lze definovat absenci fyzické přítomnosti, kdy chybí zpětná vazba a možnost tzv. face to face komunikace [2]. Dobrý příklad, obdoba linky důvěry, která je ale zaměřena na zdravotnický personál, je uveden v kapitole 2.6.4. – Peer podpora v době COVID-19.

#### 2.1.4 První psychická pomoc

První psychickou pomoc (dále jen „PPP“) by měl dokázat poskytnout každý, včetně laiků. Jedná se o stabilizaci osoby, která se vlivem mimořádné události a s tím souvisejícího stresu dosáhla svého psychického maxima a již není schopna se se situací samovolně vypořádat. PPP je prvotní neodborné psychické ošetření, které se definuje na základě 3 různých přístupů [5].

- **PPP dle Critical Incident Stress Management** (dále jen „CISM“)
- **PPP dle National Child Traumatic Stress Network a National Centre for PTSD**

Dle výše zmíněných organizací znamená PPP následující (volný překlad z anglického jazyka): *„PPP je informovaná intervence navržená tak, aby mohla být zavedena bezprostředně po katastrofách, terorismu a dalších mimořádných událostech, a má široké využití po celém světě [6].“*

- **PPP dle Světové zdravotnické organizace** (dále jen „WHO“)

WHO definuje PPP jakožto soubor činností, které všechny zahrnují vstřícnou reakci na utrpení člověka a pochopení potřeby mu nezištné pomoci ve chvíli, kdy to potřebuje nejvíce [7].

#### 2.1.5 Sekundárně zasažení

Za sekundárně zasažené osoby považujeme účastníky MU, kteří nejsou nijak fyzicky zranění, ale trauma z nastalé situace se jich přímo dotýká. Mohou jevit příznaky akutní stresové reakce, které mohou, ale nemusejí být na první pohled patrné. V rámci místa zásahu se zpravidla nenachází dostatečné časové možnosti pro řešení duševního zdraví těchto lidí, i z důvodu anonymity v rámci rozsáhlé zástavby nebo jen z důvodu jejich pozdějšího nedohledání [8].

## 2.2 Psychická zátěž a otázky stresu

### 2.2.1 Zdroje psychické zátěže

Krize nikdy nevznikne sama od sebe, vždy má nějaký vnější spouštěč. Kvalifikace vnějších spouštěčů není jednoznačně dána, i přesto se v literatuře nejvíce setkáváme s tabulkou životních událostí (viz příloha č. 1), která bodově ohodnocuje jednotlivé druhy vnějších spouštěčů, v závislosti na náročnosti dané situace na psychiku člověka. Ovšem nutno podotknout, že tato tabulka může mít značně subjektivní zabarvení. Každý člověk by mohl dané životní „změně“ přiřadit jiné bodové hodnocení, dle svého vnímání [9].

Krom tabulky, která platí obecně na celou populaci, bez ohledu na možnou resilienci profesionálních zdravotníků na některé z uvedených bodů, bychom mohli zařadit i další zdroje stresu, značně specifické právě ve vztahu k traumatizujícím událostem. Mezi ně můžeme zařadit například:

- Pokud oběť nebo příbuzné oběti mimořádné události známe
- Intenzivní zájem médií nebo široké veřejnosti o nastalou situaci
- Nedostatečná koordinace zapojených složek
- Hromadné postižení osob [10]

### 2.2.2 Projevy stresu

Stres se může projevovat ve dvou základních liniích. První z nich je eustres, tedy tzv. pozitivní stres, který nás může vyburcovat k lepším výkonům. Jako eustres je stejně tak vnímán stres spojený s mimořádnými, leč pozitivními, událostmi – např. svatba, narození dítěte nebo třeba výhra v loterii. Na druhou stranu distres, na jehož základě stojí tato práce, je stres negativní, tedy ten, kdy hlava musí zpracovat negativní podněty, situace a s tím související pocity [11].



### 2.2.3 Emoce

Pokud hlava zpracovává distres, může se signalizovat pomocí emocí, které jsou u každého člověka individuální, a i přes skutečnost, že jsou profesionální zdravotníci vlivem zkušeností připraveni na různé typy situací, některá událost může být již tou hraniční, kdy vše tzv. povolí [12]. Emočně pak může vyplout na povrch:

- Úzkost
- Strach
- Smutek
- Podrážděnost
- Lítost a sebelítost
- Hněv [13]

### 2.2.4 Stresové reakce

Pokud pomineme akutní stresovou reakci, která spadá dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do duševních poruch a poruch chování, konkrétně ji zařazujeme mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy, tak je důležité pojmut stresové reakce i z hlediska čistě laického pohledu [14].

Tedy jakým způsobem může zareagovat člověk, pokud je jeho psychika vystavená nadměrnému stresu. Možností je více [11]:

- **Emocionální vzrušení** = Nastává buď samostatně nebo v kombinaci s reakcí z některých z níže uvedených. Jde o nepříjemný a vtíravý pocit, kdy hlavním cílem je se tohoto pocitu zbavit. Člověk se může chovat nervózně, dostatečně se nesoustředí, utíká očima atd.

- **Únik** = Nemusí se jednat jen o fyzický útěk z daného místa, ale řadí se sem i útěk ze života (suicidium), útěk k náboženství nebo k rizikovému chování (alkohol či další návykové látky).
- **Ustrnutí a regrese** (= z psychologického hlediska je regrese „*návrat k dřívějšímu či méně vyspělému vzorci chování nebo prožívání* [15]“) = Člověk se může začít chovat stereotypně, bez motivace dokončit původní cíl. Může vést až k úplně neschopnosti vytvářet nějakou aktivitu, případně se vrací do dětských let, kdy byl svět „jednodušší“.
- **Přizpůsobení se situaci** = Nalezení vhodné cesty a smysluplného cíle.
- **Útok** = Fyzický nebo verbální, vyvíjený buď na sebe nebo na okolí.

Přestože krize a s tím související stres má nepříznivý vliv na duševní zdraví, bylo rovněž prokázáno, že krize poskytuje příležitost k vybudování nových obranných mechanismů, zvláště v období po události [16].

### 2.2.5 Prevence

Vobořilová označuje jakožto prevenci stresových nemocí i udržení si správné tělesné hmotnosti, hladiny krevního tlaku a cholesterolu. Stejnou měrou bere v úvahu i abstinenci, správnou dobu spánku a v neposlední řadě popisuje, jakým způsobem škodí kouření našemu zdraví [17].

Stejně jako předchozí snahy řadíme mezi metody „pomoz si sám“, tak v této kapitole můžeme za prevenci považovat i snahu o zabránění rozvinutí stresu do dlouhodobého, tedy akutně po události převyšující naše adaptační limity. V tom nám může pomoci tzv. coping. Coping má mnoho dělení, ale jeho asi nejvýznamnější, dle mého názoru, je dělení na coping zaměřený na emoce a coping zaměřený na problém, který využijeme ve chvíli, kdy se domníváme, že nastalou situaci lze ještě řešit. Naopak coping zaměřený na emoce použijeme

v případě, že problém se již vyřešit nedá a snažíme se s nastalou situací vyrovnat. Jak už ze základního popisu vyplývá, můžeme coping charakterizovat jakožto naučenou formu zvládání nebo vypořádání se se stresem [18].

Copingové strategie můžeme tedy charakterizovat i jako salutor (protiklad stresu). To, co dodává energii, zbavuje špatných myšlenek a podporuje psychické zdraví. V tomto smyslu můžeme hovořit o meditaci, práci s dechem, cvičení (pohybu), udělání si pohodlí, trávení času s rodinou a mezi přáteli, manuální práci, trávení času v přírodě, modelování, malování atd. Cílem je se odreagovat, přenést pozor jinam a dokázat si, že svět není jen černo-bílý [19].

To stejné si uvědomuje i Systém psychosociální intervenční služby (viz kapitola 2.6 – Systém psychosociální intervenční služby) a v době celosvětové pandemie ku příkladu vydal doporučení na správnou psychohygienu. Tato doporučení zahrnují například informace, jak poznám, že jsem v psychické nepohodě, co s tím mohu dělat v závislosti na tom, zda jsem v práci nebo ve volném čase. Započítává do vydaných doporučení i humor – zachovat si nadhled a snažit se situaci nebrat kriticky – na všechno je řešení [20].

Dobrou metodou, jak se zbavit negativních myšlenek je i komunikace, která je obecně základním stavebním kamenem všeho – pokud jsme schopni o věci mluvit, jsme schopni ji i porozumět. Leckdy paradoxně stačí popsat své pocity ze situace nahlas, a i to někdy stačí k tomu, abychom je pochopili. Přitom se nemusí brát komunikace jen jako forma projevu mezi dvěma lidmi – může to být komunikace v sobě samém nebo i jako forma skupinového setkání. Proto můžeme mezi copingové strategie zapojit i rozhovor s partnerem či přáteli [21].

## 2.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je přímý následek dlouhodobě působícího stresu, kdy se dostaví psychická krize, tedy vrchol toho, kdy již nejsme schopni dané situaci přizpůsobit své autoregulační a adaptační procesy a dostáváme se subjektivního pohledu do neřešitelné a bezvýchodné situace [3].

Právě pracovníci pomáhajících profesí jsou velice často ohroženi syndromem vyhoření, kdy se tento jev může vyskytnout jak u začínajících zdravotníků, jejíž očekávání následná realita nenaplnila nebo naopak i u těch zkušených, kdy vlivem dlouhodobého stresu se najednou může stát, že zdravotník svou práci již dělat nechce, zhnusí se mu a pověsí medicínu na hřebík [2].

Syndrom vyhoření, jinak také nazývaný burn out syndrom se projevuje na psychické i fyzické úrovni. Některé jeho projevy jsou definované níže [11]:

- Nedostává se pocitu zadostiučinění, ztráta smyslu svého zaměstnání
- Duševní vyčerpání; apatie; ztráta motivace pro výkon práce
- Deprese; smutek; negativismus
- Pocit bezvýchodnosti nastalé situace
- Únava; bolesti hlavy; napětí

### 2.3.1 Posttraumatická stresová porucha

Zatímco syndrom vyhoření je většinou důsledek dlouhodobě působícího stresu, posttraumatická stresová porucha (dále jen „PTSD“) může být důsledkem jedné emočně traumatické události, na kterou ani běžně fungující a psychicky odolný zdravotník, nemusí být připraven. Byť se opět jedná o zcela individuální problematiku, můžeme s jistotou říci, že události typu 11. září nebo válečná mise v zahraničí leckdy způsobí PTSD u desítek osob [13].

PTSD se může projevovat vícero způsoby, včetně kombinace všech níže zmíněných a pokud příznaky přetrvávají po dobu nejméně jednoho měsíce, mohou významně narušit nejen psychické zdraví, ale i sociální vazby [22]:

- Opakující se tísnivé sny o prožité události
- Opakující se vzpomínky na událost, zahrnující zvuky i obrazy
- Vyhýbání se místům nebo jednání v souvislosti s prožitou událostí
- Fyziologické projevy (zvýšený tlak, zrychlený tep, studený pot, třes v končetinách, zrychlený dech) při vnitřních nebo vnějších podnětech symbolizujících prožitou událost
- Náhlý a chtěný sociální distanc; apatie
- Přehnané reakce i na slabý stres (přílišná lekavost; podrážděnost; výbuchy hněvu; záchvaty pláče)

### 2.3.2 Psychosomatická onemocnění

Příčinou psychosomatických onemocnění je v hlavní roli stres. Stres působící opakovaně a nevhodně, zapříčiňující aktivaci organismu a mechanickou přípravu těla a mysli na reakci, kdy „*může dojít vlivem vyplavených hormonů, zdrojů energie, aktivujících nervových impulsů k orgánovému poškození*“ [11 s. 17–18].

Mezi onemocnění, patřící na seznam psychosomatických onemocnění, řadíme i následující [11]:

- Ischemická choroba srdeční
- Vysoká krevní tlak
- Vředy
- Astma
- Obezita/cukrovka atd.

Na závěr této kapitoly by snad ještě bylo dobré říci, že pěstování tzv. egoistického altruizmu můžeme být přínosem nejen v rámci této problematiky. Když budeme dostatečně dbát o vlastní potřeby, sebeocení a budeme trávit dostatek času v přátelském prostředí osob, kterých si vážíme, tak nám již nezbude tolik času na vsugerování si věcí, které nemají opodstatněný důvod [23].

## 2.4 Principy etiky ve zdravotnictví

Celá tato práce se zjednodušeně zabývá tím, že i profesionální zdravotníci jsou jen lidé a že jejich vyrovnávání s nadlimitními situacemi může být leckdy v rozporu s etickými kodexy jednotlivých povolání v rámci zdravotnictví. To znamená, že i následující věty by mohly být brány jakožto určité dogma [24]:

- „Kdo to nevydrží, ten do zdravotnictví nepatří.“
- „Nechat si pomoci znamená selhání.“
- „Nemohu si promluvit o věci, kterou mi řekl pacient. Musím udržet lékařské tajemství.“

Ovšem správné pochopení etiky nám rovněž ukazuje, že na poli této problematiky je stále přítomna vlastní svoboda rozhodování zdravotníka, udržení si selského rozumu a primárně skutečnost, že nechat si pomoci, neznamená selhat. Málokterá publikace, která rozebírá etiku, ji totiž řeší z jiného pohledu, než pouze ve vztahu k pacientovi [11].

## 2.5 Překážky v zaměstnání

Policista i hasič musí před nástupem do svého zaměstnání podstoupit poměrně důkladné psychologické testování. Byť se práce zdravotníka nedá nazvat o něco méně stresující, tak ve většině případů se u nástupu nesetkáme

s žádným testováním tohoto typu. Ovšem v obecném hledisku toto zaměstnání reálně vysoce překračuje podmínky běžného zaměstnání, hlavně v souvislosti s mírou stresu, se kterou je zdravotník konfrontován [11].

Zdravotník může v tuto chvíli využít tzv. svépomoc, tedy „pomoc sám sobě“, která dle odborné literatury spadá do pomoci neformální, společně s vzájemnou pomocí. Svěpomoc představuje využití vlastních schopností, dovedností, ale i zkušeností k tomu, aby se zdravotník dokázal se situací vypořádat zcela sám. K tomu může využít tzv. copingových strategií (viz kap. 2.2.5 – Prevence) [25].

Zajímavým a hlavně značně medializovaným příkladem z poslední doby, který byl zahájen na popud pandemické krizi je i Iniciativa „Spolu silnější“, pod vedením armádního generála Petra Pavla, která se snaží za pomoci veřejné sbírky organizovat pomoc přetíženým zdravotníkům a zajistit jim psychologickou podporu [26]. Otázkou je, zda je tato aktivita opravdu potřebná ve zdravotnickém systému České republiky, kde již Systém psychosociální intervenční služby plně funguje u většiny ZZS a je zapracován v rámci desítek zdravotnických zařízení, které tuto možnost využily.

Tuto skutečnost si uvědomila Nadace Via, která pod záštitou Asociace českých a moravských nemocnic a za podpory Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR oslovila Českou filharmonii a u příležitosti jejího benefičního koncertu (25. 3. 2021) se vybrala částka téměř 2,5 milionu korun na podporu přetížených zdravotníků. Právě skrze Systém psychosociální intervenční služby se částka použije na odborné zaškolení peerů a interventů, kteří budou moci poskytovat pomoc nejen při současné pandemii, ale i v budoucnu [27].

## 2.6 Systém psychosociální intervenční služby

Systém psychosociální intervenční služby (dále jen „SPIS“) vznikl primárně jakožto systém na podporu zdravotníků, tedy jako peer podpora (jinak řečeno i kolegiální podpora), kdy psycholog nebo školený peer poskytl psychosociální pomoc svému kolegovi. Peer podpora je brána jakožto jeden směr. Druhý směr vznikl později. Jedná se o zdravotnickou intervenci, první psychickou pomoc zaměřenou vně organizace, na sekundárně zasažené osoby [28].

O poskytování určitého druhu pomoci hovoří i typová činnost IZS zabývající se psychosociální pomocí, která je ovšem zaměřená nejen na záchranáře, ale i na zasažené osoby. Mimo jiné vysvětluje, že poskytnutí psychické pomoci člověku může být stejně důležité u velkých mimořádných událostech, kde její využití přirozeně předpokládáme, ale rovněž i u událostí daleko menšího, však leckdy daleko více stresujícího, charakteru [29].

Jedním reálným případem velké mimořádné události za všechny bylo použití SPIS při ozbrojeném útoku ve fakultní nemocnici v Ostravě v prosinci roku 2019, kdy střelec usmrtil 7 lidí přímo v prostorách nemocnice. Této situaci přihlížel značný počet lidí. Prvotní bylo zajištění zdravotnické péče, ovšem u takto medializované záležitosti se musela poskytnout i psychická pomoc několika desítkám osob, vykazujících akutní stresovou reakci. Konkrétně se jednalo o 54 sekundárně zasažených, kterým byla poskytnuta pomoc zdravotnickými intervencemi ZZS a Ostravské nemocnice. Stejně tak se projevila druhá část SPIS, kdy bylo formou peer podpory ošetřeno 120 zdravotníků a v rámci tohoto počtu se mimo individuální, uskutečnilo také 11 skupinových intervencí (viz kap. 2. – Skupinové metody psychické pomoci zdravotníkům) za účasti 107 zdravotnických pracovníků [30].



### 2.6.1 Vznik a zákonné ukotvení

I přesto, že myšlenka psychosociální podpory v rámci ČR není až takovou novotou, stejně se v rámci zdravotnictví stále vyvíjí, a to i přesto, že ostatní uniformované složky mají v rámci této problematiky již tradiční a zaseté systémy. Například HZS bere poskytování první psychické pomoci již jako svou běžnou součást a má pro tyto účely zřízené speciální týmy posttraumatické péče [31].

První reálný záměr, který tuto problematiku řešil, přinesl projekt Evropské unie „The HealthC Project“, v rámci programu celoživotního vzdělávání pod názvem Leonardo da Vinci. Cílem bylo vytvořit jakýsi jednotný manuál v oblasti schopností komunikace krizového managementu pro všechny evropské státy a podpořit tak efektivnější řešení krizových situací napříč zeměmi [32].

Tento počín podpořilo Ministerstvo zdravotnictví. Doba se posunula a již byly pořádány první praktické výcviky v rámci CISM, které byly předzvěstí založení systému psychosociální podpory ve zdravotnictví. V roce 2009 jmenovalo Ministerstvo zdravotnictví odbornou pracovní skupinu pro koordinaci psychické podpory pro poskytovatele zdravotnických služeb, ale i k vykrutí potřeb obyvatelstva. Ve stejném roce navázala odborná skupina spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen „NCO NZO“) a vytvořil se první kurz, zaměřený na peer podporu pracovníkům ve zdravotnictví (spolupráce s NCO NZO trvá doposud). O rok později ministr zdravotnictví stvrdil podpisem oficiální vznik SPIS. Rok 2011 přinesl novelizaci zákona o zdravotnické záchranné službě a zajištění psychosociálních služeb bylo uzákoněno, jakožto povinnost poskytovatele zdravotnické záchranné služby v rámci jednotlivých krajů. V té době se začal systém reálně formovat. Rok 2014 přinesl vznik zdravotnických interventů v rámci SPIS. Dlouhodobé úsilí o zakotvení SPIS v rámci resortu zdravotnictví

vedlo v polovině roku 2019 k vydání metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví [33].

### **2.6.2 Pomoc zasaženým v době COVID-19**

Jako jeden z praktických příkladů zařazujeme využití SPIS v rámci pandemie COVID-19. Zde byla a doposud je poskytována první psychická pomoc skrze zřízenou telefonní linku pomoci blízkým a pozůstalým, pod názvem „INTLIN“. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví se v březnu roku 2020 nabídla široké veřejnosti psychická podpora v době nouzového stavu, i mimo něj [34].

Napříč Českou republikou se vytvořilo pět podpůrných skupin, složených ze zdravotnických interventů nemocnic či ZZS, které zajišťují provoz této linky. Podzim 2020, tedy druhá vlna, ale přinesl ve fungování INTLIN linky výraznou změnu. Telefonní číslo, které bylo na začátku volně přístupné všem je teď dostupné pouze v nemocnicích a na ZZS. Cílem tohoto kroku bylo zabránit přehlcení linky hovory, které nesplňovaly princip fungování INTLIN, což se v praxi stalo hned při první vlně pandemie<sup>1</sup>.

### **2.6.3 Peer podpora**

Situace, kdy zdravotník potřebuje pomoc formou kolegiální podpory, mohou být různého typu, v základu je ale rozdělujeme na dvě základní odvětví. Jedná se o krize situační a traumatické, tedy krize v důsledku náhlé, zpravidla jednorázové stresující události. Opakem jsou pak situace tranzitorní, dlouhodobě se vyvíjející a předpokladatelné [3].

I Vodáčková ve svém inventáři adaptivních a vědomých strategií, kterých lze při zátěži a krizi využít, uvádí schopnost sdílet a sdělovat. Vysvětluje, že

---

<sup>1</sup> Informace poskytnuté PhDr. Lukášem Humplem v rámci emailové komunikace z 1.11.2020

překročit svůj stud, vystoupit ze své komfortní zóny, zahodit případné obavy a svěřit se osobě blízké může být více než obohacující [9].

Dobrym příkladem za všechny je skutečnost, že zdravotníci jsou zpravidla i svědci úmrtí. Pracovně bychom je mohli rozdělit na 3 kategorie – úmrtí u svých blízkých a známých; úmrtí svých pacientů a jejich příbuzných; úmrtí svých kolegů. Všechny kategorie jsou schopny člověka silně ovlivnit, byť se u některých kategorií prvotně nejedná o „jejich“ neštěstí. Zármutek se může projevit stejně jako nemoc, cítíme se unavení, nespíme, klepou se nám ruce...ale nejedná se o nemoc, nýbrž o typický způsob, jak naše mysl zpracovává ztrátu [2].

#### **2.6.4 Peer podpora v době COVID-19**

Pandemická situace prověřila SPIS i z hlediska peer podpory. Již na jaře, při první vlně se pod záštitou Ministerstva zdravotnictví zřídila podpůrná linka pro zdravotníky, pod názvem „PEERLIN“, jejíž chod zajišťují peeri a psychologové zařazení do systému SPIS. Chod je zajištěn nepřetržitě, tedy 24/7 a tuto anonymní pomoc mohou využít zdravotníci z jakéhokoli sektoru zdravotnictví, i přesto, že nejsou pod přímým vlivem důsledků COVIDU-19 [35].

Viz příloha č. 2

#### **2.6.5 Statistické rozložení SPIS v rámci krajů**

Tabulky níže primárně neřeší rozložení peerů a interventů z hlediska zdravotnických zařízení a zdravotnické záchranné služby, ale kompletní počty členů SPIS v rámci České republiky.

Statistické rozložení SPIS v rámci jednotlivých krajů se exponenciálně zvyšuje. Tuto skutečnost můžeme vidět i na srovnání počtů peerů a interventů v roce 2019 a následně po cca 2 letech, v roce 2021. Rozdíle můžeme vidět i na skutečnosti, že

v současné chvíli se tabulkově sleduje počet psychologů v rámci krajů, zařazených do SPIS.

Tab. 1 – Rozložení SPIS v rámci jednotlivých krajů 2019 [28]

<b>Pomáhající</b>	<b>jako peer</b>	<b>jako intervent</b>
Hlavní město Praha	12	9
Středočeský kraj	19	30
Jihočeský kraj	5	14
Plzeňský kraj	14	21
Karlovarský kraj	1	1
Ústecký kraj	5	0
Liberecký kraj	15	8
Královéhradecký kraj	12	23
Pardubický kraj	22	6
Kraj Vysočina	7	12
Jihomoravský kraj	15	14
Olomoucký kraj	18	20
Zlínský kraj	19	18
Moravskoslezský kraj	32	61
<b>CELKEM</b>	<b>196</b>	<b>237</b>

Tab. 2 – Rozložení SPIS v rámci jednotlivých krajů 2021 [36]

<b>Pomáhající</b>	<b>zdravotnický peer</b>	<b>zdravotnický intervent</b>	<b>psycholog SPIS</b>
Hlavní město Praha (65)	36	45	6
Středočeský kraj (39)	22	33	3
Jihočeský kraj (12)	4	12	1
Plzeňský kraj (41)	17	34	4
Karlovarský kraj (2)	2	1	0
Ústecký kraj (20)	13	14	1
Liberecký kraj (21)	15	15	1
Královéhradecký kraj (33)	13	27	0
Pardubický kraj (27)	24	6	0
Kraj Vysočina (15)	10	11	0
Jihomoravský kraj (28)	16	17	0
Olomoucký kraj (42)	20	24	3
Zlínský kraj (26)	23	20	0
Moravskoslezský kraj (78)	37	62	1
<b>CELKEM = 449</b>	<b>252</b>	<b>321</b>	<b>20</b>

Současně je na tabulkách jasně patrná skutečnost, že zavádění SPIS mělo v některých krajích pozvolný růst a důležitost zavádění tohoto systému nabývala v rámci let na významu.

## **2.7 Skupinové metody psychické pomoci zdravotníkům**

Na jedné straně stojí individuální pomoc klientovi, která je nejspíše více známá v očích veřejnosti a je dostupná všem na vlastní žádost, případně doporučení nadřízeného. Setkání zpravidla probíhá jeden na jednoho. Na straně druhé jsou pak metody skupinové, kde funguje podpůrný tým zabývající se vždy danou skupinou lidí, jejichž počet se liší v závislosti na typu skupinové metody [11].

Skupinové metody ošetření jsou používány právě v situacích, kdy se prožitá traumatizující událost dotkla celého zdravotnického týmu. V návaznosti na časové možnosti a míře prožitého stresu se následně volí konkrétní skupinová metoda – demobilizace, defusing nebo debriefing [37].

Důležitou skutečností je, že ani jedna z popsaných metod není psychoterapie, jedná se spíše o řízený rozhovor s jasnými pravidly a fázemi, kolegiální sdílení zážitků z prožité traumatizující události je jeho součástí. Všichni přítomní mají možnost touto formou ventilovat své pocity, což jim může výrazně přispět k psychickému zdraví. Stejně tak možnost si vyslechnout, jak to viděli ostatní kolegové a že můj úhel pohledu možná nebyl úplně správný, je skvělé plus. Výjimkou je zde demobilizace, kde jde vlastně jen o jednostranné sdělení účastníkům zásahu [38].

Rovněž je podstatné si uvědomit, že na tyto skupinové metody ošetření nepřicházejí pacienti psychologických poraden, ale zdravotničtí profesionálové, u kterých je míra stresu posunuta na vyšší úroveň a jsou schopni zvládat daleko

náročnější zátěžové situace. Z toho důvodu se účastníkům vysvětluje, že se jedná o zcela dobrovolné setkání, kde jde o „podporu“ [39].

Základním komunikačním pravidlem pro všechny typy skupinových metod zůstává, že nejdůležitějším prvkem komunikace v rámci skupiny je empatie – tedy ukázat posluchačům, že tam sedíte, protože tam sedět chcete. Chcete si poslechnout co je potkalo a naslouchat jejich trápení. Snažit se porozumět tomu, co prožili, vyjádřit zájem, podporu a pokud je to potřeba, naučit se mlčet [40]. Stejně jako empatie je důležitá zásada důvěrnosti a mlčenlivosti [37].

### **2.7.1 Demobilizace**

Demobilizace je nejkratší typ ošetření. Provádí se bezprostředně po skončené směně, případně mimořádné události zapříčiňující vysoký stres. V praxi jde spíše o shrnutí základních informací, není prostor pro individuální myšlenky zúčastněných zdravotníků. Probíhá přímo na místě zásahu, na pracovišti [39].

Zpravidla se pro tyto účely vytyčí bezpečné místo v klidné části pracoviště, které nemá přímou návaznost na místo, kde se traumatizující záležitost odehrávala. Účast na setkání má i vedoucí zásahu, popřípadě manažer nebo nadřízený, který poděkuje zúčastněným za odvedenou práci. Peer či psycholog seznámí účastníky s vyrovnávacím procesem, který u jednotlivců možná nastane (špatné spaní, stres, zimnice atd.) a ubezpečí je o tom, že jde o zcela přirozený vývoj. Současně jim nastíní, jak si svépomocí pomoci nebo jaké jsou možnosti následné podpory ze strany SPIS. V závěru nabídne zasaženým malé občerstvení a prostor pro chvíli odpočinku. Účastníci mohou prostor kdykoli opustit a celé setkání trvá cca 20-30 minut [37].

### 2.7.2 Defusing

Defusing je časově na pomezí mezi demobilizací, která je v České republice spíše výjimečnou záležitostí, aktivující se po zvlášť traumatizujících mimořádných událostech (například střelba v nemocnici v Ostravě) a debriefingem. Defusing se odehraje bezprostředně po skončení traumatizující události a vedou ho zpravidla 2 vycvičení pečeři [39].

V České republice je to nejužívanější metoda v rámci skupinových metod ošetření. Je časově flexibilní a má přijatelnou délku, cca 30-60 minut. Jak již bylo zmíněno, tak se odehrává po nastalé situaci v týmu v maximálním počtu 10 osob, nejpozději do 8 hodin od události. Stejně jako u debriefingu jsou ze setkání vyloučeni nadřízení, případně jiní nezúčastnění kolegové a pozorovatelé. Tato metoda ošetření probíhá na rozdíl od debriefingu v rozmezí pouze tří základních fází – úvod, průzkum a informace, závěr. Rozdíl oproti debriefingu je v méně strukturovaném setkání. To znamená, že se na úvod vysvětlí základní problematiku, poděkuje se za vykonanou práci a dá se prostor zasaženému personálu. Právě fáze průzkumu a informace se nijak nevede, vzniká tedy unikátní možnost, aby se účastníci směli vyjádřit k tomu, co cítí, jaká byla jejich role v proběhlé události, jak se na nich daný stres projevuje, a to vše v čase a formě, kterou preferují. Po skončení této „volné diskuze“ vysvětlí podpůrný tým problematiku akutní stresové reakce a s ní související symptomy. Stejně tak jsou účastníci seznámeni s možnými formami zvládnání stresu (copingové strategie) a je jim nabídnuta následná pomoc ve formě například individuálního setkání. Na úplný závěr jsou účastníci podpůrného skupinového setkání pozváni na drobné občerstvení za účasti podpůrného týmu, který zůstane k dispozici pro případné dotazy [37].

### 2.7.3 Debriefing

Debriefing dle CISM [22] (volný překlad z anglického jazyka): „*Debriefing je proaktivní zásah zahrnující skupinové setkání nebo diskusi o zvláště zoufalé kritické události. Na základě základních principů krizové intervence je debriefing navržen tak, aby zmírňoval dopad kritického incidentu a pomáhal osobám zotavit se ze stresu spojeného s událostí. Debriefing vede speciálně vyškolený tým, který zahrnuje profesionální i pomocný personál. V ideálním případě se provádí mezi 24 a 72 hodinami po incidentu, ale za výjimečných okolností jej lze provést později.*“

Debriefing slouží jakožto metoda pro stabilizaci situace a zmírnění stresu tak, aby byl účastník schopen se v co nejkratším čase dostat zpátky do normálu. Současně (jak je níže uvedeno) k ošetření tohoto typu je zapotřebí kvalifikovaný psycholog a 2 -3 peři [39].

Dle informací L. Humpla [37], garanta SPIS, je tato metoda v rámci České republiky aplikována 48 hodin po traumatizující události, případně později. Skupinové setkání lze uspořádat až pro 25 zasažených zdravotníků, s výjimkou nadřízených a nezúčastněných kolegů. Setkání koordinuje psycholog SPIS a je rozděleno na 7 fází – Úvod, fáze faktů, fáze myšlenek, fáze reakcí, fáze symptomů, fáze učení a závěr. Vzhledem k hloubce myšlenek, které se probírají, má debriefing 90-180 minut, aby byl dostatek času pro naplnění jednotlivých fází a zodpovězení všech otázek:

- Jaká byla Vaše role při prožité traumatizující události?
- Co bylo Vaší první myšlenkou při nastalé traumatizující události?
- Co pro Vás bylo nejhorší, co byste nejraději zapomněli?
- Jaké jste měli symptomy? Co to s Vámi udělalo?



## 2.7.4 Srovnání metod skupinového ošetření

Tab. 3 – Srovnání metod skupinového ošetření [37]

	<b>Demobilizace</b>	<b>Defusing</b>	<b>Debriefing</b>
<b>Časování</b>	<b>Hned po ukončení</b>	<b>do 8 hodin</b>	<b>do 72 hodin</b>
<b>Cíle</b>	<b>Snížení stresu spojeného s událostí Zahájení obnovy sil personálu</b>	<b>Zmírnění dopadu, obnova, zmírnění emocionální zátěže, zmapování skupiny, zhodnocení potřeby debriefingu</b>	<b>Zmírnění stresové reakce Zrychlení obnovy sil</b>
<b>Trvání</b>	<b>10 min. hovoru 20 min. jídlo, odpočinek</b>	<b>Do 1 hodiny</b>	<b>2-3 hodiny</b>
<b>Části</b>	<b>Informace o stresu, relaxace, výživa</b>	<b>Úvod, explorace, informace</b>	<b>7 fází</b>
<b>Tým</b>	<b>Vycvičení psychologové, peeri</b>	<b>Vycvičení peeri, psychologové</b>	<b>Vycvičení psychologové, peeri</b>

## 3 METODIKA

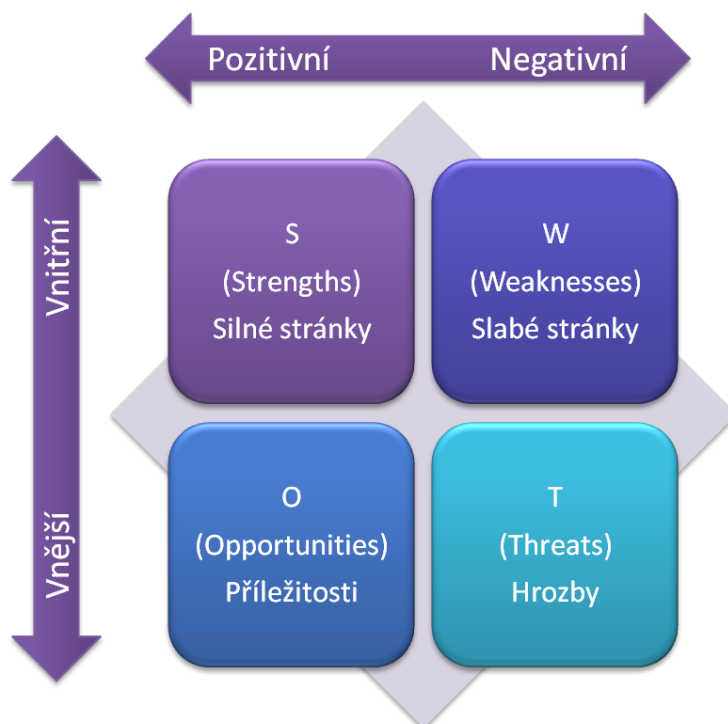
### 3.1 SWOT analýza

#### 3.1.1 Popis výzkumného šetření

Jakožto jedna z metod výzkumu byla pro tuto práci určena SWOT analýza, která má za cíl zhodnocení slabých a silných stránek, příležitostí a hrozeb dané problematiky. Bude se tedy jednat o SWOT analýzu významu a zapojení skupinových metod péče o zdravotníky do systému psychosociální podpory v resortu zdravotnictví České republiky.

#### 3.1.1 Definice prvků analýzy

Vychází ze čtyř základních kvadrantů, které jsou určující v rámci SWOT analýzy a zahrnují silné stránky, slabé stránky, příležitostí a hrozby. Jednotlivé části těchto kvadrantů jsou popsány níže.



Obr. 1 – Kvadranty SWOT analýzy [41]

**Tab. 4 – SWOT analýza skupinových metod podpory**

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
Velký počet účastníků	Možnosti inividuální rozpravy
Časová a početní úspora peerů/psychologů	Zvážení podpůrného týmu
Jasně stanovený postup	Omezený čas
Skupinová dynamika	Dobrovolnost účasti
Rychlá podpora	Neznalost systému a skupinových metod ošetření
Péče o základní potřeby	
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
Legislativně stanovená povinnost	Rozhodnutí řídicího orgánu poskyt. zdravotnické péče
Celosvětový názor na psychosociální pomoc	Politická rozhodnutí
Osvěta ve způsobech pomoci	Nedůvěra v rámci kolektivu
Čerpání peněz navíc z vhodných výzev evropských dotací	Zamezení osobního setkávání
	Utnutí finančních toků ze strany státu

### 3.1.2 Stanovení metodiky výpočtu jednotlivých kritérií

#### Váha

Váha definuje význam dané problematiky mezi ostatními, kdy celkový součet tohoto kritéria za všechny problematiky musí být roven 1. Důvodem je, že každý z kvadrantů má rozdílný počet problematik, výsledná hodnota by bez tohoto aspektu neměla vypovídající charakter. Pokud je tedy některá problematika významnější než jiná, bude mít rovněž i vyšší váhové ohodnocení.

#### Hodnocení

Hodnocení jednotlivých problematik je rozdělené na dva hlavní směry. U silných stránek a příležitostí je hodnocení vyjádřené v černých číslech (tedy bez záporného znaménka, tzv. v plusu) a počítá se na škále od 1 do 5, kdy 5 znamená nejvyšší spokojenost s danou problematikou, 1 naopak nejnižší spokojenost.

Hodnocení slabých stránek a hrozeb pracuje se zápornými hodnotami, tedy jde do mínusových hodnot v rozmezí hodnot -1 až -5, kdy -5 značí nejvyšší nespokojenost, naopak hodnota -1 znamená nejnižší nespokojenost.

## **Výsledky**

Výsledky za jednotlivé problematiky se počítají jakožto součin váhy a hodnocení. Celkový výsledek za kvadrant tvoří součet výsledků za jednotlivé problematiky.

### **Celkové bilanční číslo**

Tedy celkové vyhodnocení konečného bilančního čísla je součet celkových výsledků za jednotlivé kvadranty.

## **3.2 Dotazníkové šetření**

### **3.2.1 Popis výzkumného šetření**

Pro účely této práce bylo jako další z metod výzkumu určeno dotazníkové šetření, kdy byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník (viz příloha č. 3), Dotazníky byly za účasti PhDr. Lukáše Humpla, klinického psychologa a garanta SPIS rozdistribuovány v elektronické podobě na námi určený výzkumný vzorek.

### **3.2.2 Stanovení kritérií výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek byl předem jasně daný. Šetření bylo zaměřeno na pracovníky zdravotnických zařízení, kteří mají ve své organizaci zavedený Systém psychosociální intervenční služby, v jehož rámci absolvovali skupinové setkání vedené podpurným týmem po prodělané psychicky nadlimitní mimořádné události. V žádných dalších aspektech nebyl dotazník nijak omezen.

### **3.2.3 Výzkumný nástroj**

Výzkumným nástrojem byl, již uvedený, nestandardizovaný anonymní dotazník, skládají se ze 14 otázek. 10 otázek bylo uzavřených (bez možnosti vlastní odpovědi) s předem definovanými možnostmi výběru. 2 otázky měly možnost přidat i individuální odpověď respondenta a 2 otázky byly zcela otevřené, bez definovaných možností výběru.

V úvodu dotazníku byl uveden účel sbírání dat a určen výzkumný vzorek. Stejně tak byl zmíněn vedoucí práce a konzultantka. Rovněž byli respondenti upozorněni, že se jedná o zcela anonymní šetření.

Dotazník každému respondentovi mohl pojmout cca 6-7 minut času a po jeho odeslání byly uvedeny kontaktní údaje pro potencionální otázky.

#### **3.2.4 Vyhodnocení získaných dat**

Šetření probíhalo v termínu od 5. října 2020 do 6. dubna 2021. V rámci tohoto časového úseku bylo sesbíráno 78 odpovědí od námi stanoveného výzkumného vzorku. Vzhledem k zaměření dotazníkového šetření na zdravotnický personál se ale výrazně podepsala celosvětová pandemická situace a nebylo možné získat respondenty v počtu, ve který jsme původně doufali.

I tento výzkumný vzorek ovšem disponuje svou vypovídající hodnotou a námi získaná data byla zpracována do grafů a tabulek s určeným procentuálním rozložením samotných respondentů, případně jejich odpovědí.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 SWOT analýza

#### 4.1.1 Silné stránky

- **Velký počet účastníků**

Velký počet účastníků v rámci skupinových metod ošetření je klíčový faktor, dává možnost zúčastnit se takového setkání nejen pár lidem, ale třeba i celému oddělení (popř. celé výjezdové skupině). Rozhodně se jedná o silnou stránku, kdy maximální počty v rámci skupinových metod jsou určeny systémem tak, aby se dalo s takovýmto množstvím lidí efektivně pracovat a nevznikl pocit, že „se na někoho nedostalo“. Bere se ale i ohled na typ situace, takže někdy se doporučené maximální kapacity účelově nenaplní, aby vznikl větší prostor pro zaměření se na týmové řešení.

- **Časová a početní úspora peerů/psychologů**

Tento faktor značně souvisí s tím předešlým, ale přesto má svou vlastní specifikaci. Počet peerů a psychologů v rámci jednotlivých krajů je uveden v teoretické části této práci, tedy při zhodnocení současného stavu, ten nám ukazuje, že byť jsou počty těchto pracovníků na vzestupu, tak se stále nejedná o nevyčerpatelnou komoditu. Z toho důvodu se může skupinová metoda ošetření, která má předem definovaný počet peerů, popřípadě psychologů, zdát jakožto ideální řešení. Byť v první řadě se berou samozřejmě ohledy na ošetřovaný personál, to znamená, že pokud vyvstane nutnost individuálních setkání na úkor skupinového setkání, tak se dle toho koordinátor SPIS pro daný kraj s úkolem vypořádá.

- **Jasně stanovený postup**

Jak již bylo možné se přesvědčit v popisu současného stavu, tak každá ze skupinových metod ošetření, ať už se jedná o demobilizaci, defusing

či debriefing, má svůj jasně daný postup. Tento postup je metodicky školen a každý peer nebo psycholog by neměl ze struktury jednotlivých metod v praxi vybočovat. Na každou část sezení jsou jasně stanovené otázky, které by se měly zodpovědět. Existuje ale i výjimka, například „volná diskuze“ v rámci defusingu. I u té ale předchází a následuje přesně stanovená část sezení, která má svá specifika. Včetně školení mají lektoři k dispozici i pravidelně aktualizovaná skripta, kde si mohou své znalosti kdykoli osvěžit.

- **Skupinová dynamika**

Jeden z aspektů, který bez pochyb spadá do nejsilnějších stránek skupinových metod. Nikde jinde není možnost řízeně sdílet traumata s kolegy, kteří byli rovněž součástí dané traumatizující události, případně na ně měla přímý vliv. Pod vedením zkušeného peera/psychologa jsou pokládány otázky, díky kterým mají jednotliví účastníci možnost vyjádřit své pocity, obavy a reakce. To, že kolem sebe mají účastníci setkání své blízké kolegy může i značně utužit přátelské vztahy v kolektivu a umožní to nahlédnout na prožitou situaci tzv. jinýma očima, neboť každý z přítomných zastával při události jinou pozici, vykonával jiný druh práce a vidí situaci z jiného úhlu pohledu.

- **Rychlá podpora**

Tento pozitivní aspekt ční v tom, že uspořádat individuální setkání může být v závislosti na časových podmínkách ošetřovaných a peerů nebo psychologů, leckdy náročné na výběr konkrétního termínu, pokud se samozřejmě nejedná o nějakou výjimečnou situaci. Skupinové setkání může proběhnout bezprostředně po ukončení dané směny a kolektiv, který se do setkání zapojí, může být motivujícím faktorem pro jedince, kteří jsou třeba na vážkách, zda se takového setkání zúčastnit či ne. Tím pádem si ošetřený personál přes odchodem domů může utřídit myšlenky a stresová reakce má

menší pravděpodobnost rozvinutí doma, kde již podpora ve formě kolegy, peera, popřípadě ani partnera, být nemusí.

- **Péče o základní potřeby**

Podpurný tým při skupinovém setkání nemá jen za úkol rozvést konverzaci s ošetřovaným personálem a přispět tak ke zlepšení jeho psychického zdraví, ale rovněž i zabezpečit jeho základní potřeby – teplo, klid, jídlo a pití. Primárním cílem je tedy pro skupinové setkání zajistit klidnou místnost, ideálně jinde, než kde probíhala samotná traumatizující událost. Místnost s topením, případně zajištěním dostatečného počtu dek. Součástí všech skupinových metod je i poskytnutí základního občerstvení – voda, kafe, čaj, sušenky, popřípadě nějaké drobné sendviče. Cílem je poskytnout ošetřovanému personálu naplnění základních potřeb. Popřípadě pokud je občerstvení podávání až následně, po absolvovaném setkání, tak je určitou možností pro osobní setkání s peerem/psychologem a položení individuálních dotazů, které se pro stud, případně ostych, nepoložily během skupinového setkání.

#### 4.1.2 Slabé stránky

- **Možnosti individuální rozpravy**

Z pohledu této analýzy se nemožnost potencionální individuální rozpravy řadí mezi slabé stránky, byť tato skutečnost je vlastně účelem skupinových metod, aby na to ošetřovaný nebyl sám a měl tam oporu ve formě svého týmu, směny, výjezdové skupiny. Současně z hlediska procentuálního aspektu významnosti této slabé stránky jde o nižší číslo, neboť při pauze na občerstvení jsou určité možnosti, jak si s peerem nebo psychologem osobně promluvit, při projevení nějaké lehké osobní iniciativy a navázání kontaktu.



- **Zvážení podpůrného týmu**

Při vyvstání otázky, jak sestavit podpůrný tým pro dané skupinového setkání, se vychází z kapacitních možností, typu události a dalších parametrů. Krajský koordinátor je odpovědná osoba, která určí, zda pro takové setkání určit peera či psychologa z vnitřku daného zařízení, případně někoho úplně cizího. Sám posuzuje, zda je vhodnější první či druhá varianta. Pravidlem zůstává, že peer, který byl součástí traumatizující události a situace se na něm podepsala, tak nemůže být součástí podpůrného týmu. Dalším faktorem zůstává, že ne každému z ošetřovaného personálu bude daná varianta vyhovovat. To, že se ne vždy zavděčíme každému, platí i zde a pokud nemají účastníci setkání důvěru k podpůrnému týmu, tak se mu nejen, že neschválně, ale ani mu nic neřeknou.

- **Omezený čas**

Každá z metod skupinového setkání má svůj vyměřený čas. Někdy se jedná pouze o pár minut, jako u demobilizace, někdy se může setkání odehrávat i několik hodin, jako u debriefingu. Tak nebo tak, pro účastníky setkání může přednastavený čas představovat diskomfort. Individuální setkání se plně podřizuje ošetřovanému, i z hlediska času. Skupinové setkání se musí podřít celému skupině, což představuje určitou slabinu. Někdo potřebuje více času, než se tzv. odhodlá a své pocity, myšlenky, vjemy, nejasnosti a obavy otevřeně vyjádří.

- **Dobrovolnost účasti**

Zde se jedná asi o největší slabinu. Zpravidla je účast na skupinovém setkání dobrovolnou činností a hodně z těch, kteří by pomoc potřebovali, tak této možnosti nevyužijí. Může to mít mnoho důvodů, jeden z těch primárních je naivní představa, že tuto pomoc nepotřebují. Dále sem můžeme zařadit pocit, že některé věci jsou pro danou chvíli důležitější a že pomoc může přijít i později, což je většinou zcela mylná vize. Některé organizace, například

zdravotnická záchranná služba Jihočeského nebo Moravskoslezského kraje účast na podpůrném skupinovém setkání po prožití traumatizující události vyžadují, neboť si uvědomují možné následky události v případě projevené stresové reakce.

- **Neznalost systému a skupinových metod ošetření**

Již při vytváření dotazníku pro respondenty s účastí v dotazníkovém šetření jsme se shodli, že zapojovat do šetření pojmy typu demobilizace, defusing či debriefing nebude mít úspěch, neboť zdravotníci, kteří nejsou zapojeni do SPIS nebudou tušit, co tyto pojmy znamenají. Ani po absolvování takového setkání nebudou z hlediska pojmosloví o nic chytřejší, neboť cílem takového podpůrného setkání není teoretická výuka správných názvů, ale podpora zúčastněnému personálu. Leckdy se setkáme i s neznalostí samotného SPIS. Pak je pochopitelnější, že i přes nabízenou pomoc ji kdekdo nevyužije.

#### **4.1.3 Příležitosti**

- **Legislativně stanovená povinnost**

V tomto případě se nepochybně jedná o největší příležitost, která by nejen skupinovým metodám, ale i celému SPIS výrazně usnadnila situaci. Pokud by se rozhodlo o celorepublikovém povinném zavedení SPIS v rámci všech poskytovatelů zdravotnické péče, tedy nejen u ZZS, ale i u zdravotnických zařízení, stalo by se poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví běžným standardem. Tuto snahu projevuje SPIS již od svého založení, tato změna by totiž přinesla nejen respekt ke SPIS z hlediska všech poskytovatelů zdravotní péče, ale rovněž i pravidelné financování ze strany státních rozpočtů s ohledem na počet zainteresovaných osob.

- **Celosvětový názor na psychosociální pomoc**

I přes skutečnost, že poskytování psychosociální podpory nabývá na svém významu, a to i celosvětově, tak stále zůstává a možná i převažuje názor, že poskytování takové podpory je zbytečné a že personál ve zdravotnictví jsou profesionálové, kteří žádnou takovouto pomoc nepotřebují. Z toho i vyplývá důsledek světově nedostatečného financování této „zbytečné“ záležitosti. Zpravidla tento názor zastává dostatečně neinformovaná a neznalá veřejnost. Pokud by nastala situace, která by dokázala, že tato podpora není jen možností, ale přímou potřebou, pak by se celosvětový názor pravděpodobně podepsal i v rámci národních legislativ.

- **Osvěta ve způsobech pomoci**

Další příležitostí pro skupinové metody je výraznější osvěta z hlediska metod poskytování psychosociální podpory. U HZS a PČR je systém již poměrně zavedeným standardem, a i široká veřejnost tuto skutečnost zná. Ve zdravotnictví je to ještě trochu novodobé téma, které nemá téměř žádnou medializaci a je to přirozené. Obecně je toto téma naprosto nevydělečné, jedná se o investici, která se nikdy nevrátí, pokud přehlédneme personál ve zdravotnictví, který má díky této podpoře mnohonásobně větší šanci na lepší psychické zdraví. Což je ale samo o sobě aspekt tak moc neuchopitelný a nezměřitelný, že média, ale mnohdy i samotné managementy zdravotnických zařízení, v něm nenachází příliš velký potenciál.

- **Čerpání peněz navíc z vhodných výzev evropských dotací**

Rok 2021 přinesl jedny z prvních výraznějších přílivu financí do SPIS ze strany státu. Stejně tak se každý rok vypisují výzvy Evropské unie z hlediska dotačních programů zaměřených na poskytování psychosociální podpory. Příležitostí je tedy rovněž i získání dalších takovýchto peněz navíc, které by mohly sloužit k edukaci dalších členů podpůrných týmů,

uspořádání větší osvěty z hlediska poskytování skupinových metod ošetření, pořádání konferencí atd. V příležitostech je tato problematika zahrnutá i z důvodu toho, že získání takovýchto peněz navíc je leckdy i otázka štěstí.

#### 4.1.4 Hrozby

- **Rozhodnutí řídicího orgánu poskytovatele zdravotnické péče**

Vzhledem k tomu, že obecně SPIS a s tím související skupinové metody podpory nejsou legislativně stanovenou povinností, tak je rozhodnutí řídicího orgánu příslušného poskytovatele zdravotnické péče rozhodujícím faktorem a pokud se tento orgán může rozhodnout, že se v rámci organizace SPIS řešit nejen nebude, ale nebude se ani podporovat, tak se bavíme o potenciálně velmi nebezpečné hrozbě. Policie ČR i HZS jsou v přímé působnosti státu, jsou financovány z rozpočtové kapitoly státu, ovšem poskytovatelé zdravotní péče jsou až na výjimky zřizováni krajem a případnými dalšími akcionáři.

- **Politická rozhodnutí**

Případné politické rozhodnutí je obdobné hrozbě v předchozím bodě, ale s rozdílem, že zde se bude jednat o celostátní vliv. Prozatím se sice SPIS a skupinové metody podpory, jakožto jeho součást, nestaly legislativně danou povinností, ale zároveň jím není ofenzivně bráněno. Hrozbou je, pokud by takováto situace nastala. Jít přes pravidla státu lze udržet jen krátkodobě a zpravidla se jedná o zcela likvidační záležitost s potenciálně hrozícími sankcemi ze strany státu.

- **Nedůvěra v rámci kolektivu**

Dlouho jsme uvažovali, zda nedůvěru v rámci kolektivu, který se skupinově účastní podpůrného setkání zařadit mezi slabé stránky nebo hrozby. Vzhledem k tomu, že se jedná o věc, která působí uvnitř kolektivu, měla by

být součástí spíše slabých stránek, neboť ty se zaměřují na problémy uvnitř zkoumané problematiky. Ovšem u tohoto parametru nejde o věc, která by byla běžným standardem, dokonce ani pravidelným, ale i přesto, je nedůvěra v rámci kolektivu, schopna plně narušit celou snahu o efektivní přínos skupinového podpůrného setkání. Přičemž zde se nejedná o nedůvěru kolektivu vůči podpůrnému týmu, ale nedůvěru mezi jednotlivými účastníky setkání. Roli zde mohou hrát osobní spory, nevyřešené dohady, bezdůvodná osobní averze. Všechny tyto aspekty jsou schopny naprosto zmařit všechny snahy podpůrného týmu.

- **Zamezení osobního setkávání**

Pandemická situace ve světě, která naplno ochromila všechny aspekty běžného života se výrazně podepsala i na osobním setkávání. Prozatím jsou stále v běhu restriktivní opatření různého charakteru. Doposud se sice zavedená opatření zdají jako přínosná, ale podzim může přinést další vlnu epidemie, kdy se reálnou hrozbou může stát úplný zákaz osobního setkávání. Vzhledem k tomu, že se modernizace v oblasti videohovorů a vzdáleného setkávání online během pandemie výrazně posunula, tak je toto opatření potenciálně nasnadě. Byť se již pár online setkání v rámci SPIS uskutečnila, tak z hlediska skupinových setkání by se toto opatření stalo významně omezující hrozbou. Setkání fyzicky, za přítomnosti podpůrného týmu, kolegů a komunikaci tzv. face to face nelze virtuálním prostředím plně nahradit. Pohyby těla, grimasy a další neverbální projevy se online jen těžko zachycují a pro podpůrný tým je daleko obtížnější si utvořit ucelený obrázek o dané skupině.

- **Utnutí finančních toků ze strany státu**

Zde se jedná o potenciálně likvidační hrozbu. Česká republika tento rok investovala do SPIS se záměrem tento záměr rozšířit. Pokud řekneme, že k tomuto počínu přispěla pandemická situace, kdy se situace nejvíce

podepsala na přepracovaném personálu pod tíhou traumatizující dlouhodobé situace, nebudeme daleko od pravdy. Právě v loňském roce se totiž ukázalo, že pracovníci ve zdravotnictví jsou rovněž jen lidé, na jejichž psychické zdraví má dennodenní setkávání se smrtí dalekosáhlý vliv. Pokud by se Česká republika rozhodla, že nebude financovat SPIS a stáhne finanční podporu, kterou vkládá do organizace, tak je reálně velmi pravděpodobné, že by SPIS jako takový zanikl a poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví postupem času s ním.

#### 4.1.5 Vyhodnocení SWOT analýzy

##### Vyhodnocení silných stránek

Tab. 5 – Vyhodnocení silných stránek

SILNÉ STRÁNKY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDKY
Velký počet účastníků	0,10	4	0,4
Časová a početní úspora peerů/psychologů	0,05	5	0,25
Jasně stanovený postup	0,20	4	0,8
Skupinová dynamika	0,30	5	1,5
Rychlá podpora	0,25	5	1,25
Péče o základní potřeby	0,10	3	0,3
<b>CELKEM:</b>	1,00		4,5

##### Vyhodnocení slabých stránek

Tab. 6 – Vyhodnocení slabých stránek

SLABÉ STRÁNKY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDKY
Možnosti individuální rozpravy	0,05	-2	-0,1
Zvážení podpůrného týmu	0,10	-2	-0,2
Omezený čas	0,05	-2	-0,1
Dobrovolnost účasti	0,40	-4	-1,6
Neznalost systému a skupinových metod ošetření	0,40	-4	-1,6
<b>CELKEM:</b>	1,00		-3,6

## Vyhodnocení příležitostí

Tab. 7 – Vyhodnocení příležitostí

PŘÍLEŽITOSTI	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDKY
Legislativně stanovená povinnost	0,50	5	2,5
Celosvětový názor na psychosociální pomoc	0,15	4	0,6
Osvěta ve způsobech pomoci	0,15	4	0,6
Čerpání peněz navíc z vhodných výzev evropských dotací	0,20	4	0,8
<b>CELKEM:</b>	<b>1,00</b>		<b>4,5</b>

## Vyhodnocení hrozeb

Tab. 8 – Vyhodnocení hrozeb

HROZBY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDKY
Rozhodnutí řídicího orgánu poskytovatele zdravotnické péče	0,35	-4	-1,4
Politická rozhodnutí	0,35	-5	-1,75
Nedůvěra v rámci kolektivu	0,10	-3	-0,3
Zamezení osobního setkávání	0,20	-3	-0,6
Utnutí finančních toků ze strany státu	0,35	-5	-1,75
<b>CELKEM:</b>	<b>1,00</b>		<b>-5,8</b>

## Celkové vyhodnocení

Tab. 9 – Celkové vyhodnocení SWOT analýzy

VYHODNOCENÍ	VÝSLEDKY
<b>SILNÉ STRÁNKY</b>	4,50
<b>SLABÉ STRÁNKY</b>	-3,60
<b>PŘÍLEŽITOSTI</b>	4,50
<b>HROZBY</b>	-5,80
<b>CELKEM:</b>	<b>-0,40</b>

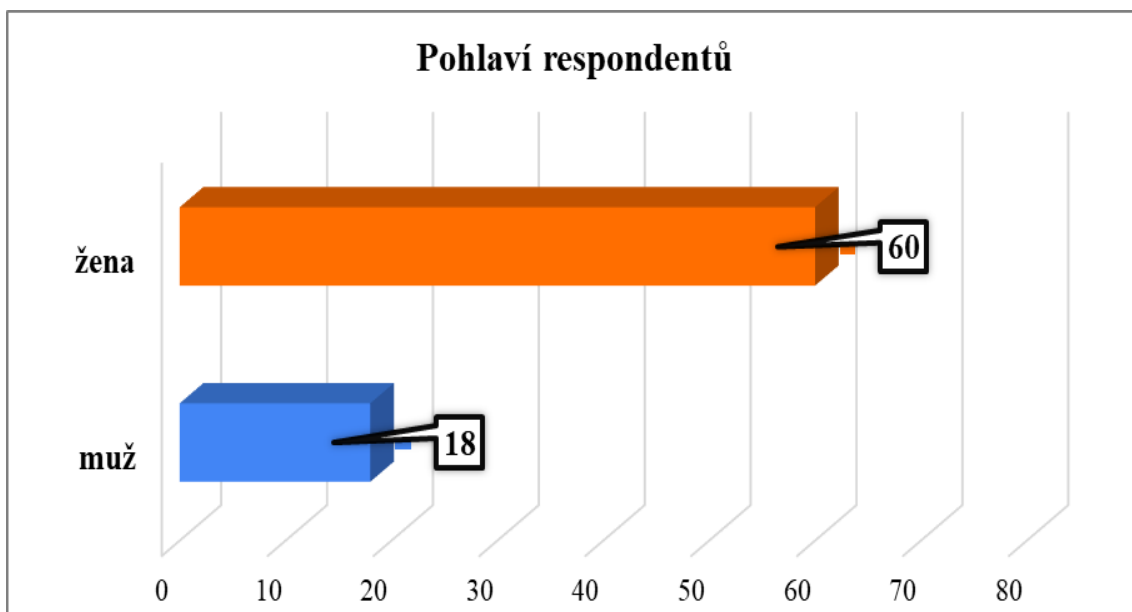
Z celkového vyhodnocení SWOT analýzy, po zhodnocení jednotlivých jejích částí, vychází, že konečné číslo se točí kolem nuly s lehkým přesahem do mínusu. Bilanční číslo tedy není optimální, ale dá se objasnit. SPIS má dobře zpracovanou vnitřní strukturu, ovšem stojí na nejistých základech, které jsou potencionálně výrazně ovlivněny státem, politikou a nestátními subjekty. Hrozby jsou vysoké, ale na jejich eliminaci se dlouhodobě pracuje.

## 4.2 Vyhodnocení dat z dotazníkového šetření

### OTÁZKA Č. 1

Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:

- žena
- muž



Obr. 2 – Pohlaví respondentů

Tab. 10 – Pohlaví respondentů

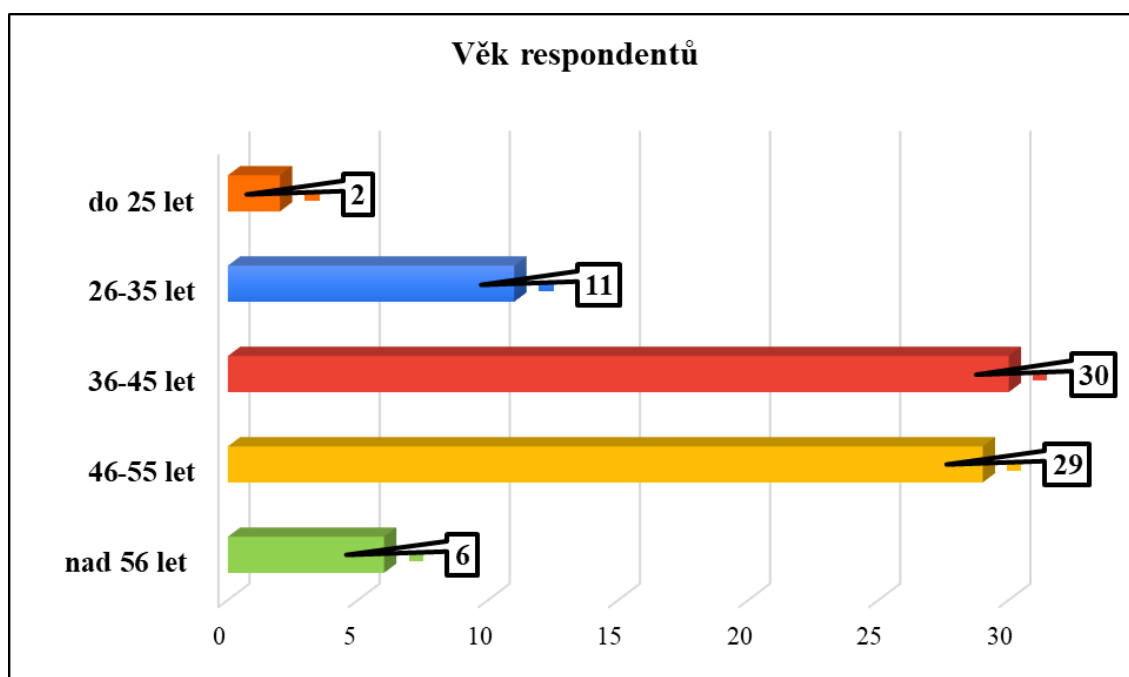
Pohlaví respondentů	Počet respondentů	Procentuální podíl
žena	60	77 %
muž	18	23 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>



## OTÁZKA Č. 2

Uveďte, prosím, Váš věk:

- do 25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- nad 56 let



Obr. 3 – Věk respondentů

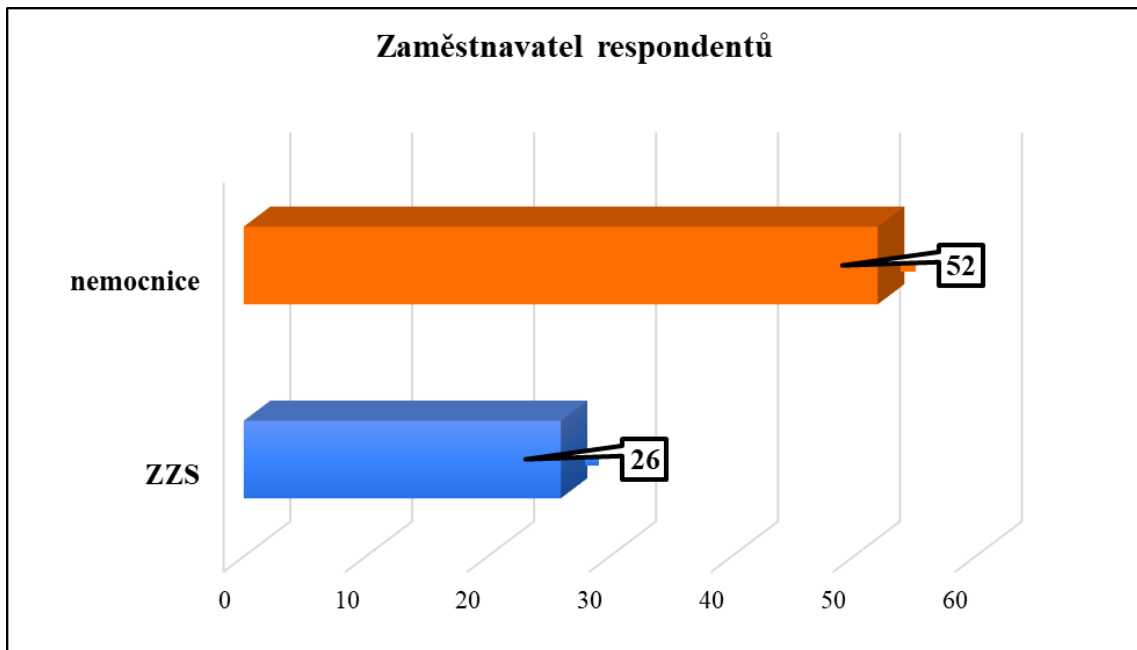
Tab. 11 – Věk respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	Procentuální podíl
do 25 let	2	3 %
26-35 let	11	14 %
36-45 let	30	38 %
46-55 let	29	37 %
nad 56 let	6	8 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

### OTÁZKA Č. 3

U jakého poskytovatele zdravotních služeb pracujete?

- nemocnice
- zdravotnická záchranná služba



Obr. 4 – Zaměstnavatel respondentů

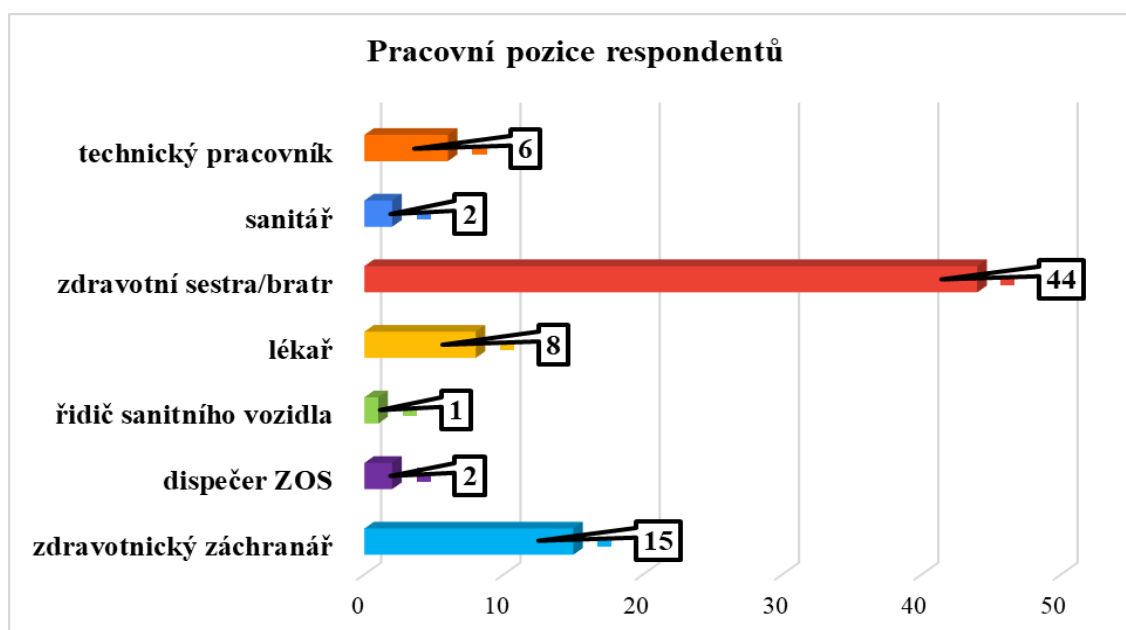
Tab. 12 – Zaměstnavatel respondentů

Zaměstnavatel respondentů	Počet respondentů	Procentuální podíl
nemocnice	52	67 %
zdravotnická záchranná služba	26	33 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

#### OTÁZKA Č. 4

##### Jaká je Vaše pracovní pozice?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pomocný personál    | <input type="checkbox"/> zdravotní sestra/bratr        |
| <input type="checkbox"/> technický pracovník | <input type="checkbox"/> lékař                         |
| <input type="checkbox"/> sanitář             | <input type="checkbox"/> řidič sanitního vozidla       |
| <input type="checkbox"/> laborant            | <input type="checkbox"/> dispečer operačního střediska |
| <input type="checkbox"/> ošetřovatel         | <input type="checkbox"/> zdravotnický záchranář        |



Obr. 5 – Pracovní pozice respondentů

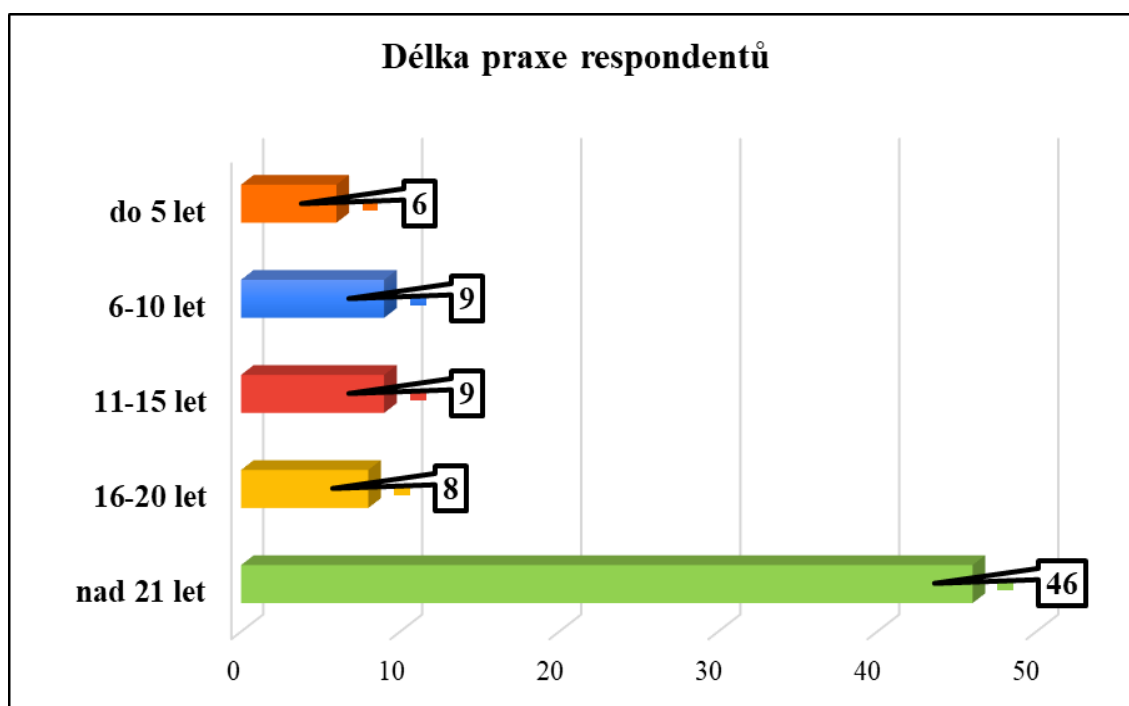
Tab. 13 – Pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice respondentů	Počet respondentů	Procentuální podíl
pomocný personál	0	0 %
technický pracovník	6	8 %
sanitář	2	3 %
laborant	0	0 %
ošetřovatel	0	0 %
zdravotní sestra/bratr	44	56 %
lékař	8	10 %
řidič sanitního vozidla	1	1 %
dispečer operačního střediska	2	3 %
zdravotnický záchranář	15	19 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

## OTÁZKA Č. 5

### Délka Vaší praxe:

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- nad 21 let



*Obr. 6 – Délka praxe respondentů*

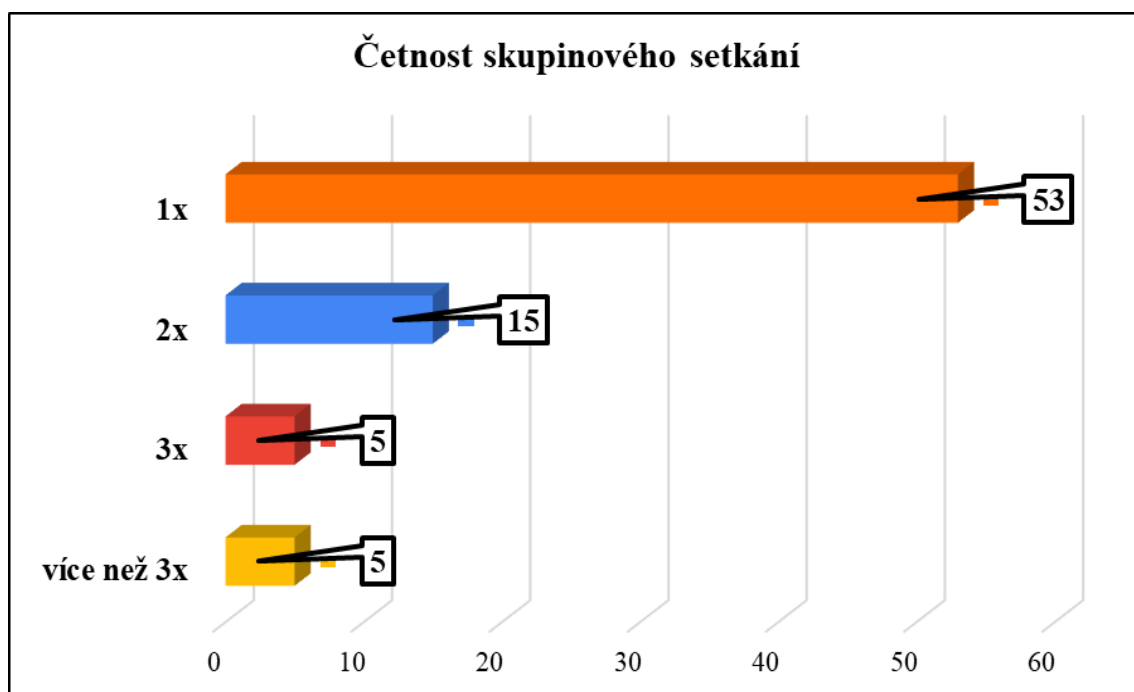
*Tab. 14 – Délka praxe respondentů*

Délka praxe respondentů	Počet respondentů	Procentuální podíl
do 5 let	6	8 %
6-10 let	9	12 %
11-15 let	9	12 %
16-20 let	8	10 %
nad 21 let	46	59 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

## OTÁZKA Č. 6

Jak často jste se v posledních 3 letech zúčastnil/a skupinového setkání týmu po prožití psychicky nadlimitní události, vedené podpůrným týmem – peery, psychologem (dále jen „podpůrné skupinové setkání“)?

- 1x
- 2x
- 3x
- více než 3x



Obr. 7 – Četnost skupinového setkání

Tab. 15 – Četnost skupinového setkání

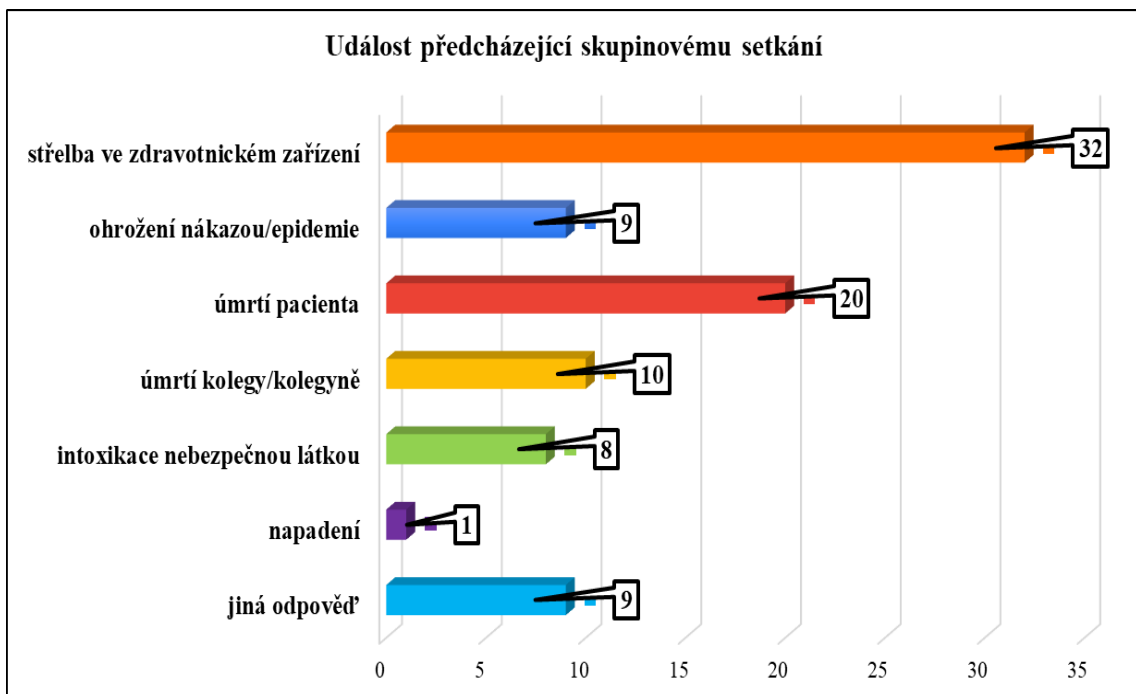
Četnost skupinového setkání	Počet respondentů	Procentuální podíl
1x	53	68 %
2x	15	19 %
3x	5	6 %
více než 3x	5	6 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

## OTÁZKA Č. 7

### Po jaké události jste se setkal/a s podpůrným skupinovým setkáním?

- střelba ve zdravotnickém zařízení
- ohrožení nákazou/epidemie
- úmrtí pacienta
- úmrtí kolegy/kolegyně
- intoxikace nebezpečnou látkou
- napadení
- jiná odpověď

Tato problematika byla řešena skrze polootevřenou otázku a možnost více odpovědí. Respondenti měli možnost si vybrat z předem definovaných odpovědí nebo přidat svou vlastní. Z toho důvodu se zde procentuální podíly nepočítají na respondenty, nýbrž na celkový počet odpovědí.



*Obr. 8 – Situace předcházející skupinovému setkání*

Tab. 16 – Situace předcházející skupinovému setkání

Událost předcházející skupinovému setkání	Počet odpovědí	Procentuální podíl
střelba ve zdravotnickém zařízení	32	36 %
ohrožení nákazou/epidemie	9	10 %
úmrť pacienta	20	22 %
úmrť kolegy/kolegyně	10	11 %
intoxikace nebezpečnou látkou	8	9 %
napadení	1	1 %
jiná odpověď	9	10 %
<b>Celkový počet</b>	<b>89</b>	<b>100 %</b>

Jiná odpověď zahrnovala následující individuální vyjádření respondentů, kteří odpovídali na otázku „Po jaké události jste se setkal/a s podpurným skupinovým setkáním?“:

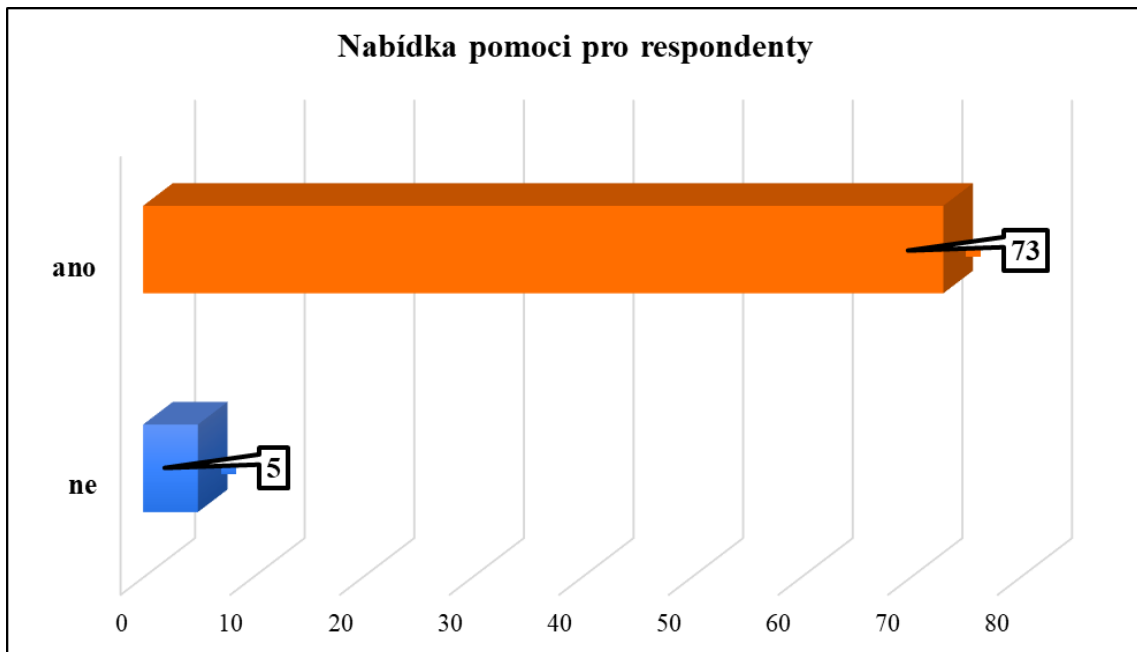
- dlouhá a neúspěšná resuscitace dítěte
- hromadné neštěstí
- kritický stav dítěte trauma triage + po pádu
- neustále se zvyšující požadavky + neúnosná vytíženost, pracovní vztahy
- postižené dítě
- smrt 11 lidí při požáru
- supervize v rámci inzerce
- preventivně
- vysoké pracovní nasazení, stres

## OTÁZKA Č. 8

Nabídl Vám podpůrný tým kontakt i po ukončení setkání?

ano

ne



Obr. 9 – Nabídka pomoci pro respondenty

Tab. 17 – Nabídka pomoci pro respondenty

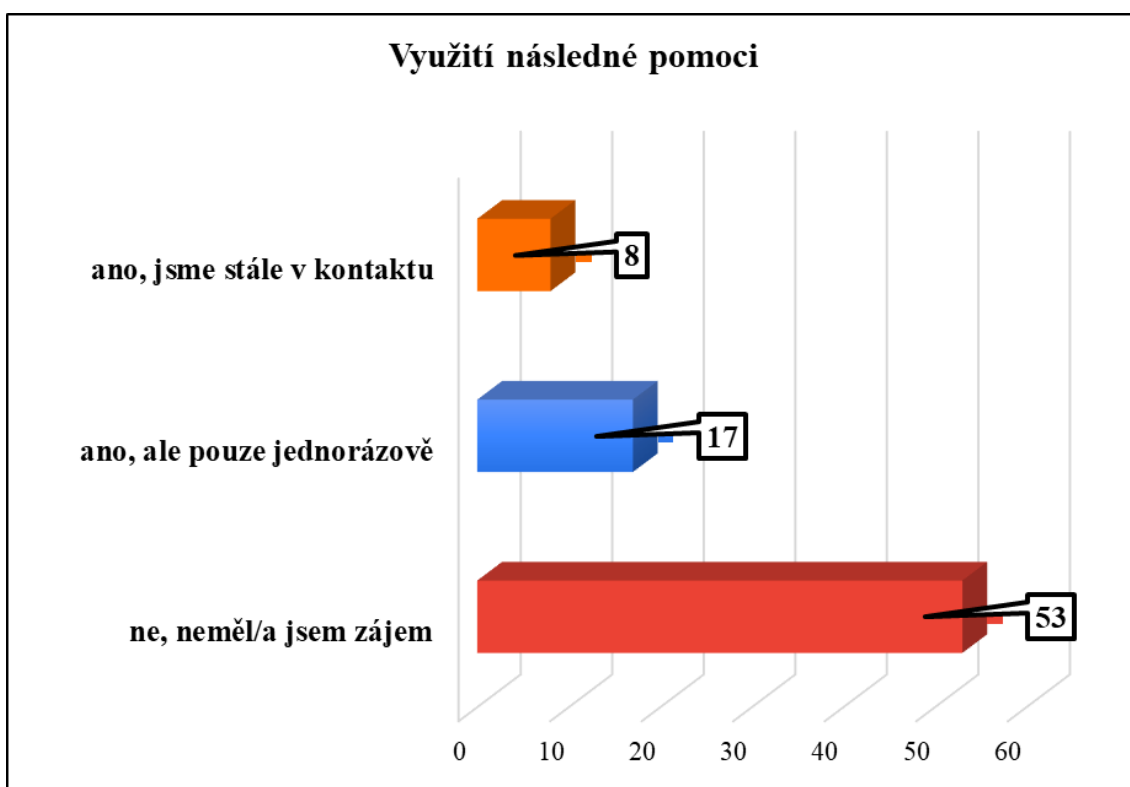
Nabídka pomoci pro respondenty	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	73	94 %
Ne	5	6 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>



## OTÁZKA Č. 9

**Pokud Vám od podpůrného týmu byla nabídnuta následná pomoc – využil/a jste ji?**

- ano, jsme stále v kontaktu
- ano, ale pouze jednorázově
- ne, neměl/a jsem zájem



*Obr. 10 – Využití následné pomoci*

*Tab. 18 – Využití následné pomoci*

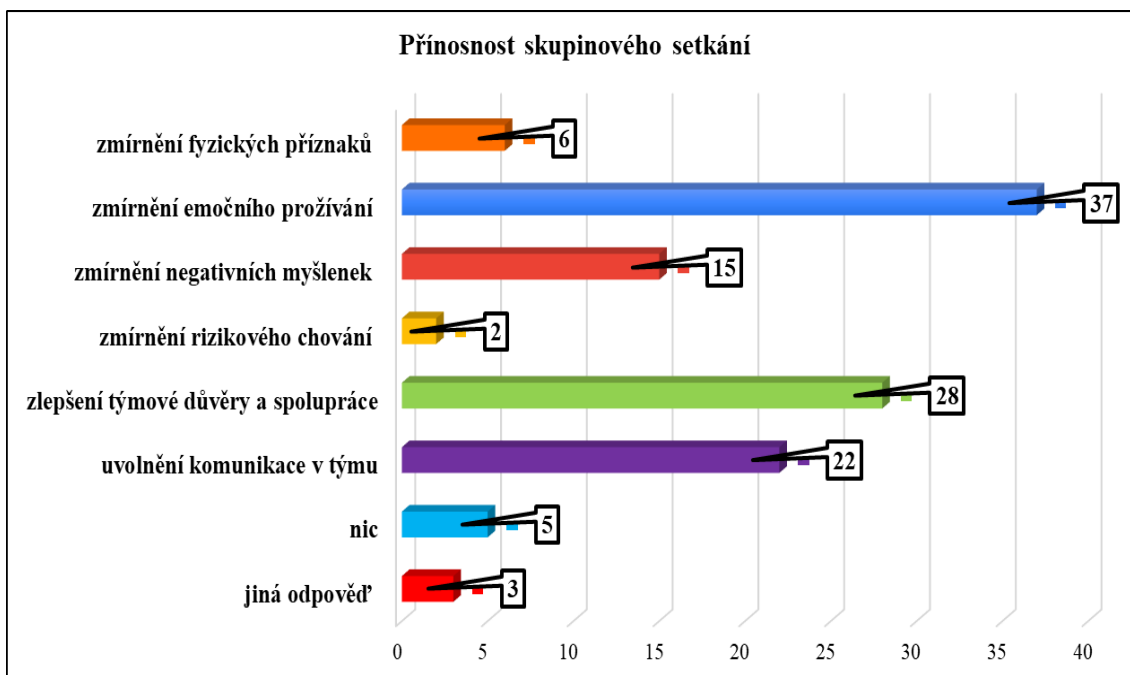
Využití následné pomoci	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano, jsme stále v kontaktu	8	10 %
ano, ale pouze jednorázově	17	22 %
ne, neměl/a jsem zájem	53	68 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

## OTÁZKA Č. 10

### Co Vám podpůrné skupinové setkání přineslo?

- zmírnění fyzických příznaků (zbavil/a jsem se bušení srdce; neklepou se mi ruce; zmírnění nevolnosti; atd.)
- zmírnění emočního prožívání (zmírnění rozrušení ze situace; normalizace emocí; zmírnění vzteku; méně časté výkyvy nálad; atd.)
- zmírnění negativních myšlenek ("můžu za to já; měl/a jsem se víc snažit; nemuselo to takhle skončit, kdyby...")
- zmírnění rizikového chování (zmírnil/a jsem konzumaci alkoholu; přestal/a jsem kouřit; trávím více času s rodinou (neuzavírám se tolik do sebe); omezují zlozvyky – kousání nehtů, ošívání se; konflikty s okolím jsou méně časté; atd.)
- zlepšení týmové důvěry a spolupráce
- uvolnění komunikace v týmu
- nic
- jiná odpověď

Tato problematika byla řešena skrze polootevřenou otázku a možnost více odpovědí. Respondenti měli možnost si vybrat z předem definovaných odpovědí nebo přidat svou vlastní. Z toho důvodu se zde procentuální podíly nepočítají na respondenty, nýbrž na celkový počet odpovědí.



*Obr. 11 – Přínosnost skupinového setkání*

*Tab. 19 – Přínosnost skupinového setkání*

Přínosnost skupinového setkání	Počet odpovědí	Procentuální podíl
zmírnění fyzických příznaků	6	5 %
zmírnění emočního prožívání	37	31 %
zmírnění negativních myšlenek	15	13 %
zmírnění rizikového chování	2	2 %
zlepšení týmové důvěry a spolupráce	28	24 %
uvolnění komunikace v týmu	22	19 %
Nic	5	4 %
jiná odpověď	3	3 %
<b>Celkový počet</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

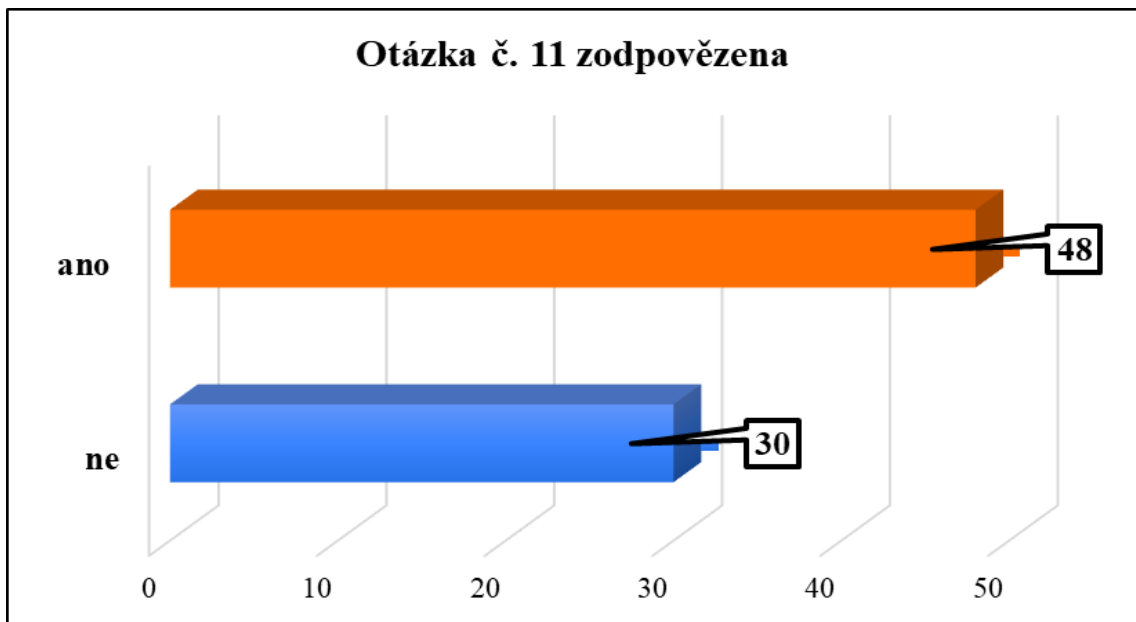
Jiná odpověď zahrnovala následující individuální vyjádření respondentů, kteří odpovídali na otázku „Co Vám podpůrné skupinové setkání přineslo?“:

- možnost otevřeně hovořit o tom, co mě tíží
- velice krátká úleva, častěji se snažím si v malých chvilkách připomínat své přehozené priority a malé radosti
- Týmová soudržnost po společném zážitku byla pouze krátkodobá

## OTÁZKA Č. 11

### Bylo něco, co Vám při podpůrném skupinovém setkání vadilo?

Tato problematika byla řešena skrze otevřenou odpověď, tedy každý z respondentů měl možnost se individuálně vyjádřit a zodpovědět, zda mu při podpůrném skupinovém setkání něco vadilo.



Obr. 12 – Zodpovězení otázky č. 11

Tab. 20 – Zodpovězení otázky č. 11

Otázka č. 11 zodpovězena	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	48	62 %
Ne	30	38 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

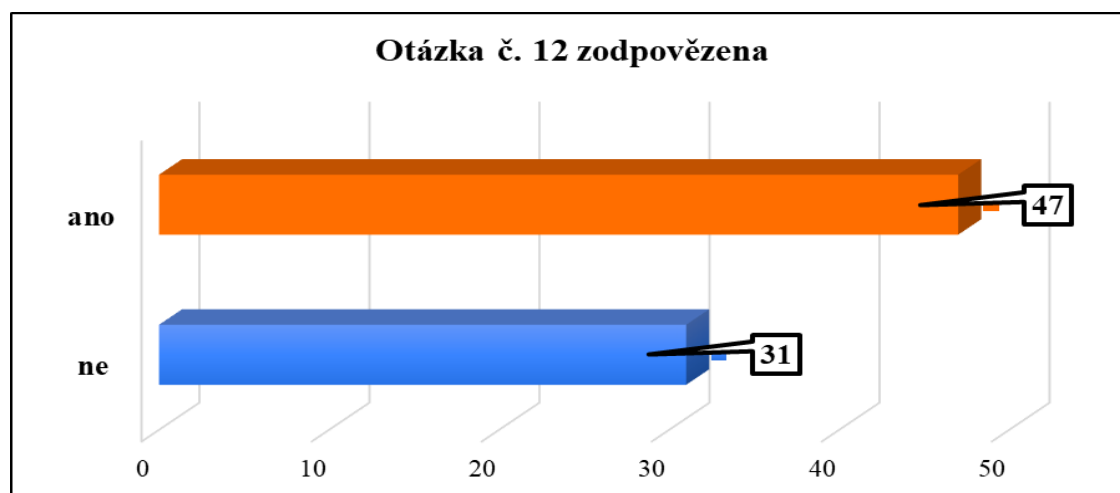
*Tab. 21 – Individuální odpovědi na otázku č. 11*

<b>Individuální odpovědi na otázku č. 11</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Procentuální podíl</b>
Ne	38	79 %
Málo času, krátké setkání	2	4 %
Naopak, pomohlo mi to (měl/a jsem potřebu si promluvit)	3	6 %
Neúčast některých mých kolegů	1	2 %
Neúčast kolegů od IZS, kteří se na zásahu podíleli	1	2 %
Vnější vlivy – zvuk tekoucí vody	1	2 %
Potřeboval jsem to nejdřív vstřebat sám v sobě	1	2 %
Nevím	1	2 %
<b>Celkový počet</b>	<b>48</b>	<b>100 %</b>

## OTÁZKA Č. 12

### Bylo něco, co Vám při uvedeném podpůrném skupinovém setkání chybělo?

Tato problematika byla řešena skrze otevřenou odpověď, tedy každý z respondentů měl možnost se individuálně vyjádřit a zodpovědět, zda mu při podpůrném skupinovém setkání něco chybělo.



Obr. 13 – Zodpovězení otázky č. 12

Tab. 22 - Zodpovězení otázky č. 12

Otázka č. 12 zodpovězena	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	47	60 %
ne	31	40 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

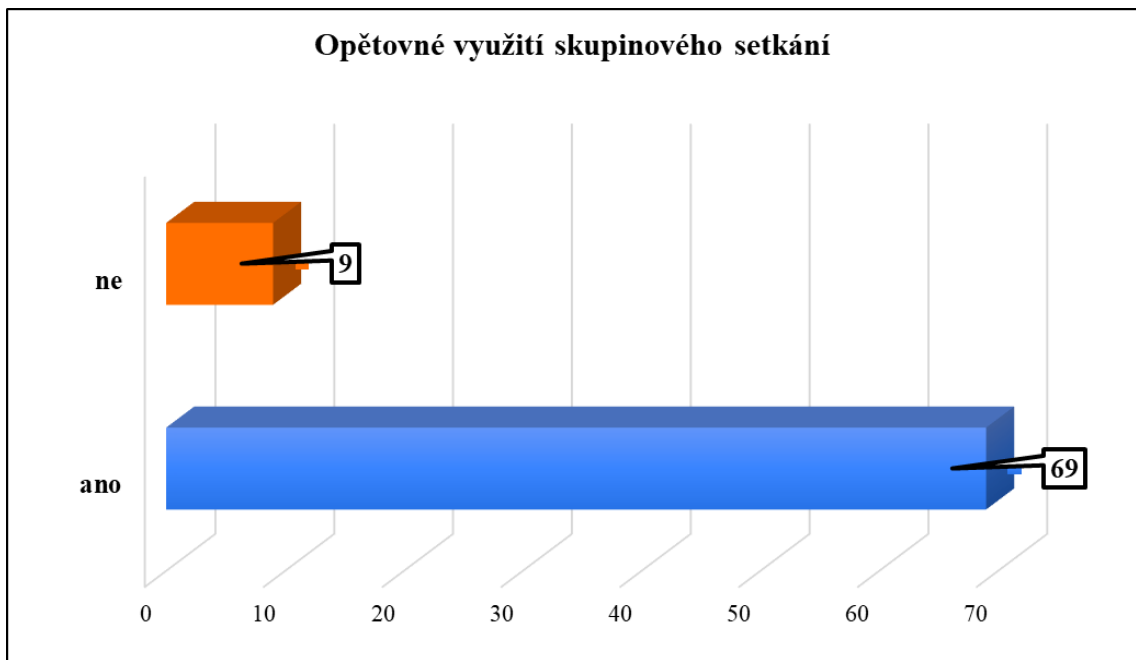
Tab. 23 – Individuální odpovědi na otázku č. 12

Individuální odpovědi na otázku č. 12	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ne	35	74 %
Více času	6	13 %
Přítomnost kolegů z ostatních složek IZS, kteří se na zásahu rovněž podíleli	2	4 %
Přítomnost některých mých kolegů	1	2 %
Možnost přestávky	1	2 %
Častější četnost skupinového setkání	1	2 %
Nevím	1	2 %
<b>Celkový počet</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>

OTÁZKA Č. 13

Využil/a byste podpůrné skupinové setkání znovu, resp. po další traumatizující události?

- ano
- ne



Obr. 14 – Opětovné využití skupinového setkání

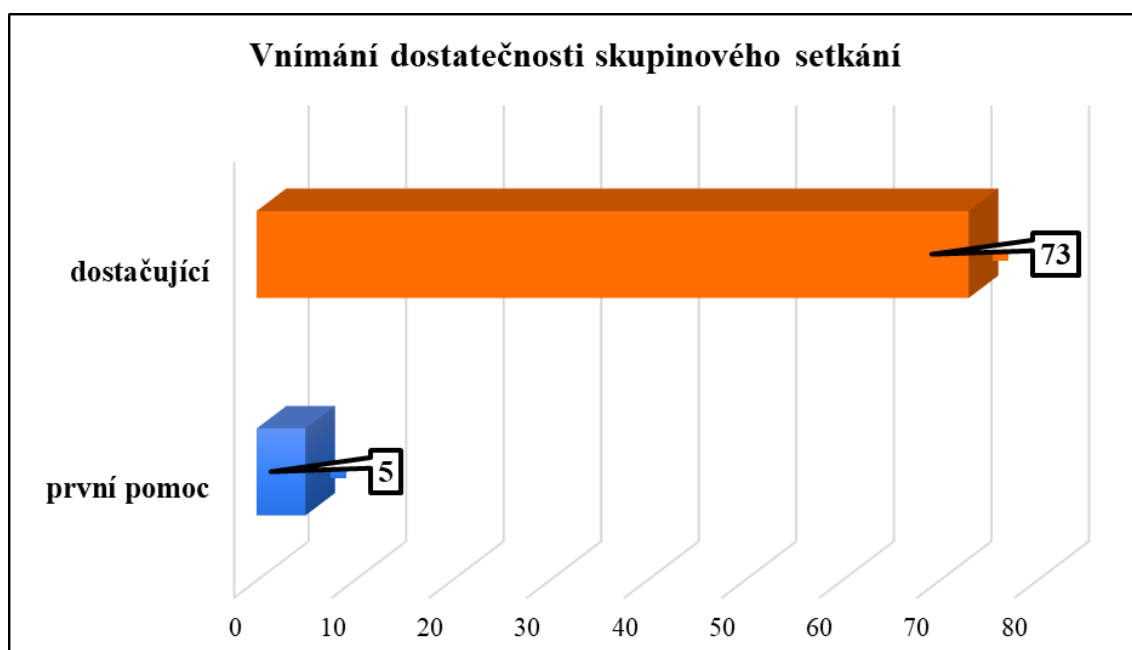
Tab. 24 – Opětovné využití skupinového setkání

Opětovné využití skupinového setkání	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	69	88 %
Ne	9	12 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

#### OTÁZKA Č. 14

Vnímali/a jste podpůrné skupinové setkání, v rámci kolegiální podpory, jakožto dostačující způsob, jak vyřešit problém nebo pouze jako první pomoc (např. před návštěvou specialisty)?

- dostačující – již nebylo potřeba návštěvy dalšího specialisty
- první pomoc – potřeboval/a jsem více péče



Obr. 15 – Vnímání dostatečnosti skupinového setkání

Tab. 25 – Vnímání dostatečnosti skupinového setkání

Vnímání dostatečnosti skupinového setkání	Počet respondentů	Procentuální podíl
dostačující – již nebylo potřeba návštěvy dalšího specialisty	73	94 %
první pomoc – potřeboval/a jsem více péče	5	6 %
<b>Celkový počet</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>



### 4.3 Vyhodnocení zadaných hypotéz

#### **HYPOTÉZA 1**

*Předpokládáme, že více než 75 % respondentů se po prožité traumatizující události zúčastní podpůrného skupinového setkání.*

Tato hypotéza se primárně váže k otázce č. 13, kdy jsme se respondentů ptali, zda by opětovně využili možnost zúčastnit se skupinového podpůrného setkání po prožité traumatizující události. Z celkového počtu 78 respondentů se 9 z nich (12 %) vyjádřilo, že by tuto možnost již znovu nevyužili. Naopak 69 respondentů (88 %) by s možností dalšího setkání souhlasili (viz Obr. 13 – Opětovné využití skupinového setkání a Tab. 13 - Opětovné využití skupinového setkání).

K této hypotéze se vážou ale i otázky č. 8 a 9, které řeší následnou navazující pomoc ze strany podpůrného týmu. Zde se při otázce, zda by respondenti využili následnou pomoc, navazující na prvotní skupinové setkání, z větší části vyjádřili, že ne, že o další péči neměli zájem. Konkrétně se jednalo o 53 respondentů (68 %), kteří o další pomoc nejevili zájem, 17 respondentů (22 %), kteří využili nabídnutou pomoc pouze jednorázově a 8 respondentů (10 %), kteří jsou s podpůrným týmem stále v kontaktu. Přičemž skutečnost, že by podpůrný tým následnou pomoc nenabídl vyvrátila otázka č. 8, neboť 73 respondentů (94 %) zodpovědělo, že jim pomoc nabídnuta byla, 5 respondentů z celkového počtu (6 %) nesouhlasili (viz Obr. 8 – Nabídka pomoci pro respondenty, Tab. 8 – Nabídka pomoci pro respondenty a Obr. 9 - Využití následné pomoci spolu s Tab. 9 - Využití následné pomoci).

To znamená, že navazující péči po skupinovém setkání by většina respondentů již nevyužila, ale bezprostředně po prožité traumatizující události by se více než 75 % respondentů podpůrného skupinového setkání zúčastnilo.

**HYPOTÉZA 1 BYLA POTVRZENA.**

## **HYPOTÉZA 2**

*Předpokládáme, že více než 90 % události, které předchází účasti respondentů na podpůrném skupinovém setkání, mají za následek smrt.*

Hypotéza 2 se přímo váže k otázce č. 7 a nepřímo k otázce č. 6. Otázka č. 6 totiž zjišťuje četnost skupinového setkání s podpůrným týmem v rámci posledních 3 let neboli kolika setkáních se respondenti v posledních 3 letech zúčastnili. Jen 5 z nich (6 %) bylo součástí setkání více než 3x, dalších 5 respondentů (6 %) se pak zúčastnilo přesně 3x, tedy průměrně 1x rok. Největší skupinu pak tvoří 53 respondentů (68 %), kteří měli možnost být součástí podpůrného setkání pouze 1x za poslední 3 roky (viz Obr. 6 – Četnost skupinového setkání a Tab. 6 - Četnost skupinového setkání).

Otázka č. 7 se pak ptá na konkrétní událost, která skupinovému setkání předcházela. Pokud se zaměříme na události, kde smrt byla hlavní součástí, případně kde bezprostředně navazovala a rovněž zahrneme i individuální odpovědi, tak výsledek po sečtení je 74 odpovědí z 89 všech označených (zde není možné vycházet z počtu respondentů). To znamená 83 % všech případů (viz Obr. 7 – Událost předcházející skupinovému setkání a Tab. 7 - Událost předcházející skupinovému setkání).

Vzhledem k počtu respondentů a jejich četnosti zúčastnění se podpůrného skupinového setkání můžeme nepochybně říci, že ve většina případů jde právě o smrt (pacienta, kolegy), která zapříčiní, že se zdravotník takového setkání zúčastní. V konečných číslech se ovšem nejedná o více než 90 % všech případů.

**HYPOTÉZA 2 NEBYLA POTVRZENA.**

### **HYPOTÉZA 3**

*Předpokládáme, že více než 50 % respondentů bude chtít na formě podpůrného skupinového setkání něco změnit.*

U této hypotézy je důležité v první řadě určit, zda bylo podpůrné skupinové setkání pro respondenty vůbec přínosné či nikoli. Na to odpovídá otázka č. 10, kde 96 % všech odpovědí shrnuje, že setkání bylo přínosné, ať už ve formě snížení fyzických příznaků, emočního prožívání nebo i zlepšení týmové důvěry a spolupráce. Jen 5 odpovědí (4 % z celkového množství) byly vyjádřením, že setkání pro respondenty nepředstavovalo žádný význam (viz Obr. 10 - Přínosnost skupinového setkání a Tab. 10 - Přínosnost skupinového setkání).

Stejně tak jsme se zeptali, zda bylo podpůrné setkání pro respondenty dostačující nebo se jednalo spíše o první pomoc a bylo potřeba návštěvy dalšího specialisty, než se problém vyřešil. 73 respondentů (94 %) vnímalo setkání jakožto dostačující a 5 z celkového počtu (6 %) se vyjádřilo, že se jednalo pouze o první pomoc (viz Obr. 14 - Vnímání dostatečnosti skupinového setkání a Tab. 14 - Vnímání dostatečnosti skupinového setkání).

Z přechozích otázek zjišťujeme, že by se mohly objevit určité lehké myšlenky na změnu v rámci metodiky vedení podpůrného skupinového setkání. Na tuto konkrétní problematiku se zaměřovaly otázky č. 11 a 12, které byly zcela nepovinné a otevřené, pro individuální možnosti odpovědí ze strany výzkumného vzorku.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda respondentům při setkání něco vadilo. Na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů (62 %), kteří se v 79 % (38 respondentů) případech vyjádřili, že jim nic nevadilo. Dále se objevila výtka na málo času,

konkrétně ve 2 případech (4 %) a po 2 % měla neúčast některých kolegů z pracoviště, případně z dalších složek IZS, vnější vlivy a další (viz Obr. 11 - Otázka č. 11 zodpovězena, Tab. 11 – Otázka č. 11 zodpovězena a Tab. 11 - Individuální odpovědi na otázku č. 11).

Otázka č. 12 naopak zjišťovala, zda respondentům na skupinovém podpůrném setkání něco chybělo. Na otázku odpovědělo 47 respondentů (60 %), z toho 35 respondentů (74 % z celkového množství odpovědí) odpovědělo, že jim nic nechybělo, 6 respondentů (13 %) by uvítalo více času, 2 respondentům (4 %) chyběli na setkání kolegové z pracoviště, případně z dalších složek IZS. Dále se po 2 % řešila možnost přestávky, častější četnost setkání a další (viz Obr. 12 – Otázka č. 12 zodpovězena, Tab. 12 – Otázka č. 12 zodpovězena a Tab. 12 – Individuální odpovědi na otázku č. 12).

Z konečných počtů tedy vyplývá, že určité volání po lehkých změnách v rámci podpůrného skupinového setkání sice je, ale rozhodně nepřesahuje 50 %.

**HYPOTÉZA 3 NEBYLA POTVRZENA.**

## 5 DISKUZE

Následující kapitola má za cíl zhodnotit přínos této diplomové práce, včetně detailního rozboru stanovených hypotéz. Zhodnotí se výsledky dotazníkového šetření a zpracované SWOT analýzy. Diskuze se bude rovněž zabývat snahou o porovnání výsledků této práce s výsledky prací jiných autorů, i přes skutečnost, že toto šetření je svým způsobem ojedinělé a v rámci problematiky skupinových metod podpory jedno z prvních.

Úvodem by bylo dobré říci, proč jsem téma tohoto typu vůbec zvolila. Problematika peer podpory je v poslední době značně probíraná, právě v souvislosti s celosvětovou pandemickou situací. Únava, celkové vyčerpání, ale i smrt na každém rohu... se všemi těmito aspekty se dnes, a i v rámci posledního více než roka, potýkají profesionální zdravotníci napříč Českou republikou. Můžeme vidět fotografie vyčerpaných lékařů a zdravotních sester, kteří se s hlavou v dlaních snaží bojovat s virem, který ochromil celý svět. Zdravotnictví, nejen v České republice, se ukazuje jakožto schopná, ale značně poddimenzovaná složka, která vyčerpává své kapacity. Na širokou veřejnost působí více než kdy jindy skutečnost, že i zdravotníci jsou jen lidé, kteří se musejí starat nejen o své pacienty, ale i o své děti, rodiče a prarodiče. Pořádají se sbírky, lidé tleskají na terasách svých bytů a všemožnými sponzorskými dary se veřejnost snaží podpořit vyčerpané zdravotníky. Ze svého pohledu to vidím jakožto obrovské plus pro systém peer podpory, neboť činnosti v rámci této podpory nejsou činnostmi, které by se odehrávaly jen teď, během pandemie, ale jedná se o zpracovaný systém rozvíjející se ve zdravotnictví již od roku 2009.

Tato práce se zaměřuje na podoblast peer podpory, konkrétně skupinové podpůrné setkání. V souvislosti s tím se provedla SWOT analýza a dotazníkové šetření se zaměřením na profesionální zdravotníky a pracovníky ve zdravotnictví, kteří skupinové podpůrné setkání absolvovali.

Pokud začneme SWOT analýzou, tak ta nám vyšla v lehce minusové hodnotě, bilanční číslo se rovnalo -0,40. Už z jednotlivě vypsaných problematik je zřejmé, kde vznikl problém. Systém je sám o sobě fungující, jeho základna se každým měsícem rozšiřuje a z výsledků vyplývá, že forma peer podpory vykazuje pozitivní hodnoty. Problém je na straně hrozeb, jsou neúměrně vysoká. Hrozba ve formě politického rozhodnutí nebo utnutí finančních toků ze strany státu je ve vysokých sférách řešení, kam každý smrtelník běžně nedosáhne.

Otázkou stejně tak zůstává celá problematika financování SPIS. ZZS a zdravotnická zařízení jsou až na výjimky zřízené krajem nebo dalšími akcionáři. Měl by tedy peníze do podpory zdravotníků vkládat stát nebo vlastníci daného zařízení? Dle mého skromného názoru, by se měla vyčlenit samostatná rozpočtová kapitola státu, která bude tento záměr podporovat a sejme tak z jednotlivých vlastníků tuto povinnost. Přeci jen, pokud nebudou funkční zdravotníci, nebude funkční ani zdravotnictví, a to je snad jediné odvětví, které bez přestávky běží (a musí běžet) i během pandemie.

Závěr SWOT analýzy je investice času a peněz do osvěty. Naučit lidi, co jsou to skupinové metody podpory a proč by se měly stát běžnou součástí procesu. Tato doba ukazuje, co je důležité a co počká. Psychické zdraví do té druhé skupiny nepatří. Stejně tak investice do vzdělávání lidí, do vhodného výběru peerů a psychologů pro plnění těchto činností, neboť ne každý, kdo má hotovou školu/kurzy je dostatečně připraven tuto práci dělat. Ne z hlediska edukace, ta se ukázala jakožto kvalitně zpracovaná, ale z pohledu vhodnosti na danou pozici a míry empatie, kterou v sobě daný člověk má.

Na následujících řádcích rozvádíme výsledky dotazníkového šetření a v rámci možností porovnáваме námi zpracované výsledky s výsledky prací jiných autorů.

Na úvod dotazníkového šetření jsme se dozvěděli základní informace. Mezi respondenty byla převážná většina žen, v 77 % převažovali nad muži a z hlediska věku byli nejvíce zastoupení respondenti ve věku 36-55 let. Další důležitou informací pro nás byla skutečnost, zda se jedná o respondenta pracujícího ve zdravotnickém zařízení nebo u ZZS. Zde převažovali respondenti z nemocnice v 67 %. 2 nejčastěji označované pracovní pozice byla zdravotní sestra a zdravotnický záchranář, mezi respondenty převažovali v 75 % všech případů. Z hlediska délky praxe převažovali v 59 % případů respondenti s praxí nad 21 let a jen v 8 % případů se jednalo o začínajícího pracovníka, s délkou praxe do 5 let. Ve všech těchto základních otázkách se shodují s Máchou [42], který prováděl dotazníkové šetření na obdobnou problematiku. Až u pracovní pozice je odlišnost, kdy Mácha má největší zastoupení respondentů ze strany všeobecných sester a ošetřovatelek/sanitářek. S ohledem na nízké zastoupení pracovníků ZZS v tomto šetření, jsou ale tato čísla pochopitelná.

Klíčové otázky šetření byly plynule zahrnuty do zpracování jednotlivých hypotéz tak, aby vznikl ucelený přehled na danou problematiku.

U **hypotézy 1** jsme *předpokládali, že více než 75 % respondentů se po prožité traumatizující události zúčastní podpůrného skupinového setkání*. Tato hypotéza se nám potvrdila.

88 % respondentů odpovědělo, že by s možností dalšího setkání souhlasili, 12 % se vyjádřilo, že by znovu setkání s peerem/psychologem nevyužili. Šmahová [43] zkoumala, jaký byl důvod nevyužití peera, z čehož nejvíce respondentů se vyjádřilo, že by v první řadě upřednostnili požádat o pomoc rodinu a nebo by celou situaci zvládli sami. Využití skupinového způsobu pomoci skončilo v jejím výzkumu až na pomyslném třetím místě. I Dašková [44] potvrdila třetí místo v oblíbenosti, stejně tak Mácha [42]. Naopak Šeblová [45] zjistila,

že 39 % jejích respondentů nikdy o slovu defusing či debriefing neslyšeli. Přičemž dle Minaříkové [46] se s psychicky náročnou situací setká více než polovina jejích respondentů v intervalu 1x měsíčně. Důvodem může být a vychází to i z provedené SWOT analýzy, že ve zdravotnictví jsou skupinové metody známé, jakožto pojem, ale konkrétní metody skupinové podpory už tak známé nejsou. To potvrzuje i Levkov [47], u kterého je zkratka PTSD pro více než 45 % respondentů neznámým pojmem, u zkratky CISM to je dokonce skoro 75 %. Pozitivním aspektem je, že SPIS zná u Levkova více než 86 % respondentů.

V souvislosti s touto hypotézou jsme řešili i využití následné navazující pomoci ze strany podpůrného týmu. Důvod, proč v rámci dotazníkového šetření 68 % respondentů uvedlo, že by následnou pomoc nepřijali, případně nevyužili může být zakořeněn někde úplně jinde. Ve věci vcelku banální, přesto časté – lidská důstojnost. Člověk sám o sobě bere pomáhaní jakožto reciprocitní záležitost, aneb „Jednou já Tobě, podruhé Ty mně...“. To však u skupinových ošetření nefunguje, tam je to věc čistě jednostranná a [48 s. 68]: *“...máloco ponižuje tolik jako pomoc druhých, kterou nemohu oplatit”*. Stejně tak to vidí i D. Paton [10], který navíc upozorňuje na skutečnost, že u profesionálů (možno vztáhnout i na profesionály ve zdravotnictví) je vnímání pomoci nastaveno pouze na jedné linii, primárně na pomoci druhým, nikoli sobě. U Minaříková [46] se 143 respondentů ze 161 dokonce vyjádřilo, že nikdy žádnou odbornou pomoc nevyhledali, ovšem ta měla ve výzkumu zahrnuté pouze základní složky IZS. Dalším důvodem, proč z hlediska našeho výzkumu odpovědělo 68 % respondentů „ne“, může být, že se projevil pozitivní efekt účasti na prvotním skupinovém setkání a následnou podporu respondenti již nepřijali, neboť již nebyla potřeba další péče.



U **hypotézy 2** jsme předpokládali, že více než 90 % události, které předchází účasti respondentů na podpůrném skupinovém setkání, mají za následek smrt. Tato hypotéza se nám ovšem nepotvrdila.

V našem šetření, kde jsme se ptali na typ události, která předcházela podpůrnému skupinovému setkání se 83 % všech případů týkalo smrti, buď bezprostředně nebo jakožto následek. V tom se neshodují s Daškovou [44], kde se smrti týkalo jen necelých 10 % případů a to i se zahrnutím individuálních odpovědí respondentů. Ovšem Vaštová [49] a její respondenti (krajští koordinátoři SPIS) se mnou souhlasí, jedná se o necelých 60 % všech případů. Důvod, proč se počty u Daškové tolik liší, může být, že Dašková měla předdefinované odpovědi, kde se smrti týkala jen malá část z nich. S mým tvrzením souhlasí i Levkov [47], Šeblová [45] a Pevná [50], kde se smrt řadí na první příčky z hlediska míry stresu. Definuje i o jakou smrt se jedná – nejvíce jsou respondenti ovlivněni smrtí dítěte, která je pro psychické zdraví jedince extrémně náročná.

Navíc musíme zahrnout i skutečnost, že leckdy se pracovníci ve zdravotnictví nemusí vyrovnat se ztrátou pouze sami v sobě, ale jsou vystaveni i situaci, kdy je nutné informaci o daném úmrtí sdělit blízké rodině pacienta, popřípadě přátelům. Přičemž dle Plechaté [51] absolvovalo odbornou přípravu v této problematice jen necelých 50 % dotázaných respondentů. A i přes skutečnost, že si zdravotník může po takovémto zážitku myslet, že se se situací vyrovnal, neubrání se špatným snům, které problematiku znovu a znovu oživují, jak vychází ze zkoumání Čermákové [52].

Důvod je zřejmý, obecně je smrt pro člověka vysoký akcelerátor stresu. Byť zdravotníci mají tuto míru posunutou nad běžnou hranici, jedná se o zátěž. Navíc pokud je tato zátěž opakovaná a dlouhodobá, je jen otázkou času, kdy se i ten

sebelepečší organismus zhrouť pod tíhou vlastních myšlenek [53]. Vždyť u Šeblové [45], která zkoumala psychické zdraví u základních složek IZS, se 83 % respondentů vyjádřilo, že se při výkonu své práce dostali do psychické zátěže. U Pevné [50] se dokonce více než 93 % respondentů někdy setkala s někým, u koho se projevovaly známky syndromu vyhoření, akutní stresová reakce nebo PTSD. Přičemž o vzdělávání v oblasti posttraumatické péče se dle vyhodnocené hypotézy Minaříkové [46] nejvíce zajímají respondenti s délkou praxe do pouhých 5 let. Což je přinejmenším zajímavé a může to mít více faktorů. Jedním z nich by mohla být skutečnost, že si vlivem doby mladí lidé uvědomují rizika stresu a snaží se jim preventivně předcházet ještě na počátku profesní kariéry.

*U hypotézy 3 jsme předpokládali, že více než 50 % respondentů bude chtít na formě podpůrného skupinového setkání něco změnit. Tato hypotéza se nám stejně jako předchozí hypotéza nepotvrdila.*

Z našich výsledků jsme schopni říci, že pro většinu respondentů mělo podpůrné skupinové setkání nějaký přínos, dokonce 94 % respondentů bere setkání jakožto dostačující a již nepotřebovali dalšího ošetření. Ovšem vypořádání se s traumatizující událostí není otázkou jednoho podpůrného setkání, byť může být dostačující pro start sebe úzdravných mechanismů. Podpůrné skupinové setkání představuje spíše jakýsi návod, jak si utřídit myšlenky, jak s nastalými pocity dále pracovat. To potvrzuje i naše šetření, kdy se někteří respondenti individuálně vyjádřili, že si museli situaci následně probrat sami se sebou a někam ji ve své hlavě tzv. zařadit. Dle Máchy [42] se s takovouto situací více než 51 % respondentů vypořádávalo cca měsíc, 23 % to trvalo půl roku. To potvrzuje i Dašková [44], u které se se situací po dobu jednoho měsíce vypořádávalo necelých 53 % respondentů.

Pokud vezmeme v potaz, že dle Máchy [42] přemýšlelo více než 53% o odchodu ze zdravotnictví a změně oboru, pak už by nás nemělo tolik překvapit, že dle Pevné [50] se zjistilo, že více než 61 % respondentů by po náročném zásahu uvítalo více péče. Šeblové [45] 62 % respondentů preferovalo podporu ze strany psychologa nežli peera. Levkov [47] zjistil, že jen necelých 13 % respondentů by po náročném zásahu uvítalo automatickou pomoc peera. I přes skutečnost, že Minaříkové [46] se valná většina respondentů vyjádřila, že je důležité poskytnout první psychickou pomoc zasahujícím včas, tak využití posttraumatické péče v rámci šetření u Šeblové [45], nepřekročilo 9 % z celkového počtu.

Všechna tato čísla nám ukazují, že musí být nějaký důvod, proč lidé nevyužívají peer podporu a s tím spojené skupinové metody v plné výši, když tato možnost evidentně na pracovišti je, jak potvrzují naše výsledky, kdy 94 % lidí připustilo, že jim byl od podpůrného týmu nabídnut kontakt i po ukončení setkání. To potvrzuje i Šmahová [43], u které 84 % respondentů potvrdilo, že mají možnost vyhledat peera či psychologa na pracovišti a mají dostupné informace o tom, jak ho kontaktovat. I u Daškové [44] se 52 % respondentů vyjádřilo, že mají kontakt na psychosociálního pracovníka na pracovišti. Šeblová [45], která zkoumala, zda respondenti vůbec důvěřují svým kolegům, což je vlastně principem peer podpory, zjistila, že pouze z 23 % se jedná o jasné ano a důvěra je na místě, dalších 67 % se vyjádřilo, že důvěřují pouze někomu. U Daškové [44] se v oblasti zjišťování důvěry jednalo o 13,5 % respondentů pro peera a 11,8 % pro psychologa.

Z našich výsledků i vychází, že v největší míře se v rámci individuálních odpovědí respondenti vyjadřovali ohledně změny k časové náročnosti setkání. 6 respondentů by uvítalo delší časový interval na setkání, případně možnost přestávky. Překvapující bylo i zjištění, že někteří z respondentů by rádi u skupinového setkání přivítali i kolegy od IZS se kterými se se situací potýkali. Z hlediska této připomínky se spíše jedná o nějakou možnost zhodnocení zásahu

a vyřikání si nedorozumění, aby v budoucnu nevznikaly rozbroje. Ovšem nevylučuje se myšlenka nějaké společné debaty nad způsobem truchlení, vypořádání se se situací. Sdílet si v rámci skupinového setkání, jak se s danou situací ten a onen člověk vypořádá, co udělá prvního po skončení setkání. Může to být nejen inspirující, ale na druhou stranu i poučné. Podpurný tým má tímto způsobem možnost nesprávnou formu vypořádání se argumentovat a případně rozmluvit.

## **6 ZÁVĚREČNÁ DOPORUČENÍ**

### **6.1 Osvěta**

Věřím, že tato problematika není jednoduchá a že se na ní i v rámci aktuálního stavu úpěnlivě pracuje, neboť v základu na této věci v současné chvíli SPIS stojí. Pod tlakem informovat zdravotníky, nezdravotníky, technické pracovníky a další zaměstnance působící ve zdravotnictví, že mají možnost SPIS využít, že podpora, ať už skupinová nebo individuální, je tady pro ně.

### **6.2 Sdělování úmrtí**

Neměli bychom zapomínat na problematiku sdělování smrti. Věřím, že SPIS je schopný uspořádat ne jedno školení na správnou formulaci takovýchto sdělení a zároveň, formou skupinového setkání i vysvětlit zúčastněným, jak se s takovou situací vypořádat. Nebylo by překvapujícím, kdyby se mezi zúčastněnými objevili i pracovníci, kteří smrt sdělovali v minulosti a doposud se s tímto traumatizujícím zážitkem nevyrovnali.

### **6.3 Aplikace První psychická pomoc**

HZS ČR přišla s myšlenkou aplikace, která shrnuje odbornou přípravu v oblasti poskytování PPP [5]. Aplikace je velice přehledně uspořádaná a obsahuje všechny potřebné informace pro poskytování PPP. Věřím, že podobná aplikace, která by se zaměřila na peer podporu, by nebyla špatnou doplňkovou aktivitou při dlouhých večerech. Spousta věcí by byla obdobná, ale přeci jen jsou zdravotníci jiná skupina lidí s odlišnou psychickou odolností a aplikace by se musela specificky zaměřit přímo na ně. Nemyslím si, že by se bez toho systém peer podpory neobešel, ale vzhledem k době, kdy prakticky každý vlastní chytrý telefon by se mohlo jednat o přínosnou podpůrnou učební pomůcku.

## 7 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem si dala za cíl, že v rámci budoucího studia zhodnotím i druhou větev Systému psychosociální intervenční služby, tedy peer podporu poskytovanou zdravotnickému personálu napříč Českou republikou. Tento cíl byl touto prací naplněn. Zhodnotili jsme jednu z aktuálně hojně využívaných metod – skupinové metody psychosociální pomoci. V dotazníkovém šetření, do kterého byli zapojeni desítky zdravotníků, jsme zjistili aktuální potřeby těchto lidí v rámci kolegiální podpory.

Jako nejzajímavější poznatek, vycházející z odpovědí respondentů, hodnotíme, že by někteří z účastníků skupinového setkání přivítali možnost tohoto typu ošetření, do kterého by se ale zapojily všechny zasahující složky. V praxi by to znamenalo účast nejen zdravotníků, ale i hasičů a policie. Otázka je, zda o této možnosti do budoucna teoreticky nezapřemýšlet jakožto o jedné z možností řízeného skupinového setkání, které by bylo vhodné zařadit po některých společných zásadách IZS, aby byla u zasahujících vše srovnané nejen v hladina duševní, ale i zásahové.

Z obecnějšího pohledu a na základě dlouhodobého studia tohoto systému bych zopakovala názor ze své bakalářské práce, že by se měl Systém psychosociální intervenční služby a jeho poskytování pomoci stát legislativně stanovenou povinností nejen u všech ZZS v České republice, ale i u všech zdravotnických zařízení, která mají zřízený urgentní příjem.

Pokud bych si měla určit další výzkumné cíle, rozhodně bych zůstala u poskytování kolegiální podpory, vzhledem k tomu, o jak letitou a zajetou problematiku se jedná, je mnoho věcí k dalšímu zjišťování a věřím, že postupem času se tento systém vyšperkuje k dokonalosti.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CISM</b>	Critical Incident Stress Management
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>ČSSR</b>	Československá socialistická republika
<b>HZS</b>	Hasičský záchranný sbor
<b>IZS</b>	Integrovaný záchranný systém
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>MU</b>	Mimořádná událost
<b>NCO NZO</b>	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
<b>PPP</b>	První psychická pomoc
<b>PTSD</b>	Posttraumatická stresová porucha (z angl. Posttraumatic Stress Disorder)
<b>SPIS</b>	Systém psychosociální intervenční služby
<b>SWOT</b>	Strategická analýza
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace (z angl. World Health Organization)
<b>ZZS</b>	Zdravotnická záchranná služba

## 9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] *Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů*. B.m.: Sbírka zákonů České republiky. 28. červen 2000
- [2] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [3] MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 978-80-7368-036-7.
- [4] DANIELA, Vodáčková. *Krizová intervence: Krize v životě člověka, Formy krizové pomoci a krizových služeb* [online]. 2012 [vid. 2020-11-21]. ISBN 978-80-262-0317-9. Dostupné  
z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1639908>
- [5] PRACOVNÍ SKUPINA SEKCE PSYCHOLOGIE KRIZÍ, KATASTROF A TRAUMATU PŘI ČMPS VE SPOLUPRÁCI S CZ.NIC Z.S.P.O. *První Psychická Pomoc – Aplikace na Google Play* [online]. [vid. 2020-11-15]. Dostupné  
z: <https://play.google.com/store/apps/details?id=cz.nic.ppp&hl=cs&gl=CZ>
- [6] The National Child Traumatic Stress Network. *The National Child Traumatic Stress Network* [online]. [vid. 2021-03-22]. Dostupné  
z: <https://www.nctsn.org/search>
- [7] BAŠTECKÁ, Bohumila, Ondřej SEZIMA, Jarmila DVOŘÁKOVÁ, UNIVERZITA KARLOVA, a EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA. *Psychická první pomoc: průvodce pro terénní pracovníky*. 2019. ISBN 978-80-906509-9-2.
- [8] MÁLEK, Jiří a Jiří KNOR. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. 2019. ISBN 978-80-271-0590-8.
- [9] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
- [10] PATON, Douglas. Training disaster workers: Promoting wellbeing and operational effectiveness. *Disaster Prevention and Management* [online]. nedatováno, 1996. ISSN 0965-3562. Dostupné  
z: [https://doms.csu.edu.au/csu/file/78a6c5d7-fd8b-ff7e-fff3-2ffb78764ebe/1/resources/readings/Reading9\\_2.pdf](https://doms.csu.edu.au/csu/file/78a6c5d7-fd8b-ff7e-fff3-2ffb78764ebe/1/resources/readings/Reading9_2.pdf)



- [11] HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- [13] PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0308-7.
- [14] D.O.O, Modra Jagoda. *MKN-10 F43.0 Akutní stresová reakce — Databáze léčiv* [online]. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd/F00-F99/set/F40-F48/cls/F43.0/akutn%C3%AD-stresov%C3%A1-reakce>
- [15] *regrese - ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/regrese>
- [16] *Ensuring a coordinated and effective mental health response in emergencies* [online]. [vid. 2021-04-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/activities/ensuring-a-coordinated-and-effective-mental-health-response-in-emergencies>
- [17] VOBOŘILOVÁ, Jarmila, ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE, a MASARYKŮV ÚSTAV VYŠŠÍCH STUDIÍ. *Duševní hygiena a stres*. 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.
- [18] LAZARUS, Richard S. a Susan FOLKMAN. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co, 1984. ISBN 978-0-8261-4190-3.
- [19] ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
- [20] SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY. *Zásady psychohygieny v kostce aneb jak rychle uvolnit napětí, vztek a nezbláznit se z toho* [online]. 2021. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/wp-content/uploads/2021/03/Zasady-psychohygieny-v-kostce.pdf>
- [21] ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
- [22] *CISM International - Critical Incident Stress Management - Coping With Critical Incidents* [online]. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: [https://www.criticalincidentstress.com/coping\\_with\\_critical\\_incidents](https://www.criticalincidentstress.com/coping_with_critical_incidents)

- [23] VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena a Radkin HONZÁK. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*. nedatováno, **2008**(4), 188–192. ISSN 1803-5310.
- [24] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [25] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5327-0.
- [26] [HTTPS://WWW.SOLIDPIXELS.NET](https://www.solidpixels.net), solidpixels. Spolu budeme silnější a lépe připravení. *Spolu silnější* [online]. [vid. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.spolusilnejsi.cz>
- [27] Benefiční koncert České filharmonie vynesl 2,5 milionu korun na podporu vyčerpaných zdravotníků. *Nadace Via* [online]. 7. duben 2021 [vid. 2021-04-20]. Dostupné z: <https://www.nadacevia.cz/2021/04/07/podporame-vycerpane-zdravotniky-s-ceskou-filharmonii/>
- [28] PLAČKOVÁ, Alexandra. *Analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby v oblasti první psychické pomoci*. B.m., 2019. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [29] MV-GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR. *Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci - STČ 12/IZS*. Praha 2015
- [30] HUMPL, Lukáš. *Činnost SPIS – Aktivní střelec ve FNO | SPIS* [online]. [vid. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://spis.cz/2019/12/19/cinnost-spis-aktivni-strelec-fn-ostrava/>
- [31] *Odborná příprava První psychická pomoc - Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. [vid. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/odborna-priprava-prvni-psychicka-pomoc.aspx>
- [32] *HealthC | Improving Crisis Communication Skills in Health Emergency Management* [online]. [vid. 2020-11-15]. Dostupné z: <http://healthc-project.eu/en/>
- [33] *Kdo jsme | Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [vid. 2021-04-22]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/kdo-jsme/>

- [34] *Krizová linka pomoci pro blízké pacientů | nem-tr.cz* [online]. [vid. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://www.nem-tr.cz/aktuality/krizova-linka-pomoci-pro-blizke-pacientu/>
- [35] *Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví – Aktuální informace o COVID-19* [online]. [vid. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/linka-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/>
- [36] HUMPL, Lukáš. *Aktuální rozložení SPIS*. 18. duben 2021
- [37] HUMPL, Lukáš. *Nová skripta pro peery - skupinové metody peer podpory*. 8. duben 2021
- [38] VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
- [39] ŠEBLOVÁ, Jana. *Dizertáční práce; Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potencionálním vyústěním v burnout syndrom - možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence*. B.m.: Univerzita Karlova. 2007
- [40] BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
- [41] SWOT analýza. *ExcelTown - kurzy přesně pro Vás* [online]. [vid. 2021-04-28]. Dostupné z: <https://exceltown.com/navody/byznys/swot/>
- [42] MÁCHA, Daniela. *Využití psychosociálních intervencí u nelékařských zdravotnických pracovníků*. B.m., 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- [43] ŠMAHOVÁ, Jindřiška. *Psychosociální intervenční péče poskytovaná příslušníkům základních složek IZS*. B.m., 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- [44] DAŠKOVÁ, Veronika. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. B.m., 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- [45] ŠEBLOVÁ, Jana. *Posttraumatická stresová porucha u pracovníků složek integrovaného záchranného systému*. B.m., 2017. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [46] MINAŘÍKOVÁ, Martina. *Systém psychosociální intervence poskytované Hasičským záchranným sborem, Policí ČR a Zdravotnickou záchrannou službou*.

- B.m., 2016. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [47] LEVKOV, Leonic. *Péče o duševní zdraví zdravotnických záchranářů*. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta.
- [48] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4195-6.
- [49] VAŠTOVÁ, Simona. *Systém psychosociální intervenční služby u zdravotnické záchranné služby*. B.m., 2020. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií.
- [50] PEVNÁ, Tereza. *Supervize a její přínos pro pracovníky v přednemocniční neodkladné péči*. B.m., 2019. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [51] PLECHATÁ, Petra. *Sdělení závažné zprávy při mimořádné události*. B.m., 2020. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [52] ČERMÁKOVÁ, Radka. *Smrt a úmrtí v nemocnici z pohledu sester Radka Čermáková*. B.m., 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- [53] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jitka ŘENČOVÁ a Dagmar TISOVSKÁ. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Kvadranty SWOT analýzy .....	34
Obr. 2 – Pohlaví respondentů .....	48
Obr. 3 – Věk respondentů .....	49
Obr. 4 – Zaměstnavatel respondentů .....	50
Obr. 5 – Pracovní pozice respondentů .....	51
Obr. 6 – Délka praxe respondentů .....	52
Obr. 7 – Četnost skupinového setkání .....	53
Obr. 8 – Situace předcházející skupinovému setkání .....	54
Obr. 9 – Nabídka pomoci pro respondenty .....	56
Obr. 10 – Využití následné pomoci .....	57
Obr. 11 – Přínosnost skupinového setkání .....	59
Obr. 12 – Zodpovězení otázky č. 11 .....	60
Obr. 13 – Zodpovězení otázky č. 12 .....	62
Obr. 14 – Opětovné využití skupinového setkání .....	63
Obr. 15 – Vnímání dostatečnosti skupinového setkání .....	64

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1 – Rozložení SPIS v rámci jednotlivých krajů 2019 .....	28
Tab. 2 – Rozložení SPIS v rámci jednotlivých krajů 2021 .....	28
Tab. 3 – Srovnání metod skupinového ošetření .....	33
Tab. 4 – SWOT analýza skupinových metod podpory .....	35
Tab. 5 – Vyhodnocení silných stránek.....	46
Tab. 6 – Vyhodnocení slabých stránek.....	46
Tab. 7 – Vyhodnocení příležitostí .....	47
Tab. 8 – Vyhodnocení hrozeb .....	47
Tab. 9 – Celkové vyhodnocení SWOT analýzy .....	47
Tab. 10 – Pohlaví respondentů .....	48
Tab. 11 – Věk respondentů.....	49
Tab. 12 – Zaměstnavatel respondentů.....	50
Tab. 13 – Pracovní pozice respondentů .....	51
Tab. 14 – Délka praxe respondentů .....	52
Tab. 15 – Četnost skupinového setkání.....	53
Tab. 16 – Situace předcházející skupinovému setkání.....	55
Tab. 17 – Nabídka pomoci pro respondenty .....	56
Tab. 18 – Využití následné pomoci.....	57
Tab. 19 – Přínosnost skupinového setkání .....	59
Tab. 20 – Zodpovězení otázky č. 11 .....	60
Tab. 21 – Individuální odpovědi na otázku č. 11.....	61
Tab. 22 - Zodpovězení otázky č. 12.....	62
Tab. 23 – Individuální odpovědi na otázku č. 12.....	62
Tab. 24 – Opětovné využití skupinového setkání .....	63
Tab. 25 – Vnímání dostatečnosti skupinového setkání.....	64

## 12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Tabulka životních událostí .....	88
Příloha 2 – Leták v době COVID-19 nabízející peer podporu .....	89
Příloha 3 – Dotazník pro respondenty .....	90

Příloha 1 – Tabulka životních událostí [9 s. 33]

Úmrtí partnera.....	100
Rozvod.....	73
Rozvrat manželství.....	65
Uvěznění.....	63
Úmrtí blízkého člena rodiny.....	63
Úraz nebo vážné onemocnění.....	53
Sňatek.....	50
Ztráta zaměstnání.....	47
Usmíření nebo přebudování manželství.....	45
Odchod do důchodu.....	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny.....	44
Těhotenství.....	40
Sexuální potíže.....	39
Přirůstek nového člena rodiny.....	39
Změna zaměstnání.....	39
Změna finančního stavu.....	38
Úmrtí blízkého přítele.....	37
Přeřazení na jinou práci.....	36
Závažné neshody s partnerem.....	35
Půjčka vyšší než průměrný roční plat.....	31
Splatnost půjčky.....	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání.....	29
Syn nebo dcera opouští domov.....	29
Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snachou.....	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon.....	28
Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání.....	26
Vstup do školy nebo její ukončení.....	26
Změna životních podmínek.....	25
Změna životních zvyklostí.....	24
Problémy a konflikty se šéfem.....	23
Změna pracovní doby nebo podmínek.....	20
Změna bydliště.....	20
Změna školy.....	20
Změna církve nebo politické strany.....	19
Změna sociálních aktivit.....	18
Půjčka menší než průměrný roční plat.....	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu.....	16
Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí).....	15
Změna stravovacích zvyklostí.....	15
Dovolená.....	13
Vánoce.....	12
Přestupek a jeho projednání.....	11



Příloha 2 – Leták v době COVID-19 nabízející peer podporu pro pracovníky ve zdravotnictví – ze stránek SPIS – 23. 5. 2020



**LINKA  
KOLEGIÁLNÍ  
PODPORY**  
pro pracovníky  
ve zdravotnictví

☎ **607 400 591**  
☎ **720 219 618**

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

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

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

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



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



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

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

### **Příloha 3 – Dotazník pro respondenty**

Dobrý den, vážení respondenti,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma "Peer podpora v Systému psychosociální intervenční služby".

Tento dotazník se zaměřuje na pracovníky zdravotnických zařízení, kteří podstoupili skupinové podpůrné setkání po nadlimitní stresové události.

Dotazník je zcela anonymní.

Předem Vám mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Alexandra Plačková

ČVUT, Civilní nouzové plánování

**Vedoucí práce:** PhDr. Lukáš Humpl

**Konzultant práce:** Mgr. Vendula Kolářová

---

#### OTÁZKA Č. 1

**Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:**

- žena
- muž

#### OTÁZKA Č. 2

**Uveďte, prosím, Váš věk:**

- do 25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- nad 56 let

OTÁZKA Č. 3

**U jakého poskytovatele zdravotních služeb pracujete?**

- nemocnice
- zdravotnická záchranná služba

OTÁZKA Č. 4

**Jaká je Vaše pracovní pozice?**

- pomocný personál
- technický pracovník
- sanitář
- laborant
- ošetřovatel
- zdravotní sestra/bratr
- lékař
- řidič sanitního vozidla
- dispečer operačního střediska
- zdravotnický záchranář

OTÁZKA Č. 5

**Délka Vaší praxe:**

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- nad 21 let

OTÁZKA Č. 6

**Jak často jste se v posledních 3 letech zúčastnil/a skupinového setkání týmu po prožité psychicky nadlimitní události, vedené podpůrným týmem – peery, psychologem (dále jen „podpůrné skupinové setkání“)?**

- 1x
- 2x
- 3x
- více než 3x

OTÁZKA Č. 7

**Po jaké události jste se setkal/a s podpůrným skupinovým setkáním?**

- střelba ve zdravotnickém zařízení
- ohrožení nákazou/epidemie
- úmrtí pacienta
- úmrtí kolegy/kolegyně
- intoxikace nebezpečnou látkou
- napadení
- jiná odpověď

OTÁZKA Č. 8

**Nabídl Vám podpůrný tým kontakt i po ukončení setkání?**

- ano
- ne

OTÁZKA Č. 9

**Pokud Vám od podpůrného týmu byla nabídnuta následná pomoc – využil/a jste ji?**

- ano, jsme stále v kontaktu
- ano, ale pouze jednorázově
- ne, neměl/a jsem zájem

OTÁZKA Č. 10

**Co Vám podpůrné skupinové setkání přineslo?**

- zmírnění fyzických příznaků (zbavil/a jsem se bušení srdce; neklepou se mi ruce; zmírnění nevolnosti; atd.)
- zmírnění emočního prožívání (zmírnění rozrušení ze situace; normalizace emocí; zmírnění vzteku; méně časté výkyvy nálad; atd.)
- zmírnění negativních myšlenek ("můžu za to já; měl/a jsem se víc snažit; nemuselo to takhle skončit, kdyby...")
- zmírnění rizikového chování (zmírnil/a jsem konzumaci alkoholu; přestal/a jsem kouřit; trávím více času s rodinou (neuzavírám se tolik do sebe); omezují zlozvyky – kousání nehtů, ošívání se; konflikty s okolím jsou méně časté; atd.)
- zlepšení týmové důvěry a spolupráce
- uvolnění komunikace v týmu
- nic
- jiná odpověď

OTÁZKA Č. 11

**Bylo něco, co Vám při podpůrném skupinovém setkání vadilo?**

OTÁZKA Č. 12

**Bylo něco, co Vám při uvedeném podpůrném skupinovém setkání chybělo?**

OTÁZKA Č. 13

**Využil/a byste podpůrné skupinové setkání znovu, resp. po další traumatizující události?**

- ano
- ne

OTÁZKA Č. 14

**Vnímal/a jste podpůrné skupinové setkání, v rámci kolegiální podpory, jakožto dostačující způsob, jak vyřešit problém nebo pouze jako první pomoc (např. před návštěvou specialisty)?**

- dostačující – již nebylo potřeba návštěvy dalšího specialisty
- první pomoc – potřeboval/a jsem více péče

---

Děkuji za Vaše odpovědi.

V případě dotazů jsem Vám k dispozici na emailové adrese:  
plackovka@gmail.com